

tributarie”, di “Accesso alla documentazione amministrativa” e di “Previdenza”.

2.2 Sanità

2.2.1 *La collaborazione con la Direzione generale del Diritto alla Salute*

Il settore della Sanità è forse quello che più di ogni altro fa registrare quel mutamento di ruolo cui abbiamo appena accennato nell'illustrazione del quadro di sintesi. Dobbiamo segnalare in particolare la collaborazione sempre più intensa con la Direzione generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, testimoniata anche dalla partecipazione a numerose commissioni e gruppi di lavoro. Il Difensore civico infatti oltre ad essere membro di diritto della Commissione regionale di bioetica e del Comitato regionale per la Carta dei servizi sanitari, fa parte della Commissione per le Attività Diabetologiche e del Comitato Tecnico scientifico dell'Istituto toscano tumori, partecipa al gruppo di lavoro pilota sulle cure ortodontiche, a quello sulla riabilitazione, al gruppo di lavoro istituito per approfondire le problematiche relative al pagamento del ticket al Pronto soccorso. Fra i risultati più significativi della collaborazione con gli organi del governo regionale, possiamo ricordare il Repertorio di Impegni per le Aziende Sanitarie e le Strutture private Accreditate approvato dalla Giunta Regionale con Delibera 697/2003, e frutto, in gran parte delle proposte, dei suggerimenti e del lavoro svolto dal Comitato Regionale per la Carta dei servizi Sanitari (di cui fanno parte oltre al Difensore civico regionale, rappresentanti della Commissione regionale di bioetica, delle associazioni di volontariato e di tutela, delle Aziende sanitarie Regionali e degli istituti privati accreditati) Il Repertorio, che individua gli *standards* cui le Aziende Sanitarie e le Strutture Accreditate devono conformarsi, è uno strumento estremamente utile per la gestione dei reclami, perché consente di individuare più facilmente le strutture “inadempienti” proprio rispetto ai parametri preventivamente individuati.

Al di là della partecipazione ad organismi e gruppi di lavoro regionali, la stessa attività istituzionale del difensore civico è destinata ad esercitare un'influenza maggiore sulle scelte del governo regionale, grazie alla messa a punto del nuovo software per la gestione delle pratiche, che consentirà all'ufficio di offrire informazioni quantitativamente e qualitativamente ben superiori. Dobbiamo accennare infine al lavoro comune che la Direzione generale e l'ufficio del Difensore civico hanno svolto e stanno svolgendo per dare attuazione a due specifiche previsioni del PSR: quella relativa alla ridefinizione complessiva dei percorsi di tutela e

quella relativa alla realizzazione di un sistema integrato di monitoraggio tra osservatori medico legali e Difensore civico per la prevenzione del contenzioso fra Aziende ed utenti del servizio sanitario regionale. Per il rilievo che assumono questi due adempimenti, dedicheremo un paragrafo specifico alla loro trattazione analitica.

2.2.2 Le realizzazioni del Piano sanitario regionale in merito ai percorsi di tutela ed al monitoraggio del contenzioso

Con la delibera della G.R. n. 462 del 17/05/2004 (allegata in appendice), frutto del lavoro svolto in stretta collaborazione con l'Ufficio del Difensore civico, è stato definito un percorso sperimentale, cui dovrà necessariamente seguire la riforma legislativa del sistema di tutela in sanità, da affrontare nell'ambito della revisione della L.R. 4/'94.

Con il provvedimento citato la Giunta regionale dà finalmente attuazione al par. 3.1.3.3. del P.S.R. 2002 – 2004, che prevedeva appunto un primo atto di indirizzo, in attesa della successiva riforma legislativa. Le nuove linee guida sulla tutela (il testo del provvedimento è riportato integralmente in appendice), che tengono conto dei rilievi e delle proposte avanzate dal Difensore civico anche nelle precedenti relazioni, in sintesi prevedono:

1. che l'Ufficio Rapporti con il Pubblico dell'Azienda Sanitaria (ed eventualmente la Commissione Mista Conciliativa) sia competente, in conformità anche al principio di sussidiarietà di recente costituzionalizzazione, su tutte le problematiche suscettibili di essere risolte a livello interno dall'Azienda Sanitaria;
2. che al Difensore civico siano trasmesse le pratiche inerenti la responsabilità professionale e quelle che, sollevando problemi di carattere più generale, è opportuno affrontare a livello regionale. In questi casi infatti il Difensore civico potrebbe premere sull'amministrazione regionale perché intervenga direttamente sulla materia, magari dettando nuovi indirizzi.
3. che, per consentire alla Commissione Mista Conciliativa di svolgere un ruolo più incisivo ed efficace, siano ridefinite le modalità di nomina del Presidente e del Vicepresidente, in modo tale da assicurare un più stretto contatto con le Associazioni di Volontariato e di Tutela;
4. che il sistema di monitoraggio regionale sui reclami sia molto più preciso e analitico di quanto non sia adesso. Occorre arrivare a "visualizzare" il singolo reclamo e non solo il numero complessivo delle segnalazioni, se vogliamo che il Comitato regionale per la Carta dei Servizi, in raccordo con il Difensore civico, svolga al meglio il suo ruolo.

Per quanto riguarda il monitoraggio del contenzioso "risarcitorio" su cui ci siamo soffermati nella scorsa relazione, dobbiamo segnalare l'incontro del 19 dicembre 2003, convocato dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, nel corso del quale il Difensore civico ha avuto modo di illustrare a scheda di monitoraggio (riportata nell'allegato) predisposta dall'ufficio in collaborazione con alcuni medici legali delle Aziende sanitarie regionali. Questo lavoro è alla base del provvedimento, in corso di elaborazione mentre scriviamo, con cui la Giunta detterà gli indirizzi per la messa a punto di un sistema di monitoraggio informatizzato, omogeneo a livello regionale. Con lo stesso provvedimento verrà formalizzato un gruppo di lavoro misto di cui faranno parte rappresentanti delle Aziende Sanitarie, dell'ufficio Difensore civico e dell'Ordine dei Medici.

Ultimo accenno alle novità normative del 2003 è costituito dall'atto di indirizzo del Consiglio Regionale sull'avvio della sperimentazione delle Società della Salute (Delibera C.R. 155/2003). Rispetto a questo atto il Difensore civico regionale, in sede di consultazioni aveva sottoposto all'attenzione della IV Commissione l'opportunità che il Difensore civico Regionale o un suo delegato facesse parte della Consulta Regionale prevista dal Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004 per il monitoraggio sullo sviluppo delle Società della Salute e che un Difensore civico locale territorialmente competente, designato dal Difensore civico Regionale dalla Conferenza Permanente dei Difensori civici della Toscana e presente sul territorio ove operavano le rispettive istituende società della Salute facesse parte dei Comitati di Partecipazione delle Società della Salute. Il Consiglio non ha accolto tali osservazioni. Rispetto alle Società della Salute si pone inoltre un problema di competenza del Difensore civico regionale¹ e – per gli ambiti afferenti ai Comuni – di quei Difensori civici locali per i quali lo Statuto o il regolamento non preveda la competenza nei confronti delle Aziende partecipate dell'Ente Locale. Rispetto a tale problematica è stata data assicurazione al Difensore civico dall'Assessore Regionale che la riforma della L.R. 22/90 prevedrà un'espressa competenza del Difensore civico nei confronti delle Società della Salute.

¹ Il Difensore civico regionale è competente nei confronti della Regione e delle Aziende Regionali. È quindi competente nei confronti delle ASL che sono Aziende Regionali, ma le Società della Salute sono Aziende delle ASL e dei Comuni e quindi non c'è una competenza diretta del Difensore civico regionale.

2.2.3 Responsabilità professionale

Il Difensore civico si occupa di responsabilità professionale medica sanitaria fin dal 1991. Quando un utente afferma di essere stato "curato male" il Difensore civico chiede chiarimenti alla struttura interessata e nel frattempo acquisisce la relativa documentazione clinica, sottoponendo il caso all'esame di uno staff di consulenti medico legali, a disposizione dell'ufficio in virtù della convenzione stipulata nel 2002 con l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Firenze e della collaborazione con le U.O. di Medicina legale di alcune Aziende Sanitarie della Toscana². Oltre ad offrire all'utente indicazioni in merito all'opportunità di approfondire la questione nelle sedi opportune, il Difensore civico cerca di evidenziare anche i problemi di carattere più generale che possono emergere dalla casistica esaminata.

Una svolta decisiva, in questo ambito di attività è rappresentata dalla realizzazione del sistema di monitoraggio previsto dal par. 5.2.2.2.4. del P.S.R. 2002 – 2004, che abbiamo richiamato nel precedente paragrafo. Se il progetto, sul quale ci siamo soffermati anche nella relazione dell'anno scorso, "passerà", potremo arrivare ad incidere sull'effettiva dimensione del rischio sanitario (deliberazione della G:R. 443/2002) promovendo i necessari interventi sia sul piano della formazione del personale che della stessa organizzazione aziendale. Al progetto di monitoraggio proposto dal Difensore civico si guarda con interesse non solo in Toscana, ma anche a livello nazionale.: la testimonianza dei funzionari dell'ufficio che hanno partecipato a conferenze tenute in altre Regioni, ovvero organizzate da enti od organismi nazionali confermano il grande interesse degli operatori in questo settore.

A prescindere dall'attivazione del sistema di monitoraggio, che dovrebbe realizzarsi nel corso del 2004, le linee guida sulla riforma dei processi di tutela in sanità comportano l'attribuzione al Difensore civico di tutta la materia del contenzioso; rispetto agli anni passati il 2002 ed il 2003 hanno visto crescere l'attenzione delle Aziende sanitarie per lo osservazioni ed i rilievi del Difensore civico, specie per quelli di carattere generale³.

² Collaborano con il Difensore civico la Dr.ssa Maria Pia Fiori dell'Azienda Sanitaria di Arezzo, il Dr. Massimo Martelloni dell'Azienda Sanitaria di Lucca, la Dr.ssa Mariella Immacolato dell'Azienda Sanitaria di Massa e Carrara, il Dr. Lelli dell'Azienda Sanitaria di Pisa ed il Dr. Mandriani dell'Azienda Sanitaria di Siena.

³ Nel corso della Conferenza del 19 e 20 settembre 2003 un ex – Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero ha affermato a proposito di tale attività del Difensore civico in questo settore nei confronti dell'Azienda cui apparteneva che "nel tempo quel rapporto che inizialmente avevamo interpretato come semplicemente generatore di un debito informativo è andato radicalmente modificandosi. Esso si è trasformato in un dialogo tra esperti, finalizzato alla individuazione prioritaria di punti di debolezza organizzativa nel sistema ospedale nel suo

Anche quest'anno dobbiamo evidenziare che i settori dove si sono registrati più problemi sono gli stessi su cui ci siamo soffermati nella Relazione 2002, ovvero quello dell'informazione e del consenso del paziente, quello della documentazione clinica spesso lacunosa, quello della (insufficiente) comunicazione fra reparti ospedalieri o fra figure professionali che si susseguono nella presa in carico dello stesso paziente (il c.d. percorso assistenziale). Anche se questi temi sono, almeno a livello aziendale più "sentiti" che in passato, sarebbe opportuno un loro approfondimento anche a livello regionale⁴.

Dobbiamo osservare peraltro come certi cambiamenti delle tecnologie operatorie, si pensi allo sviluppo della chirurgia ambulatoriale con ricovero giornaliero (cd. *day surgery*), se da una parte consentono vantaggi economici al sistema ed evitano agli utenti ricoveri lunghi, dall'altro mostrano criticità proprio sul versante del raccordo e del coordinamento tra strutture ed operatori, in particolare di quello, ancora oggi debole, fra presidio ospedaliero e medico di base. E' fondamentale per lo sviluppo di questo tipo di attività che il cittadino possa trovare un interlocutore presso la struttura che lo ha dimesso, a fronte di possibili complicazioni che possano verificarsi durante la convalescenza.

2.2.4 Assistenza ai cittadini danneggiati da trasfusioni, vaccini emoderivati

Anche nel 2003 è proseguita l'attività di assistenza verso i cittadini danneggiati da trasfusioni e vaccini emoderivati. È stata modificata fra l'altro la convenzione (adesso è a titolo oneroso) con le tre Associazioni che collaborano con l'ufficio nel settore. Quest'ultime hanno attivato una consulenza esterna per la gestione della istruttoria delle pratiche e la persona incaricata opera attualmente all'interno dell'ufficio. L'attività del Difensore civico in questo settore, illustrata nel corso della Convegno del

complesso. Molti sono infatti i casi relativamente ai quali la corrispondenza è stata numerosa ed articolata; ulteriori suggerimenti potevano discendere infatti non tanto dalla documentazione iniziale, bensì dalle argomentazioni da noi inviate all'ufficio del Difensore Civico.

A raccontarla così potrebbe apparire che il rapporto sia stato e sia quello tra inquisitore e indagato, ma non è mai stato vissuto e sentito così. In ogni nota era evidente invece lo sforzo di promuovere iniziative di miglioramento e di incentivo a procedere sulla strada che abbiamo intrapreso. A scanso di equivoci intendo precisare che nessuno di noi ha mai inteso rinunciare al proprio ruolo, né l'altro interlocutore ha mai cessato di mostrare rispetto dell'altrui attività."

⁴ È capitato talvolta che la relazione di dimissione non riportasse elementi utili all'inquadramento del caso seppur non strettamente rilevanti rispetto alla singola operazione. In particolare si evidenzia il caso in cui la relazione di degenza era in bianco rispetto all'esecuzione della biopsia ed il paziente dichiarava di non essere stato informato dell'esecuzione della medesima e della necessità di acquisire la risposta o il caso in cui non erano stati evidenziati in relazione di degenza i risultati dubbi circa la possibile esistenza di patologie tumorali di un rx torace eseguito nel corso degli accertamenti preoperatori.

settembre 2003 è stata oggetto, in quella sede, di un approfondito dibattito con interventi autorevoli e qualificati. Non va dimenticato (rinviamo sul punto all'appendice) che il Difensore civico regionale della Toscana su questa materia è un punto di riferimento a livello nazionale, come dimostra la partecipazione allo stesso convegno di numerose associazioni di malati e di molti rappresentanti di studi legali, provenienti da tutta Italia.

Le problematiche emergenti nel 2003, come evidenziato anche nel corso del dibattito svoltosi a conclusione del convegno, sono quelle già evidenziate nelle precedenti relazioni. Per cui si rinvia a quest'ultime e soprattutto alla lettura degli atti del Convegno, di prossima pubblicazione. Il calo delle istanze nel corso del 2003 è determinato anche dalla circostanza che i fenomeni infettivi cui ci si riferisce, è bene ricordarlo, risalgono prevalentemente ad eventi trasfusionali subiti negli anni '80 - '90.

2.2.5 Liste d'attesa

Il P.S.R. 2002 - 2004 ha fissato in modo chiaro e preciso i tempi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche. L'attivazione dei C.U.P. (Centri Unici di Prenotazione) che talvolta - come nella realtà fiorentina - operano in modo integrato per le diverse aziende (sanitarie locali ed ospedaliere) presenti sul territorio, ha inteso facilitare il percorso assistenziale del cittadino che chiede una determinata prestazione. Il sistema di prenotazione telefonica risulta ancora problematico e limitato a certi tipi di esami, anche se stanno aumentando i punti di accesso sul territorio.

Rispetto ai tempi possiamo osservare ancora una volta che:

1. non sempre le Aziende riescono a garantire i tempi massimi di attesa previsti dalla normativa vigente.
2. le prenotazioni di esami diagnostici e terapeutici urgenti hanno ancora un percorso non chiaramente definito.

Oltre al problema delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche c'è quello delle attese per i cd. "interventi in elezione". Dobbiamo insistervi particolarmente (ancora una volta), perché è su questo problema che si registra il maggior numero di segnalazioni. In alcuni casi, grazie all'intervento del Difensore civico, il cittadino è stato chiamato a compiere l'intervento chirurgico per il quale era in lista; in altri l'Azienda interessata ha comunicato di avere svolto controlli sulle modalità di tenuta delle liste di attesa. Nonostante l'efficacia di alcuni interventi attuati dall'ufficio, è assolutamente necessario un intervento regionale che richiami le Aziende sanitarie all'applicazione dello Schema generale di riferimento della Carta

dei Servizi Sanitari, adottata con D.P.C.M. 19 maggio 1995. Quest'ultima infatti al punto 4.3., in applicazione dell'art. 3.8 L. 724/94, attribuisce alla responsabilità del Direttore sanitario la tenuta delle liste, prescrivendo altresì che i tempi di attesa debbano essere resi noti. Alla luce dei successivi sviluppi normativi nazionali e regionali, la responsabilità del Direttore Sanitario di cui alla L. 729/94 è da intendersi riferita al Direttore Sanitario di Presidio.

2.2.6 Farmaci non a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR)

È proseguita anche nel corso del 2003 l'attività di assistenza ai cittadini che chiedono il contributo di cui alla delibera G.R. n. 493 del 17/05/2001 per un farmaco o una terapia indispensabile non a carico del S.S.T. Occorre ricordare che nel 2002 la Giunta Regionale ha adottato una successiva deliberazione, la 1052/'02, che fa carico alle Aziende Sanitarie di acquisire direttamente i farmaci a prescindere dall'erogazione o meno del contributo.

I provvedimenti regionali richiamati, che prevedono un contributo fino a circa € 15 giornalieri per l'acquisto di farmaci o per terapie indispensabili alla sopravvivenza o alla qualità della vita degli utenti non a carico del S.S.T., sono estremamente rilevanti perché si propongono di dare una risposta a situazioni difficili, spesso drammatiche, che in altre regioni hanno provocato anche contenziosi giurisdizionali (a fronte dei dinieghi delle Aziende Sanitarie e delle Regioni ad erogare certe terapie). Inoltre, grazie al monitoraggio effettuato a livello regionale sulle richieste avanzate, si può valutare l'opportunità di attivare la procedura di registrazione di un determinato farmaco. Si ricorda a questo proposito che il dibattito scaturito nel 2002 dall'attività in questione ha contribuito in modo significativo alla registrazione dell'insulina Lantus.

Al Difensore civico continuano a giungere richieste in merito all'erogazione del contributo. Nel corso del 2003, anche grazie alla collaborazione del Settore regionale Assistenza farmaceutica si è avviato un confronto fra le varie Aziende Sanitarie per cercare criteri applicativi uniformi. Sarebbe infatti inconcepibile che un determinato gruppo di malati ricevesse il farmaco con il contributo ed altri residenti nel territorio di un'altra Azienda non lo ricevessero. In particolare si è cercato di monitorare anche i costi che le Aziende sostengono per procurarsi i farmaci di questo tipo (se il farmaco è prodotto solo all'estero, spesso troviamo significative variazioni di prezzo dovuti al diverso comportamento tenuto dai grossisti); in qualche caso le Aziende Sanitarie hanno potuto aderire ad accordi particolarmente vantaggiosi, già conclusi da altre Aziende per ottenere i farmaci in questione.

Resta aperto il problema delle modi "burocratici" con le quali a volte le decisioni di diniego vengono comunicate agli utenti, a fronte degli approfonditi dibattiti svolti in seno alla Commissione che decide o meno sull'erogazione del contributo. La questione è oggetto di approfondimento da parte dell'Ufficio del Difensore civico e del competente settore regionale.

2.2.7 Ticket al Pronto Soccorso

I sovraffollamenti al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri sono spesso oggetto delle cronache giornalistiche. Il problema è causato anche da un utilizzo improprio del pronto soccorso da parte di alcuni utenti, che cercano, attraverso questo espediente, di evitare i tempi di attesa necessari per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici. Per evitare questo fenomeno occorrerebbe riorganizzare l'assistenza medica di base, promuovendo la costituzione di studi medici associati in grado di eseguire direttamente alcuni accertamenti diagnostici di base e di garantire una reale continuità assistenziale anche al di fuori dall'orario di presenza del proprio medico (che dovrebbe pertanto "condividere" i dati clinici del paziente con gli altri colleghi dello studio associato).

Ciò premesso, è del tutto legittimo che ai soggetti che accedono impropriamente al Pronto Soccorso venga fatto pagare il ticket, che può comprendere quello relativo alla sola visita specialistica ovvero anche quello relativo ai diversi accertamenti diagnostici effettuati (es. rx, TAC, ecografia etc.). Il problema nasce di fronte a comportamenti difformi dei vari Presidi Ospedalieri e spesso dal fatto che il pagamento del ticket viene spesso fatto dipendere dall'applicazione del codice di "triage", che si usa per definire l'ordine di accesso alle prestazioni di Pronto Soccorso. Il codice consiste in una scala delle priorità, fondata sulla sintomatologia dichiarata dal paziente e sull'osservazione dei suoi parametri vitali. I codici utilizzati sono quattro (in alcune realtà cinque) e a ciascuno di essi corrisponde una valutazione preliminare dello stato di salute del paziente, sulla cui base poi il personale infermieristico autorizza l'ordine di accesso al Pronto soccorso. In questi casi può avvenire che un codice di triage in accesso subisca variazioni in uscita, una volta che sia stata fatta la diagnosi e sia stata esclusa la sussistenza di determinate patologie o complicazioni. Tipico a questo proposito il caso delle fratture sospette in seguito a traumi: all'applicazione al momento dell'accesso del codice verde (si usa spesso questo codice perché una lastra, anche se non urgente, è comunque necessaria nell'arco della giornata) può seguire a conclusione degli accertamenti un codice bianco, quando risulti che fratture in realtà non ci sono

state. In questi casi qualche struttura pretende il pagamento del ticket (addirittura della visita specialistica e dell'accertamento radiografico) con il paradossale risultato che il soggetto "fortunato" perché non ha riportato le fratture sospettate all'ingresso, lo sia un po' meno all'uscita, quando gli viene chiesto di pagare la quota di compartecipazione normalmente prevista per gli accessi impropri.

Presso la Direzione Generale Diritto alla Salute un gruppo di lavoro, di cui fa parte anche l'ufficio del Difensore civico, sta studiando nuove modalità per definire parametri uniformi in merito all'applicazione del ticket al Pronto Soccorso: le direttive adottate fino ad oggi infatti hanno dato luogo ad interpretazioni improprie come quella sopra prospettata. Il Difensore civico sta anche affrontando i singoli casi di utenti che ci segnalano situazioni del tutto analoghe a quella che abbiamo appena descritto. Ricordiamo inoltre che queste valutazioni sono spesso condivise dalle Commissioni Miste Conciliative che in alcune realtà propongono sistematicamente di rinunciare all'imposizione del ticket.

Rispetto alle possibili ipotesi di riforma, la posizione del Difensore civico è quella di distinguere fra quegli esami che il medico di pronto soccorso prescrive perché ritenuti indifferibili e necessari a formulare la diagnosi e quelli che il medico ritenga debbano eseguirsi con urgenza al fine di formulare la diagnosi, ma possano essere differiti. La distinzione è abbastanza sottile e complessa, ma non si ritiene pensabile che il medico di pronto soccorso prima tenga un comportamento che sfiora la cd. "medicina difensiva" e pretenda accertamenti immediati anche per evitare di incorrere in responsabilità professionale per errata diagnosi e poi, una volta che tali accertamenti si sono rivelati negativi, imponga al paziente il pagamento del ticket.

2.2.8 Ticket per analisi anatomico – patologiche fuori dai livelli essenziali di assistenza (LEA)

Nel corso del 2003 si è risolto positivamente, grazie alla collaborazione con la Direzione Generale diritto alla Salute e ad un incontro del gruppo di lavoro ove ci si confronta sulle linee guida sugli esami anatomico – patologici cui è stato invitato anche l'ufficio un annoso problema. Ci si riferisce ad alcuni accertamenti anatomico-patologici estremamente complessi, che servono a diagnosticare patologie tumorali, ma che non sono ricompresi all'interno dei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza). Rispetto a questo tipo di esami un'Azienda Ospedaliera aveva deciso di porli a carico dell'utente seppur con un costo massimo forfettario. Del problema si era occupato qualche anno fa anche il Comitato Etico della stessa Azienda, che aveva mosso alcuni rilievi sul modo con cui gli utenti erano stati informati dei costi da sostenere. La

questione restava comunque aperta, anche perché molti utenti rifiutavano di pagare le somme richieste, costringendo l'Azienda ad inoltrare il conseguente provvedimento di sollecito al pagamento. È importante sottolineare che il comportamento dell'Azienda, anche se percepito dagli utenti come ingiusto e penalizzante, a fronte della normativa vigente era perfettamente legittimo. Su richiesta del Difensore civico l'Azienda interessata ha provveduto a sospendere le richieste di pagamento. Dopo l'incontro che si è tenuto presso la Regione, l'Azienda ha ritenuto di uniformarsi alla scelta delle altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere⁵, che qualora tali accertamenti si rendano necessari, provvedono a distribuirne i costi sull'intero budget relativo al complesso degli accertamenti anatomico – patologici, con conseguente annullamento dell'applicazione di quello che – seppur legittimamente applicato – era percepito dall'utenza come una sorta di "super ticket".

2.2.9 Certificazioni per pratiche sportive ludico motorie

La recente L.R. 35/2003 ha chiarito che per lo svolgimento delle attività motoria ricreative, quelle che impegnano la maggioranza delle persone che si iscrivono ad una palestra, non serve alcun tipo di certificazione. Il problema, com'è noto, consisteva nel fatto che le certificazioni di questo tipo, che possono essere rilasciate anche dal medico di base, rientrano fra le attività a pagamento.

Nonostante la previsione normativa (cfr.art.14) sia chiara, succede che alcune palestre e/o i gestori di impianti sportivi privati, continuino a pretendere dai propri clienti la certificazione in oggetto. Se è possibile immaginare che sul lungo periodo questi gestori verranno penalizzati dal mercato, il problema allo stato attuale sussiste e pertanto il Difensore civico sta riflettendo sull'opportunità di suggerire al legislatore regionale l'introduzione di sanzioni amministrative specifiche a carico dei gestori che continuano a chiedere tale adempimento. C'è inoltre da chiedersi se gli Enti Locali o gli Enti Pubblici che spesso concedono in comodato gratuito o in locazione i propri impianti a Circoli Sportivi o ad Associazioni, non possano pretendere dai locatari o dai comodatari che l'attività si svolga nel rispetto dei criteri previsti dalla vigente normativa regionale.

⁵ Alle quali perveniva, è opportuno sottolinearlo, un numero di richieste di simili accertamenti in numero inferiore.

2.2.10 Ammissione presso gli asili nido comunali e le scuole d'infanzia dei bambini non sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie.

Il Difensore civico del Comune di Firenze aveva ricevuto numerose segnalazioni da parte di famiglie che figuravano nelle graduatorie per l'accesso al servizio di asilo nido comunale, le quali avevano ricevuto notifica di un provvedimento del Servizio istruzione col quale si comunicava che, qualora non fossero state in grado di produrre il certificato di vaccinazioni obbligatorie, i figli non sarebbero stati inseriti nella struttura.

Il problema, constatato dallo stesso Comune – che nella persona dell'assessore ai servizi educativi lo aveva già segnalato all'assessore regionale al diritto alla salute – risiedeva nella mancanza di indicazioni da parte della Regione in materia. Infatti, la norma di cui al comma 2 dell'art. 47 del DPR355/99 elimina (pur facendo salve tutte le procedure relative alla segnalazione alla autorità sanitaria ex art. 117 Dlgs112/98) il divieto di ammissione degli alunni non vaccinati nella scuola dell'obbligo, ma niente dispone a proposito delle scuole materne, asili nido o altre comunità infantili. Era considerata causa ostativa all'ammissione anche il protocollo vaccinale – vigente alla emanazione della nuova normativa – presso l'Azienda sanitaria di Firenze, che prevede l'esenzione dalla vaccinazione obbligatoria solo per motivi sanitari.

Il Difensore civico del Comune di Firenze ha segnalato pertanto la questione al Difensore civico regionale, sollecitandone l'intervento nei confronti della Regione Toscana al fine di ottenere disposizioni espresse in materia. Nel farlo, il Difensore civico comunale dava conto di una ricerca da lui effettuata, dalla quale era emerso che altre Regioni avevano effettivamente emanato disposizioni che estendono per analogia alle comunità infantili la norma che il comma 2 art. 47 DPR355/99 detta a proposito della scuola dell'obbligo. Anzitutto, la Regione Piemonte, nel suo "Protocollo per la gestione dei soggetti inadempienti alle vaccinazioni obbligatorie", dispone che "l'iscrizione alla scuola dell'obbligo e per analogia anche alle altre comunità infantili è consentita anche ai bambini che non hanno eseguito le vaccinazioni obbligatorie". La Regione Emilia Romagna, con circolare del 22.6.2000 rivolta ai Sindaci dei Comuni della Regione, li invita "ad ammettere alla frequenza i bambini i cui genitori rifiutino di esibire il certificato inerente le vaccinazioni obbligatorie, comunicando i relativi casi alle ASL competenti per territorio". Occorre ricordare che, con riferimento al DPR355/99, il Ministero della Sanità aveva emanato la circolare n. 6 del 20.4.2000, che afferma che "dette disposizioni possono essere considerate valide anche ai fini dell'ammissione ad altre collettività", fornendo la base dell'interpretazione analogica adottata dalle Regioni con gli atti ora richiamati.

Il Difensore civico regionale, nel considerare le modalità e il fine del proprio intervento nei confronti della Regione sulla scorta delle indicazioni ricevute dalla difesa civica comunale, ha rilevato preliminarmente che le problematiche sollevate dal caso, pur in stretta connessione tra loro, debbono rimanere distinte. Un aspetto riguarda infatti la questione della obbligatorietà dei vaccini; l'altro aspetto concerne il diritto allo studio. Se per il primo non si è ritenuto di porre in discussione il principio, non potendo il Difensore civico a nostro avviso prendere una posizione piuttosto che un'altra, trattandosi di questione inerente alla salute pubblica e anzi prendendo atto che la giurisprudenza costituzionale si esprime per la obbligatorietà nel modo che diremo in appresso, per il secondo si è ritenuto di intervenire a sostegno del diritto a usufruire del servizio, a garanzia del diritto allo studio e all'inserimento nelle comunità infantili. In tale senso, e a supporto della richiesta di istruzioni già effettuata dall'assessore comunale, l'ufficio ha segnalato l'opportunità di provvedere. L'assessore regionale al Diritto alla Salute, con nota diretta alla Direzione istruzione del Comune e per conoscenza alla ASL di Firenze, ha consentito, pur a livello transitorio e in attesa che l'apposita commissione tecnica presso la ASL si esprima (nel senso, se del caso, di modifica del protocollo vaccinale vigente), l'ammissione agli asili nido comunali dei bimbi non vaccinati, alle seguenti condizioni:

- solo nel caso che il numero di bimbi non vaccinati sia compatibile con la situazione epidemiologica e con le coperture vaccinali;
- per ognuno di questi bimbi, debitamente segnalati, l'ASL dovrà fare una valutazione di compatibilità e dovrà provvedere alla sorveglianza epidemiologica nel tempo, provvedendo, in caso di rischio, a adottare le necessarie misure, compreso il loro immediato allontanamento se ve ne fosse la necessità;
- entrambi i genitori devono firmare un dissenso informato e motivato alle vaccinazioni e un'assunzione di responsabilità per la mancata vaccinazione.

Il Difensore civico regionale ritiene doveroso puntualizzare che la soluzione del problema nel modo illustrato ha carattere provvisorio e transitorio, e che la ASL di Firenze sta lavorando per la messa a punto di un nuovo protocollo vaccinale che tenga conto del DPR355/99, che per la prima volta prende in considerazione la scelta consapevole di chi non intende sottoporre i propri figli alle vaccinazioni obbligatorie.

Si ritiene ancor più doveroso sottolineare che l'obbligatorietà delle vaccinazioni è un principio strettamente inerente alla tutela della salute pubblica – oltre che dell'interesse individuale del minore – la cui inosservanza comporta conseguenze cogenti. Oltre a integrare un'ipotesi di illecito amministrativo (art. 3 L51/66), la

mancata vaccinazione può comportare le conseguenze di cui agli artt. 333 e 336 del Codice civile. La sentenza C. Cost. n.132 del 1992 ribadisce che ai sensi di detti articoli si possano ottenere dal Giudice tutelare i provvedimenti idonei per sottoporre il bambino alla vaccinazione, e l'operatore sanitario deve, per parte sua segnalare o denunciare l'omissione o il rifiuto dei genitori ai soggetti ai quali è riconosciuto il diritto di azione di cui all'art. 336 onde sollecitare l'esercizio di tale potere. Tale statuizione è stata formulata nella piena vigenza dell'obbligo di vaccinazione per l'ammissione alla scuola dell'obbligo. La Corte infatti riporta espressamente gli artt. 333 e 336 c.civ. quale strumento di tutela non solo della salute del minore, ma anche del suo diritto all'istruzione. L'entrata in vigore della norma che ha garantito l'iscrizione anche ai non vaccinati ne tutela tale diritto, ma non tocca la obbligatorietà del vaccino, lasciando impregiudicata la facoltà di agire con gli strumenti idonei a garanzia della salute del minore.

2.3 Assistenza sociale

2.3.1 Le difficoltà del settore

Il settore dell'assistenza sociale, in quanto di prevalente competenza comunale, è sicuramente uno dei più penalizzati dai tagli delle ultime finanziarie. Nonostante gli sforzi compiuti dalla Toscana, basti pensare al programma straordinario di investimenti "Sviluppo strutture innovative per il sociale" approvato nel luglio del 2003 (che prevede stanziamenti di risorse regionali per un ammontare complessivo di 36.360 migliaia di euro), la riduzione dei finanziamenti destinati agli enti locali rischia di compromettere una situazione, già "storicamente" abbastanza difficile. Lo confermano anche le richieste di intervento rivolte all'ufficio, in un settore in cui, è bene sottolinearlo, un organo come il Difensore civico, sconta difficoltà e limiti oggettivi, che sono di tutta evidenza. Il problema della scarsità di risorse a fronte di nuovi bisogni e, purtroppo, di nuove povertà, è infatti un grande tema politico, irriducibile ad una questione (pur relevantissima, s'intende) di buona o di cattiva amministrazione. E' altrettanto vero però che in un settore così delicato, dove il contatto con la fragilità sociale e le debolezze anche personali, è quotidiano (si pensi ai problemi degli anziani non autosufficienti) si assiste ad una domanda "inevasa" di informazione, di orientamento e soprattutto di relazione, cui le amministrazioni non sanno dare risposte adeguate. In questi casi l'azione del Difensore civico finisce spesso per colmare un vuoto "relazionale", che

evidentemente sussiste nonostante le riforme legislative degli anni '90 avessero cercato di promuovere un rapporto diverso tra amministrazioni e amministrati, sia sotto il profilo della trasparenza che da quello della qualità dei servizi erogati.

2.3.2 Le richieste di intervento (ricovero nelle residenze assistite, barriere architettoniche, invalidi civili)

Anche nel 2003 la quota più consistente di segnalazioni giunte all'ufficio riguarda l'accesso alle strutture di ricovero per anziani, in particolare alle residenze sanitarie assistite. I problemi che vengono denunciati con maggiore frequenza sono quelli relativi alla lunghezza delle liste di attesa ed ai costi delle rette. Un risvolto, non marginale di quest'ultimo problema è quello, già evidenziato nella relazione dell'anno scorso, della rivalsa nei confronti dei parenti dell'anziano ricoverato, da parte di alcuni comuni che applicano impropriamente e illegittimamente il c.d. l'indicatore ISE (Indicatore della situazione economica). Si tratta, com'è noto di uno strumento introdotto in via sperimentale nel 1998, con il D.lgs.109 e disciplinato in via definitiva dal successivo D.lgs.130/2000, che intende offrire una risposta "equa" alla drammatica crisi finanziaria, che minaccia in maniera più o meno grave un po' tutti i sistemi di welfare. Mentre in alcuni settori, sia a livello statale (l'assegno per il terzo figlio, quello di maternità, le borse di studio scolastiche ed universitarie) che locale (si pensi alle rette per asili nido, alle mense ed al trasporto scolastico) l'ISE rappresenta ormai uno strumento "a regime", in altri invece stenta ad affermarsi, sia per la mancata adozione dei principali provvedimenti attuativi da parte del governo (è il caso della sanità), sia per l'inerzia delle amministrazioni che sono chiamate all'individuazione delle prestazioni alle quali in concreto l'indicatore si applica. Nel caso di specie la pretesa dei comuni di addossare la spesa a parenti che non convivano con l'assistito, si scontra con la lettera del D.lgs. 130/2000, secondo cui per le prestazioni socio-assistenziali erogate a favore di anziani non autosufficienti e di handicappati gravi non possono essere richiesti contributi a parenti estranei alla loro famigli anagrafica. Peraltro anche in assenza delle disposizioni citate, i comuni avrebbero trovato un ostacolo, difficilmente sormontabile nella riserva di legge contenuta nell'art.23 della costituzione, che richiede l'intervento del legislatore per imporre qualsivoglia "prestazione personale o patrimoniale". L'art.438 del codice civile, spesso invocato dai comuni, non risolve il problema, perché, come abbiamo già avuto modo di rilevare, solo chi versa in stato di bisogno è legittimato a chiedere gli alimenti e non certo gli enti erogatori.

Un altro problema che continua da essere segnalato con frequenza è quello relativo alle barriere architettoniche. La normativa vigente, com'è noto, mostra evidenti limiti sul piano dell'efficacia concreta, della capacità di risposta a bisogni dei cittadini disabili. Da una parte ci sono i problemi del mancato adeguamento ai nuovi standard costruttivi, che vengono segnalati soprattutto con riferimento ai pubblici esercizi, dall'altra (ed è questo il settore più critico sul quale si concentrano le richieste di intervento) c'è quello della insufficienza "cronica" dei fondi ministeriali, aggravato, come abbiamo già evidenziato nella relazione dello scorso anno, da un criterio di riparto che taglia sistematicamente fuori la fascia delle invalidi meno gravi.

Per affrontare questi problemi è stata approvata, proprio alla fine del 2003, una nuova legge sulla eliminazione delle barriere architettoniche (L.R. n.66 del 29.12.2003) che incrementa anche il fondo destinato a finanziare le ristrutturazioni effettuate dai privati cittadini. La legge, è importante sottolinearlo, si propone attraverso un'anticipazione finanziaria a carico della Regione, di esaurire entro il marzo del 2004 i contributi per gli invalidi più gravi, in modo da poter riaffrontare globalmente ed ex novo lo spinoso problema delle graduatorie cui abbiamo fatto riferimento. Con il regolamento attuativo, in corso di elaborazione, si giungerà infatti a quella ridefinizione del sistema di riparto, che consentirà anche a coloro che si trovano attualmente nell'elenco B di potere finalmente accedere al contributo.

2.4 Previdenza

I casi trattati nell'anno 2003 ed inizio 2004 che riguardano il campo della previdenza, i casi sottoposti alla nostra attenzione riguardano la vasta problematica correlata al trattamento pensionistico (che può riguardare pensioni di anzianità, inabilità, invalidità, vecchiaia, superstiti, trattamento minimo, pensione supplementare, assegno sociale, pensione invalidi civili) e contributivo (relativo ai lavoratori dipendenti, artigiani, commercianti, casalinghe, rendita vitalizia, ricongiunzione, contributi da riscatto e volontari).

Il nostro ufficio interviene principalmente al fine di verificare con l'ente competente l'esatta liquidazione nel pagamento delle pensioni, sia di quelle che hanno natura previdenziale che di quelle di natura assistenziale. Molto spesso infatti l'ente erogatore non fornisce con sufficiente trasparenza e chiarezza tutte le "voci" ed i relativi importi che devono necessariamente essere riportati, ad esempio, per il calcolo della pensione o per la determinazione dei contributi.

L'ufficio si è attivato, svolgendo anche un'azione di monitoraggio vero e proprio sui singoli casi, non solo per tutti i problemi relativi alle pensioni, ma anche per quelli inerenti ai pagamenti delle prestazioni a sostegno del reddito come ad esempio, le indennità di disoccupazione, per malattia, maternità, cassa integrazione, il trattamento di fine rapporto e di quelle che agevolano coloro che hanno redditi modesti e famiglie numerose (l'assegno per il nucleo familiare, gli assegni di sostegno per la maternità e per i nuclei familiari concessi dai Comuni). In alcuni casi l'ufficio è intervenuto per richiedere all'ente previdenziale di :

- sottoporre l'istante alle visite mediche per l'accertamento dell'invalidità e dell'inabilità;
- sottoporre l'Istante a visite mediche per le cure termali;
- emissione dei modelli di certificazione fiscale.

In altri ha preso contatti con l'ente per comunicare al cittadino quali fossero le scadenze di pagamento della pensione, le modalità di riscossione della stessa presso gli sportelli postali o bancari; la scelta del sistema preferito, da indicare al momento della domanda di pensione, nonché la risoluzione dei problemi relativi alla lettura del modello CUD. necessario per la presentazione della denuncia dei redditi che l'Inps spedisce ogni anno ai pensionati.

2.5 La tutela degli immigrati

2.5.1 La regolarizzazione introdotta dalla Legge n.222 del 9.10.2002

Le procedure di regolarizzazione, come previsto dalla legge, si sono concluse con la sottoscrizione presso l'UTG – sportello unico immigrati – del contratto di soggiorno. Come durante le precedenti esperienze di applicazione di normative di sanatoria, l'ufficio ha assistito gli utenti nella compilazione delle domande ed ha chiesto informazioni in caso di ritardo nelle convocazioni. Abbiamo potuto verificare che in alcuni casi, la mancata convocazione era dipesa dal fatto che il provvedimento prefettizio di diniego di regolarizzazione, non era stato comunicato al diretto interessato. Essendo il datore di lavoro il sottoscrittore dell'istanza, infatti, la notifica del provvedimento a quest'ultimo, ha fatto presumere che anche il lavoratore ne fosse a conoscenza. In questi casi, per consentire al lavoratore di essere rimesso in termini per l'eventuale presentazione del ricorso, si è dovuto metterlo in condizione di provare la mancata conoscenza del provvedimento.

Il numero imponente delle regolarizzazioni registrato nel 2003, ha portato ad un'incidenza percentuale della popolazione