

In detto decreto si precisa testualmente che i succitati crediti accessori sono corrisposti d'ufficio e decorrono dalla data di maturazione del credito principale, ovvero dalla scadenza del termine previsto ai sensi dell'art. 2 L. 7.8.1990, n.241, per l'adozione del relativo provvedimento. Detti emolumenti sono dovuti fino alla data di emissione del titolo di pagamento, da comunicare all'interessato nel termine di 30 giorni.

La maggior parte delle pratiche in materia previdenziale ha avuto come interlocutori l'INPS e l'INPDAP.

Va segnalata la disponibilità dimostrata e la fattiva collaborazione prestata dalle varie sedi INPS, che, nella quasi totalità, si sono sempre prontamente attivate per fornire una risposta e portare, qualora ne sussistessero i presupposti, ad una rapida conclusione la pratica segnalata. A tal fine, più volte i funzionari dell'INPS hanno provveduto a mettersi in contatto direttamente con l'interessato per poter più velocemente acquisire la documentazione necessaria, mancante, per la conclusione del procedimento amministrativo in corso d'istruttoria.

Il rapporto con l'INPDAP — sede centrale e sedi periferiche — è stato, in linea generale, proficuo: si sono verificati alcuni ritardi nella risposta, che, a volte, è stata fornita dopo alcuni solleciti.

La casistica delle questioni sottoposte all'attenzione dell'Ufficio nella materia di cui si sta trattando è stata multiforme e varia, concernendo vari istituti giuridici e prestazioni (pensioni, riscatti, ricongiunzioni, posizioni assicurative, assegni per il nucleo familiare etc.) gestiti dai cosiddetti "enti previdenziali".

Le istanze a cui l'ufficio ha dato corso riguardavano problematiche di carattere giuridico amministrativo o ritardi nella definizione della pratica. Ai

cittadini che si sono rivolti al difensore civico per questioni attinenti al proprio trattamento pensionistico o per instaurare una vertenza giudiziaria è stato consigliato di rivolgersi ad un ente di patronato.

Anche per quanto concerne la materia previdenziale, la quasi totalità delle istanze è stata presentata dai singoli cittadini interessati alla definizione di un procedimento amministrativo che li riguardava o ad ottenere chiarimenti in merito alla corretta istruttoria dello stesso.

## 2.6 Assistenza sanitaria

Come noto, a seguito dell'entrata in vigore della LR 11.7.1997, n. 31 di riordino del servizio sanitario regionale, si è proceduto alla graduale realizzazione degli obiettivi dalla stessa prefissati.

Nello specifico, si è provveduto alla rideterminazione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie, al riordino della rete delle strutture ospedaliere, alla definizione delle funzioni e dei compiti delle aziende, all'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali, nonché all'instaurazione di nuovi rapporti con le strutture pubbliche e private per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del servizio sanitario nazionale fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Obiettivo del processo di riorganizzazione aziendale è il miglioramento dell'efficienza delle strutture pubbliche e private, da conseguirsi promuovendo la piena parità di diritti e doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e favorendo la creazione di condizioni simili dal punto di vista operativo, in un quadro di positiva concorrenzialità.

Con la legge di riforma si è voluto sostanzialmente rispondere all'esigenza di migliorare la qualità dei servizi sanitari, garantendo l'attuazione del principio di libera scelta per ciascun cittadino fra strutture pubbliche e private.

La Giunta regionale ha poi provveduto ad emanare una serie di atti per dare attuazione a quanto previsto dalla stessa legge.

Merita uno specifico richiamo - tra le altre - la deliberazione n. 6/38133 del 6.8.1998, con cui sono stati definiti i requisiti e gli indicatori per l'accreditamento

delle strutture sanitarie: tra i predetti criteri è stato inserito anche quello della necessaria esistenza, nelle strutture accreditate, dell'ufficio di pubblica tutela, in accoglimento dell'indicazione formulata dall'Ufficio nel febbraio scorso alla commissione consiliare "sicurezza sociale" in sede di esame della proposta di deliberazione.

Nonostante l'introduzione del meccanismo in base al quale il privato cittadino, in possesso della prescrizione redatta dal medico curante, può ora rivolgersi direttamente alle strutture private accreditate, senza cioè dover chiedere - come accadeva in passato - l'autorizzazione all'azienda sanitaria competente per territorio, è rimasto attuale il **problema dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali**.

Il cittadino utente infatti - ed alcune segnalazioni sono pervenute in tal senso anche all'Ufficio - lamenta il fatto che i tempi di attesa, estremamente lunghi se si intende ottenere la prestazione in regime di assistenza pubblica, diventano pressoché inesistenti se la si chiede in regime di assistenza privata.

Ciò può trovare una giustificazione nel fatto che le prestazioni rese in regime libero-professionale sono numericamente di gran lunga inferiori rispetto a quelle erogate in regime di assistenza pubblica, per cui non è possibile - nella maggior parte dei casi - ravvisare nulla che si ponga in contrasto con le vigenti disposizioni di legge.

E' tuttavia comprensibile lo stato d'animo del cittadino, soprattutto nel caso in cui l'attesa per ottenere la prestazione a carico del servizio sanitario nazionale si debba protrarre per parecchi mesi.

A rimedio dell'inconveniente sopra descritto, la Giunta regionale lombarda ha, in data 25.9.1998, approvato la deliberazione n. 6/38571, con cui sono stati individuati i criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10, 12, 13, 14, 15 del dlgs 29.4.1998, n.

124 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27.12.1997, n. 449".

La normativa sopra enunciata prevede, infatti, che le regioni disciplinino i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale e di ricovero diurno e l'erogazione delle stesse. Di detto termine deve essere data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

La Regione, nell'allegato A della deliberazione n. 6/38571, ha indicato i tempi medi rilevati, che devono valere come riferimento, per le aziende sanitarie ed ospedaliere, per la determinazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni.

Dal 1<sup>a</sup>.1.1999 è scaduto il termine per la trasmissione, da parte delle strutture sanitarie, dei dati relativi alla previsione dei tempi di attesa da realizzare nel corso del 1999, mentre per l'adeguamento effettivo dei tempi il termine è stato fissato al 30.6.1999.

Numerose sono state le segnalazioni pervenute dai cittadini, nel corso del 1998, riguardanti i ritardi nelle procedure istruttorie finalizzate all'applicazione della L. 25.2.1992, n. 210, la quale prevede l'erogazione da parte dello Stato di un indennizzo a favore dei soggetti **danneggiati** da complicate di tipo irreversibile a causa di **vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati**.

Nella fase di prima applicazione della legge, i soggetti interessati dovevano presentare istanza direttamente al ministero della sanità. Si è ben presto compreso che l'elevata richiesta avrebbe determinato la paralisi del competente ufficio ministeriale: di qui la scelta, operata dal legislatore con il dl 1.7.1996, n. 344, più volte reiterato, di introdurre modifiche alla procedura e di affidare l'effettuazione dell'istruttoria delle domande alle aziende sanitarie territorialmente competenti.

A queste ultime, pertanto, devono essere presentate le domande, nonché la documentazione amministrativa e sanitaria utile all'esperimento degli accertamenti necessari per il riconoscimento del diritto a percepire l'indennizzo.

Completata l'istruttoria della pratica, la stessa deve essere trasmessa in copia alla commissione medica ospedaliera territorialmente competente, affinché esprima il giudizio sanitario sul nesso causale tra la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte.

La predetta commissione redige un verbale degli accertamenti eseguiti e l'azienda sanitaria provvede successivamente alla trasmissione di tutta la pratica all'ufficio speciale per l'attuazione della L. 210/1992, che invierà al richiedente una comunicazione di quanto accertato dalla commissione medica ospedaliera.

I tempi che caratterizzano l'intera procedura sono estremamente lunghi: spesso trascorrono parecchi anni prima che si proceda alla liquidazione dell'indennizzo.

La circostanza, poi, che siano numerosi i soggetti coinvolti nella definizione della pratica rende spesso difficile all'interessato conoscere l'effettivo stato di avanzamento della stessa.

L'Ufficio è pertanto intervenuto sia presso le aziende sanitarie locali competenti, sia presso l'ufficio speciale L. 210/1992 del ministero della sanità, per ottenere informazioni specifiche in proposito.

Per quanto concerne la procedura di accertamento svolta presso la commissione medica ospedaliera, è stato più volte segnalato il problema della richiesta di corresponsione, da parte della commissione stessa agli interessati esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, del corrispettivo (ticket) di esami specialistici effettuati al fine della definizione della pratica medico-legale.

La commissione, infatti, oltre a procedere all'accertamento del nesso di causalità tra l'insorgenza dell'infermità e le trasfusioni o somministrazioni di emoderivati, si esprime sull'entità della menomazione derivata dal contagio: quando la documentazione sanitaria prodotta dai richiedenti, pertanto, non risulta sufficiente, viene proposta l'effettuazione di ulteriori esami.

Il paziente accetta di norma di effettuare gli ulteriori accertamenti in quella sede, ignorando, però, che la commissione richiede il pagamento del corrispettivo, in quanto detto organismo svolge soltanto compiti di consulenza tecnica: in particolare, non viene riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, poiché l'accertamento svolto ha solo fini medico-legali e non terapeutici.

L'Ufficio, nell'indirizzare una nota all'ufficio speciale L 210/1992 del ministero della sanità al fine di rappresentare il problema descritto, ha ritenuto di dover sottolineare, innanzitutto, la necessità che la commissione informi preventivamente gli interessati dell'obbligo del pagamento delle spese sanitarie per le prestazioni eseguite presso gli ospedali sedi delle commissioni stesse, in modo da garantire al paziente esente la possibilità di rivolgersi ad altre strutture sanitarie per ottenere gratuitamente le prestazioni.

L'Ufficio ha, comunque, manifestato perplessità circa il fatto che vengano posti a carico dell'interessato i suddetti oneri.

Anche la commissione medica ospedaliera dell'ospedale militare di Milano, coinvolta in una delle segnalazioni pervenute all'Ufficio, ha ritenuto di suggerire

all'ufficio speciale L. 210/1992 - dal quale si attende ancora un riscontro - di disporre affinché si pongano a carico delle aziende sanitarie locali, competenti all'istruttoria delle pratiche, gli oneri relativi agli ulteriori accertamenti che si rendessero necessari.

Una prassi invalsa presso numerose aziende sanitarie locali ed ospedaliere - e che ha formato oggetto di lamentele da parte dei cittadini - consiste nell'errata applicazione della normativa vigente in materia di **partecipazione alla spesa sanitaria**.

Non è infrequente che i cittadini contattino l'Ufficio anche solo per avere conferma della corretta interpretazione delle leggi finanziarie che disciplinano la materia: ciò in quanto accade che operatori amministrativi delle strutture sanitarie contestino l'esistenza, in capo ai richiedenti la prestazione, del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Il cittadino, rassicurato circa la fondatezza giuridica del proprio diritto, ne pretende, così, il riconoscimento da parte delle aziende sanitarie, eventualmente "minacciando" anche di interessare della questione gli istituti di tutela.

In tutti i casi segnalati, gli utenti sono riusciti ad ottenere il risultato auspicato.

Un intervento più specifico in materia è stato chiesto all'Ufficio dal responsabile dell'ufficio di pubblica tutela presso il presidio ospedaliero di Tradate, che ha denunciato la prassi - seguita presso il pronto soccorso del presidio stesso - di richiedere il pagamento del ticket anche ai cittadini esenti.

La direzione sanitaria della struttura motivava la richiesta in quanto le prestazioni rese erano apparse prive del carattere di urgenza, requisito necessario affinché le prestazioni di pronto soccorso non siano poste a carico degli utenti.

L'Ufficio chiariva che non intendeva certo contestare la valutazione, effettuata dal sanitario del pronto soccorso, di non urgenza delle prestazioni erogate a favore degli utenti, ma che - nei casi di specie - la richiesta di pagamento del ticket appariva

illegittima in quanto i pazienti erano comunque esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, ai sensi dell'art. 1, 3° c., della L. 23.12.1994, n. 724.

Anche nelle numerose circolari inviate alle aziende sanitarie dalla direzione generale sanità della Giunta si è specificato che le prestazioni, prive dei caratteri dell'urgenza e dell'emergenza sanitaria, sono da ritenere normale attività ambulatoriale e come tali da sottoporre alla partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, secondo la vigente disciplina legislativa.

Quest'ultima prevede diverse ipotesi di esenzione dal pagamento del ticket, ipotesi appunto ricorrenti nei casi segnalati.

Il direttore generale dell'azienda ospedaliera informava successivamente l'Ufficio di aver fornito le opportune indicazioni agli uffici della propria struttura che seguono abitualmente i problemi inerenti al pagamento dei tickets e alle prestazioni di pronto soccorso.

Molte istanze sono state indirizzate all'Ufficio per lamentare il mancato rimborso, da parte delle aziende sanitarie territorialmente competenti, delle **spese sanitarie sostenute dai cittadini all'estero** a seguito dell'insorgenza di patologie acute.

Al proposito, si è potuto constatare che gli utenti non percepiscono con chiarezza - probabilmente per carenza di informazione - la differenza che intercorre fra la fattispecie del ricovero all'estero presso centri di altissima specializzazione per sottoporsi ad interventi sanitari e la fattispecie della necessità di cure sanitarie durante un soggiorno all'estero a seguito di incidenti o dell'insorgenza di patologie acute.

L'Ufficio si è sempre preoccupato di chiarire ai cittadini indignati il motivo per i quali l'azienda sanitaria locale nega ai richiedenti il diritto al rimborso al verificarsi della seconda delle fattispecie sopra descritte.

Solo, infatti, nell'ipotesi in cui non sia possibile ottenere tempestivamente o adeguatamente presso i presidi e i servizi di alta specialità italiani l'erogazione delle

prestazioni indispensabili in relazione alla patologia in corso trovano applicazione le disposizioni di cui al DM 3.11.1989.

In questi casi sarà allora possibile, a seguito di presentazione di istanza per il rilascio della preventiva autorizzazione, ottenere il rimborso delle spese sostenute nella misura prevista dalla citata normativa.

Qualora, invece, la necessità di sottoporsi a cure sanitarie dovesse manifestarsi a seguito di un incidente e per l'insorgenza di una patologia acuta e imprevedibile mentre si soggiorna all'estero per motivi di turismo, di studio o di lavoro, occorre distinguere a seconda che lo stato estero appartenga all'Unione Europea o meno.

Nella prima ipotesi, è necessario rivolgersi - prima della partenza - alla ASL competente per chiedere il rilascio di un apposito modello (c.d. modello E111) che consente di ottenere gratuitamente eventuali cure sanitarie.

Nella seconda ipotesi, invece, la gratuità delle prestazioni sanitarie può essere riconosciuta solo qualora esistano specifici accordi o convenzioni in questo senso fra lo stato italiano ed i singoli paesi esteri.

Anche nel corso del 1998 sono state frequenti le richieste di intervento volte a segnalare le lacune della LR 5.11.1993, n. 36, che disciplina - come ben noto - la materia **dell'assistenza ospedaliera in forma indiretta**.

L'Ufficio ha più volte, nelle relazioni annuali, colto l'occasione di esprimere rilievi critici su alcune disposizioni della suddetta normativa.

Si richiama, in particolare, la vicenda descritta nella relazione del difensore civico del 1995 (pagg. 43 e ss.), occorsa ad un cittadino lombardo colpito da malore durante una vacanza in Sicilia, a cui era stato negato il diritto ad ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute presso una casa di cura privata, in quanto il ricovero non era stato preceduto dalla richiesta della prescritta autorizzazione.

La legge regionale lombarda, infatti, non prevede alcuna possibilità di deroga al requisito della preventiva autorizzazione neppure a fronte di una situazione di eccezionale gravità e urgenza.

L'Ufficio - già in quell'occasione - aveva invitato il Consiglio regionale a modificare nel senso segnalato la legge in parola, invito che non è stato finora accolto.

Una modifica appare, però, ora indispensabile a seguito di una pronuncia della Corte Costituzionale (n. 267 del 7-17.7.1998), che ha dichiarato l'illegittimità dell'allegato I, paragrafo 8.6, della legge della regione Piemonte 23.4.1990, n. 37, nella parte in cui si condiziona il rimborso delle spese erogate per fruire dell'assistenza indiretta alla preventiva autorizzazione da parte dei sanitari della Asl, senza prevedere alcuna deroga alla sussistenza di tale requisito nel caso in cui la gravità delle condizioni dell'assistito e l'indifferibilità dell'intervento, non fruibile presso strutture sanitarie pubbliche, non permettono di richiederla in tempo.

L'analogia con le disposizioni della regione Lombardia risulta di chiara evidenza, così che le conclusioni a cui è giunta la suprema corte devono necessariamente riferirsi anche alla LR 36/1993 (art. 2) e costituire l'occasione per una revisione della stessa.

Nello specifico, la corte ha ritenuto illegittima la disposizione denunciata in quanto lesiva degli artt. 3 e 32 della costituzione.

La norma legislativa regionale censurata, escludendo, senza giustificazione, in modo assoluto ed indifferenziato ogni ristoro delle spese in tutti i casi nei quali l'assistito non abbia preventivamente chiesto l'autorizzazione per accedere all'assistenza indiretta, senza contemplare alcuna deroga, neppure qualora ricorrano particolari condizioni di indispensabilità, di gravità e urgenza non altrimenti sopperibili, non assicura l'effettiva tutela della salute e vulnera la garanzia dell'art. 32

della costituzione, ponendosi altresì in contrasto con l'art. 3 della costituzione, perché realizza una soluzione intrinsecamente non ragionevole”.

“L'assolutezza del carattere preventivo del provvedimento autorizzatorio — afferma la corte — determina un vuoto di tutela proprio nei casi nei quali la gravità delle condizioni dell'assistito non consente di adempiere a tale modalità temporale di espletamento della domanda di autorizzazione, senza peraltro che la soluzione legislativamente prescritta appaia imposta da ragioni plausibili. In effetti la soluzione costituzionalmente corretta è quella che prevede, limitatamente a queste ipotesi, il differimento della verifica sui presupposti sostanziali, nonché di gravità ed urgenza che hanno impedito la preventiva richiesta di autorizzazione alla prestazione sanitaria, ad un momento successivo all'erogazione della prestazione stessa. In questo modo si permette egualmente un adeguato bilanciamento dei valori costituzionali coinvolti, evitando, da un lato, carenza di tutela proprio nei casi in cui appare più grave il rischio per il bene primario della salute e non alterando, dall'altro lato, i criteri di fondo che regolano il riparto tra regime di assistenza diretta e regime di assistenza indiretta”.

Nel corso del 1998, l'intervento dell'Ufficio è stato attivato in netta prevalenza dai singoli cittadini più che da associazioni e sindacati, comunque numerose.

Molti difensori civici comunali hanno qui trasmesso per competenza le richieste loro inviate dalla cittadinanza, affinché venissero esaminate ed istruite.

E' continuata, infine, l'attività di collaborazione dell'Ufficio con gli uffici di pubblica tutela (UPT), soprattutto relativamente alle questioni in cui l'intervento degli stessi non abbia sortito l'effetto auspicato presso l'amministrazione sanitaria di appartenenza.

In questi casi si ha la concreta dimostrazione di come gli uffici di pubblica tutela non sempre siano posti nelle condizioni di svolgere appieno la funzione loro attribuita: la necessità di ricorrere ad altre sedi per ottenere informazioni, chiarimenti o per la concreta soluzione di un problema risulta indicativo del fatto che le direzioni delle aziende sanitarie ed ospedaliere spesso riconoscono a questi istituti la rilevanza dovuta.

Si è potuto, invece, verificare durante lo scorso anno un significativo miglioramento del grado di collaborazione dimostrato dai destinatari degli interventi dell'Ufficio.

Le amministrazioni sanitarie (aziende sanitarie locali ed ospedaliere), infatti, hanno fornito sollecito riscontro e, nella maggior parte dei casi, hanno dimostrato una apprezzabile disponibilità a comprendere le ragioni delle lamentele degli utenti e a compiere sforzi per trovare soluzioni efficaci alle questioni segnalate.

Anche i competenti servizi della Giunta regionale nella quasi totalità dei casi hanno abbreviato i tempi di risposta, a seguito dell'approvazione della deliberazione n. 6/31863 del 24.10.1997 di fissazione dei termini (30 giorni) entro i quali fornire al difensore civico le informazioni e i chiarimenti richiesti.

I ritardi verificatisi sono stati motivati con la carenza di personale.

## 2.7 Istruzione e assistenza scolastica

Le istanze proposte al difensore civico in merito a problematiche inerenti al settore in esame sono state anche quest'anno numerose.

La natura delle questioni è stata tra le più diverse: dalla richiesta di richiamare le amministrazioni comunali alla osservanza dell'obbligo (ex art. 3. 1° c., lett. a) L. 11.1.1996 n. 23) di realizzare le opere necessarie ad eliminare barriere architettoniche negli edifici scolastici, a quella di sollecitare gli organi competenti (stato e comune, ex art. 159 e 160 dlgs 16.4.1994, n. 297) a completare o rinnovare la fornitura dell'arredamento didattico ovvero ad adoperarsi (comuni ed ASL) per verificare la compatibilità della situazione igienico-sanitaria di plessi scolastici con gli standards previsti dalla legge DM 18.12.1875), a quelle, infine, con cui i cittadini hanno reclamato una effettiva realizzazione del diritto allo studio. Queste ultime istanze, peraltro, continuano ad avere un peso incisivo sull'istruttoria delle pratiche concernenti l'istruzione.

Nella relazione 1996, avevo rappresentato alcune delle principali problematiche sottopostemi in materia di assistenza scolastica (gratuità oppure non. della assistenza "ad personam" per allievi, con handicap, della scuola secondaria superiore; individuazione del comune che, istituzionalmente, deve adempiere l'obbligo assistenziale), auspicando, nel contempo, che gli organi competenti (rammento che la regione ha in materia potestà legislativa) si adoperassero per risolvere la questione cui ho da ultimo fatto cenno, sul piano legislativo.

La situazione normativa non è peraltro mutata, con la conseguenza che, in assenza di disposizioni chiare ed inequivoche, le amministrazioni comunali hanno applicato in modo diverso, a fattispecie concrete analoghe, le stesse disposizioni.

L'ambiguità del dato normativo ha impedito sinora di risolvere in modo univoco e concordante anche un'altra questione di assistenza scolastica, consistente nel verificare se il **servizio di trasporto degli alunni** della scuola dell'obbligo debba essere erogato dal comune senza oneri a carico dell'utenza ovvero con il concorso anche di quest'ultima nelle relative spese.

Il problema ha acquisito soprattutto negli ultimi tempi una particolare rilevanza sociale. E' probabile che ciò sia dipeso da una politica di razionalizzazione della rete scolastica (iniziata con la L. 5.6.1990, n. 148) che, avendo comportato non di rado la soppressione di plessi scolastici, ha reso meno agevole il raggiungimento della nuova sede.

Sovente richiesto di un giudizio in merito al quesito in esame, sono pervenuto alla conclusione che il servizio di che trattasi, in base alla normativa vigente, può essere, a seconda delle fattispecie concrete, gratuito ovvero oneroso.

L'art. 1, 2° c., lett. b) DPR 14.11.1972 n. 3 specifica che nell'ambito delle funzioni amministrative esercitate dallo stato in materia di assistenza scolastica, da trasferire alle regioni a statuto ordinario, deve essere ricompreso anche il trasporto "gratuito" degli alunni della scuola materna, della scuola dell'obbligo e degli istituti professionali".

Dalla disposizione citata, si evince che il legislatore statale, pur rinviando per la disciplina di dettaglio della materia alla potestà legislativa delle regioni, si è comunque preoccupato di sancire il principio della gratuità del servizio di trasporto a favore degli alunni anzidetti.

Non risulta che la legislazione successiva — tra cui il dlgs 16.4.1997 n. 287 — abbia innovato la norma in esame.

La regione Lombardia, nell'esercizio della sua autonomia legislativa, ha disciplinato la materia, disponendo: "I comuni singoli o associati organizzano servizi speciali di trasporto o assicurano l'accesso degli studenti ai servizi ordinari mediante tariffe differenziate o altre agevolazioni, in modo da garantire e razionalizzare la frequenza scolastica in ogni parte del territorio regionale" (art. 3 L. 20.3.1980 n. 31); "Agli oneri dei servizi collettivi, esclusi quelli gratuiti per disposizioni di legge, concorrono gli utenti in relazione alle rispettive fasce di reddito ..." (art. 10, 2° c., della stessa legge).

Con circolare del 18.6.1980 n. 188 — Istr. diritto allo studio n. 73, la regione ha poi precisato le condizioni al verificarsi delle quali i comuni devono effettuare la prestazione in esame a favore degli alunni delle scuole dell'obbligo: distanza dalla abitazione alla sede scolastica, superiore ai 2 Km. o anche inferiore, ma con un percorso pericoloso per l'incolumità degli utenti.

Dal combinato disposto delle sopra citate norme risulta che il servizio ("speciale") di trasporto scolastico organizzato dal comune, ricorrendo ai presupposti di cui alla circolare ora richiamata, non comporta alcun onere finanziario a carico dell'alunno della scuola dell'obbligo, sussistendo una disposizione di legge statale che ne ha sancito la gratuità.

Diversa è l'ipotesi in cui il comune deve garantire il raggiungimento della scuola con i "servizi ordinari", poiché, in questo caso, l'ente può subordinare l'accesso degli utenti al servizio al pagamento di "tariffe differenziate" (in rapporto alle rispettive fasce di reddito) o mediante "altre agevolazioni".

La questione è stata esaminata, per la sua rilevanza socio-economica, anche da alcune amministrazioni prefettizie (in particolare, il prefetto di Lecco), nonché dal commissario di governo nella regione Lombardia. La concorde conclusione concorde cui sono pervenute le predette autorità è che il servizio