positivo attraverso interventi non formali, grazie alla sensibilità di uffici, siano essi statali, regionali o locali, animati da uno spirito di collaborazione che resta un requisito fondamentale per un corretto rapporto con il cittadino e con l'azione del Difensore civico.

Il quadro riepilogativo dell'attività nei diversi fronti istituzionali risulta più agevole dal seguente prospetto.

PRATICHE APERTE NEL 2001		
Amministrazioni comunali	268	20,29%
Amministrazioni provinciali	17	1,29%
Amministrazione regionale	116	8,78%
Amministrazioni sanitarie	494	37,40%
Amm.ni statali e nazionali periferiche	154	11,60%
Interventi a favore di extracomunitari	29	2,20%
Amm.ni statali centrali	114	8,63%
Enti vari	42	3,18
Attività di consulenza	87	6,59%

I procedimenti attivati nei riguardi delle amministrazioni locali (Province, Comuni e Comunità montane) registrano una diminuzione di circa il 12% rispetto al precedente esercizio. L'iniziativa verso gli Enti locali supera infatti di poco il 21% dell'intera attività, rispetto al 33% del precedente esercizio, compreso l'esercizio dei "controlli sostitutivi" attraverso Commissari *ad acta* che, nel 2001, ha comportato l'avvio di 44 procedimenti.

Questa diminuita incidenza va ricondotta alla elezione di nuovi Difensori civici locali e, in particolare, alla nomina del Difensore civico di Palazzo Vecchio che ha naturalmente contenuto l'impegno del Difensore civico regionale nei riguardi dei fiorentini, aprendo così maggiori opportunità per un rafforzamento delle funzioni a supporto della difesa civica locale e delle amministrazioni che ancora non hanno proceduto alla nomina di un proprio Difensore civico. In questo quadro si collocano le nuove convenzioni stipulate con la Comunità montana del Mugello, con quella della Montagna fiorentina e, da ultimo, con la Provincia di Firenze in corso di definizione.

A fronte dei 268 procedimenti attivati dall'Ufficio, merita comunque segnalare le oltre 3.000 pratiche aperte dalla rete toscana dei Difensori civici locali. Se il dato resta comunque indicativo della "supplenza" esercitata a livello regionale nei confronti del sistema locale per compensare le disparità territoriali che ancora esistono, è un fatto che questa evoluzione è destinata a vedere nei Difensori civici locali i protagonisti dell'azione di difesa civica, riservando in futuro al livello regionale una funzione sempre più di coordinamento e di consulenza sulle questioni più rilevanti.

In campo sanitario, i 494 interventi attivati nei confronti delle aziende sanitarie e ospedaliere rappresentano oggi oltre un terzo dell'attività complessiva, con una crescita superiore al 13% rispetto al precedente esercizio. Un dato significativo, sia dell'ampiezza delle questioni che incontrano i cittadini nei rapporti con l'amministrazione sanitaria, sia dell'impegno e dei livelli di specializzazione richiesti all'Ufficio, sia infine della maggiore consapevolezza dei cittadini per i propri diritti e delle attese che si rivolgono all'intero settore.

L'organizzazione sanitaria resta indubbiamente un banco di prova nella riforma del *Welfare* e nella costruzione di un migliore rapporto fra cittadini e istituzioni, in un'ottica che deve trovare nelle Regioni piena e diretta responsabilità in termini di offerta e determinazione dei fabbisogni, anche in relazione allo sforzo che deve essere assicurato dalla sanità privata.

L'azione del Difensore civico coinvolge pressoché tutti i settori nei quali si articola l'intervento sanitario, a partire da quello particolarmente delicato e complesso della "responsabilità professionale", fino all'edilizia ospedaliera e all'accreditamento delle strutture sanitarie private, anche se prevalgono per lo più problemi organizzativi e di efficienza. La lunga esperienza condotta in questo campo e la collaborazione delle stesse associazioni di volontariato hanno consentito spesso di richiamare l'attenzione degli organi competenti sulle "soglie di criticità" del sistema.

L'azione del Difensore civico, portata avanti anche con il supporto di qualificati medici-legali, costituisce naturalmente uno stimolo a sperimentare fino in fondo le potenzialità del sistema verso obiettivi di qualità, di integrazione tra prevenzione e cura, dell'uso ottimale delle risorse, dell'equità nei trattamenti su tutto il territorio. I progressi scientifici e l'impatto delle tecnologie hanno aperto poi nuove problematiche di grande importanza, che toccano anche principi e diritti inviolabili della persona umana, con evidenti riflessi per l'azione di difesa civica chiamata ad intervenire in conflittualità che si estendono alla "adeguatezza" degli stessi trattamenti.

Questo impegno si è rivolto anche nei confronti della amministrazione sanitaria statale, in un quadro di rapporti che, davanti alle molteplici problematiche aperte (prontuario farmaceutico, sperimentazioni farmacologiche, alimenti ai neuropatici, ecc.) travalicano spesso gli ambiti di competenza, nella ricerca comunque di efficaci raccordi tra il livello nazionale e regionale. Fra le questioni più rilevanti, quella relativa ai danni da emotrasfusioni e vaccini ex L. 210/97, che ha richiesto uno sforzo straordinario per la liquidazione di numerosi indennizzi, vede oggi l'impegno dell'Ufficio rivolto alle pratiche non ancora trasferite alla Regione.

La sanità resta dunque un momento centrale dell'attività del Difensore civico, al pari di quella richiesta nel vasto campo dei

servizi alla persona dove l'Ufficio è chiamato a confrontarsi con una diffusa domanda (assistenza domiciliare, disabili, invalidi, anziani, contributi economici, sfratti, ecc.), in presenza di marginalità che talvolta mettono in discussione valori essenziali della convivenza e perfino fondamentali diritti.

I processi di "contenimento" rischiano a loro volta di irrigidire i meccanismi di intervento, alimentando situazioni di sofferenza che naturalmente penalizzano le categorie più deboli. Se il nuovo *Welfare* non decolla, l'auspicio è che il nuovo Piano sociale regionale introduca novità strutturali, facendo leva sulle competenze affidate ormai alle Regioni e agli Enti locali e superando la frammentazione delle risorse e degli strumenti in un quadro capace di guardare al cittadino in quanto persona nelle difficoltà della vita. Situazioni talvolta momentanee ed urgenti, ma che riflettono interessi diffusi di equità e di solidarietà che devono trovare risposta nell'organizzazione dei servizi.

Mentre la spesa sociale resta ancora inferiore alla media europea, ed i raccordi fra strutture ospedaliere e servizi assistenziali si dimostrano ancora inadeguati, è un fatto che le problematiche dei "non autosufficienti" si presentano spesso con caratteri di vera e propria drammaticità, anche davanti a decisioni e prassi amministrative discutibili sul piano giuridico e dell'equità.

L'Ufficio non si sottrae certo a questa richiesta di aiuto dei cittadini e delle famiglie, ma la dimensione e la qualità della domanda, le nuove e vecchie povertà, chiamano le istituzioni a farsi carico di una giustizia redistributiva in grado di adeguare assetti e procedure amministrative alle nuove esigenze individuali e collettive.

Anche altri settori hanno assunto un rilievo crescente, come quelli in materia di *assetto del territorio, ambiente e urbanistica*, che investono soprattutto le relazioni con gli Enti locali ed una pluralità di fonti normative che continuano a determinare non poche incertezze. Prevalgono comunque i temi legati alla qualità dell'ambiente (inquinamento, attività estrattive, smaltimento dei rifiuti, opere pubbliche, viabilità, alta velocità, oneri di urbanizzazione, canoni di depurazione e fognatura, recupero urbano, ecc.).

Nel campo dell'urbanistica gli interventi non si limitano alle concessioni edilizie, dove le competenze attribuite dalla legislazione regionale prevedono anche la nomina di *Commissari ad acta* con poteri "sostitutivi", ma si estendono ad una serie di problematiche anche rilevanti che vedono spesso il Difensore civico in veste di "organo di persuasione" nei confronti degli Enti locali e della Regione, come ad esempio nella complessa materia delle valutazioni di impatto ambientale.

Un problema che va assumendo un rilievo inedito è quello delle barriere architettoniche, per il quale si auspica il rifinanziamento della apposita legge regionale. Ma anche l'edilizia abitativa

presenta all'Ufficio estese difficoltà, a causa della duplicazione di competenze fra Comuni e Ater, sebbene molte pratiche, senza dar vita a formali procedimenti, siano risolte attraverso interventi informali con gli Uffici casa dei Comuni e gli Ater.

Nei rapporti tra sviluppo e territorio l'azione di difesa civica si è andata consolidando anche riguardo alle *attività produttive*, a sostegno della piccola e media impresa, con particolare riferimento alle localizzazioni, commercio in aree pubbliche, strutture ricettive, contributi comunitari. In tema di *comunicazioni*, le problematiche più rilevanti riguardano i trasporti regionali ferroviari e gli abbonamenti per gli anziani nei trasporti su gomma, che sollevano l'opportunità di una riforma della legge regionale in materia oltre che la presenza, anche in questo settore, di insostenibili barriere architettoniche, a cominciare da quelle esistenti nelle stazioni ferroviarie.

Nel campo della *pubblica istruzione* l'iniziativa si è estesa ai vari livelli, elementare, medio e universitario. Sul versante universitario le maggiori problematiche hanno riguardato i piani di studio, la gestione del personale, l'accorpamento di corsi, oltre agli interventi verso le Aziende per il diritto allo studio, con particolare riferimento all'edilizia universitaria.

In materia di *pubblico impiego* prevalgono le questioni connesse allo svolgimento del rapporto di lavoro (concorsi, congedi, formazione professionale, agevolazioni, ecc.) e quelle successive alla sua conclusione, soprattutto riguardo alla erogazione dei trattamenti di quiescenza. A fronte del più generale processo di "privatizzazione" che va interessando il pubblico impiego, e che richiedere maggiori flessibilità di gestione, sono comunque da segnalare le crescenti problematiche che, diversamente da quanto avviene per i quadri dirigenziali, si registrano per il restante personale, a causa di rigidità contrattuali che spesso finiscono per tradursi nella penalizzazione di singole posizioni lavorative e professionali.

Le *questioni tributarie*, e quelle più in generale legate all'amministrazione finanziaria, hanno assunto un forte rilievo, per l'immediata ripercussione nei confronti dei cittadini e la continua evoluzione della materia. Restano frequenti le lamentele sulla scarsa intelligibilità degli atti e i lunghi tempi di attesa dei procedimenti, aspetti questi che vanno richiedendo un notevole impegno anche nei riguardi di Uffici dipendenti dalle amministrazioni locali. Si segnala comunque la positiva collaborazione che è stato possibile instaurare con l'amministrazione finanziaria, sufficiente spesso a sbloccare molte situazioni e a rimediare a difficoltà che talvolta appaiono insuperabili.

In generale i rapporti con le amministrazioni statali restano soddisfacenti, con positivi riflessi per i cittadini. In alcuni Uffici statali prevale talvolta l'orientamento a non prendere posizione, a

rivolgersi cioè agli apparati centrali per avere indicazioni, con conseguenti riflessi per l'azione di tutela e la possibilità di pervenire ad una rapida conciliazione delle controversie, dati i vincoli che riconducono la competenza del Difensore civico regionale solo alle amministrazioni statali periferiche. Siamo qui alle prese con uno dei maggiori effetti negativi della mancata riforma, in carenza cioè di un Difensore civico nazionale chiamato a comporre le conflittualità a livello centrale, o comunque di poteri adeguati ad offrire ai cittadini la certezza sull'esito dei procedimenti.

L'azione richiesta nei confronti delle amministrazioni statali in Toscana presenta comunque nel 2001 una inversione di tendenza. Gli interventi crescono infatti dal 7% ad oltre l'11% dell'attività complessiva. Questa crescita coinvolge pressoché tutti i settori, anche se la maggiore incidenza si indirizza nei campi dell'Istruzione, Previdenza (Inps, Inail, Inpdap), Poste e telecomunicazioni, Ferrovie, Anas e Amministrazione finanziaria.

Questo versante resta comunque contenuto, a seguito della delega di fatto attribuita dall'Ufficio ai Difensori civici locali per agire direttamente anche nei confronti degli uffici statali operanti nelle diverse realtà. Una collaborazione che si è dimostrata particolarmente positiva, con comprensibili vantaggi per i cittadini, quando si pensi che oltre 200 sono state le pratiche aperte dalla rete dei difensori civici locali sul versante delle Amministrazioni statali periferiche.

Il numero delle pratiche aperte dall'Ufficio nei confronti della Regione si conferma attorno al 9%. Gli atti della Regione si configurano ormai quali provvedimenti di alta amministrazione, sempre meno forniti di un impatto eccepibile direttamente da parte dei cittadini. Occorre tuttavia richiamare il rilievo assunto dalle questioni che direttamente o indirettamente coinvolgono l'Arpat e che spesso finiscono per sollecitare l'intervento del Difensore civico, in via principale o secondaria.

Uno dei settori tradizionali che coinvolge in Toscana l'Ufficio del Difensore civico regionale è quello della *immigrazione extracomunitaria*, a fronte di una normativa che non trova riscontro in altre realtà regionali. Una competenza che richiede un impegno rilevante, sia a carattere di informazione che di assistenza amministrativa, soprattutto in materia di permessi di soggiorno ma anche attraverso numerose altre forme di intervento (cittadinanza, stato civile, ricongiungimenti familiari, mercato del lavoro, alloggi, servizi sanitari, rapporti con le autorità consolari).

Nella grande maggioranza dei casi si tratta di interagire con gli uffici dello Stato competenti in materia (Prefetture, Questure, Uffici del lavoro, amministrazioni centrali), attraverso una collaborazione adeguata al ruolo internazionale della Toscana ed ai processi più generali di integrazione.

3.4 La Sanità

La sanità ha costituito anche nel decorso esercizio uno dei fronti più rilevanti dell'attività, mentre le Regioni si presentano sempre più titolari di poteri esclusivi anche in questo settore. A livello nazionale si profila tuttavia il rischio di un'offerta di assistenza sanitaria assai differenziata nelle varie realtà, rispetto al quale l'assenza del Difensore civico in cinque regioni italiane (Calabria, Molise, Umbria, Puglia, Sicilia) renderà difficile il confronto in sede nazionale su questi temi.

In Toscana non si prospettano problemi particolari rispetto al livello delle prestazioni erogate. Anche nella recente attuazione del Dpcm. sui cd "Lea" (Livelli essenziali di assistenza) la Regione Toscana ha fatto la scelta di erogare gratuitamente con risorse proprie una serie di prestazioni non previste a carico del Servizio sanitario. In questo senso la scelta di non reintrodurre i tickets sanitari e una serie di altri provvedimenti, come la concessione del contributo straordinario ai soggetti che seguono terapie e cure non convenzionali.

Il Piano sanitario regionale 2002–2004 apre nuove prospettive nella gestione delle politiche sanitarie e offre innovazioni nel settore della tutela dei cittadini. Sono state condivise dalla Giunta e fatte proprie dal Consiglio regionale le osservazioni del Difensore civico, sia per quanto attiene la riforma dei percorsi di tutela, sia per quanto attiene il raccordo fra gli Osservatori medico-legali, la cui costituzione è prevista presso le Aziende sanitarie ed ospedaliere, il Difensore civico e l'Agenzia sanitaria regionale, razionalizzando in questo modo i percorsi di tutela e rendendo più incisiva l'azione del Difensore civico.

E' questo il frutto di una rinnovata attenzione alle proposte del Difensore civico sia da parte del Dipartimento per il diritto alla salute, sia da parte delle Aziende sanitarie ed ospedaliere. Il Difensore civico e il responsabile di settore sono stati d'altro canto partecipi di una intensa attività istituzionale, come è stato illustrato al punto 2.4 della presente Relazione, che si è tradotta anche nei numerosi interventi e contributi alle iniziative susseguitesi nei vari centri della Toscana e a livello nazionale sui temi della salute e sulle iniziative di difesa civica.

Giova inoltre ricordare che il Difensore civico è membro di diritto della Commissione regionale di bioetica, mentre il responsabile per la sanità partecipa ai Gruppi di lavoro istituiti sulla riforma della Carta dei servizi sanitari, sulle problematiche dei trapianti e per l'assistenza ai nefropatici cronici.

Questo accresciuto impegno nel settore sanitario è è derivato anche dalla possibilità di avvalersi delle consulenze dei medici-legali delle Aziende sanitarie e ospedaliere, a norma della Lr. 36/83[1] che ha permesso al Difensore civico di estendere l'azione di tutela in campo sanitario, accumulando una preziosa esperienza che ha pochi riscontri in altre realtà regionali.

3.4.1 Il raccordo con il Piano sanitario regionale

Il nuovo Piano sanitario regionale avvia finalmente la riforma dei percorsi di tutela da anni chiesta dal Difensore civico regionale e definita secondo tre innovazioni principali:

- un'intesa fra Difensore civico e Aziende sanitarie per una modifica della normativa, eliminando la discriminazione delle competenze fra tutela a livello aziendale e tutela dell'Ufficio regionale di difesa civica, nonché operando per il rafforzamento degli strumenti di tutela a livello aziendale (Psr 2002-2004 Par. 3.1.3.3.);
- la possibilità per i Servizi di medicina legale di fornire consulenze al Difensore civico e la costituzione di Osservatori medico-legali sui conflitti, in raccordo con l'azione di tutela e l'Agenzia sanitaria regionale (Psr 2002-2004 Par. 5.2.2.2.4. "Medicina legale");
- la partecipazione del Difensore civico nei Gruppi di lavoro per le azioni di Piano (Psr 2002-2004 Par. 5.1.1. "La Regione - Gli organismi regionali"), quale contributo alla realizzazione degli obiettivi programmatici regionali riguardo ai livelli di tutela.

Si tratta di una riforma importante che mette fine all'assenza di un'armonizzazione fra le varie forme di tutela. Si continua infatti ad assistere a lamentele e proteste dei cittadini che vengono contemporaneamente indirizzate a più interlocutori sia istituzionali, a livello aziendale, regionale e nazionale (Azienda, Difensore civico della Regione, Dipartimento diritto alla salute, Assessore al diritto alla salute, Presidenza della Regione, Ministero della sanità, Procura della Repubblica, quest'ultima quasi rituale anche in assenza di responsabilità penali), sia non istituzionali (Associazioni di volontariato, stampa, ecc.), i quali naturalmente si rivolgono alla struttura interessata[2] per chiarimenti.

---

[1] Se pur superata ed obsoleta, la Lr. 36/'83 costituisce ancora oggi una delle norme basilari che, fino ad una riforma dei percorsi di tutela, consentono al Difensore civico di intervenire in sanità, soprattutto con la disposizione che gli consente di avvalersi di consulenze. In questo senso si deve ringraziare la sensibilità della IV Commissione consiliare e della I Commissione che, alla luce delle osservazioni del Difensore civico, hanno consentito di mantenerla in vigore.

[2] Da rilevare che molto spesso l'istanza è identica, ma chi la riceve non sa che della questione sono stati investiti più soggetti, perché raramente l'istanza

E' in questo contesto che il Difensore civico ha proposto di suddividere le competenze fra livello regionale e livello aziendale, anche in ossequio al principio di sussidiarietà, facendo così trattare alle Aziende sanitarie e ospedaliere le problematiche connesse con le questioni relazionali e le disfunzioni organizzative che possono essere risolte al livello locale, mentre al Difensore civico regionale resta la trattazione delle questioni organizzative generali, comprese le necessarie modifiche normative a livello regionale e le questioni relative alla responsabilità professionale.

In questo modo il Difensore civico può efficacemente svolgere le previste iniziative di coordinamento nei confronti delle Commissioni miste conciliative delle Aziende sanitarie affidategli dalla normativa vigente. L'indicazione recepita dal Piano sanitario spinge finalmente in questa direzione.

Nel frattempo tutta questa materia resta regolata solo da atti deliberativi a livello aziendale e regionale e dal combinato disposto delle Lr. 36/83 e Lr. 4/94, quest'ultima da leggersi alla luce della riforma di cui al Dlgs. 502/92 e della normativa regionale che, nel dicembre 1993, hanno trasformato le USL in Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali.

Per quanto attiene il secondo punto si prevede espressamente la possibilità di integrazione dei Servizi di medicina legale con il Difensore civico, una possibilità finora affidata solo ad una generica disposizione della Lr. 36/83[3]. Inoltre, potrà risultare estremamente utile la prevista costituzione dell'Osservatorio epidemiologico–medico-legale sui conflitti presso tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere, accogliendo positivamente i risultati della sperimentazione già avviata e il raccordo con il Difensore civico e con l'Agenzia sanitaria regionale, anche per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche.

Non meno importante la possibilità per il Difensore civico di essere chiamato a far parte dei Gruppi di lavoro cui è affidata la realizzazione delle azioni di Piano. La presenza del Difensore civico nei Gruppi di lavoro è finalizzata infatti a:

- conoscere le strategie perseguite a livello regionale, allo scopo di rendere più efficaci l'informazione e gli interventi di settore;
- portare in sede di Gruppo le problematiche emergenti dall'azione di tutela, quale contributo alla soluzione di determinati problemi.

---

riporta tutti gli indirizzi nella prima pagina o l'utente informa di avere già telefonato o essersi rivolto ad altri uffici per la medesima questione.

[3] Si tratta dell'art. 24.2 Lr. 36/'83, che prevede al Difensore civico di avvalersi della collaborazione di sanitari delle allora USL.

3.4.2 Lo sviluppo delle Carte dei servizi sanitari

Già nelle precedenti relazioni annuali si è dato conto di come, a partire dal Dlgs. 502/92 e dal Dlgs. 29/93, si sia previsto il riconoscimento dei diritti e la tutela degli utenti dei servizi pubblici, fra i quali appunto quelli sanitari. Nel 1994 due direttive del Consiglio dei ministri cominciavano a dettare parametri ben precisi alle pubbliche amministrazioni che erogavano servizi; successivamente il Dlgs. 163/95 (convertito in L. 273/95) prevedeva all'art. 2 che tutte le Amministrazioni che erogavano servizi pubblici dovessero dotarsi di una "Carta dei servizi" pubblici elaborata da ciascuna singola amministrazione sulla base di uno schema generale di riferimento.

Per quanto attiene la tutela in campo sanitario la delibera della Giunta regionale toscana 4189/95, con la quale venivano dettate alle Aziende sanitarie ospedaliere le linee guida per la costituzione delle Commissioni miste conciliative, prevede che ciascuna Azienda abbia, oltre all'Ufficio rapporti con il pubblico, una Commissione mista conciliativa, il cui Presidente è nominato dal Direttore generale su proposta del Difensore civico dell'Ente locale, ove ha sede l'Azienda, per le Aziende sanitarie; dal Difensore civico regionale per le Aziende ospedaliere, o nei casi in cui manchi il Difensore civico locale.

Nella tabella che segue si riporta il quadro delle decisioni delle Commissioni miste conciliative nel 2000 e nel 2001.

Azienda Sanitaria o Ospedaliera	2000	2001
Azienda Sanitaria 1 di Massa e Carrara	1	0
Azienda Sanitaria 2 di Lucca	3	deve reinsediarsi
Azienda Sanitaria 3 di Pistoia	11	4
Azienda Sanitaria 4 di Prato	1	4
Azienda Sanitaria 5 di Pisa	8	7
Azienda Sanitaria 6 di Livorno	7	39*
Azienda Sanitaria 7 di Siena	4	0
Azienda Sanitaria 8 di Arezzo	14	7
Azienda Sanitaria 9 di Grosseto	2	0
Azienda Sanitaria 10 di Firenze	12	5
Azienda Sanitaria 11 di Empoli	2	deve reinsediarsi
Azienda Sanitaria 12 di Viareggio	2	5
Azienda Ospedaliera di Careggi	15	2**
Azienda Ospedaliera Meyer	0	0
Azienda Ospedaliera Pisana		Non istituita
Azienda Ospedaliera Senese		Non istituita

* dato relativo a casi trattati cumulativamente, raggruppandoli per tematiche generali.

** sciolta nel 2001 per dimissioni del Presidente, deve reinsediarsi

Come si rileva dalla tabella nelle Aziende sanitarie di Lucca e di Empoli le Commissioni miste conciliative devono ancora reinsediarsi, mentre le Aziende ospedaliere di Pisa e di Siena, nonostante i vincoli della deliberazione sopra richiamata, non hanno ritenuto opportuno dotarsi di una Commissione mista conciliativa.

Colpisce inoltre, al di là del caso di Livorno (che trova una spiegazione nella circostanza che in realtà l'Urp ha ritenuto correttamente di trasmettere alla Cmc le problematiche generali riscontrate in alcune delle segnalazioni ricevute) lo scarso numero di pratiche trattate dalle Commissioni miste conciliative.

Si affacciano quindi due ipotesi: o l'Ufficio rapporti con il pubblico costituisce un filtro esaustivo delle proteste per cui l'utente non ha niente da recriminare alle risposte dell'Azienda..., oppure esistono problemi di funzionamento delle Commissioni miste conciliative.

Con le eccezioni dell'Azienda ospedaliera Meyer, dove sembra che il numero delle lamentele sia effettivamente molto basso[4], anche per le particolari attenzioni che un ospedale pediatrico ha nei confronti dell'utenza costituita da minori e per la particolare cura alla comunicazione, e dell'Azienda sanitaria di Livorno, ove l'Ufficio rapporti con il pubblico è riuscito ad enucleare gli aspetti organizzativi da affrontare in sede di Commissione mista conciliativa, raggruppando le singole istanze per tematiche generali, emerge il grosso problema dei tempi di trattazione delle istanze da parte delle Commissioni miste conciliative.

Nelle sedute manca a volte il numero legale e l'Ufficio rapporti con il pubblico, cui spetta la segreteria e il compito di redigere i verbali della Commissione, è impegnato a fare fronte alle richieste di informazione ed ai reclami che pervengono alle Aziende. I tempi necessari per gli eventuali approfondimenti istruttori sono, inoltre, estremamente lunghi, e ciò dilata conseguentemente i tempi di decisione.

In questo contesto è difficile trovare le volontà le competenze e la necessaria autorevolezza per presiedere un simile organismo. Questo è il motivo dell'attuale vacanza di due Commissioni miste conciliative, considerato anche che, trattandosi di responsabilità che devono essere "terze" rispetto all'Azienda sanitaria ed alle Associazioni di volontariato, non devono sussistere rapporti di lavoro, neppure a livello di convenzione o collaborazione.

---

[4] Il dato risulta effettivamente confermato anche per quanto attiene la casistica del Difensore civico, come si evince dal riepilogo generale delle istanze chiuse ed aperte con l'Azienda ospedaliera Meyer: nonostante la circostanza che l'Azienda abbia sede a Firenze e quindi l'ufficio del Difensore civico sia particolarmente accessibile per gli utenti, il numero delle istanze ricevute è molto basso.

Inoltre, a fronte di una dettagliata previsione circa la composizione della Commissione mista conciliativa, le disposizioni regionali e del regolamento poco o niente dicono per quanto attiene alle procedure di lavoro, con il rischio di forti differenze istruttorie, che vanno dalla corretta informalità negli accertamenti alla inadeguata riproposizione di schemi paragiurisdizionali, non consoni alla natura dell'organismo.

Infine esiste il problema degli effetti delle decisioni delle Commissioni miste conciliative, laddove queste propongono all'Azienda l'adozione di provvedimenti o di modifiche organizzative generali. Le linee guida regionali prevedevano che si costituisse una sorta di dialogo costruttivo fra Commissione mista conciliativa e Direzione generale, per cui il Direttore generale o faceva proprie le decisioni della Commissione mista conciliativa o le rinviava alla Commissione motivando il proprio dissenso. Nella prassi, in generale, le decisioni vengono trasmesse all'utente, talvolta a firma del Presidente della Commissione, senza neppure passare per la Direzione aziendale, alla quale sono trasmesse contestualmente con la stessa nota. Le proposte di provvedimento contenute nella decisione restano quindi lettera morta, non instaurandosi questo dialogo.

Il Difensore civico, nelle sue osservazioni alla proposta di Piano sanitario regionale 2002–2004, osservando queste criticità, faceva presente la necessità di rafforzare e completare tali meccanismi, cui in fondo è legata la stessa funzionalità delle Commissioni miste conciliative. La Giunta regionale ed il Consiglio hanno accolto le osservazioni, prevedendo non solo la revisione dei percorsi di tutela, ma richiamando la necessità di completare e rafforzare l'operatività delle Commissioni miste conciliative (par. 3.1.3.3. del Piano).

Per quanto attiene l'Ufficio rapporti con il pubblico, si rileva che la sezione dedicata alla tutela è spesso insufficiente a fare fronte alla mole di richieste. Se è innegabile che la prima forma di tutela è costituita da una corretta informazione all'utente sulle modalità di erogazione dei servizi, in Aziende di dimensioni anche elevate per estensione territoriale e popolazione servita, assistiamo ad una scarsa dotazione di personale, con non più di due persone dedicate alla tutela. È del tutto evidente che i tempi di approfondimento dei casi subiscono una dilatazione eccessiva.

Si è inoltre progressivamente persa l'idea dell'Urp come ufficio incardinato nello *staff* della Direzione aziendale, che chiede chiarimenti alle strutture interessate come si trattasse del Direttore generale medesimo. Nonostante l'Urp risulti formalmente facente parte dello *staff* della Direzione generale, gli operatori percepiscono spesso la richiesta di chiarimenti dell'Urp come un fastidioso adempimento burocratico al quale devono corrispondere,

con il risultato che i tempi medi d'attesa oscillano da uno a tre mesi.

Anche per quanto attiene questo tipo di problematica, le osservazioni del Difensore civico sono state positivamente accolte, attraverso la previsione di rafforzare le funzioni degli Uffici relazioni con il pubblico anche nei procedimenti a tutela del cittadino. E' utile riflettere sulla circostanza che Urp e Commissione mista conciliativa hanno competenza limitatamente agli "atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale"[5]. Si tratta di un ambito vasto, che tuttavia non copre l'intera sfera dei possibili problemi fra utente e struttura sanitaria, in particolare tutto il settore della responsabilità professionale.

Va anche sottolineato come l'Urp, per il carico di lavoro, raramente riesce ad evidenziare le problematiche organizzative generali che emergono dai reclami ricevuti, tendendo più spesso a chiarire solo le problematiche relazionali. Inoltre, a differenza del Difensore civico, l'Urp non ha generalmente un potere di attivarsi d'ufficio, anche se alcuni Urp usano ricorrere a questo strumento soprattutto quando le segnalazioni trovano eco sulla stampa.

Giova ricordare infine che i meccanismi di tutela previsti dalla Carta dei servizi sono incisivi solo per colpire il singolo disservizio, attraverso l'erogazione di un *bonus*, mentre l'attuazione delle modifiche organizzative, anche su suggerimento della Commissione mista conciliativa, è rimessa alla Direzione aziendale, senza meccanismi che consentano di trasferire le innovazioni organizzative alle altre Aziende sanitarie e ospedaliere.

È pur vero che il monitoraggio da parte della Regione sull'attuazione della Carta dei servizi non si ha solo attraverso il numero dei reclami, ma anche mediante la verifica circa l'attuazione di altri parametri (tempi d'attesa per le prestazioni ecc.). Purtroppo, allo stato attuale, non esiste un monitoraggio sistematico sull'effettiva attuazione delle numerose linee guida regionali e nazionali che regolamentano le varie discipline sanitarie, nonostante i richiami contenuti nel Piano sanitario regionale (par. 2.3.8).

Da questa breve riflessione emerge come il sistema di tutela e di monitoraggio interno all'Azienda e l'azione del Difensore civico devono necessariamente compensarsi in modo sinergico, partendo dall'analisi statistica dei dati per risalire alle problematiche generali. In tal senso si orienta la riforma dei procedimenti di tutela, facendo leva anche sul raccordo fra Osservatorio epidemiologico medico-legale, Agenzia sanitaria regionale e

---

[5] Dal Dpcm. 19 maggio 1995, all. 1 tit. 1 art. 1.

Difensore civico per quanto attiene il versante della responsabilità professionale.

3.4.3 La Commissione regionale di bioetica

Nel 2001 è stata ricostituita la Commissione regionale di bioetica, di cui il Difensore civico regionale è membro di diritto. La normativa che regolamenta questa partecipazione non prevede la possibilità che il Difensore civico deleghi i propri funzionari alle sedute della Commissione. A fronte dei crescenti impegni istituzionali del Difensore civico, il Consiglio regionale e la Commissione regionale si sono detti disponibili a questa revisione normativa.

Il Difensore civico, in una nota alla Commissione regionale di bioetica, ebbe comunque a sollevare tre aspetti principali emergenti dalla casistica osservata dall'Ufficio:

Consenso informato

La direttiva del Consiglio regionale del 1994, approvata su proposta della Commissione regionale di bioetica, ha senz'altro contribuito, in assenza di norme che prevedano l'obbligo di una formalizzazione scritta del consenso, a richiamare l'attenzione sul problema. Si evidenziava come troppo spesso all'Ufficio del Difensore civico continuassero a pervenire, o fossero rilevabili attraverso la documentazione clinica, moduli di consenso informato generici, firmati solo dal paziente: la firma del medico, quando viene rilevata, è spesso illeggibile. Di solito fa eccezione il modulo del consenso all'anestesia, ma anche questo spesso, anziché firmato in sede di visita anestesiologica, risulta firmato nel momento immediatamente anteriore all'intervento chirurgico, quando presumibilmente il paziente non è nella situazione ottimale per essere informato.

Per contro, nelle cartelle cliniche si assiste spesso al moltiplicarsi dei moduli di consenso, che risulta essere "spezzato" nei vari momenti potenzialmente rischiosi del percorso terapeutico (consenso all'intervento chirurgico, consenso all'anestesia, moduli di consenso alle trasfusioni o alla somministrazione di emoderivati, moduli di consenso all'esame HIV, moduli di consenso ad esami diagnostici invasivi con contrasto).

Si evidenziava come, per rimediare a tale rischio, alcuni reparti ospedalieri adottano un modulo unico, che però rischia di diventare una vera e propria "delega in bianco" ai sanitari. Peraltro, partendo questi moduli dall'enunciazione del consenso del paziente alle

procedure per le quali è posto l'obbligo di un consenso scritto (emotrasfusioni ed analisi HIV), danno spesso l'impressione al paziente, ma anche agli stessi funzionari del Difensore civico, di essere relativi solo a tali aspetti, risultando i trattamenti diagnostici e terapeutici descritti in un generico inciso di poche parole.

Si sottolineava come, in fondo, manchi la consapevolezza che il consenso informato è un processo e non si riduce alla firma di un modulo. Anche i processi di accreditamento, che prevedono la revisione delle modalità di acquisizione del consenso informato, confermano l'esigenza di una nuova riflessione su questo tema, avvalendosi anche della casistica osservata dal Difensore civico regionale.

In questo problematico contesto, si segnalava la positiva esperienza dell'Azienda sanitaria di Massa e Carrara relativamente alla ricerca di modalità di consenso informato anche nei trattamenti sanitari obbligatori, con l'adozione del cd. "Testamento Psichiatrico", sul quale si è già positivamente pronunciato il competente Comitato etico locale e che ha ricevuto un riconoscimento all'interno della Rassegna "Dire e Fare" tenutasi ad Arezzo nel novembre scorso.

Rispetto a quest'ultima esperienza, il Difensore civico sottolineava l'opportunità di una maggiore valorizzazione di un progetto nato per iniziativa degli utenti del Servizio psichiatrico, attraverso l'Associazione Auto Aiuto-Mutuo Aiuto Psichiatrico, evitando cioè che l'iniziativa restasse limitata alla realtà dell'Azienda sanitaria che l'aveva adottata. Tale modulo di consenso contiene elementi importanti anche per la generalità dei trattamenti sanitari, riguardo soprattutto a quei pazienti nell'impossibilità di intendere e di volere per motivi diversi dalla malattia psichiatrica (indicazione dei soggetti ai quali comunicare notizie sanitarie, indicazione dei soggetti ai quali affidare gli effetti personali del paziente, indicazione dei soggetti che il malato ricoverato desidera vedere durante il ricovero).

Cure nei centri di altissima specializzazione in Italia e all'Estero.

Si evidenziava come la dottrina bioetica internazionale parla generalmente di problematiche di approccio alla gestione di risorse limitate. Al contrario, la disciplina regionale e nazionale del settore tende invece a considerare tali cure come autorizzabili o meno, a seconda del parere tecnico di un Centro regionale di riferimento, senza tener conto dei diversi punti di vista che emergono di volta in volta.

Al di là di questo, si ponevano anche problemi di natura etica: la motivazione dei dinieghi eccessivamente sintetica, la circostanza

che i responsabili dei Centri regionali di riferimento spesso indichino come struttura pubblica alternativa la struttura da loro stessi diretta, o che i pazienti si rechino a visita privata dal responsabile del Centro di riferimento (peraltro spesso inconsapevole che il paziente che sta per visitare ha fatto richiesta di autorizzazione per accedere ad un centro di altissima specializzazione in Italia o all'estero).

Attività commerciali del volontariato nel settore delle onoranze funebri.

Si evidenziava come la problematica fosse stata ampiamente trattata nelle precedenti relazioni annuali senza positivi risultati, a fronte delle accuse incrociate pervenute da parte di operatori funerari privati ed Associazioni di volontariato, circa l'offerta dei servizi funebri ai parenti dei soggetti deceduti in ospedale, tramite segnalazione dei decessi da parte del personale sanitario. Si sottolineava inoltre come la Regione, nella nuova convenzione quadro sul volontariato, non sembrava orientata a dichiarare incompatibile la convenzione con le Aziende sanitarie e la contemporanea offerta di servizi commerciali da parte delle Associazioni di volontariato.

Al di là dei numerosi problemi concreti che tale situazione pone, e che, per ora, le Aziende sanitarie non sono riuscite a regolamentare, non si è ritenuto opportuno accogliere la proposta del Difensore civico di un codice etico da proporre agli operatori del settore, anche se la tematica pone il problema della tutela del malato al momento della morte.

Il Presidente della Commissione regionale di bioetica ha già fornito una risposta interlocutoria al Difensore civico, comunicandogli di avere preso in esame in sede di Consiglio direttivo le problematiche illustrate e di avere già fornito una serie di indicazioni alla Regione. È stato altresì garantito che le problematiche saranno ulteriormente approfondite.

3.4.4 La responsabilità professionale

Unità Operative	anno 1991	anno 1992	anno 1993	anno 1994	anno 1995	anno 1996	anno 1997	anno 1998	anno 1999	anno 2000	anno 2001	Totale
Anatomia Patologica			1	1	1					1	1	**5**
Anestesia e Rianimazione		2	3	2	2		1	2		1	3	**16**
Cardiochirurgia	1	2		2	1		1	2		1		**10**
Cardiologia	1	1	2	2	3		2	1	1	2		**15**
Chirurgia generale	4	16	13	21	14	6	9	14	4	7	15	**123**
Chirurgia maxillo facciale		1		1		1	1					**4**
Chirurgia Vascolare	1	2	1	3	1		1					**9**
Dermatologia				3	1	1						**5**
Ematologia		1					1					**2**
Endocrinologia		1		1				1				**3**
Fisiochiroterapia		1	1	2		1	1				3	**9**
Gastroenterologia		1		3	1		2					**7**
Malattie Infettive		1					1					**2**
Medicina Generale	3	10	7	15	6	10	8	18	6	10	7	**100**
Medicina di Base	1	2	2	3	1	2	3	1		3	1	**19**
Neurochirurgia			1	2	1		1	2			1	**8**
Neurologia							1	1	1	1		**4**
Oculistica	2		3	2	1	1	3	1	1	4	3	**21**
Odontostomatologia	2	3	3		2		3	2			4	**19**
Oncologia	2			1	3	1	6	3	4	3	1	**24**
Otorinolaringoiatria		1	3	1		1	1		1		1	**9**
Ostetricia e Ginecologia	3	8	17	14	7	5	13	10		4	6	**87**
Ortopedia	7	12	11	27	18	11	16	22	7	10	9	**150**
Neonatologia		1					1					**2**
Pneumologia		1	2	1	1				1		1	**7**
Pronto Soccorso	4	8	10	14	16	3	2	3	1	4	5	**70**
Psichiatria				1					1	2		**4**
Radiognostica	2	3	1	3	4	1	4	2			5	**25**
Radioterapia			1				1				1	**3**
Urologia		2	1	2	4			1	1	3	7	**21**
Altro	1	1						2				**4**
Totale	**34**	**81**	**83**	**127**	**88**	**44**	**83**	**88**	**29**	**56**	**74**	**787**

Il 2001 ha visto un aumento dei casi di responsabilità professionale rispetto ai due anni precedenti, aumento che va letto in rapporto alla fiducia che i cittadini hanno espresso per questo tipo di assistenza offerta dall'Ufficio del Difensore civico e non come un segnale di peggioramento delle prestazioni sanitarie. È bene sempre sottolineare come il dato complessivo di 787 pratiche aperte in questo decennio va considerato in rapporto al numero di