

accedere al concorso alle Scuole di Specializzazione in Medicina italiane, in possesso dell'istante ed emessa nel caso di specie dall'Ambasciata d'Italia a Berlino, attesta i suoi studi universitari di medicina compiuti in Germania e contiene il prospetto statistico del suo voto finale di laurea. In particolare, tale documento certifica l'autenticità e la legittimità dei documenti rilasciati dalle autorità locali, il loro "valore professionale", ovvero abilitante, nell'ambito dell'ordinamento del Paese di accreditamento e la struttura del percorso di formazione, nonché l'attività e le responsabilità che l'esercizio della professione considerata comporta nell'ordinamento dello stesso Paese.

Il rilascio delle Dichiarazioni di valore non comprende, invece, la conversione dei voti nei valori previsti dal sistema italiano e, come riportato in una nota inviata alla dott.ssa E.F. dall'Ambasciata d'Italia a Berlino interpellata sulla questione, la decisione circa l'equipollenza e la valutazione nell'ambito del sistema accademico italiano dei titoli accademici conseguiti all'estero compete agli Atenei italiani, nel pieno rispetto della loro autonomia.

La richiesta della dottoressa E.F., pertanto, è stata determinata dall'esigenza di evitare penalizzazioni, rispetto ai cittadini italiani, nell'accesso alle scuole di specializzazione, stante l'impossibilità di trasformazione automatica dei punteggi tedeschi in trentesimi e la necessità di un'integrazione in tal senso ⁽³⁾.

Il Difensore civico rappresentava, quindi, la problematica al Ministero dell'Università e della Ricerca - Direzione Generale per l'Università - sollecitando l'assunzione di una determinazione che, anche in considerazione dell'approssimarsi del concorso per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione in Medicina, presentava carattere di urgenza.

Detta Direzione Generale, a sua volta, invitava il Consiglio Universitario Nazionale ad esprimere una valutazione in merito alla richiesta dell'istante.

Consequentemente, il Consiglio Universitario Nazionale chiedeva al Ministro di acquisire la certificazione relativa alle votazioni conseguite dalla dott.ssa E. F. nel corso di laurea, con la specifica dei crediti formativi acquisiti e la tabella di corrispondenza ECTS (European Credit Transfer System).

L'istante trasmetteva, pertanto, alla Direzione Generale per l'Università e al Consiglio Universitario Nazionale una nota, alla quale allegava una dettagliata descrizione della struttura del corso di studi della facoltà di Medicina in Germania, la Tabella esplicativa riportante il suo curriculum universitario, emesso dall'Università tedesca, il Sistema ECTS nel piano di studi di Medicina di tale Università, la Dichiarazione di valore rilasciata dall'Ambasciata d'Italia a Berlino e, a titolo meramente esemplificativo, la "Tabella di Conversione Voti" adottata dal-

³ Le "Dichiarazioni di valore" rilasciate dalle Rappresentanze diplomatiche e consolari sono regolate dal D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e dal D.P.R. 31 agosto 1999, 394 recante il relativo Regolamento attuativo, artt. 49 e 50. In applicazione di tali disposizioni di legge il Ministero degli Affari Esteri, con Telespresso circolare n. 270/5716 del 2 aprile 2001, ha impartito alle Rappresentanze le istruzioni sugli adempimenti consolari per il riconoscimento dei titoli di studio professionali.

l'Università Politecnica delle Marche, specifica per la facoltà di Medicina e Chirurgia, e la "tabella di Conversione Voti" dell'Università di Messina, elaborate ambedue secondo il Sistema ECTS. Tali tabelle, tuttavia, applicate per il progetto di studi "Erasmus" in ragione delle divergenze tra i diversi ordinamenti universitari europei, sebbene contengano un equo sistema di trasformazione dei voti in ambito comunitario, hanno funzione di mero orientamento e non rivestono carattere vincolante per le commissioni giudicatrici dei concorsi per le Scuole di Specializzazione Mediche.

Nel mese di dicembre, il Consiglio Universitario Nazionale, esaminata la documentazione prodotta e considerata anche la comparazione dei voti contenuta nella Tabella di Conversione elaborata dall'Università Politecnica delle Marche, che è risultata conforme ai parametri comunitari del Sistema ECTS, ha stabilito il voto di laurea italiano che corrisponde al voto di laurea conseguito in Germania dalla dott.ssa E.F. (AC/AS)

7. SANITA' E IGIENE

Nell'anno 2008 si è verificata una leggera flessione del numero delle pratiche nel settore dell'assistenza sanitaria, che ha consentito un riallineamento ai valori precedenti al significativo incremento verificatosi nel biennio 2006 e 2007.

Pur essendo sempre presente una notevole varietà di problematiche, molte delle pratiche trattate sono riconducibili a tematiche ricorrenti.

Quest'anno, poi, sono giunte a conclusione anche alcune pratiche la cui istruttoria - per motivi indipendenti dalla volontà di questo Ufficio - si è protratta per alcuni anni.

Nella Relazione 2006 si erano brevemente descritte alcune doglianze relative a procedimenti per l'autorizzazione ed i rimborsi per cure all'estero, sottoposti alla valutazione dell'Istituto "C. Besta", centro regionale di riferimento per le patologie neurologiche.

Dei due casi ivi descritti, uno (quello relativo alla paziente costretta a recarsi all'estero per sottoporsi ad un intervento chirurgico, in quanto gli specialisti italiani si erano rifiutati di operarla, a causa dell'elevato rischio connesso all'operazione) ha trovato una conclusione positiva, in seguito all'intervento della commissione regionale cure all'estero presso la Direzione generale Sanità della Giunta regionale, che ha espresso parere favorevole al rimborso, a cui si è successivamente uniformato il centro regionale di riferimento.

Ha conosciuto recentemente esito favorevole anche un'altra pratica - in cui l'interlocutore era sempre il CRR "C. Besta" - relativa ad una vicenda sottoposta all'attenzione di questo Ufficio, per l'intervento di competenza, dal Difensore civico della Provincia di Milano in merito alla domanda di rimborso presentata dalla signora R.B. per le spese inerenti al trasferimento all'estero per cure riabilitative in favore della figlia disabile C.G., presso il centro ICELP di Gerusalemme.

Si trattava di una vicenda estremamente complessa dal punto di vista procedurale, in cui, nonostante gli sforzi compiuti con costanza e tenacia, la signora R.B. non era riuscita ad ottenere alcun risultato.

L'Ufficio, dopo un approfondito esame della documentazione prodotta e della procedura fino ad allora seguita, riteneva di dover chiedere direttamente l'intervento della commissione regionale cure all'estero, facendo presente, innanzitutto, che già nel maggio 2006 era stata presentata una domanda di autorizzazione alla ASL competente per territorio, per la quale era stato concesso parere favorevole, per un ricovero nel giugno 2006.

Nel maggio 2007 l'interessata aveva presentato una nuova istanza per la prosecuzione dei trattamenti sempre nel medesimo periodo (giugno-luglio), motivandola con la necessità di effettuare un ulteriore periodo di permanenza nel centro di Gerusalemme, per la valutazione dei progressi effettuati e l'indagine

sulle aree cognitive non esaminate durante il precedente soggiorno. Su specifica richiesta, la signora R.B. produceva all'Istituto "C. Besta" ulteriore documentazione per la valutazione della pratica e provvedeva ad inoltrare il tutto alla competente ASL, sottolineando come non esistessero in Italia centri equivalenti all'ICELP di Gerusalemme, dove vengono svolti interventi specifici di riabilitazione cognitiva e comportamentale, tramite lavori quotidiani intensivi di valutazione e riabilitazione da parte di più figure professionali.

In data 2.6.2007 la paziente partiva per Gerusalemme, pur non avendo ancora ricevuto un riscontro da parte del CRR, in quanto avrebbe altrimenti perso il posto in lista di attesa (più di 2000 persone, provenienti da tutto il mondo). Tra l'altro la signora R.B. confidava ragionevolmente in un esito positivo dell'istanza, trattandosi di prosecuzione di cure.

Con nota del 4.6.2007, invece, il CRR dava parere sfavorevole al trasferimento, sostenendo - in sostanza - che la documentazione prodotta non fosse sufficiente a dimostrare che il metodo applicato presso il centro di Gerusalemme fosse più indicato rispetto ad altri tipi di trattamento. Per questo motivo, proponeva alla famiglia di far eseguire un'altra valutazione LPAD presso un centro italiano, che potesse essere poi confrontata con la valutazione LPAD eseguita a Gerusalemme nell'estate 2006. In realtà, tale parere conteneva delle imprecisioni, in quanto faceva riferimento ad una metodologia valutativa (LPAD) che in realtà non era stata mai applicata sulla paziente presso il centro di Gerusalemme, proprio per le caratteristiche e la specificità del quadro clinico della minore disabile.

Tale ultima circostanza trovava conferma nella relazione redatta dal Prof. Steven Gross, direttore Servizi Internazionali ICELP, in cui veniva chiaramente specificato come la paziente - per la sua particolare sensibilità e per le risposte emotive manifestate - non fosse un buon candidato per una valutazione tradizionale. Anche l'applicazione del metodo LPAD non avrebbe potuto fornire una valida o pertinente stima dell'attuale livello di funzionamento o del vero potenziale di cambiamento o progresso della paziente stessa.

La suddetta relazione, con altra documentazione sanitaria, veniva presentata alla competente ASL dopo il ritorno da Gerusalemme, contestualmente ad una richiesta di revisione della pratica.

Tempestivamente veniva comunicato alla ASL dal CRR un nuovo parere negativo, con la motivazione della fruibilità in Italia delle prestazioni rese all'estero. Il CRR, inoltre, ricordava alla ASL quanto disposto dalla nota circolare della Direzione generale Sanità della Giunta regionale, 27.2.2006 n. H1.2006.0010514 prot.

Questo Ufficio riteneva opportuno soffermarsi, già nel corso della descrizione della vicenda alla Commissione regionale cure all'estero, sulle incongruenze della suddetta risposta del CRR.

Nessun riferimento era stato fatto nel merito circa le argomentazioni e la documentazione prodotta dall'interessata (ossia, la non utilizzabilità del metodo

LPAD per la valutazione della paziente e quindi l'inutilità di una verifica condotta presso un centro italiano che applichi tale procedura valutativa).

La risposta, pertanto, appariva superficiale nella sostanza, così come era davvero incomprensibile che il CRR continuasse a parlare di prestazioni fruibili anche in Italia quando l'interessata aveva già dimostrato l'inesattezza di tale affermazione e la stessa non era stata smentita nel merito dal CRR.

Analogamente, poco comprensibile era il richiamo alla circolare regionale, che in alcun modo poteva riferirsi al caso di specie. Con tale nota, infatti, l'amministrazione regionale ha ribadito ai CRR che le procedure previste dal D.M. 3.11.1989 sono attuabili solo ed esclusivamente in caso di ricovero preventivamente autorizzato presso un centro di altissima specializzazione all'estero; del pari, in casi di particolare urgenza si ammette la valutazione della richiesta quando l'assistito, pur avendo presentato istanza, si sia recato all'estero senza attendere la risposta dell'ASL.

Tali procedure non sono, invece, applicabili anche nei casi in cui non si sia trattato di ricoveri presso centri di altissima specializzazione per patologia già nota sul territorio nazionale, ma, per esempio, di situazioni di urgenza verificatesi durante temporanei soggiorni in altri paesi.

Nel caso di specie, invece, non si era verificata la situazione che aveva motivato l'intervento chiarificatore dell'amministrazione regionale, ma la procedura era stata correttamente eseguita in quanto nel maggio 2007 l'interessata aveva provveduto a richiedere la preventiva autorizzazione al CRR.

Proprio facendo appello alle suddette incongruenze, la signora R.B. chiedeva un ulteriore riesame della pratica, ribadendo che la motivazione addotta dal CRR di prestazione fruibile presso altro centro in Italia non corrispondeva al vero e che il centro AIAS segnalato dall'Istituto "C. Besta" non fornisse un servizio equivalente, ma nemmeno simile a quello del centro di Gerusalemme.

L'interessata specificava che mai si sarebbe assunta l'onere ed i disagi relativi ad un soggiorno all'estero qualora vi fosse la possibilità di ricevere prestazioni analoghe in Italia.

La suddetta richiesta di riesame veniva sottoposta anche all'attenzione della Direzione generale Sanità della Giunta regionale.

Con nota del novembre 2007, inviata alla competente ASL, il CRR prendeva atto della richiesta formulata dalla signora R.B. e, considerandola come sintomatica della mancata accettazione del parere precedentemente espresso, la qualificava come un'istanza di interpello alla Commissione regionale cure all'estero. La ASL provvedeva, pertanto, al suo tempestivo inoltro.

Nel febbraio 2008 la Direzione generale Sanità replicava alla ASL e all'Istituto Neurologico "C. Besta" con argomentazioni che apparivano poco chiare se non addirittura contraddittorie. Oltre a confermare la competenza del CRR ad esprimere il giudizio concreto di carattere medico-sanitario - circostanza mai conte-

stata da alcuno - l'amministrazione regionale faceva richiamo a quanto disposto dalla D.G.R. 23.12.2004, n. 20153 in merito al compito attribuito alla Commissione regionale cure all'estero di esprimere un parere obbligatorio ma non vincolante relativamente ai ricoveri avvenuti senza preventiva autorizzazione, qualora il CRR abbia formulato parere negativo riguardo la richiesta di rimborso.

Poiché tale fattispecie coincideva con quella descritta (il CRR aveva dato parere negativo al rimborso in data 13.8.2007), non si comprendeva il motivo per cui la Direzione generale Sanità, fatte le sopra indicate premesse, avesse concluso affermando l'incompetenza a disporre rimborsi, a fronte di un giudizio negativo espresso dal CRR.

L'Ufficio riteneva, invece, che - essendosi verificati, nel caso in esame, i presupposti previsti dal citato provvedimento regionale - il compito dell'amministrazione regionale fosse quello di esprimere il parere di competenza.

Nell'espressione del citato parere si sarebbero dovute tenere in considerazione le circostanze già sopra descritte e qui sinteticamente ribadite:

il CRR non aveva mai tenuto conto delle argomentazioni e della documentazione clinica presentata dall'interessata per far comprendere la particolarità clinica della paziente;

il CRR sosteneva che il centro proposto (AIAS di Via Mantegazza) offrisse prestazioni analoghe a quelle erogate nel centro di Gerusalemme (circostanza anche questa smentita dall'interessata e comunque facilmente verificabile);

-il CRR proponeva di sottoporre la paziente ad una metodologia valutativa ritenuta, invece, da altri specialisti non idonea allo scopo e quindi del tutto inutile;

il CRR non aveva mai replicato alle considerazioni svolte dalla signora R.B. adducendo valide argomentazioni nel merito, ma si era sempre limitato a confermare le precedenti prese di posizione. Il tal modo l'Istituto Neurologico "C. Besta" manifestava un atteggiamento di indisponibilità al confronto che questo Ufficio aveva già avuto modo, purtroppo, di verificare in passato nel corso dell'istruttoria di altre pratiche per cure all'estero;

non si comprendevano i motivi per cui i presupposti previsti dalla legge per l'ammissibilità della richiesta di autorizzazione per cure all'estero (prestazioni che richiedono specifiche professionalità, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia e non ottenibili tempestivamente o adeguatamente in Italia, art. 2 D.M. 3.11.1989) erano stati ritenuti presenti nel caso di specie dal CRR nel maggio 2006 (parere favorevole al trasferimento presso il centro di Gerusalemme), ma non più l'anno successivo (maggio 2007).

Sulla base delle suddette argomentazioni, l'Ufficio chiedeva all'amministrazione regionale di sottoporre la pratica all'esame della Commissione regionale per il parere di competenza, che si auspicava fosse favorevole all'accoglimento della richiesta di rimborso formulata dalla signora R.B.

Con nota del 27.1.2009 la competente ASL comunicava all'interessata il pa-

rere favorevole al rimborso espresso dal centro regionale di riferimento.

Nel corso del 2008 sono pervenute numerose richieste di intervento relative alla fornitura di protesi e ausili. Si è trattato, in realtà, di vicende diverse ma tutte inerenti alla richiesta di fornitura di apparecchi per la comunicazione telefonica in favore di persone affette da sordità grave.

La maggior parte delle doglianze (signor P.G., signor S.D.B. e signora L.P.) ci erano state trasmesse dal presidente dell'ENS - Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi e riguardavano, in generale e al di là delle specificità di ogni singolo caso, l'inadeguatezza e/o il malfunzionamento degli ausili già forniti dalle competenti ASL (rispettivamente, ASL Provincia di Milano 1 e, per gli altri due casi, la ASL Città di Milano).

Per il caso del signor P.G., già il presidente dell'ENS aveva chiesto alla competente ASL che venisse data la possibilità all'utente di restituire l'apparecchio già consegnatogli ma mai utilizzato, nonché la sostituzione dello stesso con un cellulare con tastiera alfanumerica oppure con un nuovo DTS.

Interpellata al proposito dall'Ufficio, la ASL Provincia di Milano 1 si dichiarava disponibile a provvedere sollecitamente alla sostituzione dell'apparecchio DTS, non compatibile con le limitazioni funzionali del paziente.

Poiché la nota era stata inviata anche alla Direzione generale Sanità, perveniva contestualmente un riscontro dalla stessa, in cui si sottolineava l'aspetto ritenuto più critico nella problematica in oggetto, ossia il fatto che spesso gli specialisti prescrittori prescrivono ausili non adeguati alle necessità dei pazienti.

Relativamente alle vicende del signor S.D.B. e della signora L.P., l'aspetto più significativo riguardava il rifiuto, da parte della ASL Città di Milano, di provvedere alla sostituzione dell'apparecchio per più di una volta prima che fossero decorsi i tempi minimi di rinnovo, in conformità a quanto previsto dall'art. 5, comma 3, del D.M. 27.8.1999, n. 332.

In realtà, la ASL Città di Milano interpreta la suddetta norma nel senso che sarebbe possibile ottenere la fornitura sostitutiva per una sola volta in tutta la vita e non già, come sembra invece più plausibile, per una sola volta nel periodo minimo di rinnovo.

L'Ufficio riteneva opportuno, pertanto, sollecitare l'amministrazione regionale a pronunciarsi in merito alla correttezza o meno della suddetta interpretazione.

La ASL Città di Milano, successivamente, inviava comunicazioni identiche agli interessati: venivano ribadite le ragioni giuridiche che avrebbero motivato le risposte negative al rinnovo, specificando comunque che la responsabile del Servizio si rendeva disponibile a rivalutare una nuova domanda a partire dal dicembre 2008.

A prescindere, comunque, dalla soluzione positiva (anche se non immediata) delle singole vicende, restava comunque fermo il problema - oltre a quello già accennato della frequente inadeguatezza della prescrizione, nonché della necessità di una chiara interpretazione della norma relativa al rinnovo - della congruità del

termine minimo previsto dal Nomenclatore tariffario per il rinnovo della fornitura degli ausili per la comunicazione.

I tradizionali comunicatori telefonici DTS, ormai obsoleti e pertanto scarsamente diffusi tra gli stessi disabili, sono stati sostituiti (mediante il meccanismo della riconducibilità) dai cellulari, che - sulla base della comune esperienza - raramente funzionano per più di qualche anno.

Si può prospettare, pertanto, per il futuro una maggiore frequenza delle richieste di rinnovo della fornitura in epoca precedente alla scadenza del termine previsto per legge (8 anni).

Al proposito, si sottoponeva all'attenzione della Direzione generale Sanità la vicenda del signor A.D. che, nel 2002, aveva presentato richiesta per la fornitura di un cellulare riconducibile al comunicatore telefonico, essendo quest'ultimo diventato ormai del tutto obsoleto. Dopo circa un anno, il cellulare aveva iniziato ad avere problemi di funzionamento, segnalati alla ASL anche al fine di sollecitare un maggiore controllo in merito alla qualità dei prodotti forniti dalle ditte convenzionate, ma risolti solo con costose riparazioni a carico dell'utente. Nel gennaio 2008, infine, il suddetto ausilio si era definitivamente rotto, non essendo stato possibile eseguire alcuna ulteriore riparazione.

Nell'aprile 2008, pertanto, il signor A.D. presentava una nuova richiesta per ottenere la sostituzione del cellulare, ricevendo una risposta negativa dalla ASL Città di Milano, con motivazione analoga a quella addotta agli altri casi già citati e con l'indicazione di presentare una nuova domanda nel mese di dicembre 2008.

L'Ufficio chiedeva, pertanto, all'amministrazione regionale di adottare iniziative per la verifica e la soluzione delle problematiche descritte, onde evitare di lasciare a carico dell'utente il rischio - ormai purtroppo frequente - del cattivo e/o mancato funzionamento dei cellulari che, per i sordi, costituiscono l'unico strumento a disposizione per comunicare.

Nell'ottobre 2008 perveniva un riscontro dalla Direzione generale Sanità, in cui si informava come già nel mese di settembre si fosse svolto un incontro con tutti i presidenti ENS del territorio lombardo, nel corso del quale sarebbe emersa la sostanziale inadeguatezza di molte prescrizioni, non conformi alla normativa vigente (DM n. 332/1999), in quanto facenti richiamo a norme previste nel vecchio Nomenclatore del 1992.

Preso atto di ciò, i rappresentanti della suddetta associazione hanno fatto presente, comunque, come i prodotti disponibili a norma di legge non rispondano alle esigenze dei disabili affetti da sordità, se confrontati alla gamma di prodotti disponibili, tecnologicamente più avanzati.

L'amministrazione regionale, pertanto, in quella sede ha stabilito la necessità di costituire un Tavolo di lavoro che si incontrerà, a cadenza annuale, con tutte le parti interessate e con la presenza di medici specialisti, per un aggiornamento costante in questo settore. Allo stesso tempo, verranno formulate proposte ope-

relative da parte regionale per l'individuazione dell'ausilio più adeguato alle esigenze manifestate dagli utenti: in tale ambito verrà affrontata anche la tematica dei rinnovi. L'Ufficio è stato informato, infine, della costituzione di un Gruppo di approfondimento tecnico (GAT) relativamente all'assistenza protesica, che si prefigge, come principale obiettivo, di semplificare, agevolare e accelerare lo svolgimento delle procedure, riducendo gli adempimenti a carico degli assistiti o dei loro familiari a quanto strettamente necessario. Per l'anno 2009 è prevista una sperimentazione solo su alcune delle ASL lombarde (Provincia di Brescia, Città di Milano, Provincia di Milano 2 e Provincia di Monza e Brianza), con previsione di entrata a regime dal 2010 su tutto il territorio regionale.

Tali proposte sono state formalizzate nella D.G.R. 22.12.2008, n. 8730 "Determinazioni in merito alla revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi, ausili e protesi", con la quale si è dato appunto il via alla sperimentazione presso le suddette ASL, sono state considerate le diverse fasi del percorso (prescrizione, erogazione del dispositivo protesico e collaudo), evidenziando per ciascuna di esse lo stato attuale, la prospettiva a cui si vuole tendere, le principali criticità e problemi da affrontare, nonché l'ipotesi intermedia da realizzare in fase di sperimentazione presso le ASL prescelte.

Attualmente, infatti, la procedura di erogazione di ausili, presidi e protesi è molto più complessa rispetto ad altre prestazioni ugualmente rilevanti, in quanto risultato di prassi risalenti, che necessita di essere ricondotta ad un approccio complessivo diverso: porre al centro dei servizi erogati la persona (e non la prestazione), semplificare gli adempimenti burocratici per ottenere servizi sanitari e socio-sanitari (riducendo le autorizzazioni aggiuntive), garantire equità e qualità delle prestazioni (con regole a priori), verificarne l'appropriatezza e la correttezza prescrittiva (in capo all'istituzione e non al cittadino e a posteriori alla fornitura).

L'obiettivo, in sintesi, è consentire l'ottenimento delle prestazioni protesiche secondo le medesime modalità previste per tutte le altre prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in modo integrato tra esse.

Per quanto concerne, nello specifico, la fornitura di apparecchi telefonici agli utenti che si erano rivolti a questo Ufficio, nelle more del procedimento per l'individuazione del modello di riferimento da adottare a livello regionale, la Direzione generale Sanità ha dato indicazioni alla ASL Città di Milano di procedere alla fornitura dell'apparecchio telefonico richiesto.

Nel corso del 2008, sempre in materia di erogazione di presidi, si è conclusa positivamente la vicenda rappresentata all'Ufficio dalla signora A.T. e relativa alla fornitura, da parte della ASL Città di Milano, di una carrozzina pieghevole in favore del padre.

Nel febbraio 2008 era stata prescritta dal medico competente la fornitura di una carrozzina (cod. classificazione 12.21.06.039) con struttura leggera (cod. 12.24.03.121) e con variazione larghezza del sedile superiore a cm. 45 (cod. 12.24.06.172), oltre ad

ulteriori accessori necessari per un adeguato uso dell'ausilio stesso.

Per la particolare conformazione fisica del paziente (largo di bacino ma con peso non superiore a 80 chili), il prescrittore aveva ritenuto necessario avere a disposizione una sedia con seduta allargata a cm. 48, ma con caratteristiche tecniche tali da renderla adeguata al peso del paziente, in termini di utilizzo ed ingombro.

La ASL aveva sin da subito comunicato alla signora A.T. l'intenzione di utilizzare, per la fornitura, le sedie già a disposizione in magazzino, che peraltro non corrispondevano a quanto risultava dalla prescrizione (sedia ultraleggera con seduta allargata).

Infatti le sedie ultraleggere a disposizione della ASL avevano la seduta max di 45 cm., mentre le sedie con seduta fino a 48 cm. avevano la struttura rinforzata con doppia crociera (per i pazienti con peso che supera i 100 chili).

La sedia già consegnata apparteneva appunto a quest'ultima tipologia, ma risultava chiaramente troppo pesante e ingombrante, quindi non utilizzabile dal paziente e dalla figlia, che si occupa della sua assistenza.

L'Ufficio, nonostante comprendesse le ragioni alla base della decisione della ASL Città di Milano di utilizzare, per le nuove forniture, le sedie già a disposizione, sottolineava come, nel caso descritto, tale soluzione sostanziasse la fornitura di un ausilio diverso rispetto a quello prescritto.

Per comprendere ciò, era sufficiente fare un confronto tra gli aggiuntivi previsti nella prescrizione redatta dallo specialista e quelli riportati nella dichiarazione di conformità e nel documento di trasporto dell'ausilio effettivamente consegnato al padre della signora A.T.

Si riteneva, pertanto, che l'azienda sanitaria, nel caso di specie, non avesse svolto le funzioni previste dall'art. 4, comma 5, del D.M. 332/1999 (verifica stato di avente diritto del richiedente, nonché della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati nel Nomenclatore), ma avesse dato luogo alla prescrizione/fornitura di un ausilio diverso: mantenendo fermo il codice riferito genericamente alla carrozzina pieghevole modello per adulti con sedile compreso tra cm. 38 e cm. 45 (cod. 12.21.06.039) erano stati, infatti, modificati i codici degli aggiuntivi, con conseguente individuazione di un ausilio diverso nelle caratteristiche fisiche e tecniche rispetto a quello originariamente prescritto dallo specialista nei confronti del paziente.

L'Ufficio, di conseguenza, chiedeva un riesame della pratica, con conseguente fornitura di una carrozzina conforme a quella effettivamente prescritta.

Con nota del luglio 2008, la ASL Città di Milano - seppure con alcune puntualizzazioni inerenti alle modalità di fornitura dell'ausilio - informava l'interessata di aver dato disposizione, all'U.O. Protesica competente, per la fornitura della carrozzina richiesta attraverso ditta convenzionata di fiducia della famiglia dell'utente.

Nella Relazione dello scorso anno era stata rappresentata la problematica del-

l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria in favore delle vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice e loro familiari, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6, comma 2, e dall'art. 9 della L. 3.2.2004, n. 206.

Mentre con l'entrata in vigore della L. 24.12.2007, n. 244 (Finanziaria 2008) aveva trovato definitiva soluzione il problema dell'esenzione delle vittime del terrorismo e loro familiari dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i farmaci classificati nella fascia C), esistono tuttora difficoltà in merito all'applicazione, da parte dell'amministrazione regionale, di quanto disposto dall'art. 6, comma 2, L. 206/2004, che prevede l'erogazione "a carico dello Stato" dell'assistenza psicologica.

Con nota dell'aprile 2008, infatti, la Direzione generale Sanità aveva invitato le aziende sanitarie ed ospedaliere lombarde a garantire l'applicazione dell'art. 2, comma 106, lett. c), della Finanziaria 2008, che riconosce appunto alle vittime di atti di terrorismo e ai loro familiari (limitatamente al coniuge e ai figli e, in mancanza di questi, ai genitori) l'erogabilità dei medicinali in classe C) a totale carico SSN, nei casi in cui il medico ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente. Nulla veniva, invece, comunicato all'Ufficio in merito alle modalità con cui assicurare, ai soggetti sopra indicati, un'adeguata assistenza psicologica, anche mediante prestazioni erogate in forma indiretta.

Sollecitata in tal senso, l'amministrazione regionale replicava che la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27.7.2007, seppure preveda, relativamente all'assistenza psicologica, l'applicazione delle disposizioni generali in materia di assistenza in forma indiretta, stabilisce parimenti che tale indicazione non appare sufficiente ad esaurire l'ambito del beneficio garantito dall'art. 6, comma 2. Tale disposizione, infatti, pone a diretto carico dello Stato l'obbligo di fornire l'assistenza psicologica, mediante l'appostamento di uno specifico stanziamento di bilancio. Poiché la L. 206/2004 non precisa le modalità attraverso le quali lo Stato deve garantire questo diritto, la Direzione generale Sanità faceva richiamo ad un ulteriore passo della citata Direttiva, secondo cui "spetta al Ministero della Salute, con propri provvedimenti, da adottare con ogni possibile sollecitudine, individuare i criteri, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, attraverso le quali garantire alle vittime del terrorismo e loro familiari, anche con forme di rimborso delle spese sostenute, il diritto dei medesimi ad un'adeguata assistenza psicologica".

L'amministrazione regionale, pertanto, escludeva ogni competenza propria e sottolineava, inoltre, come l'art. 8 septies del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni avesse abolito l'assistenza in forma indiretta per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

L'Ufficio riteneva opportuno, di conseguenza, sottoporre la problematica all'attenzione del Ministero della Salute, non solo per essere informato circa i tempi per la predisposizione dei provvedimenti attuativi della norma in oggetto, ma anche per ottenere chiarimenti utili a consentire una migliore comprensione della

legittimità o meno dell'orientamento assunto dall'amministrazione regionale.

Nel dicembre 2008 perveniva un riscontro dal competente Dipartimento del citato Ministero, in cui - oltre a ribadire il contenuto della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27.7.2007 - si informava dell'istituzione di un apposito capitolo di bilancio, con risorse pari ad 50.000,00, per l'attuazione del suddetto beneficio in favore delle vittime del terrorismo e dei loro familiari. In particolare, si specificava che le risorse saranno ripartite tra le Regioni, fino a concorrenza dell'ammontare complessivo, proporzionalmente alle somme che le Regioni avranno destinato, nell'anno 2008, al rimborso delle spese direttamente sostenute dalle vittime e dai loro familiari per l'assistenza psicologica.

Allo scopo, si chiariva che era stata inviata, in data 21.10.2008, una comunicazione agli Assessorati regionali alla Sanità, con la quale si chiedeva l'invio - entro il 31.1.2009 - dell'elenco nominativo "dei soggetti che, avendone titolo, hanno usufruito dell'assistenza di cui trattasi, corredato dall'indicazione delle spese rimborsate per ciascuno di essi".

Tale ultima comunicazione, peraltro, era già stata trasmessa a questo Ufficio dal responsabile della sezione lombarda dell'Associazione Italiana Vittime del Terrorismo, con allegata anche la nota che la Direzione generale Sanità della Giunta regionale aveva ritenuto opportuno inviare alle ASL lombarde, con la quale si chiedeva l'invio, entro la fine del 2008, delle informazioni richieste dal Ministero.

Il suddetto responsabile informava, contestualmente, di aver sollecitato un incontro con l'Assessore regionale alla Sanità, per discutere e valutare la possibilità che la Regione Lombardia adottasse un provvedimento specifico per meglio disciplinare la procedura dei rimborsi, come già fatto, ad esempio, dalla Regione Liguria.

Stante la situazione così come sopra descritta, l'Ufficio riteneva di dover manifestare all'amministrazione regionale alcune perplessità.

Non è chiaro allo scrivente come le ASL lombarde possano comunicare le informazioni richieste, dal momento che non hanno mai ricevuto disposizioni per dare luogo all'applicazione - mediante la procedura dell'assistenza in forma indiretta - del beneficio di cui all'art. 6, comma 2, della L. 206/2004.

Non risulta, infatti, che sia mai stato consentito agli utenti interessati di presentare un'istanza per ottenere la preventiva autorizzazione a fruire delle cure psicologiche presso privati, né che sia mai stato disposto alcun rimborso in proposito da parte delle ASL lombarde, anche a prescindere dalla preventiva autorizzazione.

L'amministrazione regionale, infatti, ha sempre negato tale possibilità, subordinando l'applicazione del suddetto beneficio esclusivamente all'adozione di iniziative a livello statale.

Dalla circostanza, invece, che il Ministero abbia previsto la suddivisione delle risorse con riferimento ai rimborsi già disposti dalle Regioni, sembra evincersi un ulteriore riconoscimento della legittimità dell'erogazione in forma indiretta delle prestazioni in oggetto e di come la stessa - pur costituendo un "rimedio provvi-

sorio" da supportare poi con una specifica iniziativa statale - avrebbe già dovuto essere adottata dalle Regioni, al fine di garantire comunque attuazione alla norma più volte citata, come peraltro stabilito anche nella Direttiva del 27.7.2007.

Pur con i tempi molto ristretti, questo Ufficio aveva comunque suggerito al responsabile dell'Associazione di sollecitare gli assistiti a lui noti affinché presentassero alle competenti ASL istanza di rimborso entro il mese di dicembre 2008.

L'Ufficio ha chiesto informazioni alla Direzione generale Sanità in merito alle comunicazioni che sono state inviate dalle ASL lombarde, specificando che resta, comunque, da definire in che modo sanare le situazioni di eventuali utenti che non abbiano avuto il tempo e la possibilità - anche per carenza di adeguata tempestiva informazione - di presentare le istanze di rimborso entro l'anno 2008. Si presume, infatti, che la mancata presentazione delle istanze di rimborso, seppure per motivi non imputabili agli interessati, comporterà verosimilmente il mancato introito, per la Regione Lombardia, delle somme stanziare dal competente Ministero, con conseguente danno per i diritti e gli interessi dei beneficiari.

Si chiedevano, pertanto, chiarimenti in proposito, nonché relativamente alle modalità con cui la Direzione generale Sanità riterrà di gestire, per l'anno 2009, l'intera questione dell'assistenza psicologica alle vittime del terrorismo.

A tale richiesta non è stato finora fornito alcun riscontro.

Nel corso del 2008 sono pervenute ancora numerose pratiche di cittadini che lamentavano la mancata ricezione della carta regionale dei servizi.

La mancata emissione, per la maggior parte dei casi, era da imputarsi alla validazione negativa della carta regionale dei servizi da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in quanto il terzo nome risultava troncato nell'anagrafe tributaria.

Era necessario, pertanto, provvedere a tale correzione, per consentire la prosecuzione dell'intera procedura.

Del resto, è recentemente aumentato l'interesse dei cittadini affinché venga loro recapitata la carta regionale dei servizi, che attualmente funge da tessera sanitaria, da tessera europea di assicurazione malattia (che garantisce l'assistenza sanitaria nell'Unione Europea e nei Paesi convenzionati), da tesserino di codice fiscale, da carta nazionale dei servizi (che consente, previa richiesta del PIN, l'accesso ai servizi on-line della pubblica amministrazione).

E' prevedibile, pertanto, come tale strumento acquisterà sempre maggiore importanza nella vita del cittadino lombardo, in quanto consentirà di migliorare i servizi, soprattutto in ambito sanitario mediante il progetto CRS-SISS, aumentando la possibilità di comunicazione tra utenti e strutture che erogano le prestazioni e favorendo la semplificazione e l'efficienza dei processi di prescrizione, diagnosi e cura.

I vantaggi non saranno solo per i cittadini, ma anche per i medici di base, per le farmacie, nonché gli operatori delle strutture sanitarie ed ospedaliere.

Di recente, poi, è stata prevista la possibilità di utilizzare la carta regionale dei servizi anche dal PC personale, mediante un lettore di smart card, per accedere al proprio fascicolo sanitario e per usufruire di numerosi servizi, anche non sanitari, sia regionali - quali la presentazione delle domande per la Dote scuola e la Dote lavoro e le varie domande di finanziamento su fondi regionali ed europei - sia dell'amministrazione dello Stato (Agenzia delle Entrate) e degli enti locali.

La Regione Lombardia, nell'ottobre 2008, ha adottato l'iniziativa di consentire la vendita del lettore di smart card in edicola, al prezzo vantaggioso di 7,50, allegato ai principali quotidiani.

Al proposito, peraltro, sono pervenute segnalazioni di cittadini che non riescono ad accedere ai servizi socio-sanitari disponibili on line, lamentando il mancato funzionamento del lettore di smart card acquistato in edicola, oppure l'impossibilità di utilizzare il software CRS con il sistema operativo del proprio PC.

Tutte le suddette problematiche sono state rappresentate all'amministrazione regionale, per l'adozione delle iniziative di competenza.

Recentemente sono pervenuti riscontri che confermano l'impegno profuso da Regione Lombardia e Lombardia Informatica per consentire l'utilizzo della CRS anche con sistemi operativi diversi rispetto a quelli originariamente previsti, nonché la predisposizione, in favore dei cittadini "insoddisfatti" del lettore di smart card acquistato in edicola, di una procedura di rimborso della somma versata.

L'Ufficio aveva, comunque, preventivamente chiarito agli utenti che non tutti i servizi socio-sanitari sono attualmente accessibili on line. Il servizio di prenotazione di prestazioni specialistiche, infatti, è attivo solo presso alcune aziende ospedaliere (A.O. "Sant'Anna" di Como, A.O. "Macchi" di Varese e A.O. di Gallarate) e verrà gradualmente esteso ad altre strutture pubbliche e private regionali.

Anche la consultazione dei referti on line non è disponibile presso tutte le aziende ospedaliere lombarde: è possibile accedere all'elenco delle suddette aziende nel sito regionale www.crs.lombardia.it e verificare quale tipologia di referto è già disponibile per la consultazione.

Tra le questioni rappresentate all'Ufficio durante l'anno, alcune riguardavano comportamenti negligenti o poco corretti da parte di medici: il nostro intervento, in questi casi, ha consentito ai cittadini di avere il riconoscimento delle proprie ragioni.

La signora E.B. aveva descritto una vicenda occorsa in data 12.2.2008 presso l'ambulatorio certificazioni medico-legali del Distretto 2 della ASL Città di Milano, presso il quale si era recata al fine di ottenere il certificato di deambulazione sensibilmente ridotta, richiestole per il rinnovo del contrassegno invalidi, ai sensi dell'art. 381 D.P.R. 16.12.1992, n. 495.

La questione appariva un po' complessa, in quanto dall'esame della documentazione prodotta dall'interessata risultava come in realtà la paziente non avrebbe dovuto affatto sottoporsi al suddetto accertamento, in quanto per il rinnovo quinquennale del contrassegno per riduzione permanente della capacità di

deambulazione - già in suo possesso - è sufficiente presentare il certificato del medico di medicina generale che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, secondo quanto specificato chiaramente anche dalla circolare regionale 11.12.2001 n. 64.

Ad ogni modo, poiché la visita si era già svolta, l'Ufficio riteneva comunque di dover svolgere il proprio intervento con riguardo a quanto accaduto in tale sede.

In particolare, la signora E.B. - che si era già rivolta all'URP dell'azienda sanitaria - esprimeva il proprio disappunto per il comportamento tenuto nei suoi confronti dal dott. G.B., addetto all'accertamento dei requisiti sanitari per avere diritto al contrassegno, il quale - oltre a mostrarsi sgarbato - avrebbe concentrato l'attenzione esclusivamente su una delle patologie che affligge la paziente, ossia la sordità, senza esaminare la documentazione clinica prodotta dalla signora E.B., da cui si poteva ricavare la sussistenza di altre patologie, tali da determinare una sensibile riduzione della capacità di deambulazione.

Il medico in questione, pertanto, prescriveva alla paziente l'effettuazione del test del cammino e una visita ortopedica per la valutazione dell'autonomia deambulatoria.

Con nota del 1.4.2008, inviata per conoscenza anche a questo Ufficio, il Direttore del Distretto 2 replicava alla segnalazione della signora E.B. e - seppur biasimando un eventuale comportamento poco corretto da parte del medico certificatore - condivideva la scelta di sottoporre la paziente ad ulteriori accertamenti, sostenendo la necessità, anche in caso di rinnovo di precedente contrassegno, di comprovare l'esistenza di eventuali altre patologie.

Immediatamente l'interessata chiariva come durante la visita fosse stata già messa a disposizione del medico la documentazione comprovante la sussistenza di altre patologie, documentazione che non sarebbe stata neppure esaminata.

L'oggettiva condizione di difficoltà nella deambulazione da parte della paziente, del resto, era stata evidenziata anche dal medico che avrebbe dovuto eseguire il test del cammino, a cui l'interessata si era rivolta in data 9.4.2008.

Tale test, infatti, non era stato eseguito in quanto "la paziente è affetta da patologie ortopediche che ne limitano la deambulazione e rendono impossibile l'esecuzione del test che - si ribadisce - è utilizzato solo per la valutazione di patologie respiratorie e/o cardiorespiratorie".

Da quanto sopra si evinceva, pertanto, che il medico certificatore non aveva visitato la paziente, né aveva voluto esaminare la documentazione sanitaria prodotta, limitandosi a prescrivere accertamenti oggettivamente non eseguibili e, pertanto, del tutto inutili.

Il medico, di conseguenza, non avrebbe eseguito l'accertamento così come definito dalla circolare regionale che regola la materia, ossia fondato su un'indagine anamnestica, sull'esame della documentazione sanitaria prodotta, su un esame obiettivo, nonché sull'analisi delle risultanze delle eventuali indagini stru-

mentali effettuate e del giudizio diagnostico espresso.

Sulla base delle suddette motivazioni, l'Ufficio chiedeva alla ASL Città di Milano che venisse rimborsato alla paziente il corrispettivo versato (36,00) per la visita sostanzialmente non eseguita.

Con successiva comunicazione, il Direttore sanitario della ASL esprimeva il proprio rincrescimento per l'episodio occorso alla signora E.B., informando di aver trasmesso la segnalazione ai responsabili di settore per monitorare ed intervenire sull'operato dei propri collaboratori, "con l'obiettivo di garantire un costante e progressivo miglioramento della qualità del sistema di erogazione e relazionale delle prestazioni". Tenuto conto, poi, che il percorso accertativo e valutativo non era stato completato, veniva disposto il rimborso all'interessata del corrispettivo versato.

La signora M.G.B. segnalava all'Ufficio una vicenda occorsale in data 1.6.2007 presso il Poliambulatorio di Via Masaniello (A.O. "Istituti Clinici di Perfezionamento"), ove si era recata per sottoporsi ad una visita oculistica.

E' utile premettere che la signora M.G.B. è invalida all'85% per lupus eritematoso sistemico, pregressa adenopatia laterocervicale ed infezione polmonare e renale tubercolare. La sua invalidità, peraltro, non è mai stata considerata tale da recare pregiudizio alla salute dei compagni di lavoro, né - durante gli accertamenti ed i controlli sanitari a cui si sottopone costantemente - è stata mai dichiarata soggetto contagioso.

Nel corso della visita oculistica effettuata con il dott. A.P., nonché durante una successiva visita eseguita in data 5.10.2007, la paziente era stata invitata ad indossare una mascherina anche durante la permanenza nella sala di attesa, nonché era stata oggetto di accorgimenti tali da parte sia del medico che dell'infermiera da farla ritenere soggetto contagioso.

Poiché nulla in tal senso era mai stato comunicato all'interessata da parte dei medici che l'avevano avuta e l'hanno tuttora in cura, la signora M.G.B. si era considerata oggetto di un'ingiusta discriminazione e aveva, pertanto, segnalato l'episodio al responsabile dell'URP Presidio Poliambulatori.

A riscontro, era pervenuta una laconica comunicazione, in cui si specificava che - a detta del responsabile del Poliambulatorio di Via Masaniello - sarebbero state "correttamente attuate le misure di profilassi del caso a tutela del personale e degli altri utenti" e che, anzi, sarebbe stato comportamento negligente non adottarle.

L'Ufficio, peraltro, poiché - come già specificato - nessuna informazione era mai stata fornita all'interessata, da parte dei medici che l'hanno in cura, circa la necessità/opportunità dell'adozione di misure precauzionali di profilassi, chiedeva al Direttore sanitario delucidazioni di natura tecnico-sanitaria, che potessero giustificare le affermazioni del responsabile del Poliambulatorio di Via Masaniello.

Dopo una prima risposta interlocutoria in cui veniva rappresentata la difficoltà di raccogliere le informazioni richieste, a causa dell'assenza per ferie del medico