

modalità di computo dell'indebito accertato o sollecitare la concessione di una rateizzazione maggiore, da richiedersi o già richiesta dall'interessato, tenuto conto dell'importo dell'indebito e delle condizioni economiche dell'istante.

La pratica che si illustra è quella della signora C., titolare di una pensione di reversibilità, dal luglio 1997, e di una pensione di vecchiaia, dal gennaio 2007.

Con comunicazione del 30.3.2009 l'INPS, Direzione Provinciale di Milano, aveva segnalato alla signora C. che era stato accertato a suo carico un indebito pari a 16.530,59 euro, essendo stata ricalcolata la pensione di reversibilità, sulla base dei redditi relativi all'anno 2007. Detto importo, si precisava, sarebbe stato recuperato in ventiquattro rate, dal mese di giugno, mediante una trattenuta sulla pensione.

L'interessata ha riferito di essersi recata personalmente presso la sede INPS, per avere chiarimenti sui motivi che avevano determinato l'erogazione delle maggiori somme e sulle modalità di calcolo dell'indebito. Per quanto concerne la prima richiesta le era stato precisato che il trattamento di reversibilità doveva essere decurtato dal 1° gennaio 2007, data dalla quale era diventata titolare del reddito derivante dalla pensione di vecchiaia, ma la relativa comunicazione era arrivata da Roma dopo due anni e mezzo; per quanto concerne la seconda richiesta le era stato segnalato che, al momento, non era possibile fornirle alcun prospetto.

L'Ufficio, esaminata la documentazione, ha ritenuto di dover richiedere il riesame della posizione debitoria accertata. Si è sottolineato che il diritto alla ripetizione di indebiti pensionistici effettuati dal 1° gennaio 2001 è disciplinato dall'art. 13 L. 412/1991. In particolare, la seconda parte del comma 1 dell'articolo citato — che contiene norme di interpretazione autentica delle disposizioni di cui all'art. 52, comma 2, L. 9 marzo 1989, n. 88 — consente il recupero delle somme indebitamente percepite qualora vi sia "omessa od incompleta segnalazione da parte del pensionato di fatti incidenti sul diritto o sulla misura della pensione goduta, che non siano già conosciuti dall'ente competente".

Nel caso di specie la situazione reddituale che aveva comportato la maturazione dell'indebito (titolarità della pensione di vecchiaia) era nota all'Istituto. Pareva, pertanto, che potesse trovare applicazione quanto precisato al punto 2.3.2. della circolare INPS n. 31/2006: "L'Istituto può procedere al recupero degli indebiti pensionistici che si siano verificati a causa della mancata considerazione di redditi conosciuti incidenti sul diritto o sulla misura della pensione, purché la notifica del relativo indebito avvenga l'anno successivo a quello in cui si è avuta conoscenza, da parte dell'Istituto, del reddito incidente sulla pensione goduta". Ferma restando, pertanto, la rideterminazione del trattamento pensionistico in virtù della nuova situazione reddituale, la restituzione delle maggiori somme erogate avrebbe dovuto essere richiesta entro un anno dalla decorrenza della pensione di vecchiaia.

Al proposito si riteneva opportuno citare anche la sentenza della Corte di Cas-

sazione, Sez. Lav., 6.10.1994 n. 8158, la quale statuisce che "ai sensi dell'art. 52 della legge 9 marzo 1989 n. 88 la ripetibilità dell'indebita prestazione pensionistica (...) è esclusa nell'ipotesi in cui la situazione determinativa dell'indebita erogazione costituita dall'entità dei redditi del percettore sia riconducibile al cumulo di due pensioni entrambe erogate dall'Inps e perciò ad una situazione conoscibile dall'Istituto indipendentemente dalla dichiarazione reddituale dell'interessato". E' stato chiesto, qualora dovesse essere confermata la situazione accertata, di voler chiaramente indicare le motivazioni giuridiche della ripetibilità e di voler fornire all'interessata un chiaro prospetto da cui risultassero le modalità di computo della somma dovuta. L'INPS ha tempestivamente fornito un riscontro (la richiesta dell'Ufficio è stata inviata il 4.5.2009, la risposta è stata fornita con nota del 17.6.2009) in cui segnalava che, riesaminata la situazione debitoria venutasi a creare a carico della signora C., si era convenuto di sanare la parte del debito relativa all'anno 2007 e di confermare la ripetibilità dello stesso relativa agli anni 2008 e 2009. Si precisava inoltre che, appena possibile, sarebbe stata aggiornata la procedura di recupero, tenuto conto del nuovo importo dell'indebito (euro 9.325,51). Si allegava, inoltre, copia del prospetto di calcolo.

Si citano altre due pratiche esemplificative dell'attività dell'Ufficio nei confronti dell'INPS; la prima concerne una richiesta di chiarimenti sollecitamente fornita, la seconda riguarda la definizione di un procedimento amministrativo.

Il signor D'U., titolare di una pensione cat. VO, con decorrenza gennaio 2008, si è rivolto all'Ufficio in quanto non gli era stata fornita alcuna risposta, peraltro più volte sollecitata, alla richiesta, inoltrata in data 25.3.2009, all'INPS – Agenzia di Cinisello per ottenere il rimborso dei contributi volontari, pari a sei settimane, versati in eccedenza rispetto alle 780 settimane necessarie per il diritto a pensione.

L'Ufficio ha inoltrato una nota all'INPS in data 28.9.2009, precisando verbalmente all'interessato che, in base alla normativa, non possono essere rimborsati i versamenti volontari che sono stati pagati correttamente, entro la decorrenza della pensione.

Tempestivamente, con nota del 12.10.2009, l'INPS ha confermato la non ripetibilità precisando, però, che la pensione era stata calcolata sulla base di 786 settimane, cioè computando tutti i contributi versati fino al 31.12.2007. Ad attestazione di ciò si allegava la comunicazione certificativa del conto assicurato - attestante il numero complessivo dei contributi utili a pensione - unitamente all'estratto conto analitico dei periodi contributivi registrati negli archivi INPS.

Il signor D'U. ha ringraziato per la tempestività dell'intervento e per i chiarimenti forniti.

Si riassume ora l'istruttoria della pratica della signora R.

Nel mese di dicembre del 2008, all'istante, in qualità di erede, erano state erogate - da parte dell'INPS, Direzione provinciale di Pavia - le rate maturate e non rimosse delle pensioni cat. IO e cat. SOART di cui era titolare la madre, deceduta

nel giugno 2008. La signora R., rilevato che non erano stati posti in pagamento i ratei della tredicesima relativi alla pensione cat. PS, ne aveva chiesto la liquidazione con nota del 3.1.2009.

Non ricevendo alcun riscontro si era rivolta al Difensore civico.

A seguito della segnalazione dell'Ufficio, un funzionario dell'INPS ha telefonato per informare che si era trattato di un disguido e che si sarebbe tempestivamente provveduto a mettere in lavorazione il residuo pagamento. E' pervenuta, successivamente, una formale comunicazione attestante l'accredito della somma dovuta, pari a euro 252,57, sul conto corrente indicato dall'erede.

Anche per quanto concerne i rapporti con l'INPDAP si esprimono valutazioni positive.

In particolare, con riferimento alla sede INPDAP di Milano 1 – che è la principale destinataria degli interventi dell'Ufficio – si rileva il superamento, cui si accennava già lo scorso anno, delle criticità, segnalate in passato, nell'ottenere riscontri esaustivi in tempi ragionevoli. Si ritiene di dover sottolineare che nel corso del 2009 detta Sede, in caso di risposte tardive o di tempi di istruttoria non solleciti, ne ha indicato le motivazioni, sempre riconducibili, sostanzialmente, alla carenza di organico. Al riguardo, a titolo esemplificativo, si citano tre pratiche.

La signora P., ex dipendente della Giunta regionale della Lombardia collocata a riposo a far tempo dal 1.6.2001, si è rivolta all'Ufficio affinché sollecitasse l'erogazione delle maggiori somme derivanti dai miglioramenti contrattuali relativi al biennio economico 2000/2001.

In particolare riferiva, allegando la relativa documentazione, che l'ente datore di lavoro aveva inviato all'INPDAP, nel corso del 2002, l'aggiornamento del mod. 98.02 e del quadro C con l'indicazione dei miglioramenti contrattuali relativi al biennio economico 2000/2001. Nonostante ripetuti solleciti non aveva ottenuto alcuna precisazione in merito all'ulteriore corso d'istruttoria della pratica. A seguito della segnalazione dell'Ufficio, dopo alcuni solleciti, nel marzo del 2009, il direttore della sede INPDAP – che da poco ne aveva assunto la titolarità – ha precisato che l'avvicendamento ai vertici della sede (con tutte le complesse iniziative amministrative-contabili cui si era dovuto provvedere) e la problematica relativa alle decurtazioni pensionistiche per effetto dei conguagli fiscali sui trattamenti pensionistici, che da oltre un mese aveva quasi totalmente assorbito le energie della sede, avevano impedito di fornire una tempestiva risposta. Si comunicava che le lavorazioni finalizzate a riliquidare il trattamento pensionistico della signora P. erano state effettuate; pertanto l'interessata avrebbe goduto della nuova pensione, comprensiva dei miglioramenti contrattuali relativi al biennio economico 2000/2001, con il mese successivo.

Analoga richiesta presentata nel novembre del 2009 dal signor M., in pensione dal 1.1.2005, riguardava l'applicazione del CCNL 2002/2005. L'INPDAP ha risposto precisando che la sede territoriale di Milano 1 sconta una carenza di perso-

nale che supera il 35% delle risorse umane previste dalla dotazione organica. In particolare, da un lato, si registrano i pensionamenti del personale esperto, con pluriennale esperienza in materia pensionistica e previdenziale, dall'altro lato, l'Istituto continua ad acquisire nuove competenze (da ultimo le pensioni dei militari) senza alcun apporto di nuovo personale.

Tale situazione - si precisava - impone di lavorare "per priorità" concentrandosi, com'è naturale, su quelle prestazioni (erogazione delle prime liquidazioni) senza le quali gli utenti rimarrebbero privi di mezzi di sostentamento.

L'arretrato relativo alle riliquidazioni delle pensioni già erogate o delle indennità di buonuscita sulle quali è già stata pagata la prima liquidazione è fronteggiato attraverso un piano di programmazione che tiene conto della decorrenza della pensione e, a parità, dello stretto ordine cronologico delle pratiche pervenute. Nell'ottica di tale programmazione si precisava che la prestazione richiesta dal signor M. sarebbe stata evasa entro il mese di febbraio 2010.

Da ultimo con riferimento ad un sollecito inerente alla definizione di una pratica di riscatto del servizio ex lege 284/1977 presentata da un assistente di polizia penitenziaria nel luglio 2002, l'INPDAP ha comunicato che al fine di smaltire l'arretrato esistente su tali prestazioni, a causa della conclamata carenza di organico, era stato raggiunto un accordo con la competente struttura di progetto dell'Istituto. Tutte le pratiche giacenti erano state, pertanto, trasferite alla Direzione Centrale Prestazioni Previdenziali e la relativa attività progettuale era oramai in fase di ultimazione. La pratica segnalata sarebbe, quindi, stata definita nel breve termine.

Si accenna, infine, alla pratica del signor D., in quanto esemplificativa del buon rapporto collaborativo che si auspica possa valere anche per il futuro, instauratosi con la sede INPDAP di Milano 1.

Il signor D. aveva inoltrato nel mese di ottobre 2008, tramite patronato, una domanda di pensione di reversibilità, in seguito al decesso della moglie, titolare di una pensione INPDAP. Decorsi nove mesi, non avendo ricevuto alcuna comunicazione sull'ulteriore corso d'istruttoria della pratica, il signor D. si è rivolto all'Ufficio che, in data 23 luglio, ha segnalato l'istanza. Con nota del 14 agosto, l'INPDAP ha comunicato che la pensione di reversibilità sarebbe stata corrisposta, in via continuativa, dal mese di settembre 2009 e che sarebbero stati posti in pagamento anche gli arretrati spettanti per il periodo 1.10.2008 - 31.8.2009.

L'istante ha ringraziato l'Ufficio "per la cortesia, la disponibilità e l'efficienza".

A conclusione di questa breve relazione, si riassume l'istruttoria di una pratica esemplificativa dell'assistenza che l'Ufficio può offrire al cittadino quando una sua domanda rischi di perdersi nei meandri della pubblica amministrazione, in quanto la sua trattazione coinvolge più enti.

In data 25.6.2008 la signora F., pensionata INPDAP dal 1.7.2002 aveva indirizzato alla Direzione Centrale dell'INPS una domanda di liquidazione delle somme versate dal 1971 al 1981 al Fondo Integrativo di Previdenza ex INAM (FIP).

L'interessata, in particolare, sottolineava di aver a suo tempo, quale dipendente del disciolto INAM, optato per il passaggio dalla gestione previdenziale INPS a quella CPDEL e di non aver fruito, all'atto del collocamento a riposo, di alcun beneficio previdenziale collegato alla succitata contribuzione integrativa.

Non ricevendo riscontro si è rivolta al Difensore Civico, che ha segnalato l'istanza al responsabile di una specifica Direzione, la Direzione Centrale Entrate Contributive, pregandolo di voler indicare, in caso di incompetenza, l'Ufficio cui spettava la trattazione.

Detta Direzione ha trasmesso direttamente la segnalazione alla Direzione Centrale Sviluppo e Gestione Risorse Umane, che ha comunicato di aver la diretta responsabilità delle sole posizioni del personale ex INAM "optante", ai sensi dell'art. 75 D.P.R. n. 761/1979, per la conservazione del precedente trattamento previdenziale goduto alle dipendenze dell'ex INAM (AGO + Fondo integrativo). Si forniva, inoltre, l'indirizzo dell'Ufficio presso il Dipartimento Ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, cui doveva essere inviata la richiesta. Detto Ufficio ha, in seguito, trasmesso alla sede competente dell'INPDAP, per l'eventuale restituzione delle contribuzione versata nel FIP, la domanda della signora F. unitamente ad un prospetto con l'ammontare del relativo importo in sorte capitale, calcolato nella misura di un terso della indennità "una tantum" determinata ai sensi dell'art. 32, comma 1 lettera b, del regolamento del Fondo stesso.

La pratica è stata seguita e, se del caso, nel corso dei vari passaggi ne è stata sollecitata la definizione, sino alla sua conclusione, sino a quando cioè l'INPDAP ha comunicato che sarebbe stato liquidato l'importo dovuto con i relativi oneri accessori. (PB)

PAGINA BIANCA

7. ASSISTENZA SANITARIA

7.1 Gli uffici di pubblica tutela e il Difensore civico

Nel corso del 2009 si è assistito ad un nuovo e consistente incremento del numero delle pratiche relative all'assistenza sanitaria, ma - contrariamente a quanto avvenuto negli anni scorsi in cui le stesse erano riconducibili a tematiche ricorrenti - quest'anno le questioni trattate sono state molto varie, tanto da risultare difficile individuare problematiche di carattere generale, che possono, cioè, interessare una pluralità di cittadini.

Degna di nota è sicuramente la circostanza che, nell'anno 2009, l'amministrazione regionale ha finalmente provveduto ad individuare le Linee guida per l'organizzazione e il funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela.

Come abbiamo avuto modo di specificare in modo dettagliato in Relazioni ormai risalenti (anni 1995 e 1996), l'istituzione degli UPT nel territorio regionale lombardo ha rappresentato una vera e propria esperienza pilota, anticipatrice di successive iniziative, anche nazionali, finalizzate alla piena attuazione dei diritti dei cittadini.

L'istituzione dell'UPT presso ogni USSL era stata prevista dalla l.r. 7.1.1986, n. 1, con il compito di promuovere l'intervento dei servizi socio-assistenziali di zona. Successivamente, con la L.R. 16.9.1988, n. 48 era stata disposta l'estensione delle funzioni dell'UPT anche ai servizi sanitari.

Con una circolare del 1992, l'amministrazione regionale aveva definito il campo d'azione e le funzioni dell'UPT, principalmente di tutela del singolo utente nei confronti di un disservizio o di un diritto leso. L'UPT, in generale, veniva a qualificarsi come organismo di autocorrezione, interno ai servizi sanitari, pur godendo di una posizione di autonomia: il responsabile, infatti, doveva essere eletto dall'assemblea dell'ente responsabile tra i cittadini di provata capacità ed esperienza.

In realtà solo poche USSL hanno, in quegli anni, provveduto all'istituzione degli UPT.

Le motivazioni sono molteplici.

Innanzitutto vi è da rilevare come la carenza di esperienze pregresse cui far riferimento può avere senz'altro avuto un'influenza negativa nell'istituzione e nell'organizzazione dei predetti uffici.

Le difficoltà maggiori sono peraltro da imputare al clima di confusione normativa determinato dall'entrata in vigore del D.Lgs. 3.2.1993, n. 29 che ha previsto l'istituzione dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico presso tutte le pubbliche amministrazioni (anche sanitarie) ed il successivo D.P.C.M. 19.5.1995 'Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"', con cui è stato formulato il regolamento-tipo di pubblica tutela, che ha disciplinato le modalità di presentazione delle osservazioni e dei reclami, nonché la formazione

ed il funzionamento della Commissione mista conciliativa, competente ad intervenire nel caso di violazione dei principi delle carte dei diritti.

Nella sostanza, cioè, la normativa nazionale ha attribuito agli istituendi URP, oltre alla principale funzione informativa, anche il compito di raccogliere e gestire i reclami.

Si è verificato, pertanto, che molte USSL, in quegli anni, rinunciassero ad istituire gli UPT, attribuendo agli URP anche funzioni di tutela.

I limiti giuridici di tale soluzione, però, erano evidenti e derivavano principalmente dal fatto che il responsabile dell'URP, contrariamente al responsabile dell'UPT, dovesse essere scelto tra i dirigenti dell'amministrazione di competenza: a questi ultimi non può sicuramente essere riconosciuto il ruolo di terzietà ed imparzialità che è fondamentale per l'esercizio della funzione di tutela.

Il legislatore regionale, invece, aveva opportunamente conferito alla figura del responsabile degli UPT una connotazione svincolata da qualsivoglia subordinazione gerarchica all'interno dell'ente di appartenenza.

Si era verificato, poi, che nelle USSL in cui erano stati istituiti entrambi gli uffici gli interventi spesso si sovrapponevano, in mancanza di indicazioni chiare circa le modalità di collaborazione e armonizzazione.

Poiché era in discussione un progetto di legge, poi sfociato nell'emanazione della l.r. 11.7.1997, n. 31, questo Ufficio ha colto l'occasione per esprimere al Consiglio regionale - mediante una relazione ad hoc ai sensi dell'art. 5, comma 2, della l.r. 18.1.1980, n. 7 - il proprio orientamento circa la necessità di istituire, presso le USSL, entrambi i suddetti uffici: la funzione di tutela (UPT), infatti, doveva essere separata dalla funzione di informazione (URP), in modo da evitare le incertezze sulle competenze e le attribuzioni degli stessi.

Si proponeva, inoltre, di subordinare l'accreditamento dei soggetti erogatori privati all'attivazione degli UPT e si sottolineava, in ogni caso, la necessità di rafforzare gli stessi, prevedendo l'erogazione di un compenso ai responsabili degli UPT. La natura onoraria della funzione, infatti, non consentiva l'instaurazione di un equilibrato rapporto con i responsabili gestionali e sanitari.

L'invito a prevedere la contemporanea istituzione dei due uffici è stato accolto dal legislatore regionale.

L'art. 11 della l.r. 31/1997, infatti, ha previsto l'obbligo per le aziende sanitarie (ASL, aziende ospedaliere e soggetti accreditati) di istituire sia l'UPT, retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario regionale, sia l'URP, affidato a personale dipendente.

Tale disposizione, di carattere generale, aveva però lasciato intatta la necessità di predisporre una normativa di dettaglio, necessità ribadita dal Consiglio regionale, che - con la deliberazione 6.3.2002, n. 0440 di approvazione dell'ordine del giorno n. 0352 - invitava la Giunta regionale a modificare ed integrare la normativa vigente in relazione all'organizzazione degli UPT, "agli strumenti necessari

agli UPT per lo svolgimento delle funzioni assegnate in termini di risorse umane e finanziarie, e allo status dei responsabili e collaboratori degli uffici medesimi".

Tale obiettivo era del tutto conforme a quanto già da anni rilevato dal Difensore civico in merito alla necessità di individuare criteri di dettaglio per assicurare una chiara regolamentazione delle funzioni dei due uffici, anche al fine di evitare inutili duplicazioni di interventi.

Anche il Comitato di Coordinamento degli Uffici di Pubblica Tutela aveva chiesto alla competente Direzione regionale l'avvio di incontri finalizzati alla regolamentazione degli UPT.

L'Ufficio, pertanto, è intervenuto per sollecitare e chiedere informazioni all'amministrazione regionale circa l'attività svolta al fine di predisporre norme attuative dell'art. 11, comma 3, della l.r. 11/1997.

Per molti anni (dal 2002 al 2009), le risposte ottenute dall'amministrazione regionale hanno avuto natura meramente interlocutoria: era stato specificato, in particolare, che - poiché il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale di cui alla D.G.R. 8.8.2003, n. 14049 forniva solo indicazioni di massima in merito agli URP e agli UPT - si stavano predisponendo circolari applicative.

Con una nota del 25.2.2004, poi, oltre a sottolineare l'estrema difficoltà ad individuare provvedimenti e soluzioni che tenessero conto "delle particolari situazioni che caratterizzano le diverse realtà presenti sul territorio", l'amministrazione regionale chiariva che erano ancora in corso gli incontri tecnici con i rappresentanti degli URP e degli UPT aziendali.

Considerata l'incongruenza di successive risposte, nonché i ritardi nell'invio delle informazioni richieste, questo Ufficio chiedeva, nel luglio 2007, se l'amministrazione regionale avesse deciso di non adottare alcun provvedimento di attuazione, pur concretizzando tale scelta una sostanziale mancata applicazione di quanto previsto nell'ordine del giorno n. 0352. Nessuna risposta è mai pervenuta.

Nel marzo 2008, peraltro, il Consiglio regionale ha approvato la l.r. 12.3.2008, n. 3, con la quale è stata attuata la revisione della legislazione regionale in ambito sociale e sociosanitario, al fine di adeguare la stessa alle nuove competenze attribuite alla Regione nel settore dei servizi sociali.

Tra le novità normative che discendono dalla legge si annovera il rafforzamento degli strumenti di tutela, ossia la obbligatoria costituzione in tutte le aziende sanitarie dell'UPT (peraltro già prevista dalla L.R. n. 31/1997), nonché la possibilità di ricorso al difensore civico comunale contro atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni.

E' apparsa ancora più urgente, rispetto al passato, la necessità di definire con chiarezza le competenze degli UPT rispetto a quelle dell'URP, del Difensore civico comunale e del difensore civico regionale, oltre che - ovviamente - fornire indicazioni organizzative tali da consentire concretamente l'istituzione degli UPT. Del resto, lo stesso art. 11 l.r. 31/1997, così come modificato dalla l.r. 3/2008, ha at-

tribuito alla Giunta regionale il compito di approvare le linee guida relative all'organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

Nel giugno 2009, l'Ufficio è stato contattato dalla Direzione generale Famiglia e Solidarietà sociale, al fine di formulare osservazioni in merito ad una bozza delle linee guida.

Nel luglio, l'amministrazione regionale ha predisposto un testo, già sottoposto all'esame del Coordinamento degli UPT Regione Lombardia, che accoglieva le osservazioni presentate da questo Ufficio.

Dopo essere stato esaminato, nell'ottobre 2009, in sede di convocazione del tavolo di consultazione del terzo settore, il testo definitivo è stato approvato con D.G.R. 23.12.2009, n. 10884.

Nelle premesse dell'atto regionale è stata sottolineata la necessità di provvedere, nell'interesse del cittadino, all'individuazione di strategie orientate all'armonizzazione dei servizi offerti alla persona dai diversi istituti di tutela che operano sul territorio regionale.

E' stata, poi, rinviata ad un successivo atto congiunto dei Direttori generali Sanità e Famiglia e Solidarietà sociale l'individuazione, all'interno dell'organizzazione delle direzioni medesime, di una struttura organizzativa con il compito di raccogliere e monitorare le istanze provenienti dal territorio, nonché di una struttura organizzativa di pubblica tutela: obiettivo di entrambe sarà la realizzazione dell'armonizzazione sopra accennata.

Il primo punto delle linee guida riguarda l'istituzione degli UPT e la nomina dei responsabili. E' stato ribadito che tale ufficio deve essere obbligatoriamente istituito presso le ASL e le aziende ospedaliere pubbliche, che il servizio prestato dai responsabili é onorario, ma che gli stessi devono poter contare sulla collaborazione di personale dipendente della ASL o dell'AO, che dovrà avere adeguate competenze, acquisite anche mediante una formazione dedicata. Al responsabile dell'UPT - nominato dal direttore generale, su proposta del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci - sarà, comunque, riconosciuto il rimborso delle spese sostenute e, in base alla disponibilità di bilancio della singola azienda, potrà essere corrisposta una indennità forfettaria connessa allo svolgimento dell'attività.

Nel secondo punto sono stati definiti i compiti dell'UPT, che sono essenzialmente funzioni di informazione, di controllo sui servizi e sulle prestazioni erogate, di raccolta di reclami per segnalazioni di disservizi e aree di disagio, di attivazione di ulteriore istruttoria qualora il cittadino non si ritenga soddisfatto della risposta fornita dall'URP, di verifica che l'accesso alle prestazioni avvenga nel rispetto dei diritti della persona e alle condizioni previste dalla carta dei servizi: in generale, l'attività dell'UPT ha come obiettivo la tutela dei diritti della persona.

Al punto 3 delle linee guida vengono forniti suggerimenti in ordine al profilo del personale operante presso l'UPT, in termini di conoscenze e requisiti.

Nel punto 4 sono disciplinati i rapporti tra UPT e URP e viene ribadita la distinzione di ruoli: mentre l'URP è un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria, è inserita in un rapporto di gerarchia ed opera sempre nell'interesse dell'azienda, l'UPT è un organismo indipendente, che opera al di fuori di ogni rapporto di gerarchia, la cui azione è motivata dal solo obiettivo di fornire al cittadino un supporto nella tutela dei suoi diritti. Da ciò consegue che una segnalazione viene trattata diversamente dai due uffici, proprio per la diversità della loro funzione, e non vi è alcun obbligo di trasmissione delle doglianze, ma solo di reciproca informazione sull'attività svolta. Sarà il cittadino a venire informato dall'ufficio adito circa la possibilità di rivolgersi all'altro o al difensore civico regionale. L'UPT, però, ha la possibilità di promuovere iniziative per verificare la corretta attività dell'URP, in quanto struttura dell'azienda sanitaria.

Al punto 5 si parla della vera novità introdotta dall'art. 9, comma 2, l.r. 3/2008, ossia la possibilità, per le persone che accedono alla rete, di chiedere l'intervento del Difensore civico comunale, a fronte di atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni. Viene opportunamente specificato però - al fine di evitare sovrapposizioni con l'attività dell'UPT (ed anche con quella del Difensore civico regionale) - che il Difensore civico comunale opera prevalentemente nei casi in cui la segnalazione investa l'attività di unità d'offerta sociali. Nel caso in cui la situazione oggetto del reclamo non sia stata risolta in seguito all'intervento dell'UPT, viene peraltro fatta salva la possibilità per l'utente di rivolgersi al Difensore civico comunale anche per quanto concerne le prestazioni sociosanitarie. Nei comuni in cui non sia stato istituito il Difensore civico, il cittadino potrà rivolgersi al Difensore civico regionale.

Nel punto 6 viene infine specificato il ruolo del difensore civico regionale, le cui competenze e funzioni risultano già disciplinate dalla l.r. 7/1980 e successive modificazioni. L'intervento del Difensore civico regionale può riguardare:

- le prestazioni sociali, quando non è istituito il difensore civico comunale;
- le prestazioni sanitarie e sociosanitarie se la segnalazione viene inviata direttamente al Difensore civico regionale (che può avvalersi degli UPT per l'istruttoria delle pratiche di competenza), la segnalazione riguardi l'attività della Regione Lombardia, l'UPT chieda l'intervento del Difensore civico regionale o non ritenga di trattare la questione o non fornisca una risposta adeguata e/o nei termini. In quest'ultimo caso, però, è il cittadino che dovrà rivolgersi al Difensore civico regionale.

Il Difensore civico regionale, infine, attua forme di collaborazione con gli UPT, principalmente per il tramite del Coordinamento, mediante incontri e riunioni.

Il cittadino, naturalmente, deve avere la possibilità di conoscere in modo adeguato tutte le possibili forme di tutela mediante la carta dei servizi dell'azienda a cui accede.

Si presume, infine, che dopo l'individuazione delle strutture di tutela all'interno

delle direzioni generali competenti, verranno disciplinati anche i rapporti tra le stesse ed il difensore civico regionale.

Con deliberazione 16.12.2009, n. 10804 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010", l'amministrazione regionale ha stabilito che le ASL e le AO sono tenute all'istituzione ed organizzazione degli UPT entro il 31 marzo 2010.

Sempre per quanto concerne la tutela del cittadino che accede ai servizi sociosanitari e sanitari, una particolare problematica è stata recentemente sottoposta all'Ufficio relativamente alla mancata attivazione, presso le ASL e le aziende ospedaliere, delle Commissioni miste conciliative.

Come già accennato in precedenza, si tratta di uno strumento di tutela previsto dal D.P.C.M. 19.5.1995, che può essere attivato dal responsabile dell'URP "per l'esame delle segnalazioni di cui viene a conoscenza per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli organismi di tutela".

L'art. 8 dello schema del Regolamento di pubblica tutela del citato decreto stabilisce, più nello specifico, che "nei casi in cui l'istanza abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalle Carte dei Diritti, sottoscritte dalle USSL e dalle associazioni di volontariato e di tutela, l'esame viene deferito ad una Commissione Mista Conciliativa che è composta da un rappresentante USSL, da un rappresentante della Regione e da un rappresentante delle Associazioni di Volontariato".

Presiede la Commissione il Difensore civico regionale ovvero altra figura esterna all'amministrazione USSL, individuata di concerto con le associazioni interessate.

Nonostante la specifica previsione nel citato D.P.C.M., in Lombardia - contrariamente a quanto avvenuto in altre regioni, quali la Toscana e l'Emilia Romagna - la Commissione mista conciliativa - ad esclusione di una recente iniziativa assunta dalla ASL di Pavia - non risulta essere stata in concreto istituita presso le aziende sanitarie lombarde.

E' probabile che tale ritardo possa spiegarsi con la circostanza - di cui si è finora ampiamente scritto - che la legislazione regionale lombarda avesse già previsto, prima dell'entrata in vigore del suddetto decreto, l'istituzione di strumenti di tutela, gli UPT, appunto.

Molti regolamenti per la gestione dei reclami adottati dalle aziende sanitarie, peraltro, dispongono che la Commissione mista conciliativa operi come sede di riesame dei fatti denunciati, nel caso in cui il cittadino non ritenga soddisfacente la risposta ricevuta dall'URP.

Nella realtà, però, tale specifica previsione contenuta nei regolamenti di tutela non corrisponde alla realtà, se non - come già detto - nella recente esperienza della ASL di Pavia.

La circostanza che la suddetta Commissione debba operare come una sorta di ulteriore grado di esame sembra escludere che l'attivazione della stessa sia limi-

tata all'iniziativa delle associazioni di volontariato (come invece stabilito dal D.P.C.M. 19.5.1995): opportunamente, il regolamento per la ricezione e la gestione delle segnalazioni e dei reclami adottato dalla ASL di Pavia prevede che sia proprio il cittadino a chiedere alla Commissione mista conciliativa il riesame del reclamo.

Si pone, poi, il problema di meglio specificare e adattare le competenze attribuite dalla normativa vigente alla suddetta Commissione, anche in rapporto all'UPT, di cui le aziende sanitarie lombarde dovranno assicurare a breve l'istituzione.

E' probabile, pertanto, che le aziende sanitarie - sollecitate dai cittadini a garantire l'attuazione di quanto previsto nei regolamenti aziendali di tutela (ossia, l'istituzione delle Commissioni miste conciliative) - si rivolgano all'amministrazione regionale per avere indicazioni in tal senso. Ciò, anche in considerazione del fatto che, come già detto, un componente della suddetta Commissione deve essere un rappresentante della Regione.

Si auspica, di conseguenza, un ulteriore impegno dell'amministrazione regionale - rispetto a quello già profuso nella definizione delle linee guida per l'istituzione e il funzionamento degli UPT - per garantire l'armonizzazione di tutti gli strumenti di tutela previsti dal legislatore statale e regionale.

7.2 Tempi di attesa

Numerose segnalazioni sono pervenute nel corso dell'anno relativamente ai tempi di attesa per l'esecuzione di prestazioni sanitarie.

In particolare - oltre ai ritardi nella prenotazione di prime visite nelle strutture ad alta concentrazione di domanda, per le quali però la Giunta regionale ha stabilito una deroga al rispetto dei tempi di attesa obiettivo - sono state lamentate attese troppo lunghe per l'esecuzione delle visite di controllo (c.d. follow up).

Solo per le prime visite, peraltro, l'amministrazione regionale ha previsto - con D.G.R. 29.12.1999, n. 47675 - la possibilità per il paziente, al quale non sia stata assicurata l'esecuzione della prestazione entro il tempo di attesa obiettivo, di ottenere la stessa in regime libero professionale entro il medesimo tempo, pagando solo il ticket a suo carico.

La medesima norma stabilisce, però, che per le aziende ospedaliere costituite da più strutture, che hanno concordato con l'ASL di competenza la definizione di tempi di attesa "aziendali", non sussiste un impegno ad erogare la prestazione in regime libero professionale nel momento in cui tali tempi siano rispettati in almeno una delle strutture che fanno parte dell'azienda stessa.

In occasione dell'istruzione di una pratica, aperta in seguito alla segnalazione di un'associazione di Mantova, che lamentava tempi di attesa troppo lunghi per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche presso le strutture della ASL e dell'AO "C. Poma" di Mantova, questo Ufficio ha sollevato qualche perplessità in merito

a quest'ultima disposizione.

Si è premesso, innanzitutto, come dall'entrata in vigore della D.G.R. 47675/1999 non fosse mai giunta conferma, da parte dei cittadini utenti, dell'effettiva applicazione della norma che consente di fruire delle prestazioni in regime libero professionale in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa obiettivo. E' parso, pertanto, che la suddetta previsione - sicuramente meritevole in quanto tutela il paziente e induce le aziende a rispettare i tempi di attesa concordati - fosse rimasta per molto tempo sostanzialmente inapplicata nella pratica.

Cause di ciò potrebbero essere state sia una generale carente informazione ai cittadini (solo recentemente, infatti, sono state fornite chiare indicazioni circa la possibilità di rivolgersi all'URP dell'azienda sanitaria per chiedere l'erogazione della prestazione in libera professione), sia la citata disposizione, che non consente di rivolgersi alla libera professione quando i tempi di attesa vengono rispettati in altre strutture della medesima azienda.

In tal modo, però, sembra che la norma "principale" di tutela venga di fatto privata di contenuto ed efficacia. L'utente, infatti, ha sempre interesse a recarsi presso la struttura ubicata in prossimità della propria abitazione.

Nel febbraio 2009 l'Ufficio chiedeva all'amministrazione regionale di riflettere sul problema, affinché venissero valutate soluzioni per una migliore tutela dei diritti e degli interessi degli utenti.

Nell'agosto scorso, la Direzione generale Sanità della Giunta regionale replicava, facendo richiamo ad un provvedimento da poco adottato (D.G.R. 11.6.2009, n. 9581 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2009 - IV provvedimento"), il quale prevede, al punto 16 del deliberato, che "per le prestazioni per cui non sono predefiniti dei tempi di attesa obiettivo le agende delle prestazioni effettuate a carico del SSN e quelle effettuate in solvenza devono differire al massimo di 30 giorni".

Con tale norma si dovrebbe, pertanto, porre fine anche al problema dell'eccessiva differenza temporale tra i tempi di attesa per l'erogazione di una prestazione in regime SSN e quelli per l'erogazione della stessa in regime di solvenza, circostanza che ha sempre - giustamente - sollevato l'indignazione degli utenti.

Lo stesso provvedimento, infine, prevede che per alcune prestazioni "critiche", c.d. extrabudget (di norma, esami necessari alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura di patologie oncologiche), nel caso di superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria possa essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati.

7.3 Assistenza sanitaria a cittadini stranieri

Sono aumentate, nel 2009 rispetto agli anni precedenti, le richieste di visto in merito a problematiche inerenti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in fa-

vore di stranieri. La casistica è stata varia, ma ha riguardato - più che gli stessi stranieri - i loro familiari.

In tutti gli episodi denunciati, gli operatori delle aziende sanitarie hanno impedito od ostacolato il riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria in capo ai beneficiari, a causa di una scarsa conoscenza della normativa che disciplina le diverse fattispecie.

La signora I.S., residente a Sant'Ambrogio (VA), nata in Ucraina ma da tempo cittadina italiana, aveva chiesto alla competente ASL l'assistenza sanitaria in favore dei genitori ultrasessantacinquenni, che aveva da poco chiamato a vivere con sé, in quanto rimasti ormai soli in Ucraina.

Gli addetti allo sportello ASL avevano negato tale possibilità, facendo richiamo alla normativa vigente in materia di ricongiungimento familiare, ossia a quanto previsto dall'art. 29 D.Lgs. 25.7.1998, n. 286, come modificato dal D.Lgs. 8.1.2007, n. 5 (di attuazione della direttiva 2003/86/CE) e dal D.Lgs. 3.10.2008, n. 160.

La lettera b-bis del comma 3 dell'art. 29 del D.Lgs. n. 286/1998 subordina, infatti, l'erogazione dell'assistenza sanitaria in favore degli ascendenti ultrasessantacinquenni dello straniero che chiede il ricongiungimento familiare al possesso di un'assicurazione sanitaria o di altro titolo idoneo a garantire la copertura di tutti i rischi sul territorio nazionale, ovvero la sua iscrizione al Servizio sanitario nazionale, previo pagamento di un contributo.

La signora I.S. specificava, peraltro, che la suddetta normativa non si applicava al suo caso, in quanto lei non poteva più essere considerata straniera, avendo acquisito la cittadinanza italiana.

L'Ufficio si rivolgeva alla Direzione generale della ASL di Varese, per chiedere una rivalutazione della richiesta della signora I.S.: il suo caso, infatti, veniva a configurarsi come ingresso di familiari al seguito di cittadino italiano o comunitario e non come ricongiungimento familiare richiesto da straniero extracomunitario.

Alla fattispecie dovevano, pertanto, applicarsi le norme del D.Lgs. 3.2.2007, n. 30, che prevedono l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale in favore dei familiari (tra cui anche gli ascendenti) di cittadino italiano.

Giungeva tempestivamente la risposta del Responsabile dell'URP, in cui si chiariva che il Direttore dell'Area Distrettuale di Varese - dopo aver effettuato i dovuti controlli - aveva riconosciuto la fondatezza della richiesta formulata dalla signora I.S.. Si scusava, pertanto, per il disguido, "dovuto a difficoltà di comunicazione e di interpretazione della normativa" e informava che gli operatori erano stati invitati ad una maggiore attenzione "alle problematiche che presentano criticità".

Analogo esito positivo ha conosciuto un'altra vicenda, rappresentata dal signor S.D., cittadino della Bosnia Erzegovina, che risiede e lavora ad Orzinuovi (BS).

Il signor S.D., dopo aver provveduto alla sua iscrizione al SSN, aveva chiesto al competente Distretto della ASL di Brescia, in virtù di quanto previsto dall'art. 10 della Convenzione - tuttora in vigore con riferimento agli Stati membri della

ex Jugoslavia (Serbia Montenegro - Bosnia Erzegovina) - stipulata tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Federale della Jugoslavia in materia di assicurazioni sociali e sottoscritta a Roma il 14.11.1957 - il rilascio del modello 5, affinché venisse erogata l'assistenza sanitaria in Bosnia Erzegovina in favore dei propri familiari a carico ivi residenti.

L'operatrice allo sportello rifiutava il rilascio del modello richiesto, affermando che i familiari dell'interessato avrebbero avuto diritto all'assistenza sanitaria solo se presenti anch'essi in Italia.

L'Ufficio chiariva alla Direzione generale della ASL di Brescia come l'interpretazione letterale della suddetta normativa non potesse lasciare alcun dubbio circa il diritto dei familiari del signor S.D. ad ottenere il rilascio del modello per fruire dell'assistenza sanitaria in Bosnia e come, quindi, il rifiuto opposto dall'operatrice ASL fosse privo di fondamento giuridico. L'art. 10 della Convenzione recita, infatti, testualmente: "Le prestazioni per i familiari residenti nel Paese di origine del lavoratore che si trasferisce nell'altro Paese sono corrisposte dall'Ente assicuratore competente del primo Paese con le norme, i limiti e le modalità in vigore per i familiari dei propri assicurati e sono ad esso rimborsate dall'Ente assicuratore dell'altro Paese". Si informava, infine, che ulteriori indicazioni circa il campo di applicazione della suddetta Convenzione, nonché le situazioni e i rischi protetti sono sinteticamente esplicitati anche in una scheda consultabile sul sito del Ministero della Salute.

Dopo pochi giorni giungeva un riscontro dalla Direzione n. 5 della ASL di Brescia, con cui si rendeva noto l'avvenuto rilascio del modello 5 per l'erogazione dell'assistenza sanitaria in Bosnia Erzegovina in favore dei familiari del signor S.D.

Anche in questo caso - come nel precedente - venivano formulate le scuse all'utente per il disagio arrecato, nonché l'assicurazione di aver provveduto a richiamare l'operatrice coinvolta ad una maggiore attenzione ai bisogni espressi dall'utenza.

7.4 Scelta del medico di base

Alcune segnalazioni sono pervenute dai cittadini in merito a difficoltà incontrate nella scelta in deroga del medico di base.

Come noto, i criteri - nonché i limiti - per la scelta in deroga sono previsti dall'accordo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Si è avuta occasione di verificare, peraltro, come ulteriori criteri per la valutazione delle domande in deroga possano essere definiti in virtù di specifici accordi tra le ASL.

Esemplificativo è il caso occorso al signor R.D., da poco tempo residente a Rho (MI), al quale era stata negata, da parte della ASL Provincia di Milano 1, la possibilità di continuare ad avere come proprio medico di base il medico che lo aveva sempre assistito quando era residente a Milano, con studio in prossimità del