

7. SANITA' E IGIENE

Nel corso del 2012 si è confermata la tendenza già manifestatasi nell'ultimo trimestre del 2011, ossia un notevole incremento (circa il 50%) delle pratiche in materia sanitaria rispetto agli ultimi due anni, nel corso dei quali si era invece verificata una contrazione della domanda.

Le istanze sono pervenute esclusivamente con posta elettronica o con l'accesso *on line* mediante il programma di *work flow* in uso presso l'Ufficio.

Le pratiche hanno riguardato materie diverse, ma la caratteristica più evidente rispetto agli anni scorsi è stata la celerità nella conclusione delle stesse, dovuta non tanto ad una maggiore solerzia nella risposta da parte degli enti interlocutori, quanto alla natura delle problematiche trattate.

Nel corso del 2012 hanno, poi, trovato definizione numerose pratiche aperte ormai da anni.

E' con particolare soddisfazione che l'Ufficio ha visto positivamente concludersi la vicenda del sig. V.M., descritta sia nella relazione dell'anno 2010 che del 2011, al quale veniva richiesto il pagamento del *ticket* per l'esecuzione della "TAC del capo senza contrasto" (codice 87.03), essendo compresa nel Nomenclatore tariffario delle prestazioni esenti per i pazienti affetti da malattie cerebrovascolari solo la "TAC senza e con contrasto" (codice 87.03.1).

L'Ufficio aveva molto insistito, sia presso l'amministrazione regionale sia presso il Ministero della Salute, affinché si procedesse non alla modifica del Nomenclatore tariffario (D.M. 28.05.1999, n. 329 e successive integrazioni e modificazioni) - come i suddetti enti sostenevano fosse indispensabile fare - quanto ad una più "logica" interpretazione ed applicazione dei codici di esenzione, considerando cioè il codice 87.03.1 comprensivo anche della voce 87.03, nel caso in cui i singoli specialisti ritenessero necessario eseguire una piuttosto che l'altra tipologia di prestazione.

Nell'Allegato 2 della D.G.R. 06.08.2012 n. IX/3976 recante "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali*", sono state fornite - "in considerazione dei numerosi quesiti e segnalazioni pervenute da Enti Erogatori, da Associazione dei Pazienti e dalle ASL" - ulteriori indicazioni relative all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino riguardo l'esenzione per patologia per prestazioni non esplicitamente previste dal Nomenclatore tariffario. Tra queste, è stata chiaramente ammessa la possibilità di prescrivere, in esenzione, la prestazione 87.03 in alternativa alla prestazione 87.03.1, nei casi in cui lo specialista decida di richiedere la sola prestazione senza contrasto, onde evitare eventuali rischi per il paziente, connessi alla somministrazione del mezzo di contrasto. E' stata esplicitamente riconosciuta la fondatezza di quanto sostenuto dall'Ufficio, ossia che la prestazione 87.03 è parte della prestazione 87.03.1.

Il sig. V.M., pertanto, è riuscito finalmente a raggiungere l'obiettivo di poter svolgere in esenzione gli accertamenti necessari per il monitoraggio della sua patologia cerebrovascolare, senza l'aggravio del pagamento - oltre che del *ticket* - anche della quota variabile prevista nel 2011 dall'amministrazione regionale, che per le TAC ha un importo considerevole (circa € 25,00).

Si è conclusa positivamente anche la vicenda della signora D.M., che aveva chiesto l'intervento dell'Ufficio al fine di ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2011 per il ricovero della figlia, J.P., presso un centro di altissima

specializzazione di Bad Krozingen (Germania), per la prosecuzione di cure riabilitative già autorizzate e fruite in passato.

L'interessata - in seguito al parere negativo reso dal Centro Regionale di Riferimento (Istituto Neurologico Besta di Milano), nonché al mancato accoglimento, da parte della ASL di Bergamo, della richiesta di revisione della pratica a fronte di denunciate irregolarità nel procedimento da parte del suddetto CRR - aveva sottoposto la questione alla Commissione regionale per le cure all'estero *ex art. 8, D.M. 3.11.1989* presso la Direzione generale Sanità della Giunta regionale.

Anche l'Ufficio sollecitava un parere da parte della sopra indicata Commissione, che stigmatizzasse il comportamento assunto dal CRR, nonché consentisse alla signora D.M. di ottenere il rimborso delle spese sostenute.

In particolare, si rilevava come il CRR, nel caso di specie, avesse richiesto - in contrasto con l'art. 5, comma 3, D.P.C.M. 01.12.2000 - dopo la presentazione dell'istanza di autorizzazione al trasferimento all'estero per cure, documentazione sanitaria ulteriore rispetto a quella prevista dalla suddetta normativa e già prodotta dall'interessata.

Si sottolineava, inoltre, come nel parere negativo espresso dal CRR fossero state indicate alcune strutture in Italia presso cui sarebbe stato possibile fruire delle cure richieste, ma in realtà i centri indicati - interpellati dall'interessata - avevano negato la possibilità di assicurare tutte le prestazioni riabilitative che invece sarebbero state erogate presso il centro tedesco. Il CRR, inoltre, si era limitato ad indicare le strutture italiane a cui rivolgersi, senza provvedere alla stesura del piano terapeutico e senza assicurarsi dell'effettiva presa in carico della paziente da parte di una delle strutture indicate.

Da ultimo, si ricordava che la richiesta di autorizzazione riguardava, nella specie, la prosecuzione di cure già preventivamente autorizzate, negli anni precedenti, da parte dello stesso CRR, sia nei confronti della stessa richiedente che di altri pazienti in condizioni analoghe.

Sussistevano, pertanto, adeguate motivazioni per chiedere il riesame della pratica da parte della competente Commissione regionale.

Con comunicazione del 21.11.2011, la Direzione generale Sanità della Giunta regionale confermava che la pratica sarebbe stata sottoposta al vaglio della citata Commissione, che si sarebbe riunita nelle settimane successive.

Dopo numerosi solleciti inviati dall'Ufficio al fine di conoscere il parere reso, con nota del 20.03.2012 la D.G. Sanità informava che la suddetta Commissione non si era più riunita, a causa del numero esiguo di pratiche pervenute e che, in seguito al cambiamento di posizione funzionale e di ruolo di alcuni componenti, si sarebbe dovuto procedere alla ridefinizione della composizione della stessa per l'anno 2012.

L'Ufficio, in data 04.04.2012, replicava che, seppure fosse comprensibile l'esigenza di "raccogliere" un certo numero di pratiche prima di fissare il calendario delle riunioni della Commissione regionale, il procedimento avrebbe comunque dovuto avere una durata ragionevole, al fine di non pregiudicare gli interessi dei cittadini, visto che erano ormai trascorsi parecchi mesi dall'invio della richiesta di riesame. Si chiedeva, pertanto, di conoscere la tempistica per la ricostituzione della Commissione regionale, auspicando una celere definizione delle pratiche pendenti.

Nel frattempo, la signora D.M. aveva presentato, in data 11.06.2012, una nuova domanda di trasferimento all'estero per cure, per la prosecuzione delle stesse sempre presso il centro di riabilitazione tedesco, allegando la medesima documentazione prodotta

con la richiesta dell'anno precedente, così come previsto dall'art. 5, comma 3, D.P.C.M. 01.12.2000.

Con comunicazione del 18.06.2012, la ASL di Bergamo informava l'interessata del parere favorevole reso dal CRR in merito alla nuova richiesta.

Nel perdurare del silenzio da parte dell'amministrazione regionale e a fronte della palese illegittimità e contraddittorietà delle decisioni assunte dal CRR - che aveva reso pareri difformi su fattispecie analoghe, peraltro riguardanti la medesima paziente - l'Ufficio chiedeva alla competente ASL di valutare la possibilità di provvedere direttamente al rimborso delle spese sostenute nell'anno 2011 dalla signora D.M. per le cure all'estero, nell'ambito delle competenze previste dalla circolare del Ministero della Sanità 12.12.1989 n. 33, in base alla quale la ASL può decidere di non conformarsi al parere espresso dal CRR, in presenza di adeguata motivazione.

La ASL di Bergamo, con nota del 09.08.2012, in considerazione della richiesta formulata dall'Ufficio, sollecitava ancora una volta il parere della Commissione regionale, specificando peraltro che - qualora non fosse pervenuta in tempi brevi alcuna indicazione dall'amministrazione regionale - la stessa azienda avrebbe valutato la possibilità di procedere in sede di autotutela.

In mancanza di riscontro, il Direttore generale della ASL di Bergamo, in data 18.10.2012, comunicava che - considerato il tempo trascorso ed il quadro clinico dell'assistita - avrebbe proceduto al rimborso, in favore della stessa, delle spese sostenute nell'anno 2011 per il ricovero all'estero.

Sono state numerose, nella seconda metà del 2012, le segnalazioni pervenute all'Ufficio in merito alla richiesta di pagamento, da parte di aziende ospedaliere, del ticket per prestazioni rese presso il Pronto Soccorso.

Ciò in conseguenza all'applicazione delle nuove disposizioni emanate dall'amministrazione regionale con D.G.R. 09.05.2012 n. IX/3379 "Ulteriori indicazioni in materia sanitaria in merito alla DGR n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 'Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012'".

Nelle premesse del citato provvedimento, sono state chiarite le ragioni che hanno indotto la D.G. Sanità a stabilire nuovi criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso, esplicitati appunto nell'Allegato 1.

In particolare, è stato rilevato come la valutazione sulla indifferibilità ed urgenza da parte del medico del Pronto Soccorso avvenga spesso in maniera diversificata all'interno delle singole aziende sanitarie e, quindi, permangano alcune difficoltà operative dovute alla mancanza di criteri clinici condivisi e uniformi. La definizione di questi ultimi, pertanto, consentirebbe, a conclusione dell'iter diagnostico, una valutazione oggettiva circa l'appropriatezza o meno dei singoli accessi con il conseguente eventuale addebito al paziente, quando le prestazioni rese sono sostanzialmente rapportabili alle prestazioni specialistiche fruite in regime ambulatoriale.

La suddetta valutazione può avvenire, secondo l'amministrazione regionale, solo all'atto della chiusura dell'intervento, ossia con l'attribuzione del codice alla dimissione.

In base ai citati criteri, quest'ultimo deve essere necessariamente "bianco" con riferimento a tutti gli accessi accolti con una classificazione di *triage* di accesso bianco o verde che non rientrano tra i seguenti:

- 1) esitati con proposta di ricovero in ospedale;
- 2) che abbiano richiesto un periodo di osservazione di durata superiore a 6 ore, intesa come reale attività di assistenza sanitaria;

- 3) conseguenti a traumatismi acuti che hanno comportato una frattura o una lussazione; una distorsione con necessità di applicazione di apparecchio gessato; ferite che abbiano richiesto sutura o applicazione di colla biologica;
- 4) conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
- 5) conseguenti a ingestione/inalazione/ritenzione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;
- 6) conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 e 2 del suddetto elenco;
- 7) che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
- 8) derivanti dall'invio al Pronto Soccorso da parte del medico di base o di continuità assistenziale con un'esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile.

Devono essere, inoltre, classificati come codice bianco alla dimissione i pazienti che lasciano autonomamente il Pronto Soccorso prima della chiusura del verbale, a prescindere dalla classificazione di *triage* di accesso.

Al di là delle motivazioni addotte, appare scontato come l'adozione dei suddetti criteri da parte dell'amministrazione regionale abbia principalmente lo scopo di disincentivare l'eccessivo ricorso al Pronto Soccorso, che spesso determina ritardi e problemi nell'assistenza alle persone realmente bisognose di cure urgenti.

L'Ufficio ha dovuto, peraltro, intervenire in due casi in cui le strutture sanitarie coinvolte avevano erroneamente attribuito all'accesso al Pronto Soccorso un codice bianco alla dimissione.

Il sig. G.Z., in particolare, ha chiesto l'intervento del Difensore regionale al fine di ottenere il rimborso del *ticket* pagato per una prestazione resa nel Pronto Soccorso dell'Ospedale M.O. Antonio Locatelli di Piario (BG).

L'interessato, in data 17.08.2012, a causa di un incidente stradale avvenuto a Livigno, si era recato per un trauma alla mano destra presso il locale Punto di Primo Intervento, dove - oltre alle cure immediate - gli veniva consigliato di eseguire una radiografia presso la struttura ospedaliera di Sondalo, al fine di accettare l'eventuale presenza di fratture.

Il sig. Z. decideva peraltro di attendere, dovendo recarsi a Clusone il 19.08.2012. Al suo arrivo, invece, la situazione della mano era talmente peggiorata in termini di gonfiore e dolore, da costringerlo a rivolgersi presso il Pronto Soccorso del citato Ospedale di Piario.

In quella sede, veniva eseguita una radiografia (con esito negativo), veniva eliminato il sostegno rigido della fasciatura eseguita in sede di primo intervento e consigliato di applicare una pomata, in vista di una sicura guarigione. Al termine, il sig. Z. provvedeva al pagamento del corrispettivo pari ad € 25,00, in quanto la prestazione erogata veniva classificata alla dimissione con codice bianco.

Dopo un mese, poiché il dolore ed il gonfiore continuavano a persistere, il sig. Z., su consiglio di uno specialista, si recava presso l'Ospedale di Legnano per effettuare una risonanza magnetica, che evidenziava una "frattura microtrabecolare con corticale integra". L'interessato, pertanto, chiedeva all'A.O. Bolognini di Seriate (a cui afferisce il presidio ospedaliero di Piario) il rimborso del ticket versato, in quanto la D.G.R. 3379/2012 consente di derogare all'obbligo di qualificare come codice bianco l'accesso

conseguente a traumatismo acuto quando quest'ultimo abbia comportato fratture, lussazioni e/o distorsioni.

La circostanza che la suddetta condizione patologica non fosse stata evidenziata dagli accertamenti eseguiti presso il Pronto Soccorso di Piario non solo non escludeva comunque la reale sussistenza delle lesioni alla mano, ma anzi appariva di per sé idonea a suscitare rammarico per la mancata tempestiva diagnosi.

Con nota del 19.10.2012, il Direttore U.O.C. Affari generali e del territorio dell'A.O. di Seriate, dopo aver "presso atto del parere del Direttore Medico dell'Ospedale di Piario", informava l'interessato del mancato accoglimento della sua istanza di rimborso.

Poiché nella suddetta comunicazione non erano state specificate le motivazioni che avevano determinato la decisione dell'azienda di non provvedere al rimborso del *ticket* versato dal paziente, l'Ufficio chiedeva specifiche informazioni in proposito.

In data 20.12.2012, il Direttore sanitario dell'A.O. di Seriate, nel prendere atto dell'esito dell'indagine R.M.N. eseguita presso altra struttura ospedaliera, specificava che - nel rispetto delle direttive regionali in materia di solvenza *ticket* - nulla fosse dovuto dal sig. Z. e che si sarebbe provveduto al rimborso del corrispettivo dallo stesso versato.

Il sig. S.C., invece, non aveva provveduto al pagamento - nonostante l'invio di specifica richiesta da parte della struttura sanitaria - del *ticket* per la prestazione effettuata, in codice bianco, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Legnano, dove il paziente si era recato a causa di un trauma con schiacciamento di un dito della mano destra.

Il sig. C. contestava la suddetta richiesta di pagamento, sostenendo che presso il Pronto Soccorso della citata struttura in realtà non gli fosse stata erogata alcuna prestazione: il medico accettante, infatti, aveva contestato l'urgenza delle cure e, di fatto, lo aveva rinvia al domicilio, affermando che il dito sarebbe guarito da solo.

Il giorno successivo, peraltro, il sig. C. - permanendo la necessità di ricevere adeguate cure a causa del trauma subito - si era recato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Busto Arsizio, dove il medico accettante provvedeva ad eseguire un drenaggio del dito per trauma subungueale ed un accertamento radiologico, da cui risultava un'infrazione della falange. Il medico, poi, invitava il paziente a tornare in ospedale il giorno successivo per sottoporsi ad una visita ortopedica, al termine della quale gli veniva prescritto di mantenere il ditale per 15 giorni.

Entrambi i medici che aveva visitato e curato il paziente presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Busto Arsizio avevano attribuito al *triage* il codice verde, sia all'accettazione che alla dimissione.

Da ciò risultava in modo chiaro come in realtà il paziente avesse avuto la necessità di ricevere cure urgenti, che non gli erano state erogate presso il Pronto Soccorso di Legnano.

Poiché, di conseguenza, non appariva giustificata la richiesta di pagamento formulata all'interessato, l'Ufficio sollecitava una definizione del procedimento in senso favorevole al sig. C.

Con nota dell'08.01.2013, il Direttore generale dell'Ospedale di Legnano comunicava che nulla era dovuto dall'interessato.

Nell'anno 2012 è stata riproposta all'attenzione dell'Ufficio una problematica che aveva già formato oggetto di un intervento nel 2010.

Nella specie, si trattava della richiesta, formulata alla ASL competente per territorio, dell'erogazione del contributo regionale per la quota sanitaria della retta per il ricovero di

un’anziana affetta da Morbo di Alzheimer in una residenza socio-assistenziale fuori dal territorio regionale.

Analogamente a quanto avvenuto nella vicenda descritta nel 2010, anche nel caso più recente il ricovero extraregionale (nello specifico, in Toscana) si era reso necessario - oltre che per l’impossibilità di organizzare un’assistenza al domicilio, a causa delle gravi condizioni di salute della paziente, residente a Saronno (VA) - per consentire l’opportuna assistenza da parte delle figlie della ricoverata, che abitano appunto a Firenze.

Durante gli adempimenti relativi al ricovero, avvenuto in data 03.05.2012, una delle figlie della paziente aveva cercato di ottenere informazioni in merito all’erogazione del contributo regionale a copertura della spesa sanitaria relativa alla retta di ricovero, senza peraltro riuscire ad ottenere risposte precise ed univoche. Mentre la ASL di Varese (Distretto di Saronno) aveva verbalmente comunicato la propria incompetenza ad intervenire nel senso richiesto, la ASL di Firenze e la Direzione della RSA avevano, per contro, affermato la competenza ad erogare il contributo richiesto in capo alla ASL - e quindi alla Regione - di residenza dell’assistita.

L’unica risposta scritta ricevuta dall’interessata era stata quella redatta dallo Sportello Disabili della Regione Lombardia, in cui si affermava che “non è prevista, da parte di Regione Lombardia, la copertura della parte sanitaria di una retta per una RSA fuori regione”.

In merito a quest’ultima affermazione, l’Ufficio riteneva opportuno intervenire nei confronti dell’amministrazione regionale.

Si faceva richiamo, in particolare, ai casi analoghi già trattati in passato e alle conclusioni a cui si era giunti in conseguenza agli approfondimenti giuridici allora svolti.

Oltre alle disposizioni statali e regionali che disciplinano la materia (DPCM 29.11.2001, l.r. 11.07.1997, n. 31 e l.r. 12.03.2008, n. 3), si ricordava alla Direzione generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale della Giunta regionale anche quanto dalla stessa specificatamente affermato nella corrispondenza a suo tempo intercorsa, ossia che “nulla osta da un punto di vista normativo al ricovero di un cittadino lombardo presso un’unità d’offerta sociosanitaria accreditata ubicata in un’altra regione”. In particolare, si faceva ivi espressa menzione proprio delle norme della l.r. n. 3/2008, che tutelano il principio di libertà di scelta, da parte dell’utente, delle unità di offerta.

Seppure i ricoveri presso strutture extraregionali avvengano, di norma, previa autorizzazione della ASL di residenza dell’assistito, nel caso di specie apparivano ampiamente motivate le ragioni che avevano indotto i familiari della paziente a scegliere la struttura toscana.

Si invitava, pertanto, l’amministrazione regionale a dare disposizioni alla competente ASL, affinché venissero effettuate le verifiche necessarie in merito all’accreditamento della struttura e all’adeguatezza dei servizi dalla stessa offerti e si provvedesse, conseguentemente, all’erogazione del contributo richiesto.

Con successiva comunicazione, l’interessata informava l’Ufficio in merito all’avvio della pratica, da parte della ASL di Varese, per la verifica dell’accreditamento della struttura, con richiesta della documentazione necessaria all’adozione dell’atto deliberativo per l’erogazione della quota sanitaria da parte della Regione Lombardia.

La famiglia della paziente ringraziava l’Ufficio, non solo per l’ottenimento del vantaggio economico spettante, ma soprattutto perché l’intervento aveva consentito di superare un diniego espresso in precedenza da parte degli enti coinvolti, che avrebbero

dovuto (e dovrebbero) invece fornire informazioni puntuali e, più in generale, permettere ai cittadini l'esercizio dei propri diritti.

Un altro esempio di come le amministrazioni - magari per un'errata interpretazione di disposizioni normative - non sempre consentano ai cittadini di godere di benefici effettivamente spettanti è quello rappresentato da una cittadina, che lamentava il mancato rilascio, da parte della ASL di Milano, della certificazione di cui all'art. 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28.12.2007 recante *"Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in grave condizione di salute"* (c.d. *bonus* elettrico).

L'art. 3 della suddetta normativa prevede, in favore delle persone che "versano in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo di apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la loro esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica", la possibilità di compensare la maggiore onerosità della spesa connessa all'utilizzo delle apparecchiature stesse.

L'art. 4, comma 2, del citato decreto, stabilisce che il Comune competente (o il CAF designato dallo stesso) valuti e ammetta la domanda, previa presentazione del certificato rilasciato dalla ASL di appartenenza (corrispondente al modulo di cui all'Allegato 1 della citata normativa) attestante la sussistenza delle condizioni previste dall'art. 3.

L'interessata, che utilizza un apparecchio per la ventilazione notturna (CPAP), si è vista rifiutare il rilascio del certificato da parte del Distretto 2 della ASL di Milano, con la motivazione che "la CPAP non appartiene alla categoria degli apparecchi salvavita". La stessa paziente, peraltro, riferiva di essere a conoscenza del fatto che altre ASL della regione, nonché altri distretti della stessa ASL, avevano rilasciato senza alcuna obiezione il certificato richiesto.

La stessa Direzione generale Sanità della Giunta regionale, interpellata nel corso dell'istruzione di una pratica analoga, aveva già chiarito, con una nota inviata anche alla ASL di Milano, come l'apparecchio CPAP sia compreso nel D.M. 13.01.2011, che individua le apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute.

Si verificava, pertanto, il persistere dell'orientamento assunto dalla suddetta azienda sanitaria nel negare il rilascio delle certificazioni in oggetto nei confronti degli utilizzatori di CPAP.

L'Ufficio invitava, pertanto, la ASL di Milano a conformarsi all'orientamento già espresso dall'amministrazione regionale in merito all'applicazione del D.M. 13.01.2011.

Con nota dell'11.10.2012, la suddetta azienda ribadiva la propria posizione, affermando come il Decreto interministeriale 28.12.2007 preveda l'erogazione del *bonus* elettrico solo in favore di persone in gravi condizioni di salute, tali da richiedere l'utilizzo di apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la loro esistenza in vita. Secondo la ASL, quest'ultimo giudizio, comportando una valutazione di tipo clinico, dovrebbe essere espresso dal medico specialista.

Dalla risposta della ASL di Milano, pertanto, si evinceva come fosse convinzione della stessa che le apparecchiature CPAP ed autoCPAP in realtà non abbiano una funzione salvavita e che, quindi, il rilascio della certificazione per il *bonus* elettrico debba essere subordinato ad un'apposita dichiarazione di necessità per l'esistenza in vita formulata dal medico specialista prescrittore.

Tale orientamento, a parere dell'Ufficio, suscita molte perplessità, in quanto la "convinzione" già espressa più volte dalla ASL circa la non appartenenza degli apparecchi

CPAP e autoCPAP alla categoria delle apparecchiature c.d. salvavita appare in palese contrasto con le disposizioni del D.M. 13.01.2011. Con tale provvedimento, infatti, il legislatore ha voluto espressamente individuare le apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute e le suddette apparecchiature sono ivi contemplate.

La normativa vigente in materia, inoltre, prevede che la certificazione per il *bonus* elettrico debba essere rilasciata dalla ASL (cfr. Facsimile Modulo D) e non attribuisce in alcun modo al medico specialista prescrittore la competenza a rilasciare la documentazione richiesta dalla ASL circa la natura "salvavita" degli apparecchi CPAP e autoCPAP. In ogni caso, la valutazione circa l'indispensabilità dell'uso dell'apparecchio viene già svolta dal medico specialista al momento della prescrizione dell'ausilio stesso.

La ASL di Milano considerava, comunque, ancora necessario investire la Regione Lombardia della suddetta problematica, perché si esprimesse in merito alle argomentazioni presentate e confermasse o meno l'interpretazione che la ASL di Milano dava alle norme riguardanti le due specifiche apparecchiature citate. Nonostante l'Ufficio ritenesse che l'amministrazione regionale si fosse già espressa chiaramente in materia, accoglieva comunque la richiesta della ASL ed invitava la D.G. Sanità a fornire definitivi chiarimenti circa le competenze delle ASL nella materia *de qua*.

Si ribadiva, comunque, come altre ASL della Lombardia rilasciassero senza alcuna obiezione agli interessati la certificazione richiesta. Anche la stessa ASL di Milano non aveva - almeno fino a poco tempo prima - assunto un orientamento omogeneo tra i vari distretti. Si avevano, infatti, informazioni certe circa il rilascio di certificazioni a utilizzatori di apparecchiature CPAP da parte del Distretto 7, a fronte di un atteggiamento negativo assunto invece dal Distretto 2.

Vi era, pertanto, l'urgenza di evitare che gli operatori assumessero atteggiamenti diversi, creando così ingiustificate discriminazioni tra utenti nelle medesime condizioni.

Non è mai pervenuta una risposta nel merito né dalla ASL di Milano, né dall'amministrazione regionale, ma con comunicazione del 21.12.2012 il Direttore del Distretto 2 della ASL provvedeva a trasmettere all'interessata la certificazione richiesta.

La materia *de qua*, del resto, è stata modificata, a far tempo dal 01.01.2013, con la Delibera 02.08.2012 350/2012/R/eel dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas, che ha specificato come la certificazione rilasciata dalla ASL debba indicare l'intensità di utilizzo dell'apparecchiatura elettromedicale, in conformità ad una tabella (allegata al provvedimento), in cui si distinguono tre fasce di utilizzo (minima, media e massima). L'entità del *bonus*, pertanto, varierà a seconda delle ore di utilizzo giornaliero dell'apparecchiatura.

Con la suddetta modifica normativa si possono ritenere definitivamente superati i dubbi interpretativi espressi dalla ASL di Milano.

E' stato confermato, infatti, come le apparecchiature elettromedicali che danno titolo alla fruizione del *bonus* elettrico siano quelle elencate nell'Allegato A del D.M. 13.01.2011, tra cui è compreso anche l'apparecchio CPAP.

La "gravità" delle condizioni di salute assume, peraltro, rilevanza ai fini dell'erogazione del *bonus*, ma la valutazione della stessa non verrà lasciata alla discrezionalità dell'operatore della ASL a cui verrà richiesto il certificato, ma sarà il risultato delle decisioni sanitarie del medico che ha prescritto l'uso dell'apparecchio, nel caso di specie CPAP.

Non ha ancora trovato una definitiva soluzione, invece, una problematica rappresentata all’Ufficio nel 2011 da due cittadini e relativa al mancato recapito della tessera per fruire della carta sconto benzina. La questione, che troverebbe la *sedes naturale* nella categoria Commercio o Ordinamento finanziario, viene qui trattata in quanto imperniata sulla titolarità della CRS.

La carta sconto benzina consente ai proprietari di veicoli che risiedono in un Comune confinante con la Svizzera (nelle province di Como, Varese, Sondrio e un comune del Bresciano) di godere di particolari sconti nel rifornimento di benzina (no gasolio) presso stazioni del territorio italiano, a prezzi analoghi a quelli praticati in Svizzera.

Dal marzo 2011, la Regione Lombardia per porre fine agli abusi che si sono spesso verificati nell’utilizzo della carta sconto, ha deciso di introdurre una nuova modalità che garantisca controlli più efficaci. Nello specifico, si è deciso di utilizzare la Carta Regionale dei Servizi (CRS), già in possesso dei cittadini lombardi per accedere ai servizi sanitari e della pubblica amministrazione.

La Regione Lombardia, però, nell’avviare la suddetta operazione, non ha tenuto conto che ci sono alcune categorie di cittadini lombardi cui non viene rilasciata la CRS.

Si tratta del personale navigante, marittimo e dell’aviazione civile, nei confronti dei quali l’assistenza sanitaria non viene assicurata dalle strutture del SSN, ma da sezioni dipendenti dal Ministero della Salute (Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie), denominate Servizi di Assistenza Sanitaria al personale Navigante - SASN.

Gli interessati, comunque, erano stati informati circa la possibilità di presentare un’apposita istanza alla Regione Lombardia, al fine di ricevere un “identificativo” - quindi non la CRS, ma una tessera *ad hoc* - cui avrebbe fatto seguito la comunicazione del codice PIN, per l’effettivo utilizzo.

Il nuovo programma sarebbe stato disponibile dal 04.04.2011, data di avvio dello stesso.

Nell’agosto 2011 gli interessati, pur avendone fatto richiesta, non avevano ancora ricevuto la tessera. Da una funzionaria del Comune di Varese avevano, peraltro, appreso come il ritardo nell’emissione fosse da imputare a problemi insorti con la società che avrebbe dovuto provvedere alla stampa delle tessere. Non era, però, possibile conoscere i tempi entro cui la problematica sarebbe stata risolta.

L’Ufficio, pertanto, chiedeva al proposito chiarimenti alla Struttura Gestione Tributi Regionali della Giunta regionale.

Solo in data 24.10.2011 è pervenuto un riscontro in cui si specificava che la Regione Lombardia - una volta verificata la sussistenza della problematica, che coinvolgeva circa 80 cittadini lombardi - aveva cercato uno strumento alternativo alla CRS che garantisse la fruizione del beneficio dello sconto sulla benzina, senza dover modificare il sistema e, quindi, impegnare importanti risorse finanziarie.

Alcune ipotesi erano state abbandonate per incompatibilità col nuovo sistema dello sconto e si era, quindi, pensato di predisporre una nuova “carta” dalla massima compatibilità con il sistema CRS sconto benzina.

Si garantiva, infine, l’invio della nuova tessera entro la fine dell’anno 2011, circostanza poi confermata dagli interessati.

Si pensava, pertanto, che il problema fosse stato risolto.

Nel maggio 2012, invece, uno dei cittadini che si erano già rivolti all’Ufficio comunicava il mancato funzionamento della carta a far tempo dal 28.04.2012. In

particolare, al termine del rifornimento gli veniva comunicato che la carta non era più funzionante.

Il signor O.S., pertanto, contattava i *call center* regionali dedicati (800030606 e 800030070), i cui operatori, però, dichiaravano la propria incompetenza a trattare e risolvere la problematica denunciata.

Con nota del 16.05.2012, l’Ufficio sollecitava l’amministrazione regionale affinché venissero fornite informazioni sui motivi del mancato funzionamento dell’identificativo assegnato, nonché sull’adozione di iniziative volte al ripristino dello stesso.

Su richiesta dell’interessato, si chiedevano inoltre ragguagli circa le modalità con cui ottenere il rimborso delle somme pagate in eccedenza, di cui era stata conservata la relativa documentazione cartacea.

In data 24.05.2012 il Dirigente della Struttura Federalismo Fiscale e Tutela delle Entrate Tributarie della Giunta regionale comunicava di aver già posto in essere le verifiche per la risoluzione, in tempo utile, della problematica denunciata dal signor O. S., ma che coinvolgeva anche tutti gli altri cittadini nelle medesime condizioni, e che entro la fine del mese di giugno sarebbero state trasmesse le nuove carte a tutti gli utenti interessati.

Il signor O.S. confermava all’Ufficio l’effettivo recapito della nuova tessera, salvo poi, qualche mese dopo (nell’ottobre 2012) segnalare di nuovo il mancato funzionamento della carta. A questo punto, l’interessato esprimeva profonda indignazione per l’inefficienza del servizio: si sarebbe dovuto, infatti, procedere per la terza volta all’emissione della carta sconto benzina. Ciò a discapito di un’intera categoria di persone, che non aveva alcuna colpa per non essere titolare della CRS.

Il personale del SASN, pertanto, era stato penalizzato fortemente dalla decisione regionale di assegnare alla CRS anche la funzione di carta sconto benzina, senza che venisse nel contempo individuato un valido strumento che consentisse anche alle persone non iscritte al SSN di fruire del beneficio previsto.

Si segnalava, inoltre, come non fosse stato mai fornito un riscontro alla richiesta di conoscere le modalità per ottenere il rimborso delle somme pagate in eccedenza, nei periodi di mancato funzionamento della carta sconto.

L’Ufficio sollecitava ancora, quindi, l’amministrazione regionale a risolvere definitivamente i problemi connessi all’operatività delle carte sconto consegnate ai cittadini non iscritti al SSN, prevedendo procedure specifiche per dare corso alle eventuali richieste di rimborso presentate dagli interessati.

Poiché non è ancora pervenuta una risposta, si provvederà quanto prima alla convocazione del responsabile del procedimento, al fine di dare definizione alla vicenda.

Anche nel corso del 2012, non si sono verificati significativi mutamenti nei rapporti con gli enti destinatari degli interventi dell’Ufficio. (MTC)

8. ISTRUZIONE, CULTURA E INFORMAZIONE

8.1 Assistenza scolastica

Nel 2012 delle 17 istanze pervenute nel Settore Istruzione, Cultura e Informazione, 11 hanno riguardato l'Assistenza scolastica, 3 l'Istruzione, 2 la materia Biblioteche, Musei, Beni culturali, 1 le Attività e Manifestazioni culturali.

In materia di Assistenza Scolastica le fattispecie sottoposte all'attenzione dell'Ufficio di Difesa regionale hanno avuto ad oggetto prevalentemente la Dote Scuola a.s. 2012/2013 e, in particolare, doglianze connesse alla mancata accettazione di richieste presentate tardivamente dai potenziali beneficiari.

In tali casi l'Ufficio, dopo aver esaminato la documentazione prodotta dagli istanti, ha ritenuto legittimo il diniego di assegnazione della Dote Scuola espresso dalla Direzione Generale Formazione, Istruzione e Cultura.

Ai sensi del Decreto del Dirigente della Struttura Sistema Educativo ed Istruzione n. 1329 del 22.2.2012 *"Approvazione dell'avviso per l'assegnazione della Dote Scuola - anno scolastico 2012/2013, ai sensi dell'art. 8 l.r. 19/2007"*, infatti, i termini per la presentazione delle domande di Dote Scuola per l'anno scolastico 2012/2013 sono stati fissati dalle ore 12.00 del 7 marzo alle ore 17.00 del 7 maggio 2012 per la richiesta di Dote Scuola delle componenti *"Sostegno al reddito"* *"Buono Scuola"*, *"Integrazione al reddito"* e *"Disabilità"* e dalle ore 12.00 del 3 settembre alle ore 17.00 del 1° ottobre 2012 per la richiesta di Dote Scuola della componente *"Merito"* relativamente ai risultati conseguiti nell'a.s. 2011/2012.

I termini richiamati devono ritenersi perentori, con la conseguenza che la mancata presentazione entro gli stessi produce legittimamente la decadenza dell'interessato dai particolari benefici cui avrebbe potuto accedere e rende irrilevante qualsiasi indagine sulle specifiche motivazioni della mancata tempestiva presentazione.

E', comunque, doveroso ricordare che, in seguito alle modifiche introdotte dalla l.r. 6 agosto 2007, n. 19 *"Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione"*, che ha sostituito il buono scuola e gli altri istituti di sostegno allo studio con la dote scuola, distinta in tre tipologie - sostegno al reddito, il sostegno alla scelta e il merito - quale generale forma di contribuzione regionale alle famiglie degli allievi frequentanti le istituzioni scolastiche e formative del sistema educativo di istruzione e formazione lombardo, le istanze presentate al Difensore regionale attinenti a detto beneficio si sono drasticamente ridotte. (AS)

PAGINA BIANCA

9. GARANTE DEI DETENUTI

Per quanto riguarda questo ambito di intervento, nel corso del 2012, si è decisamente affermata la progressiva tendenza di costante incremento delle richieste di intervento da parte dei detenuti e dei loro familiari, considerato che si registra un vero e proprio raddoppio delle richieste stesse (ottanta), rispetto al precedente anno.

I dati sono rappresentativi della graduale maggiore conoscenza dell'istituto del Garante e delle sue funzioni, che si sta via via diffondendo.

Delle ottanta richieste di intervento, diciannove riguardano richieste di assistenza sanitaria, nove questioni sono inerenti ad attività di istruzione e formazione, nove sono concernenti i rapporti con la famiglia e quarantatre afferiscono a più generali rapporti con i soggetti gestori, in quanto enti istituzionalmente competenti per l'ambito oggetto di segnalazione e, conseguentemente, interlocutori del Garante. Molte istanze dell'ultima tipologia sono relative a richieste di trasferimento inevase.

Molte delle richieste in materia di assistenza sanitaria riguardano, nello specifico, doglianze in merito ai lunghi tempi di attesa sopportati dai detenuti per l'effettuazione delle visite specialistiche richieste.

Nel corso dell'anno – oltre all'istruttoria ed alla trattazione degli specifici casi oggetto di richiesta di intervento - sono state programmate ed effettuate diverse visite agli istituti penitenziari, sia in seguito a specifiche richieste da parte di singoli detenuti, sia per via di più generali allarmanti situazioni di cui il Garante sia venuto a conoscenza.

Nel corso di dette visite sono, in taluni casi, emerse problematiche che hanno formato poi oggetto di interventi *ad hoc* dell'Ufficio.

In data 10 ottobre è stata effettuata la visita alla Casa Circondariale di Monza.

La visita è stata preceduta da un colloquio con la Direttrice dell'Istituto, nel corso del quale sono state esaminate alcune segnalazioni di persone ivi detenute che avevano chiesto l'intervento del Garante regionale e, grazie all'utile contributo della Direttrice stessa, è stato possibile condurre a positiva conclusione le relative pratiche.

Nel corso di detta visita, le maggiori criticità emerse sono state le condizioni dell'edificio che, nonostante sia stato costruito in tempi relativamente recenti, non è in buono stato ed il costante sovraffollamento.

L'edificio presenta, infatti, cospicue infiltrazioni d'acqua, localizzate prevalentemente in una parte del tetto, che hanno reso inagibili diverse stanze detentive - aggravando la situazione di sovraffollamento -, oltre alla palestra ed altri spazi comuni, nonché gli alloggi destinati al personale.

Ciò ha comportato una considerevole riduzione della capienza della struttura, con evidenti disagi sia per i detenuti, sia per gli stessi operatori.

Secondo quanto riferito dalla Direttrice, sono, tuttavia, in corso i necessari lavori di adeguamento del tetto per risolvere definitivamente il problema.

La casa circondariale di Monza, inoltre, era stata progettata per avere due letti per ogni stanza detentiva, mentre oggi, a causa dell'elevato numero di detenuti assegnati, in ogni stanza detentiva ci sono due letti più una brandina pieghevole, che durante il giorno viene riposta.

In data 21 Novembre il Garante si è recato presso la Casa di Reclusione di Milano Opera, ritenendo che, per la più esaustiva trattazione di alcune segnalazioni pervenute all'Ufficio, fosse opportuna l'effettuazione di una visita.

La visita è stata proficua, sia, per l'appunto, per l'esame congiunto di alcune particolari questioni oggetto di segnalazione, sia per quanto riferito dal Direttore e dal coordinatore sanitario in merito ad alcune criticità rilevate ed evidenziate dai medesimi, in particolare riguardanti problematiche inerenti alla gestione delle prestazioni sanitarie che comportino il trasferimento dei detenuti presso presidi sanitari, Aziende Ospedaliere, esterni all'istituto.

Una delle questioni oggetto di esame congiunto in detta sede, degna di interesse ed emblematica, che ha determinato l'intervento del Garante, riguarda proprio i tempi di attesa riferiti da un detenuto presso la Casa di Reclusione di Milano Opera, per l'effettuazione di un esame diagnostico, prescritto dagli stessi medici del presidio ospedaliero che lo aveva in cura.

In particolare il detenuto aveva riferito che era stato sottoposto presso l'Azienda Ospedaliera a visita ortopedica pre-operatoria nel mese di Gennaio, a seguito di indicazione al trattamento chirurgico da parte dello specialista ortopedico e, in esito a detta visita, gli era stata prescritta una radiografia tibiotarsica, da eseguirsi nel mese di Ottobre, come da appuntamento fissato dalla stessa struttura.

A tale proposito, il Garante si è quindi rivolto al Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera, proprio in considerazione del lungo periodo di attesa indicato, sottolineando che detto tempo d'attesa ha superato i tempi massimi individuati con Delibera di Giunta Regionale n. IX/1775 del 24.05.2011⁽²⁰⁾, per quanto riguarda le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali oggetto di monitoraggio presso il presidio sanitario e riportati sul sito della sanità della Giunta Regionale della Lombardia.

Il Garante ha rilevato, inoltre, che la deliberazione di Giunta Regionale citata prevede diverse classi di priorità per le prestazioni di ricovero e che la fattispecie segnalata - considerato che il paziente, secondo quanto riferito, assumeva antidolorifici, poiché accusava sintomatologia algica e deambulava con l'ausilio di una stampella - sembrava rientrare nella Classe B. Per detta classe è letteralmente previsto: " (omissis)... ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità... (omissis).

In considerazione di quanto esposto, l'Ufficio chiedeva di conoscere le ragioni che avevano comportato il superamento dei tempi d'attesa e la possibilità di anticipare la prestazione diagnostica della radiografia già programmata e la data in cui sarebbe stato effettuato al detenuto l'intervento chirurgico necessario.

L'Azienda Ospedaliera ha replicato che, a seguito di una ulteriore visita, poi effettuata nel mese di Ottobre, lo specialista dell'ambulatorio del piede non ha invece confermato l'indicazione all'intervento chirurgico, come era stato altrimenti indicato dopo la prima visita.

E' stato inoltre precisato che i tempi massimi di attesa relativi alla erogazione di prestazioni ambulatoriali, secondo le disposizioni vigenti, riguardano prestazioni di primo livello (ad esempio la visita ortopedica) e non quelle di secondo livello (come ad esempio, nella fattispecie in esame, la visita ortopedica del piede), per le quali, essendo pochi i sanitari abilitati ad effettuarle, purtroppo i tempi di attesa sono oggettivamente più lunghi.

²⁰ DGR n. 1775 del 24/5/2011 - Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 .

Secondo quanto riferito, per quanto concerne i tempi massimi di attesa indicati per la programmazione di un intervento rientrante nella fattispecie descritta, la questione sarebbe superata dalla lettura congiunta dei referti stilati in occasione delle diverse visite effettuate. L'iniziale indicazione all'intervento chirurgico sarebbe, infatti, stata oggetto di rivalutazione e subordinata al parere di uno specialista dell'ambulatorio del piede, il quale, non confermando tale conclusione, avrebbe invece consigliato una visita-parere presso un chirurgo esperto in fissatori esterni.

L'Ufficio è in attesa di conoscere l'esito definitivo di detta visita prevista, nonché l'effettivo superamento delle problematiche evidenziate dalla Direzione, relativamente alle traduzioni dei detenuti presso Aziende Ospedaliere non prossime all'istituto, a causa dell'attuale organizzazione dell'individuazione dei presidi sanitari di riferimento.

Il Garante dei detenuti della Lombardia, in data 22 Gennaio 2013, si è recato presso la Casa circondariale di Busto Arsizio.

Il carcere di Busto Arsizio è di recente stato oggetto dell'attenzione mediatica per via della sentenza della Corte europea dei Diritti umani di Strasburgo che ha condannato l'Italia per violazione dei diritti umani, tortura, trattamento inumano e degradante.⁽²¹⁾

Secondo la Corte dei diritti dell'Uomo, con il sovraffollamento delle carceri, l'Italia viola l'articolo 3 della Convenzione europea sui diritti dell'Uomo, che proibisce la tortura e il trattamento inumano o degradante.

Questo problema strutturale - si legge espressamente nel giudizio - è ora ben conosciuto a livello nazionale. La Corte chiede, quindi, alle autorità di realizzare entro un anno misure che pongano rimedio alle violazioni della Convenzione relativamente al sovraffollamento.

Sudetto giudizio si è basato sul ricorso di sette persone, detenute a Busto Arsizio ed a Piacenza, che hanno denunciato di aver condiviso una cella di soli 9 metri quadrati con altre due persone, avendo a propria disposizione 3 metri quadrati ciascuno, di aver sofferto per la mancanza di acqua calda e, in taluni casi, anche per una illuminazione insufficiente.

La Corte di Strasburgo ha ribadito che la detenzione non deve comportare la perdita dei diritti garantiti dalla Convenzione ed ha stabilito che lo spazio a disposizione dei detenuti in questione non era conforme agli standard richiesti per un'accettabile detenzione, pari ad almeno 4 metri quadrati per persona.

L'Istituto di Busto Arsizio presenta effettivamente un indubbio sovraffollamento.

La struttura è una costruzione relativamente recente (1984) ed in condizioni abbastanza buone.

La Casa Circondariale contiene al suo interno un'area detentiva per i detenuti disabili, del tutto ultimata più di cinque anni fa, completamente priva di barriere architettoniche, composta da tredici stanze a due letti parzialmente arredate e dotate di servizi igienici funzionali alla destinazione, oltre ad una più grande sala comune in cui è presente una piscina realizzata secondo i criteri, e già dotata dei relativi supporti, idonei ad attività riabilitative e fisioterapiche e di una palestra, parzialmente attrezzata.

Detto reparto e la relativa attrezzatura, attualmente in buone condizioni, non sono mai entrati in funzione e stati utilizzati, a causa della totale mancanza del personale infermieristico-sanitario e di polizia penitenziaria.

²¹ AFFAIRE TORREGGIANI ET AUTRES c. ITALIE

(Requêtes nos 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 et 37818/10)

ARRÊT STRASBOURG 8 janvier 2013

Il Garante dei detenuti si è, quindi, impegnato ad intervenire presso tutti gli uffici competenti, affinché una tale dispersione di risorse investite, sia dal punto di vista economico, sia da quello strutturale, venga superato mediante una più razionale organizzazione, che consenta l'apertura del reparto.

In molte strutture lombarde, infatti, i detenuti portatori di disabilità sono oppressi da un'ulteriore afflizione, oltre a quella già connaturata allo stato di detenzione, poiché spesso non possono fruire delle cure adeguate e, di frequente, non gli è consentito neppure poter uscire dalla propria cella.

La struttura di Busto Arsizio avrebbe, invece, le potenzialità per costituire una sorta di polo fisioterapico-riabilitativo in Lombardia, anche per quei detenuti le cui disabilità sono tali da veder temporaneamente prevalere, per il periodo necessario, l'interesse alle cure adeguate, rispetto al luogo di detenzione e alla vicinanza agli affetti familiari.

A seguito della visita alla Casa Circondariale di Busto Arsizio il Garante dei Detenuti si è, pertanto, rivolto al Direttore Generale della Direzione Generale Sanità della Giunta Regionale, al Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Lombardia ed al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, al fine di rappresentare detta situazione, per la quale ritiene necessari e tempestivi i doverosi interventi.

Il perdurare dell'attuale situazione di non utilizzo dell'intero reparto e delle sue dotazioni, infatti, oltre ad apparire un insensato sperpero, costituendo dal punto di vista strutturale una preziosa risorsa per l'utenza portatrice di disabilità nell'ambito detentivo, proprio in considerazione delle sue potenzialità, potrebbe, oltretutto, comportare anche l'ulteriore degrado delle attrezzature presenti, attualmente in stato di quasi abbandono.

Il Garante ha invitato ciascuno, per quanto rientra nell'ambito di propria competenza, affinché si adoperi per assegnare le risorse umane necessarie ed indispensabili all'entrata in funzione del reparto in questione.

L'Ufficio ha chiesto, inoltre, agli interlocutori la disponibilità alla costituzione ed organizzazione di un tavolo di lavoro operativo, che preveda incontri periodici, per la ricerca di soluzioni condivise, per il raggiungimento comune dell'obiettivo dell'effettivo funzionamento del reparto di cui trattasi.

Per quanto concerne la mancata risposta ai detenuti ed ai loro familiari alle richieste di trasferimento, ritengo di dover segnalare che, qualora riguardino trasferimenti extra regionali, il Garante si rivolge al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, ricordando il principio di territorialità della pena e le circolari del dipartimento stesso che, in armonia con detto principio, prevedono esplicitamente, fra le misure di "sostegno", quale obiettivo da perseguire, proprio il miglioramento dei contatti con la famiglia.

E' necessario, infatti, tenere conto che condizione indispensabile per un positivo esito del programma trattamentale è proprio la circostanza che il detenuto possa avere un costante rapporto con i familiari, effettuando regolari colloqui.

Il mantenimento e il recupero dei rapporti con la famiglia assume infatti, secondo quanto espressamente previsto dalle circolari, un imprensindibile valore ai fini della rieducazione e della reintegrazione sociale.

Purtroppo si deve constatare che i tempi di risposta del Dipartimento sono molto lunghi, superando di frequente i sei mesi e richiedono l'invio di numerosi solleciti da parte dell'Ufficio.