

- si è seguita l'evoluzione di pratiche già aperte, l'istruttoria delle quali ha messo in luce, ancora una volta, la lacunosità e le ambiguità interpretative che hanno caratterizzato la L.R. 5.11.1993, n. 36 sin dall'origine.

Dubbi, in particolare, sono stati sollevati dall'Ufficio in merito all'interpretazione dell'art. 2, comma 1, della citata normativa regionale, allo scopo di consentire al signor A.P., residente a Bergamo, di ottenere il rimborso delle spese sostenute per un intervento presso una struttura ambulatoriale privata.

Nello specifico, l'istante - a cui era stata diagnosticata una degenerazione maculare in miopia elevata, con presenza di membrana neovascolare sottoretinica in entrambi gli occhi - si era rivolto nel febbraio 2001 all'ospedale "S. Gerardo" di Monza per sottoporsi, come consigliato dal suo oculista di fiducia, a terapia fotodinamica con verteporfina.

I sanitari del suddetto presidio negavano l'erogazione della prestazione, richiamando quanto previsto dal provvedimento della Commissione unica del farmaco 19.4.2000, che limitava l'utilizzazione del citato medicinale a totale carico del servizio sanitario nazionale solo ai soggetti affetti da neovascolarizzazione coroidale legata all'età, ipotesi, invece, non ricorrente nel caso del signor P.

L'interessato, pertanto, su indicazione di alcuni specialisti dell'ospedale di Bergamo e considerata l'urgenza dell'intervento, attestata da certificazione medica, si rivolgeva tempestivamente ad un centro medico privato, sostenendo per intero il costo della prestazione.

Il signor P., poi, chiedeva il rimborso delle spese alla ASL Provincia di Bergamo, ottenendo, però, un rifiuto, con la motivazione che la prestazione era stata erogata in forma ambulatoriale e non in regime di ricovero.

L'Ufficio contestava la suddetta conclusione, in quanto non ricavabile dalla lettura della L.R. n. 36/1993: l'art. 2, citando testualmente che "è consentito il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta presso case di cura private ubicate sul territorio nazionale e non convenzionate con il servizio sanitario nazionale, ovvero per specialità non convenzionate..." non sembra richiedere necessariamente il

requisito del ricovero. Ad opinione dello scrivente, pertanto, é possibile fruire in forma indiretta delle prestazioni che non sono convenzionate con il servizio sanitario nazionale, anche se erogate senza ricovero.

La stessa ratio della legge in esame, inoltre, renderebbe possibile il rimborso, in quanto, malgrado il mancato ricovero, il paziente ha pur sempre dovuto sostenere un onere economico per fruire di cure che non potevano essergli erogate presso strutture pubbliche.

Durante l'istruttoria di pratiche analoghe, inoltre, si era appreso che altre ASL lombarde erogavano il farmaco verteporfina a carico del servizio sanitario nazionale anche per prestazioni effettuate in regime ambulatoriale.

Si è chiesto, pertanto, alla direzione generale sanità della Giunta regionale di fornire chiarimenti in merito all'ambito di applicazione della legge regionale sopra citata e al Ministero della salute di motivare la limitazione che la Commissione unica del farmaco aveva posto all'utilizzazione della verteporfina a carico del servizio sanitario nazionale esclusivamente all'ipotesi della degenerazione maculare legata all'età e non agli altri casi.

Il capo della segreteria particolare del Ministro della salute rendeva noto che, già con provvedimento della Commissione unica del farmaco del 22.11.2000, pubblicato sulla Gazz. Uff. del 5.1.2001, la verteporfina era stata inserita nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.L. 21.10.1996, n. 536, convertito dalla L. 23.12.1996, n. 648, per la terapia fotodinamica della degenerazione maculare miopica, fattispecie, appunto che riguardava il signor P.

Da ciò derivava, pertanto, che l'interessato già nel febbraio 2001 - data in cui si era sottoposto al trattamento chirurgico - avrebbe potuto fruire gratuitamente della prestazione richiesta presso una struttura pubblica, contrariamente a quanto invece riferitogli dai sanitari dell'ospedale "San Gerardo", che gliene avevano negato la possibilità.

Il riferimento al provvedimento CUF del 19.4.2000 - che ancora veniva richiamato nella risposta nel frattempo pervenuta dalla direzione generale sanità della Giunta regionale - doveva considerarsi ormai superato.

L'Ufficio, pertanto, si rivolgeva ancora all'amministrazione regionale per ottenere i chiarimenti già richiesti in merito all'interpretazione della L.R. n. 36/1993, nonché per sottolineare come il paziente si fosse rivolto ad una struttura privata per un errore o scarsa informazione dei sanitari.

Dal novembre 2001, nonostante ripetuti solleciti, non perveniva alcun riscontro dall'amministrazione regionale, tanto che l'Ufficio provvedeva a convocare, il responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 18.1.1980, n. 7, istitutiva del Difensore civico regionale.

Alla convocazione si presentava un funzionario in sostituzione della dirigente della competente unità organizzativa, il quale però, non fornendo alcuna risposta agli interrogativi già posti dal difensore civico nel corso della pregressa corrispondenza, non contribuiva ad apportare elementi decisivi per la soluzione della problematica. Veniva comunque fissato, in quella sede, al 31.7.2002 il termine massimo per la definizione della pratica, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.R. n. 7/1980.

Trascorso infruttuosamente detto termine, il difensore civico ha portato a conoscenza del Presidente della II Commissione del Consiglio regionale, competente in materia di affari generali ed istituzionali, gli ulteriori ritardi verificatisi, come previsto dall'art. 3, comma 4, della L.R. n. 7/1980.

Neppure nella risposta finalmente pervenuta dalla direzione generale sanità della Giunta regionale a seguito dell'iniziativa così assunta sono stati forniti i chiarimenti richiesti: la competente struttura, infatti, si è limitata a ribadire la non rimborsabilità del trattamento ambulatoriale, confermando un'interpretazione restrittiva dell'art. 2 della L.R. n. 36/1993, senza peraltro addurre argomentazione alcuna.

Nonostante il chiaro atteggiamento di chiusura dell'amministrazione regionale circa l'opportunità manifestata dall'Ufficio di fornire un'interpretazione estensiva

della disposizione regionale più volte citata, si è ritenuto di dover ulteriormente insistere, allo scopo di ottenere una risposta più articolata e giuridicamente esaustiva.

In data 24.2.2003 la direzione generale sanità ha finalmente fornito argomentazioni a sostegno della propria posizione interpretativa, facendo riferimento al fatto che, prima dell'entrata in vigore in Lombardia della normativa in materia di accreditamento, alle strutture sanitarie era consentito convenzionarsi in toto o solo per alcune specialità: nel definire le tipologie di rimborso presso strutture private, la L.R. n. 36/1993 avrebbe, dunque, voluto affermare che al rimborso non potevano essere ammessi i ricoveri effettuati presso strutture che erano totalmente convenzionate o presso strutture che avevano convenzionato solo alcune specialità tra cui figurava quella per cui era avvenuto il ricovero per il quale veniva chiesto il rimborso.

La suddetta motivazione, peraltro, non tiene conto del fatto che la L.R. n. 36/1993 ha continuato ad essere vigente anche dopo la riforma attuata con la L.R. 11.7.1997, n. 31. Ciò rende la posizione interpretativa assunta dall'amministrazione regionale obsoleta e del tutto inadeguata rispetto alle nuove modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, che privilegiano ormai forme alternative al ricovero, con conseguente impossibilità di applicare ad esse le disposizioni in materia di assistenza indiretta.

Dalla vicenda appena descritta emergono in modo chiaro le difficoltà che l'Ufficio incontra - e che sono già state poste in evidenza nelle relazioni degli scorsi anni - ogniquale volta sia necessario affrontare con la direzione generale sanità della Giunta regionale problematiche che richiedano valutazioni giuridiche più o meno complesse.

Spesso, infatti, le risposte ai quesiti posti dall'Ufficio sono ridondanti e poco utili alla soluzione delle problematiche rappresentate. In altri casi, invece, solo dopo molto tempo viene motivata la posizione assunta - come nella vicenda appena descritta - oppure vengono confortate posizioni interpretative poco logiche e fedeli al dettato normativo.

E' appunto quest'ultima impostazione ad essere stata adottata dall'amministrazione regionale nel corso dell'istruttoria della pratica relativa al signor A.B., residente a Milano, che ha chiesto l'intervento dell'Ufficio in merito al mancato rimborso, da parte della ASL Città di Milano, delle spese sanitarie sostenute per sottoporsi, in regime di assistenza indiretta, ad un intervento all'occhio sinistro, effettuato nel novembre 1997, di asportazione della membrana sottoretinica.

A seguito dell'improvviso offuscamento della vista, l'istante si era rivolto ad uno specialista, che oltre ad effettuare la diagnosi, lo aveva informato della necessità di intervenire urgentemente, in quanto la permanenza della membrana nell'occhio ne avrebbe determinato il danneggiamento. Poiché i tempi di attesa presso l'ospedale "San Gerardo" di Monza e l'ospedale "San Raffaele" di Milano erano troppo lunghi (più di un anno e mezzo) e, quindi, incompatibili con le sue esigenze, il signor B., che non era riuscito nel frattempo a mettersi in contatto con il competente funzionario della ASL, si era visto costretto a sottoporsi all'intervento presso la casa di cura Città di Milano.

Alla richiesta di rimborso delle spese indirizzata erroneamente dall'istante all'amministrazione regionale, la direzione generale sanità replicava nel luglio 1998, negando la possibilità di un rimborso in quanto, ai sensi della L.R. n. 36/1993, il ricorso all'assistenza indiretta poteva avvenire solo previa autorizzazione della competente ASL.

In seguito alla nota pronuncia di incostituzionalità (n. 590 del 13-20.11.2000), che ha modificato la normativa regionale nel senso di rendere possibile il rimborso in assenza di preventiva autorizzazione nel caso di prestazioni di comprovata gravità e urgenza e di sussistenza delle condizioni necessarie per il rimborso, l'interessato presentava nel febbraio 2001 un'istanza alla ASL per ottenere il rimborso delle spese sostenute, ribadendo l'urgenza dell'intervento, comprovata da idonea certificazione sanitaria.

L'ASL Città di Milano forniva un riscontro negativo, adducendo la mancanza, nel caso di specie, delle "condizioni necessarie al rimborso": in particolare, faceva

riferimento alla mancata presentazione, da parte dell'interessato, dell'istanza di rimborso nel termine di sessanta giorni dal pagamento delle spese, come previsto dalla D.G.R. 8.2.1994, n. 48083.

L'Ufficio riteneva di non dover condividere la suddetta motivazione, in quanto il termine di sessanta giorni si riferisce solo all'ipotesi in cui l'interessato abbia ottenuto la preventiva autorizzazione dalla ASL e presenti successivamente la documentazione attestante le spese sostenute.

Nella fattispecie che coinvolgeva il signor B., ossia nel caso di deroga al requisito della preventiva autorizzazione, non sembravano applicabili disposizioni relative ad una procedura che non era stato possibile seguire.

Per "condizioni necessarie per il rimborso", invece, doveva intendersi quanto previsto dall'art. 2 della L.R. n. 36/1993, ossia "l'impossibilità di ottenere tempestivamente in forma diretta la prestazione per la cui erogazione presso strutture pubbliche o private accreditate con il SSN è richiesto un periodo di attesa che comprometterebbe gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero precluderebbe la possibilità di intervento o delle cure", circostanze presenti nel caso del signor B.

La ASL Città di Milano riteneva di risolvere il dubbio interpretativo, chiedendo alla direzione generale sanità della Giunta regionale se il termine di sessanta giorni previsto dal citato provvedimento regionale fosse ancora in vigore e in quali casi: ciò anche allo scopo di risolvere adeguatamente casi analoghi.

L'Ufficio interveniva direttamente presso la direzione generale sanità per contestare l'applicabilità del termine prescrittivo previsto dal provvedimento regionale anche ai procedimenti attivati per ottenere il rimborso delle spese per ricoveri in assistenza indiretta in deroga al requisito della preventiva autorizzazione, in conformità a quanto previsto dall'art. 2, comma 3, della L.R. n. 36/1993, come modificato dall'art. 4, comma 5, lett. b), della L.R. 2.4.2001, n. 6. Si sottolineava, in particolare, come i cittadini venissero dissuasi dallo stesso personale amministrativo delle ASL, prima della modifica legislativa del 2001, a presentare le istanze di rimborso, in mancanza del fondamentale requisito della preventiva autorizzazione.

Spesso, di conseguenza, il mancato rispetto del termine non era neppure da imputare agli interessati.

Si chiedeva, pertanto, all'amministrazione regionale di definire una nuova disciplina di attuazione della L.R. n. 36/1993, modificando con le opportune integrazioni la D.G.R. n. 48083/1994.

Nel gennaio 2002, l'amministrazione regionale confermava la posizione interpretativa assunta dalla ASL.

L'Ufficio riteneva di dover insistere nell'affermare il proprio orientamento, ribadendo, ancora una volta, come fosse ben diversa da quella prevista dal provvedimento regionale la fattispecie definita in seguito alla dichiarazione di incostituzionalità della L.R. n. 36/1993, pronuncia che ha consentito a molti cittadini, che non ne avevano in precedenza titolo giuridico, di presentare istanza di rimborso delle spese sostenute presso strutture private.

Subordinare la presentazione della domanda di rimborso al termine perentorio di sessanta giorni dalla data di emissione dell'ultima fattura relativa al ricovero significava creare un obbligo giuridico in capo a soggetti che non potevano, però, esercitare il corrispondente diritto al rimborso: la normativa allora vigente, infatti, come già specificato, non consentiva alcun rimborso in difetto di preventiva autorizzazione.

Solo in seguito alla pronuncia della Corte costituzionale i cittadini che non avevano ottenuto - o neppure chiesto, perché inutile - la preventiva autorizzazione hanno acquisito la titolarità giuridica a presentare istanza di rimborso.

Da ciò consegue l'impossibilità di applicare alla nuova fattispecie giuridica le regole proprie riferibili alla fattispecie originaria, ben diversa.

Si sottolineava, infine, come non risultasse all'Ufficio che altre ASL lombarde avessero sollevato il problema della necessaria applicazione del termine perentorio entro cui i cittadini interessati avrebbero dovuto presentare istanza di rimborso: si chiedeva, pertanto, all'amministrazione regionale di fornire ogni informazione in suo

possesso relativamente alle modalità con cui le aziende sanitarie locali avevano dato attuazione alle modifiche alla L.R. n. 36/1993, introdotte dalla L.R. n. 6/2001.

Nel luglio 2002 la ASL Città di Milano rendeva noto che la direzione generale sanità, sulla base delle considerazioni svolte dall'Ufficio, esprimeva parere favorevole al rimborso delle spese sostenute per il ricovero del signor P.

Nel settembre 2002 l'interessato riceveva il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dalla D.G.R. 4.11.1996, n. 19948.

Ha destato qualche perplessità la posizione assunta dall'amministrazione regionale in merito all'erogazione delle **prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza**, in conformità a quanto previsto dal D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (allegato 2A).

Come già chiarito nella relazione dello scorso anno, la Giunta regionale, con D.G.R. 18.2.2002, n. 8077, nel recepire il citato decreto, disponeva la proroga al 24.4.2002 dell'erogabilità a carico del servizio sanitario regionale delle prestazioni elencate alla lett. f) dell'allegato 2A "Prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione", solo se prenotate prima dell'entrata in vigore del D.P.C.M. (23.2.2002): ciò al fine di evitare possibili situazioni di disagio alle persone che, magari da tempo, erano in lista di attesa.

Analogamente, la Giunta si impegnava ad individuare, entro il medesimo termine, i criteri di erogazione delle prestazioni contenute nell'allegato 2B, sospendendo le prenotazioni per le prestazioni da effettuarsi dopo tale data.

Nell'impossibilità di regolare la complessa materia nel tempo stabilito, con successivo provvedimento (D.G.R. 24.4.2002, n. 8866), la Regione ha ulteriormente prorogato il suddetto termine fino al 30.6.2002, consentendo alle strutture sanitarie di continuare ad erogare, fino ad allora, le prestazioni sopra indicate.

La Regione, infine, considerata l'ampia discussione sulla materia presente a livello nazionale e regionale, ha ritenuto opportuno, con D.G.R. 28.6.2002, n. 9569,

continuare ad assicurare l'erogazione delle citate prestazioni fino ad un successivo provvedimento, ancora non emanato.

Nulla, invece, è stato previsto dall'amministrazione regionale circa la possibilità di ottenere il rimborso delle spese sostenute dai cittadini per le prestazioni di cui alla lett. f) dell'allegato 2A effettuate in regime privatistico nel periodo compreso tra il 23.2.2002 e il 24.4.2002 e non prenotate prima del 23.2.2002.

Per quanto inopportuna, tale esclusione non appare contestabile sotto il profilo della legittimità: tali prestazioni, infatti, non sono più incluse nei livelli essenziali di assistenza e solo una discrezionale decisione dell'amministrazione regionale ha consentito ai cittadini lombardi di continuare a fruirne, previo pagamento del solo ticket.

L'entrata in vigore del D.P.C.M. 29.11.2001 ha determinato il sorgere di problemi interpretativi, in quanto alcune norme in esso contenute si pongono in contrasto con disposizioni già in vigore.

Al proposito, appare degna di nota una questione posta già nel 2001 all'esame dell'Ufficio da alcuni cittadini e dal difensore civico del Comune di Cormano, relativa alla **richiesta, da parte delle amministrazioni competenti, del pagamento dell'imposta di bollo e di altre tariffe per documenti e atti relativi a procedure di adozione.**

In particolare, in un caso, a due coniugi che avevano attivato nel 1998 una pratica di adozione internazionale era stato richiesto dal paese straniero ai fini dell'espatrio - necessario per dare corso alla pratica di adozione - di produrre alle autorità competenti due certificati di sana e robusta costituzione.

La ASL Città di Milano aveva subordinato il rilascio dei certificati al pagamento della tariffa regionale minima per le prestazioni rese ai terzi.

L'Ufficio è intervenuto, ritenendo che la richiesta si ponesse in contrasto con quanto disposto dall'art. 82 della L. 4.5.1983, n. 184, secondo cui gli atti, i documenti ed i provvedimenti relativi alle procedure previste dalla stessa legge nei riguardi di

persone minori di età sono esenti dalle imposte di bollo e di registro e da ogni spesa, tassa o diritto dovuti ai pubblici uffici.

La ASL replicava, sostenendo che il certificato era stato richiesto da un paese straniero in un momento successivo alla dichiarazione di idoneità all'adozione da parte del tribunale competente, motivo per cui non avrebbe potuto trovare applicazione l'art. 82 della L. n. 184/1983.

Si è ritenuto di non condividere l'interpretazione restrittiva data dalla ASL alla citata disposizione, in quanto la stessa non è ricavabile dalla lettura della norma: anzi, la circostanza che l'art. 82 sia stato collocato nel titolo VI, relativo alle disposizioni transitorie e finali, è significativa della volontà del legislatore di disporre l'applicazione della norma alla procedura di adozione nella sua interezza.

La ASL si adeguava alla posizione assunta dall'Ufficio, dando disposizione ai responsabili delle singole unità operative di prevenzione dell'azienda stessa di applicare il disposto dell'art. 82 della L. n. 184/1983.

L'altro caso, segnalato dal difensore civico di Cormano, riguardava la richiesta - formulata dalla stessa amministrazione comunale ad una coppia che aveva avviato una procedura di adozione internazionale - del pagamento di marche da bollo per l'autenticazione di alcune fotografie-documento richieste dall'ambasciata del paese straniero.

Poiché gli interessati avevano reclamato l'applicazione dell'art. 82, il comune riteneva di dover porre un quesito in merito al Ministero delle finanze, il quale, per il tramite dell'ANCI, aveva risposto che "la legalizzazione di foto non è un documento necessario per l'espletamento della pratica di adozione e, pertanto, non può rientrare nell'esenzione prevista dall'art. 82 della L. n. 184/1983, trattandosi di una procedura ultronea a quella dell'adozione non prevista dalla legge".

Nonostante l'art. 55, comma 3, della L. 21.11.2000, n. 342 abbia ormai stabilito che la legalizzazione di fotografie prescritte per il rilascio di documenti personali non sia più soggetta all'imposta di bollo - con conseguente soluzione, per il futuro, del problema - questo caso appariva ancora più degno di interesse rispetto al primo, in

quanto in esso compariva più chiaramente la distinzione fra atti “necessari” per la pratica di adozione e atti “ultronei” rispetto alla procedura stessa, per giustificare la mancata applicazione dell’esenzione prevista dall’art. 82 della L. n. 184/1983.

Non era dato, peraltro, comprendere in base a quale criterio o a quale norma fosse possibile distinguere gli atti nel modo sopra indicato: anche atti ritenuti “ultronei”, infatti, possono essere considerati necessari per il perfezionamento della pratica di adozione, nel momento in cui l’autorità straniera li richieda per l’ulteriore corso della pratica.

Nel maggio 2001, pertanto, l’Ufficio chiedeva chiarimenti al Ministro delle finanze e al Ministro per la solidarietà sociale, anche con riferimento a quanto eventualmente previsto nelle convenzioni bilaterali tra lo Stato italiano e i singoli Stati esteri.

La carenza di indicazioni precise, del resto, consentiva a ciascuna amministrazione coinvolta di operare con un eccessivo margine di discrezionalità, incompatibile con l’esigenza di garantire, a parità di condizioni e procedure, uniformità di trattamento agli interessati.

Nessuna risposta perveniva dal Ministro delle finanze, mentre nell’ottobre 2001 giungeva riscontro dal direttore generale della direzione generale per le tematiche familiari e sociali e la tutela dei diritti dei minori del dipartimento per le politiche sociali e previdenziali, che confermava la tesi sostenuta dall’Ufficio, specificando che “costituendo l’adozione una fattispecie a formazione progressiva in cui il congiungimento dell’adottato all’adottante costituisce elemento essenziale per il raggiungimento del fine proprio dell’istituto (educare, curare e dare affetto a bambini in stato di abbandono permanente) si ritiene che anche i prescritti certificati di sana e robusta costituzione costituiscano atti necessari e prodromici al raggiungimento di quel fine e quindi, come tali, rientranti nelle procedure di cui al comma 1, art. 82”.

Nel febbraio 2002, peraltro, la ASL Città di Milano faceva pervenire per conoscenza all’Ufficio una nota indirizzata alla direzione generale sanità della Giunta regionale, in cui si chiedevano chiarimenti in merito alla possibilità di conciliare la

posizione espressa dall'Ufficio e confortata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali -circa la necessità di estendere l'esenzione dal pagamento prevista dalla L. n. 184/1983 ad ogni possibile certificazione collegata, anche in via indiretta, all'atto di adozione - con quanto previsto dall'allegato 2A del D.P.C.M. 29.11.2001, che al punto e) esclude espressamente dai livelli essenziali di assistenza le "certificazioni mediche relative all'idoneità all'affidamento e all'adozione".

Anche l'Ufficio sollecitava l'amministrazione regionale a fornire delucidazioni in proposito.

Nel maggio 2002, la direzione generale sanità della Giunta regionale replicava come dovesse ritenersi prevalente la disposizione contenuta nel decreto, nonostante la gratuità della certificazione fosse assicurata da una legge: ciò con riferimento alla necessità di correlare l'erogazione delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale alle risorse finanziarie disponibili dello Stato, nonché di considerare tali certificazioni non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge.

L'amministrazione regionale specificava, peraltro, che la problematica riguardante alcune categorie di certificazioni - tra cui quelle in oggetto - sarebbe stata posta all'attenzione dell'apposito tavolo di lavoro previsto dall'accordo 8.8.2001 fra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per trovare un'applicazione normativa condivisa.

L'Ufficio, però, considerava le argomentazioni addotte dall'amministrazione regionale insufficienti a motivare la prevalenza riconosciuta alle disposizioni del decreto sopra citato - che, in quanto atto di normazione secondaria, in base al principio di gerarchia delle fonti, non può modificare atti di legislazione primaria - rispetto a quanto previsto dalla L. n. 184/1983 e riteneva, pertanto, opportuno chiedere al Ministro per le pari opportunità di assumere iniziative idonee ad apportare definitiva chiarezza in materia.

E' di recente pervenuto un riscontro dal capo di gabinetto del Ministro per le pari opportunità, che ha reso noto di aver interpellato l'ufficio del coordinamento

legislativo del Ministero dell'economia e finanze in ordine al trattamento tributario da applicare, ai fini dell'imposta di bollo, ai documenti e agli atti relativi alle procedure di adozione e, in particolare, alle certificazioni mediche relative all'idoneità all'affidamento e all'adozione.

Il predetto ufficio, dopo aver interpellato al proposito l'agenzia delle entrate ed il dipartimento per le politiche fiscali, oltre a richiamare il disposto dell'art. 82 della L. n. 184/1983, ha fatto riferimento all'art. 10 della tabella (atti, documenti e registri esenti dall'imposta di bollo in modo assoluto) allegato B, annessa al D.P.R. 26.10.1972, n. 642, che esenta espressamente dal tributo "certificazioni concernenti gli accertamenti che le leggi sanitarie demandano agli uffici sanitari, ai medici, ai veterinari ed alle levatrici, quando tali certificati sono richiesti nell'esclusivo interesse della pubblica igiene e profilassi", nonché all'art. 13 della stessa tabella che, tra gli atti esenti, ricomprende "... atti, scritti e documenti relativi al procedimento di adozione speciale e di affidamento ...".

Alla luce di quanto sopra, l'ufficio del coordinamento legislativo del Ministero dell'economia e delle finanze ha concluso per l'esenzione dall'imposta di bollo delle certificazioni mediche relative all'idoneità all'affidamento e all'adozione, in quanto atti necessari e prodromici al raggiungimento del fine proprio dell'istituto.

Merita, infine, un accenno l'evoluzione che ha recentemente conosciuto una problematica rappresentata nella relazione dello scorso anno (nella parte seconda relativa ai casi), circa la **mancata erogazione dell'assistenza sanitaria in favore dei pensionati e dei dipendenti pubblici che si recano in Croazia.**

Nonostante le rassicurazioni fornite dal dirigente del Ministero della salute - nel corso di una trasmissione radiofonica - sull'entrata in vigore, entro il 2001, della nuova convenzione in materia di sicurezza sociale, sottoscritta con la Repubblica di Croazia nel 1997, in grado di risolvere l'ingiustificata discriminazione, solo nell'ottobre 2002, dopo diversi solleciti, l'Ufficio ha appreso dal capo del servizio del contenzioso diplomatico e dei trattati del Ministero degli affari esteri che è stato

finalmente sottoscritto l'accordo amministrativo a cui è subordinata l'entrata in vigore della convenzione e che saranno al più presto definiti gli ultimi adempimenti interni per rendere operativo l'accordo.

2.9 Istruzione e assistenza scolastica

Il settore Istruzione e assistenza scolastica cura le questioni relative all'istruzione pubblica di ogni ordine e grado (dalla scuola materna all'università) e le attività pubbliche dirette alla realizzazione del diritto allo studio.

Il settore offre, quindi, la propria assistenza ai soggetti (cittadini, associazioni, enti) che hanno un problema nei rapporti con gli istituti scolastici, con le università, con gli uffici periferici del Ministero dell'istruzione, ricerca e università (ufficio scolastico regionale, centri servizi amministrativi) ovvero con gli enti territoriali (regione, comuni, province) che, da tempo, curano importanti servizi in materia di sostegno al diritto allo studio e che oggi – dopo l'attuazione della riforma contenuta nella L. 15.3.1997, n. 59 – hanno assunto un ruolo rilevante nella programmazione e nella gestione amministrativa del servizio scolastico (v. art. 138 e 139 del D.Lgs. 31.3.1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. n. 59/1997”).

Sulla materia, i casi trattati dal difensore civico sono stati, nel 2002, relativamente pochi (26 pari a circa il 3,8% del totale), sebbene in leggera crescita percentuale rispetto all'anno scorso.

I temi prevalenti si sono confermati essere il buono scuola, l'integrazione scolastica degli alunni non normodotati, la gestione dei servizi comunali di mensa o trasporto alunni e la sicurezza e la manutenzione degli edifici scolastici.

Si segnala inoltre un incremento delle richieste d'intervento degli studenti universitari.

In particolare, l'Ufficio ha avuto l'occasione di dialogare con l'**Università** degli Studi di Milano, che ha dato prova di una notevole capacità di adattare le norme regolamentari alla realtà concreta, con un atteggiamento di favore nei confronti degli studenti e con l'evidente intento di dare attualità al diritto allo studio. A tal proposito, sono indicative due questioni, l'una in materia di “borse di studio per l'incentivazione e la razionalizzazione della frequenza universitaria degli studenti capaci e meritevoli

privi di mezzi”, l'altra in relazione al rimborso di tasse universitarie per la frequenza delle scuola interuniversitaria di specializzazione per l'insegnamento secondario (SILSIS-MI).

In entrambi, i casi si è giunti ad una soluzione equa che, pur dando attuazione alle norme specifiche regolanti le singole fattispecie e pur garantendo gli interessi pubblici protetti dalle norme stesse, ha soddisfatto gli interessi degli studenti in applicazione dei principi generali governanti l'azione pubblica.

Così, nella prima vicenda, lo studente interessato ha ricevuto la seconda rata della borsa di studio, dapprima negatagli dal competente ufficio universitario, in virtù di una diversa interpretazione del bando di assegnazione, più rispondente agli obiettivi meritocratici sottesi all'istituto “borsa di studio”.

Nel secondo caso, la studentessa D.D.A. ha ricevuto il rimborso della prima rata delle tasse d'iscrizione alla SILSIS –MI, che, in un primo momento, le era stato negato in ragione della scadenza del termine fissato dal regolamento tasse, contributi ed esoneri approvato dal Consiglio d'amministrazione dell'Università degli Studi di Milano (“la prima rata è rimborsata agli studenti che rinunciano agli studi entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'immatricolazione, purché non sia stato compiuto alcun atto di carriera”).

Il difensore ha sottolineato che, nel caso di specie, l'esercizio del diritto al rimborso era stato reso impossibile, da una serie di mancate o sbagliate comunicazioni degli uffici universitari. In particolare, gli studenti iscritti alla SILSIS-MI non erano stati previamente informati dell'esistenza di un termine entro cui chiedere il rimborso né in merito alla non attivazione di alcuni insegnamenti. Al contrario, la segreteria didattica aveva erroneamente sconsigliato la richiesta di rimborso da parte degli studenti iscritti agli insegnamenti non avviati nel 2002, affermando la validità dei versamenti già eseguiti per la frequenza dei corsi stessi eventualmente realizzati nel successivo anno accademico.

Partendo da tali elementi di fatto, non smentiti dalla scuola di specializzazione, il difensore civico, inoltre, indicava che la regola dell'irripetibilità delle tasse