

# **ARTICOLO 13**

**DIRITTO ALL'ASSISTENZA  
SOCIALE E MEDICA**

## PAR. 1

### Domanda A

Il sistema sanitario pubblico italiano è caratterizzato dalla presenza del Servizio sanitario nazionale (SSN), istituito con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 con l'obiettivo, indicato dall'art. 32 della Costituzione italiana, di tutelare la salute di ogni cittadino quale bene individuale e interesse della comunità.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dalle persone, dai mezzi e dai servizi che, insieme, sono destinati a prevenire, diagnosticare e curare le malattie ed a promuovere il recupero della salute della popolazione in generale, garantendo, al tempo stesso, un eguale accesso all'assistenza sanitaria.

Principi fondamentali del Servizio sanitario sono: il rispetto della dignità umana; la tutela della salute di ciascuna persona; il diritto all'assistenza sanitaria secondo i bisogni della popolazione; la solidarietà verso i più vulnerabili; l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi; la necessità di dare priorità a soluzioni che offrano efficacia ottimale rispetto ai costi; l'equità nell'accesso al sistema di assistenza sanitaria.

Il servizio sanitario nazionale è strutturato su tre diversi livelli: centrale, regionale e locale.

Il livello centrale è costituito dal Ministero della salute, deputato a determinare i principi ed obiettivi del sistema sanitario pubblico ed a definire, in base alla recente modifica del Titolo V della Costituzione, i livelli essenziali di assistenza, vale a dire le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Al livello regionale spetta l'organizzazione dei servizi in rapporto alle esigenze specifiche del territorio. Le regioni, in particolare, sono direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA e ad adottare le misure organizzative e strutturali necessarie a far sì che le prestazioni stesse siano erogate con le modalità e nei regimi (ricovero, day hospital e day surgery, ambulatorio) appropriati e tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Le Regioni, inoltre, possono implementare i livelli essenziali con l'eventuale previsione di ulteriori prestazioni o servizi, facendo fronte con risorse proprie ai relativi oneri.

Il livello locale è rappresentato, infine, dalle Aziende sanitarie locali (ASL) ubicate sul territorio e deputate all'erogazione dei servizi sanitari alla popolazione sia direttamente, attraverso proprie strutture, sia indirettamente, attraverso strutture pubbliche autonome e private accreditate.

Nelle principali aree dell'assistenza i soggetti responsabili dell'erogazione delle prestazioni sono:

- per l'attività di prevenzione collettiva, il Dipartimento di prevenzione della Asl;
- per l'assistenza medica di base, i medici di medicina generale ed i pediatri, convenzionati con la Asl, liberamente scelti dagli assistiti e remunerati in base al numero di scelte (quota capitaria); i medici di medicina generale svolgono l'attività nei propri studi ed al domicilio degli assistiti;
- per l'assistenza farmaceutica, le farmacie private convenzionate con la Asl;

- per l'assistenza specialistica e la diagnostica strumentale e di laboratorio, gli ambulatori e laboratori direttamente gestiti dalle Asl ovvero gli ambulatori e laboratori privati accreditati remunerati in base a tariffe per prestazione predeterminate a livello regionale;
- per l'assistenza ospedaliera, le strutture di ricovero direttamente gestite dalle Asl ovvero le strutture di ricovero private accreditate remunerate in base a tariffe per prestazione (D.R.G.) predeterminate a livello regionale.

Per l'erogazione dell'assistenza territoriale sono, inoltre, diffusi sul territorio:  
 consultori familiari;  
 centri di salute mentale;  
 centri per l'assistenza ai tossicodipendenti;  
 centri per la riabilitazione dei disabili;  
 strutture semi-residenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai tossicodipendenti, alle persone con problemi psichiatrici.

Per quanto concerne le conclusioni del Comitato sul RMI, si osserva quanto segue:

- Il **reddito minimo di inserimento (RMI)**, istituito in via sperimentale con il D. lg. 237/1998, è una misura a carattere universalistico. Differentemente dall'assegno sociale che riguarda una specifica categoria di beneficiari, ossia i cittadini sopra i 65 anni sotto una certa soglia di reddito, il RMI si rivolge a chiunque si trovi in condizioni di difficoltà economica e rischio sociale per cause psichiche, fisiche e sociali (art. 1 del D. Lg. 237/1998).

L'azione di sostegno si sostanzia attraverso interventi volti a promuovere sia l'autonomia economica che l'integrazione sociale dei destinatari: non è, dunque, prevista solo la mera erogazione di un trasferimento monetario. Tale doppio livello di intervento si articola su due binari, uno, quello dei trasferimenti monetari; l'altro, dei programmi di integrazione sociale personalizzati. Tali programmi hanno lo scopo di prevenire o superare condizioni di emarginazione ed esclusione sociale, e di sviluppare le capacità e abilità sociali degli utenti. I programmi vengono definiti dai servizi sociali del Comune, tenendo conto delle caratteristiche personali e familiari dei soggetti, e soprattutto concordandoli con i beneficiari riguardo ai contenuti e agli impegni previsti. C'è dunque un approccio di attivazione e coinvolgimento dei beneficiari che colloca tale misura nell'ambito delle cosiddette "politiche attive".

Ultimo aspetto da considerare in merito alle differenze tra assegno sociale e RMI riguarda l'azione svolta dai servizi sociali locali in merito all'implementazione e all'erogazione degli interventi. La definizione dei programmi sociali personalizzati richiede lo sviluppo e l'esercizio di competenze da parte dei servizi soprattutto come attivatori di un *network* locale di risorse e di attori. Ciò può avere importanti e positivi effetti, in quanto tale processo di apprendimento istituzionale, se effettivamente perseguito, può tradursi sia in una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi di *welfare*, che in accresciuto capitale sociale in ambito locale.

- Nella prima fase dell'istituzione del RMI - quella sperimentale - considerando una potenziale platea di beneficiari molto ampia e differenziata per età e caratteristiche sociali e personali, è stata calcolata una soglia di povertà per l'accesso alla misura inferiore sia alla

linea di povertà standard che a quella di povertà assoluta, convenzionalmente adottate in ambito europeo. Si è immaginato necessario tener conto dei possibili rischi in termini di “trappola della povertà” che un sostegno economico elevato avrebbe potuto comportare. Ciò in ragione anche del fatto che l’applicazione della scala di equivalenza per calcolare le maggiorazioni nel caso di famiglie composte da due o più persone comporta progressive e significative integrazioni economiche e di ciò va tenuto conto considerando che la povertà in Italia interessa soprattutto famiglie numerose (con tre o più figli). Infine, si aggiunge a quanto sopra un problema nell’accertamento del reddito realmente disponibile per le famiglie, problema connesso al fenomeno della cosiddetta “economia sommersa” che in Italia assume dimensioni assai rilevanti e per effetto del quale si registra spesso un *gap* tra reddito dichiarato e reddito reale.

- Le modalità di individuazione dei comuni in cui effettuare la sperimentazione del RMI (art. 4 del D.lg. 237/19998) hanno tenuto conto dei seguenti fattori: livelli di povertà territoriali; diversità delle condizioni economiche, demografiche e sociali; forme di assistenza eventualmente già attuate dai comuni; necessità di un’adeguata distribuzione sull’intero territorio nazionale dei comuni in sperimentazione ed, infine, la disponibilità del comune a partecipare alla sperimentazione anche in termini finanziari provvedendo ad una quota di partecipazione (fino al 10% della quota complessiva).

Complessivamente la popolazione che ha beneficiato della sperimentazione del RMI è stata nel primo biennio 1999-2000 pari a 85.818 mila unità (25.591 famiglie). E’ evidente che in questa prima fase di sperimentazione il RMI ha riguardato un esiguo numero di persone. Alla fine dell’anno 2000, a conclusione del biennio di sperimentazione, il Governo ha deciso di proseguire con un ulteriore fase di sperimentazione dell’istituto del reddito minimo di inserimento. Data la complessità attuativa dell’istituto, è stato ritenuto necessario proseguire con un secondo biennio di sperimentazione che potesse fornire ulteriori utili elementi in merito all’articolazione di una misura di contrasto della povertà e dell’esclusione sociale. La legge finanziaria n. 388/2000 all’art. 80 ha previsto un ulteriore finanziamento pari a 350 miliardi di lire per l’anno 2001 e 430 miliardi di lire per l’anno 2002 estendendo la sperimentazione ad ulteriori 267 comuni compresi nei territori dove fosse presente un comune di prima sperimentazione. Con ciò si è voluto agganciare l’esperienza già maturata nei primi 39 comuni ai nuovi in un’ottica di continuità e di progressiva estensione della misura.

Anche per questo biennio è stato previsto un programma di valutazione che accompagni la sperimentazione da affidarsi tramite gara pubblica affinché sia assicurata massima trasparenza e informazione sulla sperimentazione in corso. Il monitoraggio e la valutazione delle azioni promosse a livello locale costituiranno il materiale per l’articolazione di un dettagliato rapporto sul secondo biennio del RMI.

L’ammontare del trasferimento monetario integrativo è stato lievemente aumentato per il biennio di sperimentazione fino a € 279.

Complessivamente sono 306 i comuni partecipanti alla seconda fase di sperimentazione e 44.420 famiglie beneficiarie, pari al 2,08% delle famiglie residenti. La sperimentazione del RMI ha interessato l’1,5% delle famiglie italiane in condizione di povertà relativa e il 3,9% dei quelle in povertà assoluta. Il 67,9% delle famiglie beneficiarie risulta composta da coppie con figli.

Ai fini di una corretta lettura di questi valori, vanno considerate le caratteristiche del contesto nel quale l'esperienza del RMI si colloca. In primo luogo, va tenuto conto che il sistema di *welfare* italiano, centrato su un modello "occupazionale" e dunque tradizionalmente debole nel settore dell'assistenza sociale, è riuscito a dotarsi solo recentemente (anno 2000) di una legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso la quale superare condizioni di estrema disomogeneità e frammentazione sul territorio nazionale. Interventi fortemente innovativi, quale quello del RMI, richiedono in contesti di *welfare* sociale "deboli" processi di implementazione necessariamente di medio e lungo periodo.

Va, infine, sottolineato che il quadro delle politiche sociali in Italia ha acquisito un ulteriore elemento di complessità con la legge di riforma costituzionale n. 3/2001. La riforma del Titolo V della Costituzione attribuisce alle Regioni la competenza esclusiva in materia di assistenza sociale, riservando allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (*lett. m del II comma dell'art. 117*). Ciò pone in discussione i recenti assetti disegnati dalla legge quadro 328/2000, in quanto il conferimento delle funzioni legislative e amministrative alle Regioni e agli Enti Locali in materia di servizi sociali attribuisce una nuova centralità agli attori locali anche in materia di indirizzo e programmazione. Questo mutato quadro istituzionale avrà una sua ripercussione anche sul futuro dell'istituto del RMI. Il rapporto diretto tra Stato e Comune sul quale poggia l'attuale impianto della misura non ha, infatti, più alcuna legittimazione, mentre le Regioni assumeranno un ruolo importante a riguardo. Le modalità e i contenuti della misura, nonché gli aspetti finanziari, così come attivati nel periodo 2001-2002 dovranno necessariamente essere rivisti.

## Domanda B

Il servizio sanitario nazionale garantisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), una serie di prestazioni sanitarie che costituiscono i "livelli essenziali di assistenza (LEA)".

I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- l'assistenza distrettuale, vale a dire il complesso delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consulitori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e *day surgery*, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Nel dettaglio, le prestazioni incluse nei LEA sono indicate nell'elenco allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Il sistema sanitario pubblico è ispirato al principio di universalità, per cui tutti i cittadini, obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale, hanno diritto ad usufruire dei servizi di assistenza compresi nei livelli essenziali ed appropriati, sulla base della valutazione medica del proprio stato di salute.

## **L'ASSEGNO SOCIALE**

L'assegno sociale è una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini italiani che hanno 65 anni di età, risiedono stabilmente in Italia e che hanno redditi inferiori ai limiti previsti dalla legge. Dal 1° gennaio 1996 l'assegno sociale ha sostituito la pensione sociale, che continua comunque ad essere erogata a coloro che, avendone i requisiti, ne hanno fatto domanda entro il 31 dicembre 1995.

### **I REQUISITI PER OTTENERE L'ASSEGNO SOCIALE**

Un cittadino italiano, o equiparato, può fare domanda di assegno sociale quando non percepisce alcun reddito o ne percepisce uno inferiore all'importo corrente dell'assegno sociale, ha raggiunto i 65 anni di età e risiede abitualmente in Italia. Sono equiparati ai cittadini italiani: gli abitanti di San Marino, i rifugiati politici, i cittadini di uno Stato dell'Unione europea residenti in Italia e i cittadini extracomunitari in possesso di carta di soggiorno.

La residenza abituale in Italia è un requisito fondamentale tanto che, se il titolare di assegno sociale trasferisce all'estero la propria residenza, ne perde il diritto. L'assegno sociale è una prestazione che non spetta ai superstiti.

I cittadini extracomunitari sprovvisti di carta di soggiorno, ma in possesso di tutti i requisiti previsti dalla legge, hanno diritto all'assegno sociale per il periodo intercorrente tra la data di presentazione della domanda e il 31 dicembre 2000. Oltre tale data mantengono il diritto all'assegno sociale soltanto i cittadini extracomunitari che nel frattempo sono diventati titolari di carta di soggiorno.

### **REDDITI CONSIDERATI ai fini della determinazione del diritto all'assegno sociale:**

- 
- i redditi soggetti all'IRPEF al netto dell'imposizione fiscale e contributiva (stipendi, pensioni, redditi di terreni e fabbricati, redditi da impresa e da lavoro autonomo, assegno di mantenimento pagato al coniuge separato o divorziato ecc.);
  - i redditi esenti da imposta (prestazioni assistenziali in denaro pagate con carattere di continuità dallo Stato o da altri enti pubblici o da stati esteri, sussidi corrisposti dallo Stato o da altri enti pubblici a titolo assistenziale, prestazioni aventi natura risarcitoria pagate dallo Stato italiano o da stati esteri);
  - le pensioni ed assegni pagati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, invalidi civili e sordomuti;
-

- 
- le pensioni di guerra;

---

  - le rendite vitalizie pagate dall'INAIL;

---

  - le pensioni privilegiate ordinarie "tabellari" per infermità contratte durante il servizio militare di leva;

---

  - i redditi soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta (vincite derivanti dalla sorte, da giochi di abilità, da concorsi a premi, da pronostici e da scommesse, corrisposte dallo Stato, da persone giuridiche pubbliche e private);

---

  - i redditi soggetti a imposta sostitutiva (interessi postali e bancari, interessi dei BOT, CCT e di ogni altro titolo di stato, interessi, premi ed altri frutti delle obbligazioni e titoli simili, emessi da banche e società per azioni, interessi delle obbligazioni e degli altri titoli compresi i titoli emessi da enti pubblici economici trasformati per legge in società per azioni);

---

  - gli assegni alimentari corrisposti a norma del codice civile;

---

  - l'assegno sociale di cui è titolare il coniuge del richiedente;

---

#### **Redditi non considerati ai fini della determinazione del diritto all'assegno sociale:**

---

- i trattamenti di fine rapporto e loro eventuali anticipazioni;

---

- le competenze arretrate soggette a tassazione separata;

---

- il proprio assegno sociale;

---

- la casa di proprietà in cui si abita;

---

- la pensione liquidata, secondo il sistema contributivo, per un importo pari ad 1/3 della pensione stessa e comunque non oltre 1/3 dell'assegno sociale;

---

- i trattamenti di famiglia;

---

- le indennità di accompagnamento di ogni tipo, gli assegni per l'assistenza personale continuativa erogati dall'INAIL nei casi di invalidità permanente assoluta, gli assegni per l'assistenza personale e continuativa pagati dall'INPS ai pensionati per inabilità;
- l'indennità di comunicazione per i sordomuti;

---

- l'assegno vitalizio pagato agli ex combattenti della guerra del 1915 – 1918 e precedenti

#### **LIMITI DI REDDITO E MISURA DELL'ASSEGNO**

Per l'anno 2004, l'importo mensile dell'assegno è di 367,97 euro. Ne deriva che, per lo stesso anno, l'importo annuo

dell'assegno sociale è di 4.783,61 euro (cioè  $367,97 \times 13$ ) e pertanto i limiti di reddito sono di 4.783,61 euro se il richiedente non è coniugato e di 9.567,22 euro annui (cioè  $4.783,61 \times 2$ ) se il richiedente è coniugato. Se chi fa domanda non ha alcun reddito personale né insieme all'eventuale coniuge, percepisce l'assegno sociale in misura intera. Se, invece, i suoi redditi, quelli dell'eventuale coniuge oppure la somma di entrambi superano i limiti di legge, l'assegno sociale viene negato. Nel caso in cui il reddito del richiedente o quello del coniuge o la loro somma siano inferiori ai limiti di legge, l'assegno viene erogato con l'importo ridotto. In questo caso, sarà pagato un importo annuo pari alla differenza tra l'importo intero annuale dell'assegno sociale corrente e l'ammontare del reddito annuale.

### *Esempio*

Se il richiedente è coniugato e il reddito complessivo annuo è di 9.000 euro, l'importo dell'assegno sarà ridotto a 567,22 euro l'anno (cioè pari alla differenza tra 9.567,22 euro, limite annuale di reddito corrente per il richiedente coniugato, e 9.000 euro).

Per determinare l'importo dell'assegno, vengono considerati i redditi dell'anno in cui viene presentata la domanda: cioè chi fa domanda di assegno sociale deve presentare all'INPS una dichiarazione del reddito presunto calcolato in base a quello dell'anno precedente. L'importo dell'assegno erogato dall'INPS è, quindi, provvisorio e l'Istituto provvederà al conguaglio, nell'anno successivo, al momento dell'accertamento dei redditi effettivi.

A differenza di quanto previsto per la pensione sociale l'assegno, o una quota di esso, spetta anche nel caso in cui il richiedente abbia un reddito personale di importo superiore al limite individuale, purché il reddito complessivo cumulato con il coniuge sia inferiore al relativo limite di legge.

L'assegno sociale può essere ridotto nei casi in cui il titolare sia ricoverato in istituti o comunità con rette a carico dello Stato. La riduzione è del 50% se il titolare è ricoverato in istituti o comunità con retta a totale carico degli enti pubblici, e del 25% quando la retta è a carico dell'interessato o dei suoi familiari, per un importo inferiore alla metà dell'assegno sociale. L'assegno non subisce riduzioni quando la retta a carico del titolare o dei familiari comporta una spesa superiore al 50% dell'assegno sociale. Al fine di stabilire la misura dell'assegno, il pensionato deve presentare all'INPS documentazione, rilasciata dall'istituto o dalla comunità presso la quale è ricoverato, che attesti l'esistenza e l'entità del contributo a carico dell'ente pubblico e della quota eventualmente a carico suo o dei familiari.

## **PENSIONE SOCIALE**

Per l'anno 2004, l'importo mensile della pensione sociale è di 303,25 euro. Se chi percepisce la pensione sociale non è coniugato e non ha alcun reddito personale, ha diritto all'importo intero della pensione sociale. Se il suo reddito personale supera 3.942,25 euro, la pensione sociale non spetta, mentre se non supera questo limite, l'importo viene ridotto ed è pari alla differenza tra l'importo annuale corrente della pensione e l'ammontare del reddito personale del titolare.

Se chi percepisce la pensione sociale è coniugato e il reddito complessivo dei coniugi non supera 9.642,16 euro annui, la pensione viene erogata in misura intera. Se il reddito complessivo dei coniugi supera 13.584,41 euro l'anno, la pensione sociale non spetta, mentre se l'ammontare del reddito complessivo dei coniugi è compreso tra 9.642,16 e 13.584,41 euro, l'importo viene ridotto ed è pari alla differenza tra 13.584,41 euro e l'ammontare del reddito complessivo dei coniugi.

Se il richiedente ha redditi propri superiori al limite individuale, la pensione sociale non spetta anche se, sommando il reddito personale con quello del coniuge, il reddito complessivo non supera i limiti di reddito stabiliti dalla legge per i cittadini coniugati.

## **LE MAGGIORAZIONI SOCIALI**

E' un aumento che spetta ai titolari di assegno sociale (e di pensione sociale) che possiedono redditi non superiori ai limiti previsti dalla legge.

I titolari di pensioni di importo modesto che non hanno altri redditi oppure, che hanno redditi inferiori ai limiti di legge, possono avere diritto a un aumento dell'assegno pensionistico: la maggiorazione sociale.

## AUMENTO FINO A 516,46 EURO

A decorrere dal 1° gennaio 2002, la legge finanziaria ha stabilito un incremento della maggiorazione sociale che garantisca un importo di pensione fino a 516,46 euro al mese per tredici mensilità.

La maggiorazione, elevata per l'anno 2004 a 535,95 euro, spetta:

---

ai titolari di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, mezzadri e coloni);

---

ai titolari di pensione della gestione speciale per i lavoratori delle miniere, cave e torbiere;

---

ai titolari di pensione dei fondi esclusivi e sostitutivi dell'assicurazione generale obbligatoria;

---

ai titolari di pensione sociale;

---

ai titolari di assegno sociale;

---

ai titolari di prestazioni assistenziali (invalidi civili, sordomuti e ciechi civili).

---

### Età

Per poter ottenere l'incremento della maggiorazione sociale, i titolari di pensione devono avere almeno 70 anni di età. L'età può essere ridotta (fino a 65 anni) in ragione di un anno di età ogni cinque anni di contribuzione. Si può ottenere la riduzione di un anno anche se si è in possesso di un periodo di contribuzione non inferiore a due anni e mezzo.

---

Per i titolari di pensione di inabilità, gli invalidi civili totali, i sordomuti e i ciechi civili assoluti l'età per poter ottenere l'incremento della maggiorazione sociale si riduce a 60 anni.

---

### Reddito

La maggiorazione può essere concessa ai beneficiari di pensione e ai titolari di prestazioni assistenziali, che, se non coniugati, possiedano redditi propri inferiori a 6.967,35 euro oppure, se coniugati, possiedano redditi propri inferiori a 6.967,35 euro e redditi propri che, sommati a quelli del coniuge, siano inferiori a 11.750,96 euro. Per determinare il reddito personale o familiare del pensionato si fa riferimento non solo ai redditi soggetti all'IRPEF ma anche a quelli esenti (esempio: la pensione di invalidità civile, la rendita INAIL ecc.) e a quelli con ritenuta alla fonte (interessi bancari e postali, rendite da titoli di Stato ecc.). Non si tiene conto del reddito della casa di abitazione, della pensione di guerra, dell'indennizzo in favore di persone danneggiate da compitanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione

di emoderivati, delle indennità di accompagnamento, dell'importo aggiuntivo di 154,94 euro previsto dalla finanziaria 2001, dei trattamenti di famiglia e dei sussidi assistenziali, pagati da Enti pubblici, purché non abbiano carattere continuativo.

I pensionati che non hanno ancora compiuto 70 anni e non hanno diritto ad alcuna riduzione dell'età, possono avere diritto, se i redditi lo consentono, agli importi di maggiorazione sociale previsti dalla precedente normativa, secondo quanto indicato nelle seguenti tabelle.

## IL TRATTAMENTO MINIMO

**Importo della maggiorazione per i pensionati di età compresa tra i 60 e i 65 anni (25,83 euro x 13 mensilità)**

Maggiorazione	Limite di reddito personale	Limite di reddito cumulato col coniuge
Intera	fino a € 5.358,34	fino a € 10.141,95
Ridotta	oltre € 5.358,34 - fino a € 5.694,13	oltre € 10.141,95 - fino a € 10.477,74

**Importo della maggiorazione per i pensionati di età compresa tra i 65 e i 70 anni (82,64 euro x 13 mensilità)**

Maggiorazione	Limite di reddito personale	Limite di reddito cumulato col coniuge
Intera	fino a € 5.358,34	fino a € 10.141,95
Ridotta	oltre € 5.358,34 - fino a € 6.432,66	oltre € 10.141,95 - fino a € 11.216,27

## LA PENSIONE SOCIALE

**Importo della maggiorazione per i pensionati di età compresa tra i 65 e i 70 anni (82,64 euro x 13 mensilità)**

Maggiorazione	Limite di reddito personale	Limite di reddito cumulato col coniuge
Intera	fino a € 3.942,25	fino a € 8.725,86
Ridotta	oltre € 3.942,25 - fino a € 5.016,57	oltre € 8.725,86 - fino a € 9.800,18

## ASSEGNO SOCIALE

**Importo della maggiorazione per i titolari di assegno sociale (12,92 euro x 13 mensilità)**

Maggiorazione	Limite di reddito personale	Limite di reddito cumulato col coniuge
Intera	fino a € 4.783,61	fino a € 10.477,74
Ridotta	oltre € 4.783,61 - fino a € 4.951,57	oltre € 10.477,74 - fino a € 10.645,70

## Domanda C

Il diritto all'assistenza sanitaria, garantito dalla Costituzione italiana, è riconosciuto a tutti i cittadini in virtù dell'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale.

Il cittadino che ritenga di aver subito una lesione del proprio diritto alla salute (perché la prestazione richiesta non è inclusa nei LEA ovvero perché la stessa non è stata fornita nei tempi o con le modalità atte a soddisfare le sue necessità) può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

#### Domanda D

Le fonti di finanziamento del SSN, dopo l'entrata in vigore del D.L.vo n.56 del 2000 sul federalismo fiscale, sono rappresentate da risorse regionali (IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate proprie) e da risorse statali (Fondo Sanitario Nazionale, per il finanziamento di spese derivanti da accordi internazionali, di quelle relative ad alcuni enti particolari del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali).

Per l'anno 2003 le risorse pubbliche (regionali e statali) destinate alla sanità ammontano a 79,576 miliardi di euro, pari al 6,1% del PIL.

Si ricorda, tuttavia, che a norma delle leggi "finanziarie" n. 724 del 1994 e n. 662 del 1996 le regioni Valle d' Aosta e Friuli – Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza alcun apporto a carico dello Stato.

La spesa sanitaria privata, vale a dire a carico dei cittadini o di assicurazioni facoltative, è, invece, pari a circa il 31% della spesa sanitaria totale.

## PAR. 2

Può escludersi l'esigenza di adottare disposizioni di garanzia ai fini considerati, poiché non vigono oggi nel nostro Paese prescrizioni normative che impongano il rimpatrio di cittadini extracomunitari presenti legalmente nel territorio italiano per il solo motivo di un loro sopravvenuto bisogno di assistenza sanitaria, dovendosi al riguardo rinviare alle garanzie in materia offerte - rispettivamente per i cittadini extracomunitari presenti regolarmente e stabilmente in Italia e per quelli in possesso di regolare permesso di soggiorno, per tutta la sua durata, dagli articoli 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (testo unico sull'immigrazione) e dall'articolo 42 del suo regolamento d'esecuzione, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394, già richiamati nel I Rapporto biennale del Governo italiano sullo stato di applicazione della Carta sociale europea riveduta.

## ARTICOLO 13 PAR. 3 (la Comm. Attende info x determinare la conformità)

*"Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto all'assistenza sociale e medica, le Parti s'impegnano: a prevedere che ciascuno possa ottenere, mediante servizi pertinenti di carattere pubblico o privato, ogni tipo di consulenza e di aiuto personale necessario per prevenire, eliminare o alleviare lo stato di bisogno personale e familiare".*

**Descrivere i principali servizi del tipo previsto da questa disposizione, e più precisamente l'organizzazione e il funzionamento, compresa loro distribuzione geografica.**

**Se possibile, fornire informazioni su:**

- **personale incaricato di dare consigli e aiuto personale, indicando le loro qualifiche e funzioni;**
- **le misure destinate a fornire una risposta adeguata ai bisogni degli individui e delle famiglie.**

Il quadro normativo è rimasto invariato.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali è il principale strumento di finanziamento delle politiche sociali italiane. Con il Fondo Sociale si supera la logica delle singole leggi di settore, per concepire gli interventi di politica sociale come azioni integrate, in un quadro di coerenza, con le politiche sanitarie e socio lavorative.

Il Fondo Sociale, difatti, va a finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona, che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita.

Questa modalità di intervento ridisegna un nuovo sistema di welfare che intende partire da una visione di insieme delle problematiche, per operare sugli specifici settori sempre tenendo conto delle interdipendenze tra i fenomeni sociali e tra le politiche pubbliche. In questo quadro il Fondo Sociale va interpretato come lo strumento che supporta, sul piano delle risorse contabili, la logica programmatica unificante del Piano nazionale (e di quelli regionali e di zona).

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali 2003 è di oltre 1 miliardo e 700 milioni di euro, di cui quasi 897 milioni destinati alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano. Questa quota - [come da allegata tabella](#) (formato .pdf) - è aumentata di circa il 15% rispetto al 2002. Siamo passati da 771 milioni di euro del 2002 agli 897 del 2003, con un aumento di 125 milioni di euro. In tutte le Regioni vi è stato incremento significativo di risorse, a conferma dell'attenzione di questo Ministero e del Governo nei confronti delle problematiche sociali. Il fatto che vi sia stata una crescita delle risorse fa giustizia delle polemiche e delle falsità, messe in atto e raccontate, nei mesi scorsi, dall'opposizione

•

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - Confronto Regioni

REGIONI	RISORSE 2002	RISORSE 2003	Differenza 2003 - 2002
<b>Abruzzo</b>	18.909.834	21.108.898	2.199.064
<b>Basilicata</b>	9.492.354	10.853.710	1.361.356
<b>Calabria</b>	31.724.898	41.301.496	9.576.598
<b>Campania</b>	77.014.313	103.772.555	26.758.242
<b>Emilia Romagna</b>	54.417.335	60.745.641	6.328.306
<b>Friuli Ven. Giulia</b>	16.921.620	18.889.470	1.967.850
<b>Lazio</b>	66.348.939	75.290.951	8.942.012
<b>Liguria</b>	23.291.912	26.387.239	3.095.327
<b>Lombardia</b>	109.159.547	122.178.458	13.018.911
<b>Marche</b>	20.639.815	23.040.062	2.400.247
<b>Molise</b>	6.153.673	7.335.331	1.181.658
<b>P.A. di Bolzano</b>	6.354.100	7.093.032	738.932
<b>P.A. di Trento</b>	6.512.509	7.269.863	757.354
<b>Piemonte</b>	55.399.871	61.842.439	6.442.568
<b>Puglia</b>	53.824.175	67.328.454	13.504.279
<b>Sardegna</b>	22.838.383	25.696.413	2.858.030
<b>Sicilia</b>	70.862.100	80.953.332	10.091.232
<b>Toscana</b>	50.566.167	56.446.613	5.880.446
<b>Umbria</b>	12.665.163	14.138.021	1.472.858
<b>Valle d'Aosta</b>	2.226.537	2.485.466	258.929
<b>Veneto</b>	56.138.023	62.666.432	6.528.409
<b>TOTALI</b>	<b>771.461.269</b>	<b>896.823.876</b>	125.362.607

Nel nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali la programmazione delle azioni e degli interventi e la definizione delle risorse correlate pone la necessità di adeguate forme di monitoraggio, verifica e valutazione degli interventi. Il settore delle politiche sociali richiede, infatti, un momento di valutazione dello stato di attuazione della riforma del sistema di protezione sociale avviato nel 2000 e, in particolare, a seguito dell'impatto che la modifica Costituzionale del titolo V ha generato sul settore. In questo quadro il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha dato avvio ad una serie di ricerche valutative volte alle seguenti finalità:

rilevare lo stato di attuazione istituzionale (a livello regionale e di zona) della legge 328/2000 ed a valutare il livello di consolidamento dei documenti di programmazione decentrata dei servizi dei servizi (piani regionali e piani di zona)

monitorare l'implementazione di normative di settore e valutarne l'impatto (es. reddito minimo di inserimento)

attivare una rilevazione della spesa dedicata alla gestione dei servizi sociali da parte delle regioni e degli enti locali.

Queste attività rappresentano un momento conoscitivo fondamentale per la realizzazione del nuovo modello di welfare che attribuisce al governo la funzione di determinare i livelli essenziali di assistenza, sulla base di questi definire l'entità delle risorse da trasferire ai soggetti che partecipano della rete dei servizi (a partire dalle regioni) e, infine, sviluppare un sistema informativo. Questo sistema deve rappresentare, infatti, un cruscotto informativo al quale possano accedere tutti i livelli istituzionali deputati al governo delle politiche sociali e deve contenere informazioni concernenti i livelli di offerta delle prestazioni e delle risorse destinate al loro finanziamento.

In tal senso la normativa nazionale si collega in modo coerente con il quadro di sviluppo europeo. L'implementazione di un sistema di monitoraggio e di valutazione può essere definita come azione strategica per promuovere corretti processi di razionalizzazione e modernizzazione delle politiche di welfare.

La crescente complessità delle problematiche sociali, la loro veloce evoluzione pongono il problema di assicurare, da un lato, risposte adeguate ai bisogni sociali, dall'altro, la massima efficienza nell'utilizzazione di risorse scarse.

La DG Fondo nazionale per le politiche sociali, allo scopo di potenziare gli strumenti per l'analisi dei sistemi di protezione sociale realizzati sul territorio, sta realizzando un codice della normativa dell'assistenza.

Si è scelto, pertanto, di analizzare la normativa regionale su due fronti:

1. quella che riordina e il settore dell'assistenza nel suo complesso, anche alla luce di quanto previsto dalla legge quadro nazionale (328/2000);

2. quella che determina puntualmente specifiche prestazioni sociali.

Per quest'ultimo punto è stata presa in considerazione la normativa regionale attualmente vigente che determina prestazioni sociali per le quali è previsto un impegno di spesa da parte dell'amministrazione regionale.

Si tratta di un lavoro ancora da terminare e soprattutto integrare con ulteriori fonti normative, alla luce dell'evoluzione del sistema delle fonti regionali che segue il titolo V della Costituzione: a questo scopo è stata chiesta la collaborazione direttamente delle amministrazioni regionali, per l'integrazione del codice con delibere e piani sociali regionali.

[La mappatura della normativa regionale in materia di assistenza sociale](#) (formato .pdf) (vedi allegato)

#### **fondo nazionale per le politiche sociali**

##### **Legge 27 dicembre 1997, n. 449**

Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica. (art. 59, comma 44)

##### **Legge 8 novembre 2000, n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

##### **Legge 27 dicembre 2002, n. 289**

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, legge finanziaria 2003 (art. 46, comma 1)

#### **livelli essenziali delle prestazioni**

##### **Legge 8 novembre 2000, n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22)

#### **monitoraggio e valutazione delle politiche sociali**

##### **Legge 8 novembre 2000, n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 21)

#### **reddito minimo di inserimento**

##### **Legge 27 dicembre 1997, n. 449**

Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica (art. 59, comma 47)

##### **Decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237**

Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento

##### **Legge 8 novembre 2000, n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art 23)

##### **Legge 23 dicembre 2000, n. 388**

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, legge finanziaria 2001 (art. 80)

#### **Progetto: La rilevazione della spesa sociale dei comuni**

Il Ministero ha predisposto un piano di lavoro per la realizzazione di un primo monitoraggio della spesa sociale degli enti locali.

Il progetto intende colmare un vuoto informativo su una parte fondamentale del sistema di prestazioni sociali, l'insieme dei servizi erogati dai Comuni. In tale maniera il Ministero intende affrontare due impegni fondamentali della agenda istituzionale:

1. la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, come previsti dal nuovo titolo V della Costituzione (art. 117, comma 2, lett m)
2. l'annuale riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali.

La rilevazione, che è progettata dalla Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e aa.gg., e coinvolge nella fase di realizzazione la Direzione generale risorse umane, attività ispettiva e aa.gg., intende realizzare un'indagine sulla spesa sostenuta per prestazioni sociali dai comuni con più di 20.000 abitanti (473 comuni), con riferimento al 2002.

#### progetto spesa sociale

#### scheda di rilevazione

.....

#### **ARTICOLO 13 PAR. 4**

*“Per assicurare l’effettivo esercizio del diritto all’assistenza sociale e medica, le Parti s’impegnano: ad applicare, a parità con i loro concittadini, le disposizioni di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 del presente articolo ai cittadini delle altre Parti che si trovano legalmente sul territorio in conformità con gli obblighi assunti ai sensi della Convenzione europea di assistenza sociale e medica firmata a Parigi l’11 dicembre 1953”.*

**Indicare le garanzie adottate per assicurare il rispetto di questa disposizione.**

**Descrivere in maniera specifica le disposizioni che permettono di garantire che l’eventuale rimpatrio dei cittadini delle altre Parti Contraenti, che si trovino legalmente sul territorio, per il solo motivo che essi abbiano bisogno d’assistenza, avviene nel rispetto delle condizioni fissate dagli articoli 6 - 10 della Convenzione Europea sull’Assistenza Sociale e Medica del 1953.**

Il quadro normativo è rimasto invariato.