

ARTICOLO 13

**DIRITTO ALL'ASSISTENZA SOCIALE
E MEDICA**

Quadro Normativo di riferimento.

Decreto Legislativo 18 giugno 1998, n. 237 .

Legge 23 dicembre 2000, n. 388, all'art. 80.

Legge 43/2005, art. 7.

Legge finanziaria 2007 (legge 296/2006, art. 1,commi 1285 e 1286)

La legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” all'art. 1, comma 1.

Il Testo Unico sull'immigrazione Titolo V (e successive modificazioni), all'art. 41, comma 1.

Art. 35 c.3,4,5,6, T.U. 286/98;

Art. 43 c. 2,3,4,5,8 D.P.R. 349/99;

Circolare del Ministero della Salute n.5/2000;

Paragrafo 1.

Con riferimento alla richiesta del Comitato, contenuta nelle conclusioni 2009, sugli sviluppi riguardanti la sperimentazione del Reddito minimo di Inserimento (RMI), si rappresenta quanto segue.

Il Reddito minimo di inserimento ha costituito una sostanziale **innovazione** per quanto riguarda l'articolazione del sistema italiano di welfare. L'istituto aveva finalmente introdotto in Italia, anche per obblighi assunti in sede comunitaria, una “misura di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale attraverso il sostegno delle condizioni economiche e sociali delle persone esposte al rischio della marginalità sociale ed impossibilitate a provvedere per cause psichiche, fisiche e sociali al mantenimento proprio e dei figli”. Il reddito minimo di inserimento era costituito “da interventi volti a perseguire l'integrazione sociale e l'autonomia economica dei soggetti e delle famiglie destinatari, attraverso programmi personalizzati e trasferimenti monetari integrativi del reddito”.

Nei comuni che hanno effettuato in questi anni la sperimentazione, l'istituto del Reddito Minimo di Inserimento ha dato **esiti differenti**, determinati in gran parte dalle assai diverse condizioni di partenza delle strutture organizzative municipali che la effettuavano e della rete dei servizi esistenti sul loro territorio. Nei comuni dove più solide erano le prime e più fitte, articolate e integrate erano le seconde la sperimentazione ha senz'altro dato esiti positivi sotto molteplici aspetti, mentre nei comuni già carenti di risorse organizzative e di servizi di rete la sperimentazione ha avuto non pochi aspetti problematici, in alcuni casi frutto di una applicazione discutibile delle regole della sperimentazione, ed esiti dal giudizio più incerto.

Scendendo nello specifico del **welfare territoriale**, va notato che circa l' 83% delle risorse impiegate dai comuni si concentra su tre aree di utenza: famiglia e politiche di crescita dei figli; anziani e disabili. I servizi destinati alle altre tipologie di beneficiari quali, disagio adulti, immigrati e tossico dipendenti assorbono una quota di spesa più contenuta pari a circa il 10%, mentre il restante 7% delle risorse è destinato ai servizi di informazione e di consulenza per l'accesso alle prestazioni.

L'abbandono della sperimentazione del RMI, quale misura orientata verso un più moderno sviluppo di politiche sociali, trova la sua motivazione nell'esigenza di non compromettere la **sostenibilità delle politiche sociali** e la necessità di evitare l'eccessiva onerosità di tali prestazioni per le Finanze Pubbliche, soprattutto in considerazione della permanente situazione di crisi globale in cui versa l'economia nazionale. Di conseguenza, le ultime leggi finanziarie non hanno più destinato ulteriori fondi diretti a sovvenzionare i progetti di sperimentazione del RMI nei comuni, ma hanno impiegato le risorse disponibili per sostenere lo strumento della **“cassa integrazione in deroga”** per tutelare tutti i lavoratori esposti al rischio di perdere il loro posto di lavoro, scongiurando così un aumento della disoccupazione su scala nazionale, dal momento che l'occupazione deve essere concepita come una delle **migliori protezioni** contro il rischio di povertà ed esclusione sociale.

In ogni caso la sperimentazione del RMI nei comuni, ha contribuito *al consolidamento istituzionale delle reti di supporto già esistenti* e ha dato un impulso per nuovi sviluppi. La sperimentazione ha interessato 306 Comuni sugli 8.100 presenti sul territorio nazionale (pari al 3,8%) per una popolazione complessiva di potenziali beneficiari pari a 4milioni 903mila unità, ovvero all'8,6% della popolazione nazionale, per un numero di oltre 1 milione 786 mila famiglie (pari all'8,3% del totale delle famiglie italiane).

I programmi del RMI hanno riguardato; **il sostegno economico** dato a famiglie in condizioni di povertà e marginalità. Questo ha consentito, anche dove non vi erano le condizioni di contesto o individuali per iniziative di inserimento, almeno esiti di “riduzione del danno”; rientro nella legalità rispetto a insolvenze con **il pagamento** di utenze, affitti, debiti pregressi, con il seguente superamento anche di rischi di sfratto. Altri esiti sono stati l'assunzione di **impegni di cura** dei familiari minori, anziani, disabili e lo svolgimento di programmi di riabilitazione. Dove possibile si sono sviluppate **iniziativa di inserimento**: scolarizzazione, formazione professionale, emersione del lavoro irregolare, inserimento lavorativo. Molti anche gli individui coinvolti nei **lavori di pubblica utilità**.

Nelle aree settentrionali sono stati sviluppati di più i progetti finalizzati all'inserimento lavorativo, mentre nelle aree meridionali si è investito maggiormente in progetti destinati al recupero e all'inserimento sociale.

La sperimentazione ha positivamente svolto un'ulteriore sua funzione: quella di **evidenziare le criticità** e offrire quindi preziose indicazioni su come affrontarle e ridurle.

In conclusione la sperimentazione del RMI ha messo in luce che, per assolvere alle funzioni e alle responsabilità ad esso affidate, il sistema dei servizi territoriali necessita di sviluppo adeguato, integrazione, qualificazione, sul piano organizzativo e

professionale. In molti comuni è stata evidenziata la mancanza di una adeguata dotazione di personale a tempo pieno, specificamente formato e dedicato al RMI, per l'implementazione della misura.

In quasi l'80% dei casi i Comuni non si sono dotati di un ufficio RMI apposito, ma hanno dovuto sommare l'attività ordinaria con l'attività RMI evitando così **costi aggiuntivi** per l'amministrazione. Inoltre, soprattutto per la sua dimensione di inserimento e promozione sociale, il Reddito Minimo di Inserimento non può essere gestito a livello di piccoli o medio piccoli Comuni, privi delle competenze professionali e della rete territoriale necessaria.

Il Reddito minimo di Inserimento o comunque una misura generale di contrasto alla povertà deve essere **sostenibile dal punto di vista organizzativo**, per poter contare su condizioni che ne rendano possibile l'attuazione. Su questo terreno si registrano gravi e diffusi ritardi, soprattutto ma non solo nel Mezzogiorno, che generano ulteriori disparità e che andrebbero affrontati con specifiche iniziative di programma e finanza, concordate fra governo e Regioni, e verificate nei loro esiti.

Quindi, pur non ignorando gli esiti positivi della sperimentazione ma constatando anche i limiti mostrati dai comuni nell'organizzazione e nel finanziamento dei programmi di inserimento e nella ricerca di un'articolazione fra intervento dello Stato e quello degli enti locali, lo schema di Reddito Minimo di Inserimento **richiederebbe risorse ora non individuabili**, e porre in atto una “ riforma strutturale degli ammortizzatori sociali” rischierebbe di rivelarsi particolarmente onerosa. Purtroppo in questo contesto storico e in questa fase di recessione, dobbiamo fare i conti con le poche risorse.

Sostegno economico per le famiglie indigenti.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” all’art. 1, comma 1, dichiara che “La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, incoerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”.

La stessa Legge quadro all’art. 22 prevede misure economiche, di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito alle persone e ai nuclei familiari in condizione di bisogno, annoverandole tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Con il termine famiglia indigente si fa riferimento a tutte quelle famiglie che non dispongono dei beni e servizi necessari a raggiungere un livello di vita **“minimamente accettabile”**.

In quei comuni dove la sperimentazione del RMI non ha avuto luogo, esistono tuttavia progetti a carattere sociale di assistenza economica, rivolti a consentire al singolo o al nucleo familiare in situazioni di difficoltà **il soddisfacimento dei bisogni fondamentali, ossia le necessità relative all'alimentazione, all'igiene personale, utenza acqua luce e gas, o situazioni contingenti.**

Al fine di promuovere politiche di equità sociale si è stabilito, a livello di enti locali, di applicare l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) come criterio di accesso al servizio di erogazione dei contributi alle persone indigenti. Il parametro massimo è di 3.000,00 euro.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, si rimanda ad ogni buon fine, a quanto rappresentato in merito dal delegato del governo Italiano, in occasione della discussione tenuta nella 114^a sessione del Comitato Governativo CSE.

Assistenza sociale per gli extracomunitari.

In riferimento alla richiesta del Comitato riguardante la durata del permesso di soggiorno necessaria per l'accesso all'assistenza sociale si fa presente quanto segue.

Ai lavoratori non U.E. si applica, in base al **principio fondamentale della parità di trattamento fra lavoratori stranieri e quelli italiani**, la stessa tutela previdenziale e assistenziale garantita ai lavoratori italiani, salve soltanto le specifiche eccezioni previste dalla legge.

Il Testo Unico sull'immigrazione Titolo V (e successive modificazioni), all'art. 41, comma 1, “assistenza sociale”, così recita:

*“Gli stranieri titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata **non inferiore ad un anno**, nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno o nel loro permesso di soggiorno, sono equiparati ai cittadini italiani ai fini della fruizione delle provvidenze e delle prestazioni, anche economiche, di assistenza sociale, incluse quelle previste per coloro che sono affetti da morbo di Hansen o da tubercolosi, per i sordomuti, per i ciechi civili, per gli invalidi civili e per gli indigenti”.*

Paragrafo 3.

In riferimento alla richiesta del Comitato riguardante le risorse destinate per l'informazione e la consulenza per **l'accesso alla rete dei servizi**, si rappresenta quanto segue.

Come precedentemente evidenziato la quasi totalità delle risorse impiegate dai comuni si concentra su queste aree di utenza: famiglia e politiche di crescita dei figli, anziani, disabili, disagio adulti, immigrati e tossicodipendenti. Le risorse destinate alle attività generali, quali servizi di informazione e di consulenza, assorbono il 7% della spesa e **risultano essere sufficienti** ad assicurare, alle persone bisognose, una assistenza appropriata.

Paragrafo 4.

In riferimento alla conclusione di non conformità del Comitato, con cui si ritiene che tutte le persone illegalmente presenti in Italia non ricevano l'assistenza sociale di emergenza, si rimanda, preliminarmente, a quanto già riferito dal Governo italiano nella risposta scritta al caso sollevato in merito al paragrafo in oggetto, inviata nell'anno 2010.

Ad integrazione di quanto ivi riportato si rappresenta quanto segue.

La legge italiana (art. 35 c.3,4,5,6, T.U. 286/98; art. 43 c. 2,3,4,5,8 D.P.R. 349/99; Circolare del Ministero della Salute n.5/2000) istituisce l'assistenza sanitaria per stranieri clandestini indigenti meglio conosciuta come STP (straniero temporaneamente presente). A tal fine si dovrà richiedere presso qualsiasi ASL **il tesserino, chiamato S.T.P.** valido sei mesi ma rinnovabile.

L'STP dà diritto a tutte le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e ci si può rivolgere all'ospedale. I clandestini che si rivolgono alle strutture pubbliche (scuola e sanità) non si espongono a nessun tipo di segnalazione finalizzata all'espulsione.

Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ivi comprendendo i clandestini e tutti coloro che non abbiano richiesto il permesso di soggiorno entro il termine perentorio di otto giorni dall'ingresso regolare in Italia o che siano in possesso di un permesso di

soggiorno scaduto da più di 60 giorni sono assicurate nelle strutture pubbliche e private accreditate del S.S.N., le seguenti prestazioni:

Cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio;

Interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, e precisamente **tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore, vaccinazioni** secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni, **interventi di profilassi internazionale.**

Così come è previsto per i cittadini italiani, anche lo straniero presente irregolarmente in condizione di indigenza è esonerato dal pagamento del ticket.

