

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

DELIBERAZIONE N. 4

OGGETTO: Indirizzi per l'organizzazione e la gestione del ruolo dell'INPS nella Riforma della disabilità e nella riforma a favore delle persone anziane

IL CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VIGILANZA

(Seduta del 28 maggio 2026)

Visto il DPR 30 aprile 1970, n.639;

Vista la Legge 9 marzo 1989, n.88;

Visto l'art. 3, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 479, modificato dall'art. 17, comma 23, della legge 15 maggio 1997, n. 127 recante il riordino degli enti pubblici e, in particolare, le attribuzioni di poteri conferiti al Consiglio di Indirizzo e Vigilanza quale Organo delle amministrazioni degli enti pubblici medesimi;

Visto l'art. 4, comma 2, del D.P.R. 24 settembre 1997, n. 366 recante il *"Regolamento concernente norme per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto nazionale della previdenza sociale"* e, in particolare, la disciplina di esercizio delle funzioni del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza;

Visto il D.P.C.M. del 1° giugno 2022 di ricostituzione del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INPS;

Tenuto conto della propria deliberazione n.3 del 1° luglio 2022, con la quale è stato eletto Presidente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza il dott. Robertino Ghiselli;

Tenuto conto della propria deliberazione n.2 del 31 marzo 2026 *"Relazione di verifica per l'anno 2025"*;

Tenuto conto della propria deliberazione n 9 del 10 giugno 2025 *"Relazione programmatica per gli anni 2026-2028"*;

Vista la legge 28 marzo 1968 n.406 recante *«Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'Opera nazionale ciechi civili»*;

Il Segretario

Il Presidente

Vista la legge 2 aprile 1968, n. 482 recante «*Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private*»;

Vista la legge 30 marzo 1971, n. 118 recante «*Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*»;

Visto il decreto legislativo 23 novembre 1988, n.509 recante «*Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291*»;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante la legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con delle disabilità;

Vista la legge 22 dicembre 2021 n. 227 recante «*Delega al Governo in materia di disabilità*»;

Vista la legge 23 marzo 2023 n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" e il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante «*Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*»;

Visto il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 in vigore dal 30 giugno 2024 recante «*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*»;

Visto che, in attuazione dell'art.9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n.71, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024. n. 106, a partire dal 1° gennaio 2025 sono state avviate le sperimentazioni del nuovo sistema previsto dal sopracitato decreto legislativo n. 62/2024 nelle seguenti nove province: Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste;

Visto il decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità del 12 novembre 2024, n. 197 "Regolamento recante la disciplina per la procedura di sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, le relative modalità, le risorse da assegnare e il monitoraggio" che contiene gli aspetti tecnici che riguardano la metodologia valutativa con la quale si approccia alla sperimentazione e le ulteriori specificità connesse all'accertamento della condizione di disabilità;

Visto che la legge 21 febbraio 2025, n. 15 che reca la conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n. 202/2024 (decreto Milleproroghe) ha previsto l'estensione territoriale della sperimentazione che

dal 30 settembre 2025 ha coinvolto le seguenti nuove province: Matera, Palermo, Teramo, Vicenza, Provincia autonoma di Trento, Alessandria, Lecce, Isernia, Genova, Macerata e Aosta;

Visto, altresì, che l'articolo 19-quater della legge n. 15/2025 di conversione del decreto-legge 27 dicembre 2024, n.202, estende la fase di sperimentazione da 12 a 24 mesi e posticipa al 1° gennaio 2027 l'entrata a regime delle nuove procedure sull'intero territorio nazionale oltre a prevedere l'aumento del numero delle patologie oggetto di sperimentazione;

Visto il decreto Interministeriale n.94 del 10 aprile 2025 in vigore dal 12 luglio 2025, che definisce i nuovi criteri per l'accertamento della disabilità relativi a disturbi dello spettro autistico, del diabete di tipo 2 e della sclerosi multipla;

Visto il decreto-legge n.19/2026 recante *"Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in materia di politiche di coesione"* che prevede l'estensione della sperimentazione di ulteriori 40 province nonché interventi normativi di adeguamento;

Vista la legge 27 febbraio 2026, n. 26 che converte il decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200 (Milleproroghe 2026), integrata dalle misure della Legge di Bilancio 2026;

Vista la legge 20 aprile 2026, n. 50 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19, recante ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in materia di politiche di coesione"* che prevede, tra l'altro, che non oltre la data del 31 dicembre 2027, anche nei territori interessati dalla fase sperimentale della riforma di cui al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, continuano ad applicarsi le norme e le procedure vigenti per l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al medesimo decreto e alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18;

Tenuto conto della propria deliberazione n. 23 del 16 dicembre 2024 in cui sono riportati gli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza, in merito alla organizzazione e gestione della Riforma della disabilità e di quella a favore delle persone anziane;

Tenuto conto, altresì, della propria deliberazione n. 3 del 15 aprile 2025 che impegna gli Organi di Vertice - relativamente alla Riforma in materia di disabilità ed analogamente alla Riforma della non autosufficienza - ad elaborare un programma triennale, a costruire un osservatorio permanente che metta a disposizione del CIV e dei Comitati provinciali e regionali i dati più significativi, a promuovere le iniziative necessarie nei confronti del Governo e del Parlamento per garantire il coinvolgimento degli Enti di patronato nella gestione della parte amministrativa del procedimento, a sollecitare interventi normativi

finalizzati a contenere i costi delle certificazioni a carico dei cittadini, a procedere con celerità all'espletamento dei concorsi già previsti per tutte le figure professionali necessarie nonché a promuovere tempestivamente tutte le iniziative propedeutiche all'avvio delle nuove sperimentazioni, avendo cura di coinvolgere gli altri soggetti istituzionali presenti sul territorio, i Patronati, le Associazioni di rappresentanza, i Comitati territoriali e predisporre ogni utile iniziativa al fine di definire soluzioni logistiche e di formazione dirette al personale dedicato;

Tenuto conto, inoltre, della propria deliberazione n.18 del 18 dicembre 2025, concernente "Indirizzi sulla base della sperimentazione della "Riforma sulla disabilità e non autosufficienza", che impegna gli Organi dell'Istituto a definire con la massima urgenza i piani e avviare le attività di cui all'Elaborato "Osservazioni e indirizzi sulla base della prima sperimentazione della Riforma sulla disabilità e non-autosufficienza" che ne costituisce parte integrante e di promuovere la necessaria relazione con il legislatore;

Preso atto di quanto emerso dall'evento svolto in data 28 ottobre 2025 presso Palazzo Wedekind relativo alla presentazione del focus sulla disabilità e non autosufficienza nel percorso della Riforma redatto dal CIV in collaborazione con la Direzione Centrale Salute e Prestazioni di Disabilità e del Coordinamento Generale Medico legale;

Preso atto dell'Ordine del giorno del CIV n. 1 del 28 aprile 2026 in merito al "Nuovo Modello di Servizio dell'Istituto";

Preso atto del partecipato percorso di formazione dei componenti dei Comitati territoriali che il CIV e la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS per strutturare le modalità di verifica dei riflessi delle riforme sulla utenza e per strutturare modalità di monitoraggio del percorso di costruzione della rete di prossimità;

Acquisite e condivise le proposte di correzione normativa e di miglioramento procedurale oltre che di incremento della dotazione organica, emerse dal percorso di ascolto che ha coinvolto direttamente i Comitati Territoriali INPS;

Tenuto conto della mancata contestualità nell'avvio delle riforme della disabilità e della non-autosufficienza e delle ricadute negative che ciò sta comportando sulla programmazione delle attività da parte dell'Istituto e di tutti gli altri Enti coinvolti, nonché sull'accesso al servizio e alla presa in carico da parte dell'utenza;

Vista e condivisa la Relazione allegata alla presente delibera che ne costituisce parte integrante;

DELIBERA

- Impegnare gli Organi dell'Istituto:
 - in relazione all'attribuzione all'INPS nell'innovativo percorso collegiale di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità e/o non autosufficienza con il conseguente rilascio del certificato finale utile per l'accesso all'insieme delle prestazioni previste dalla legge a prescindere dal soggetto erogatore, a contribuire a strutturare e sviluppare la funzione di coordinamento e di presa in carico complessiva e integrata dei soggetti interessati;
 - ad elaborare linee per il ridisegno delle modalità organizzative e delle relazioni tra Strutture per la realizzazione dei compiti e delle funzioni connesse all'esito del certificato definitivo conseguente all'accertamento sanitario, così come già delineato dalle delibere del CIV n. 34/2023 e n.13/2025, dalla presente delibera, oltretutto dall'Ordine del giorno n. 1/2026 del CIV relativo al "Nuovo Modello di Servizio dell'Istituto";
 - a costruire una forte correlazione tra le diverse Strutture a cui sono assegnati i compiti relativi alla disabilità e alla non autosufficienza, al sostegno ai caregivers, al riconoscimento di congedi e permessi a favore delle persone con disabilità e di quelle che li assistono;
 - a promuovere nel territorio Tavoli di coordinamento tra i soggetti istituzionali (Comuni, Ambiti Territoriali Sociali, Servizio Sanitario, ecc.), l'articolato mondo del Terzo Settore e delle Parti Sociali e dei Patronati, contribuendo, in tal modo, alla valorizzazione ed attuazione del "Progetto di vita" e/o del "Piano assistenziale individualizzato";
 - riconoscere ai Comitati Territoriali la funzione di verifica, monitoraggio e proposizione relativa all'articolazione nel territorio degli ambulatori per lo svolgimento delle attività in materia di competenza dell'Istituto;
 - a richiedere al Ministero vigilante l'urgente costituzione di un tavolo di lavoro con gli Organi dell'Istituto per un confronto sulle esigenze di interpretazione e implementazione normativa emerse dal monitoraggio e dall'osservazione diretta delle sperimentazioni;
 - a proporre e rafforzare il processo di semplificazione, prevedendo che nel certificato introduttivo, per i soggetti in età lavorativa, possa essere richiesta anche la valutazione sanitaria utile per le prestazioni di invalidità e inabilità di carattere previdenziale senza che ciò abbia valore di domanda pensionistica, prevedendo, altresì, un'adeguata informazione da parte dell'Istituto;
 - proporre al legislatore, in accordo con le rappresentanze degli Enti coinvolti, di prevedere le adeguate risorse economiche per realizzare il Progetto di vita, il Piano assistenziale individualizzato e la gestione di tutte le attività sociali e sanitarie finalizzate all'attuazione degli aspetti più qualificanti delle riforme in materia di disabilità e di non autosufficienza.

- Proporre le correzioni normative e procedurali necessarie per superare le criticità emerse dalle sperimentazioni ed in particolare:
 - predisporre un nuovo percorso identificando le modalità per assicurare la copertura del fabbisogno di figure mediche e delle altre professionalità sanitarie. A tal fine, rimuovere gli elementi ostativi che non hanno permesso di acquisire, nel mercato del lavoro sanitario, sufficienti professionalità. Definire, altresì, politiche per le risorse umane per valorizzare la qualità e la disponibilità del personale sanitario nel governo flessibile della implementazione dei nuovi compiti assegnati all'Istituto;
 - completare, sulla base degli specifici fabbisogni, il progetto straordinario di investimenti per la realizzazione degli ambulatori medici;
 - verificare con il Ministero dell'Università e con il Ministero della Salute la possibilità di convenzionare con l'INPS percorsi di specializzazione in medicina legale previdenziale e medicina legale sociale;
 - prevedere la possibilità di avvalersi di forme innovative di «telemedicina», in particolare per facilitare sia la formazione delle Commissioni mediche che l'effettuazione delle visite a distanza, reintroducendo anche la possibilità di effettuare le "visite agli atti";
 - permettere di acquisire i dati socioeconomici del richiedente in un momento precedente o contestuale all'invio del certificato medico introduttivo;
 - recuperare il ruolo dei Patronati per realizzare pienamente la presa in carico del cittadino tramite la completa tutela in coerenza con la funzione riconosciuta costituzionalmente;
 - proporre al legislatore di considerare, almeno per le persone a basso reddito/situazione economica equivalente, il rimborso o il ristoro degli onorari corrisposti per la redazione del certificato medico introduttivo.

IL SEGRETARIO

(G. CORSINI)

IL PRESIDENTE

(R. GHISELLI)

"INDIRIZZI PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DEL RUOLO DELL'INPS NELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E NELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE"

Allegato alla deliberazione CIV n. 4 del 28 maggio 2026

1.PREMESSA

- 1.1 Ascolto
- 1.2 Pianificazione
- 1.3 Modelli sperimentati

2.CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO

- 2.1 Cambiamenti demografici
- 2.2 Cambiamenti sociali
- 2.3 Nuova definizione di condizione di disabilità

3.ORIENTAMENTI STRATEGICI DELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E DELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

- 3.1 Evoluzione strategica: dalla Carta Costituzionale alle riforme
- 3.2 Unicità valutativa

4. SINTESI DEI PROFILI GIURIDICI DELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E DELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

- 4.1 Riforma della disabilità
- 4.2 Riforma a favore delle persone anziane
- 4.3 Comparazione delle definizioni, finalità e criteri valutativi delle due riforme
- 4.4 Prestazione Universale

5.NUOVE MODALITA' SEMPLIFICATE DI VALUTAZIONE SANITARIA E DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E AI SERVIZI

- 5.1 Nuove modalità di processo semplificato
 - 5.1.1 Certificato medico introduttivo
 - 5.1.2 Valutazione di base: INPS titolare unico
 - 5.1.3 Fascicolo sanitario elettronico
 - 5.1.4 Questionario WHODAS
 - 5.1.5 Progetto di vita- Piano Assistenziale Individualizzato

5.1.6 Codici ICF e ICD-10

6.DUE RIFORME E DUE METODI DI ACCERTAMENTO SANITARIO

6.1 Nella transizione

6.2 L'esperienza delle C.I.C.

7.PRESTAZIONI INPS

7.1 Prestazioni previdenziali

7.2 Prestazioni sociali

8. "PROGETTO INNOVATIVO" DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE INPS

8.1 Prima sperimentazione

8.2 Seconda Sperimentazione

8.3 Terza Sperimentazione

8.4 Sintesi dell'andamento delle sperimentazioni al 30.04.26

9. CRITICITÀ DA RISOLVERE PER LA POSITIVA ATTUAZIONE DELLE RIFORME

9.1 Esigenze di risorse umane

9.2 Esigenze per la rete territoriale e le strutture di prossimità

10. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

10.1 Gli "insegnamenti delle sperimentazioni"

10.2 Proposte di indirizzi del CIV

APPENDICE

A Riferimenti normativi

B Messaggi Hermes INPS

C Deliberazioni CIV

1. PREMESSA

1.1. Ascolto

Senza le occasioni di ascolto e di incontro territoriali e gli approfondimenti delle audizioni con l'insieme delle Direzioni Centrali (Salute e Prestazioni di Disabilità, Organizzazione, Patrimonio, Risorse Umane) e del Coordinamento Generale Medico Legale centrale e dei territori, questa relazione non consegnerebbe al CIV tutta la ricchezza che, tra profonde difficoltà, le sperimentazioni ci hanno evidenziato.

Ai dirigenti, ai medici oltre al personale sanitario e amministrativo, ai Comitati territoriali, il ringraziamento per il lavoro svolto e per averlo messo a disposizione, come doveroso quando l'approccio è sperimentale, per permettere di evitare nella estensione delle sperimentazioni, gli errori compiuti e trasferire a chi ha il dovere le proposte di modifica e correzione.

Le dinamiche organizzative e la estensione delle sperimentazioni, oltre alle incertezze normative, hanno costretto lo svolgimento di questo lavoro di analisi in tempi molto ristretti e hanno comportato alcune semplificazioni che, comunque, non falsano i termini delle valutazioni generali.

1.2 Pianificazione

Il legislatore ha imposto tempi e territori dove iniziare ad applicare il nuovo percorso di valutazione medica senza un preventivo confronto con l'INPS sull'esistenza dei presupposti organizzativi, dei luoghi e delle dotazioni di risorse professionali, capaci di migliorare la situazione anteriforma. In talune realtà si è così generato forte disagio, ed occorrerà approntare un piano straordinario, poiché l'avvio della sperimentazione ha comportato un ritardo nella valutazione e produzione di altre attività e prestazioni.

1.3 Modelli sperimentati

Gli approcci e i modelli sperimentati sono risultati fortemente diversificati in relazione:

- a. alla preesistente situazione:
 - convenzione con le articolazioni del Servizio Sanitario per l'invalidità civile (C.I.C.);
 - non C.I.C. e partecipazione medico INPS alle Commissioni del SSN;
- b. alla qualità delle attività svolte dalle articolazioni del Servizio Sanitario;
- c. alle decisioni delle Direzioni Regionali di garantire supporto da parte delle Direzioni Provinciali non in sperimentazione.

2. CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO

2.1 Cambiamenti demografici

Le analisi demografiche mettono da tempo in evidenza un progressivo e significativo invecchiamento della popolazione destinato a produrre rilevanti effetti sul sistema sociale, economico e di welfare del nostro Paese.

L'aspettativa di vita alla nascita in Italia, nel 2024, è stata per le donne di 85,6 anni e per gli uomini di 81,5 anni, con un incremento rispetto al 2014 rispettivamente di 6 mesi per le donne e 14 mesi per gli uomini.

Speranza di vita						
Anno	Alla nascita		65 anni		85 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
2014	85,0	80,3	22,3	18,9	7,2	5,9
2015	84,5	80,1	21,9	18,7	6,8	5,6
2016	85,1	80,6	22,4	19,1	7,2	5,9
2017	84,8	80,5	22,1	19,0	6,9	5,7
2018	85,2	80,8	22,4	19,3	7,1	6,0
2019	85,4	81,1	22,6	19,4	7,2	6,0
2020	84,5	79,8	21,7	18,3	6,6	5,5
2021	84,8	80,3	22,0	18,8	7,0	5,8
2022	84,8	80,6	21,9	18,9	6,8	5,7
2023	85,1	81,0	22,3	19,4	7,1	6,0
2024	85,6	81,5	22,7	19,9	7,4	6,3

Fonte - Rapporto Istat 2025

L'aspettativa di vita segue una costante dinamica crescente e anche la flessione rilevata negli anni della pandemia da Covid, registratasi nel 2020, è stata progressivamente riassorbita.

Meno positivi sono, invece, i dati della vita in buona salute.

Il Rapporto ISTAT 2025 segnala come la vita in buona salute alla nascita abbia subito negli ultimi anni una flessione, nel 2024 è calcolata in 59,8 anni, età riallineata a quella del 2019.

In questo contesto, le donne risultano maggiormente penalizzate, dal momento che per loro la stima di 56,6 anni segna il minimo dell'ultimo decennio: in un solo anno le donne hanno perso 1,3 anni di vita in buona salute, ampliando il noto divario di genere a loro svantaggio (-3,2 anni) in controtendenza, quindi, rispetto alla migliore aspettativa di vita.

Esistono, inoltre, significative differenze geografiche che vedono penalizzato il Mezzogiorno, con i livelli più bassi (55,5 anni), rispetto al Centro e al Nord (rispettivamente 58,9 e 59,7 anni), con dati più negativi per le donne in tutte le aree e peggiori nel Mezzogiorno.

Speranza di vita in buona salute alla nascita (in anni)		
	Femmine	Maschi
2014	57.1	59,4
2015	57.5	59,2
2016	57.7	59,9
2017	57.8	59,8
2018	57.6	59,4
2019	57.6	59,8
2020	60.1	61,9
2021	59.3	61,9
2022	59.1	61,2
2023	57.9	60,5
2024	56.6	59,8

Fonte - Rapporto Istat 2025

Sebbene la disabilità sia una condizione che può attraversare tutte le età, le criticità sull'aspettativa di vita in buona salute possono incrementare il rischio di sfociare in situazioni di disabilità nell'età matura e anziana.

Il Rapporto dell'ISTAT rileva che nel 2023 le persone con disabilità¹ in Italia erano 2 milioni 904 mila, vale a dire il 5% della popolazione di cui 1 milione 690 mila donne, dato in leggero calo rispetto al rapporto tra le persone con disabilità e il totale della popolazione nel 2009.

Il 19,2% delle persone con disabilità ha più di 75 anni e in questo gruppo, le donne rappresentano il 21,9% mentre gli uomini sono il 19,2%. Nella classe di età 65-74 anni le persone con disabilità sono il 6,9%, anche in questo caso prevalgono le donne con il 7,3% rispetto agli uomini con il 6,5%.

Rispetto a età più giovani, la percentuale di disabilità è pari all'1,4% per chi ha meno di 44 anni e del 3,9% tra i 44 anni e i 64 anni. Per quanto riguarda il genere, fino ai 64 anni la presenza di disabilità è maggiore negli uomini, mentre dopo i 64 anni sono più numerose le donne con situazioni di disabilità.

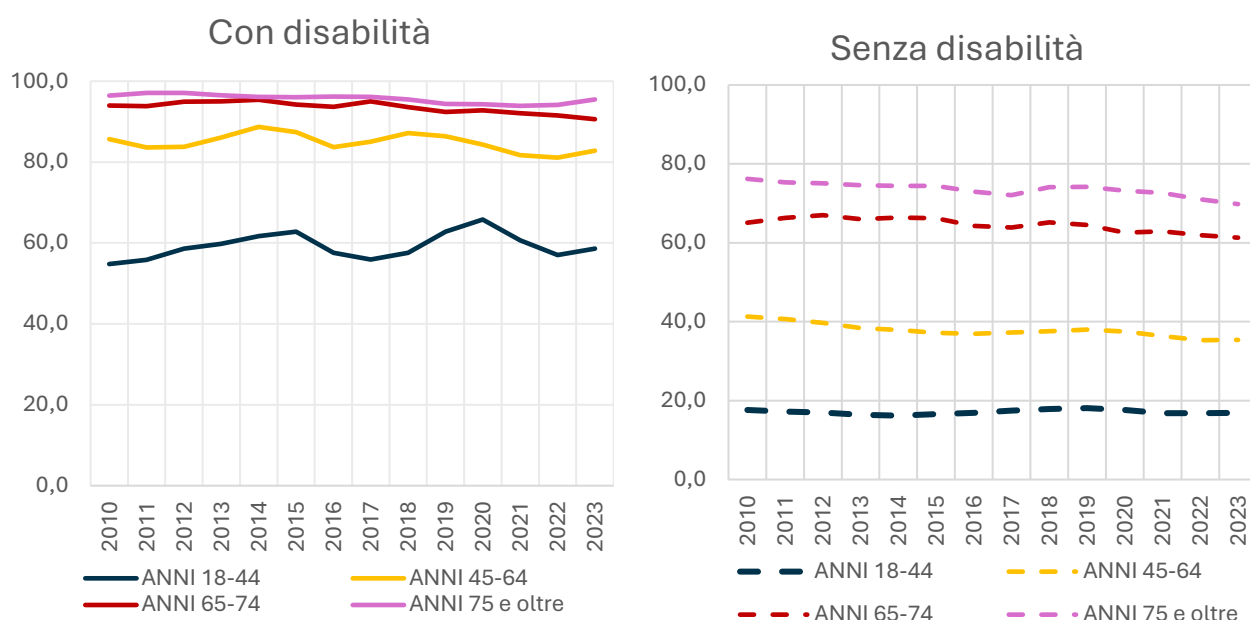
A livello territoriale, nelle Isole si registra la prevalenza più elevata, 6,4%, al Centro la percentuale scende al 5,2%, al Sud al 5,0% mentre si registrano dati inferiori al 5% al Nord (Nord-ovest 4,6% e nel Nord-est 4,4%).

¹ Vedi Rapporto Istat 2025 – Capitolo 2 Popolazione e Società <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/>

Nell'ambito dell'indagine europea sulla salute (Ehis)² condotta nel 2019 e pubblicata nel 2021³, l'Istat rilevava 3,8 milioni di anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale o in quelle della vita domestica, il 32,3% della popolazione con oltre 65 anni colpita da patologie croniche e multimorbilità e un milione di anziani con bisogni di assistenza o ausili in quanto non autonomi nella cura della persona.

Interessante è anche la disamina della salute della popolazione sotto il profilo di patologie croniche che possono essere osservate, con percentuali molto diverse, sia nella popolazione con disabilità sia nella popolazione senza disabilità.

Come prevedibile, la presenza di almeno una cronicità aumenta con l'età. Per la popolazione di oltre 75 anni con disabilità si riscontrano patologie croniche nel 90,5% dei casi mentre in quella senza disabilità nel 69,8%, con una progressione significativa a partire dai 65 anni.



Fonte: Rapporto ISTAT 2025 –

2.2 Cambiamenti sociali

I cambiamenti sociali in Italia e nel vecchio continente hanno riportato all'attenzione il tema che oggi definiamo della disabilità.

È, infatti, all'interno della società che si afferma un nuovo e differente approccio verso le persone considerate "diverse" rispetto a quelle definite "normali".

² L'Indagine europea sulla salute (Ehis) è prevista dal regolamento Ue n. 255/2018 della Commissione ed è condotta in tutti gli Stati dell'Unione Europea con l'obiettivo di definire indicatori di salute confrontabili a livello europeo sui principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione. La prossima edizione riguarderà l'anno 2025.

³ Report ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia" – anno 2019 <https://istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Dopo anni di invisibilità, le persone con disabilità “emergono” e si affacciano nella società, mostrando la loro fragilità, i limiti cognitivi, fisici e di aspettativa di vita e, allo stesso tempo, valorizzando le potenzialità di ogni singola persona.

Il dibattito sui diritti ha, quindi, compiuto oltre cinquanta anni ed ha vissuto differenti fasi e articolati approcci⁴.

L’evoluzione terminologica riflette i mutamenti sociali e concettuali in materia.

Il d.lgs. n.62 del 2024, attuativo della Legge delega n. 227 del 2021, analogamente al d.lgs. n.29 del 2024 attuativo della Legge delega n. 33 del 2023, si propongono l’obiettivo di una rilettura dell’intera materia.

2.3 Nuova definizione di condizione di disabilità

Per valorizzare le persone con disabilità, superando l’attuale sistema di accertamenti e tutele, le riforme si allineano alla definizione di disabilità dell’OMS, che considera i fattori ambientali e sociali oltre a quelli clinici. Quindi, con un approccio sociosanitario rilevante a cui devono corrispondere linee di politica sociale coerenti con tale approccio.

Si abbandona il concetto di perdita di capacità lavorativa (legge 118/1971) che permane per le prestazioni economiche tradizionali di carattere previdenziale.

Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, le definizioni da utilizzare risultano:

A) Condizione di disabilità

La disabilità è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri.

B) Persone con disabilità

Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con altri.

⁴ La svolta sociale sul tema è rappresentata dalla Legge n.118 del 1971 che definisce l’invalidità civile come una minorazione fisica, psichica o intellettuale con una riduzione della capacità lavorativa di almeno un terzo e, quindi, garantisce diritti e agevolazioni a chi rientra nei parametri previsti. Solo nel 1992 con la Legge n.104 viene riconosciuto lo status di persona con disabilità e introdotti supporti e permessi specifici per favorire l’integrazione e l’autonomia nella vita quotidiana inclusi permessi lavorativi per le persone con disabilità o per i familiari che se ne prendono cura oltre ad altri supporti (ADI, parcheggi, ecc.).

3. ORIENTAMENTI STRATEGICI DELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E DELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

3.1 Evoluzione strategica: dalla Carta Costituzionale alle riforme

I padri costituenti, durante l'elaborazione della Carta Costituzionale⁵, hanno discusso a lungo su come garantire i diritti delle persone che oggi definiremmo "fragili".

L'approccio adottato era prevalentemente orientato a garantire elementi essenziali di sopravvivenza, con particolare attenzione alla tutela del reddito e alla integrità psico-fisica della persona.

È in quel contesto, caratterizzato dalla presenza di "Assicurazioni pubbliche obbligatorie"⁶ con finalità sociali che si definiscono misure, per molti anni classificate come assistenziali, quali l'invalidità civile, l'accompagnamento e le erogazioni destinate alle persone non vedenti o con sordità.

Il consolidamento di tali misure, nell'ambito di una peculiare esperienza italiana di *Welfare*, si è concretizzato quasi vent'anni dopo, durante un profondo dibattito volto a superare l'assistenzialismo e giungere alla strutturazione di diritti sociali, alcuni correlati al rapporto di lavoro, altri a carattere universale.

3.2 Unicità valutativa

È rilevante segnare la discontinuità dell'approccio, non solo della metodologia valutativa ma anche dei soggetti e dei luoghi della valutazione.

Il legislatore ha inteso, infatti, sottoporre le persone, che si presume abbiano disabilità, ad una valutazione di carattere generale per definirne le caratteristiche e conseguentemente anche il diritto di accesso agli strumenti di supporto e di aiuto.

L'innovazione principale consiste, quindi, nella unicità della valutazione che ha come *output* non il mero diritto ad una prestazione, ma il riconoscimento della qualità e dell'impatto della disabilità e della non autosufficienza in relazione alla "normalità" dello svolgimento delle attività e relazioni quotidiane.

È in questa "unificazione della valutazione" con correlata unicità del certificato di disabilità, uno degli approcci più innovatori delle Riforme.

L'approccio onnicomprensivo senza distinzione sostanziale⁷ per età e per tipologia medico/psichica della disabilità e della non autosufficienza, non ha come primo esito il diritto o meno ad una prestazione quanto

⁵L'art.117 della Costituzione prevede, tra le materie oggetto di legislazione esclusiva dello Stato la "determinazione dei **livelli essenziali delle prestazioni** concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (secondo comma, lettera *m*). Tra essi rientrano i **LEPS** (livelli essenziali delle prestazioni sociali), che sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione e eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (art.1, comma 159, Legge 234/2021-Legge di Bilancio 2022). Nell'ambito dei LEPS rientrano i servizi sociali e i servizi sociosanitari rivolti alle persone non autosufficienti.

L'art. 3 della Costituzione prevede che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla Legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politica, di condizioni personali e sociali.

⁶ L'art.38 della Costituzione stabilisce il diritto dei cittadini all'assistenza sociale e il diritto dei lavoratori di avere mezzi adeguati in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia e disoccupazione involontaria, affidando le responsabilità di questi compiti agli Organi e Istituti predisposti dallo Stato.

⁷La Riforma della non autosufficienza differenzia i soggetti, i luoghi della valutazione per gli ultrasessantenni per i quali il medico certificatore presume una diagnosi di non autosufficienza

una valutazione della persona nel suo complesso. Da questa valutazione "globale" possono derivare uno o più diritti e un Progetto di vita, o, in relazione alla non autosufficienza degli ultrasessantenni, il Piano Assistenziale Individualizzato.

4. SINTESI DEI PROFILI GIURIDICI DELLA RIFORMA DELLA DISABILITA' E DELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

4.1 Riforma della disabilità

Nella Legge n.227 del 2021⁸ "Delega al Governo in materia di disabilità" vengono individuati alcuni ambiti, all'interno di ciascuno dei quali sono previsti specifici principi e criteri direttivi riguardanti la definizione delle condizioni di disabilità⁸ e il riassetto e semplificazione della normativa di settore, tra cui:

- l'accertamento della disabilità e la revisione dei suoi processi valutativi di base;
- la valutazione multidimensionale della disabilità, la realizzazione del progetto personalizzato e di vita indipendente;
- la riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e di accessibilità;
- l'istituzione di un Garante nazionale della disabilità;
- il potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il decreto legislativo n. 62 del 2024, entrato in vigore il 30 giugno 2024, ha riformato la disciplina riguardante la definizione e l'accertamento della condizione di disabilità, modificando la L. n. 104 del 1992. Secondo le nuove disposizioni, è persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base. La persona con disabilità ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo, correlata ai domini della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie. La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio, mentre il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato (art. 3).

La valutazione di base è il procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità e all'accertamento delle seguenti condizioni e fattispecie: invalidità civile; cecità civile; sordità civile; sordocecità; disabilità in età evolutiva al fine dell'inclusione scolastica; disabilità al fine dell'applicazione della cosiddetta disciplina lavoristica sul collocamento obbligatorio; presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza sanitaria; elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima; requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali o relative alla mobilità, nonché ad ogni altra prestazione prevista, conseguenti all'accertamento dell'invalidità.

La nuova disciplina ha introdotto anche i concetti di progetto di vita e valutazione multidimensionale.

⁸ Fonte: Dossier del Servizio Studi della Camera dei Deputati "Politiche per la non autosufficienza e la disabilità"

Per **progetto di vita** si intende il progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

Per **valutazione multidimensionale** si intende il procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita.

La nuova disciplina ha previsto una fase di sperimentazione volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e Centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione di base (art. 33, comma 1) e delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale ed al progetto di vita (art.33, c.2).

La fase di sperimentazione prevedeva inizialmente una durata di dodici mesi, a partire dal 1° gennaio 2025. La durata è stata estesa a ventiquattro mesi dall'articolo 19-quater, comma 2, lett. c), del D.L. n. 202 del 2024 (L. n. 15 del 2025). Di conseguenza, è attualmente previsto che la nuova disciplina entrerà in vigore in tutto il territorio nazionale a partire dal 1° gennaio 2027. Fino al 31 dicembre 2026 continueranno a essere applicate le disposizioni previgenti per le Province non rientranti nella sperimentazione relativa alla valutazione sanitaria (si rimanda, in proposito, alla circolare INPS n. 42 del 17/02/2025 che illustra l'iter procedurale di riconoscimento delle fasi sanitaria e concessoria dell'invalidità civile).

L'articolo 12 del d.lgs. n. 62 del 2024, entro il 30 novembre 2026 prevede l'adozione di un Regolamento del Ministro della salute che, sulla base delle classificazioni ICD e ICF e in conformità con la nuova definizione di disabilità, provveda all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992.

In attesa del citato decreto, il comma 7-bis dell'articolo 9 del D.L. n. 71 del 2024, ha stabilito l'adozione, per consentire lo svolgimento della fase di sperimentazione, di un regolamento, con decreto del Ministro della salute, sui criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla (le c.d. tre patologie).

Tale regolamento è stato adottato con decreto del Ministro della salute 10 aprile 2025, n. 94.

Successivamente, sempre ai fini della sperimentazione, il comma 3 dell'articolo 19-quater del D.L. n. 202 del 2024 ha previsto l'adozione di un regolamento sui criteri per l'accertamento della disabilità connessa all'artrite reumatoide, alle cardiopatie, alle broncopatie e alle malattie oncologiche.

4.2 Riforma in favore delle persone anziane

La Legge. n. 33 del 2023 reca e disciplina alcune deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane⁹. Il provvedimento muove dal riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e dal principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente.

Grazie a tale semplificazione e all'istituzione dei "Punti Unici di Accesso" (PUA) diffusi sul territorio, si potrà effettuare, in una sede unica, una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "Progetto Assistenziale Individualizzato" (PAI) che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

In attuazione degli articoli 3, 4 e 5 della Legge delega è stato emanato dal Governo il d.lgs. n. 29 del 2024, contenente disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Innanzitutto, il decreto definisce "persona anziana" la persona che ha compiuto 65 anni e "persona grande anziana" la persona che ha compiuto 80 anni; per persona anziana non autosufficiente, inoltre, si deve intendere la persona anziana che, anche in considerazione dell'età, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale.

Il decreto prevede lo svolgimento di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, su temi di interesse pubblico e sociale e la promozione del lavoro agile per i soggetti anziani. Inoltre, sono previsti degli interventi intesi a favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, lo scambio intergenerazionale, la solidarietà tra le generazioni e il rispetto nei confronti degli anziani e iniziative e misure da parte del Ministero del turismo, finalizzate in via principale a favorire il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile delle persone anziane. Sono previsti anche interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali; le relative linee guida devono essere predisposte dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA). Sono previste attività, in favore delle persone anziane, di formazione delle competenze digitali e di supporto nell'utilizzo dei servizi in via digitale delle Pubbliche Amministrazioni.

Il decreto stabilisce la promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, finalizzate a consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio, con prioritario riferimento alla persona cd. "grande anziana", affetta da almeno una patologia cronica.

L'art.21 del citato d.lgs. - che si applica solo alle persone che abbiano compiuto i 70 anni di età - definisce l'articolazione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), costituito

⁹ Fonte: Dossier del Servizio Studi della Camera dei Deputati " Politiche per la non autosufficienza e la disabilità"

dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

I soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA sono le Amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'INPS, le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS). Il CIPA si avvale delle risultanze delle attività di monitoraggio relative al complesso dei servizi e delle prestazioni erogate dai soggetti che compongono lo SNAA al fine di promuovere, in raccordo con la cabina di regia per la determinazione dei Livelli Essenziali di Prestazione LEP, una migliore armonizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e allocazione delle relative risorse, l'adozione di strumenti di pianificazione e di programmazione multisettoriali, l'organizzazione e realizzazione integrata degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti.

Il decreto stabilisce che, nell'ambito dei Punti Unici di Accesso (PUA), deve essere assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata.

L'accesso ai servizi e ai processi valutativi garantiti tramite i PUA (che hanno sede presso le articolazioni del SSN denominate "Case della comunità") è assicurato alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

- persona affetta da almeno una patologia cronica;
- persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

La valutazione è effettuata su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali - dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del Servizio sanitario nazionale, che indirizza l'interessato al PUA. Sulla base della valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) si procede alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

4.3 Comparazione delle definizioni, finalità e criteri valutativi delle due Riforme

DISABILITA'	ANZIANI ULTRASETTANTENNI
NUOVA DEFINIZIONE	
«Una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri» (Art. 2, comma 1, D. lgs. 62/2024). Compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale di lunga durata e suscettibile di modificazioni, non necessariamente definitiva. La permanenza va intesa non come inemendabilità assoluta della malattia, ma come obiettiva impossibilità di definirne la durata o la guarigione o il miglioramento. La permanenza non deve essere confusa con il concetto di irreversibilità	E' definita «persona anziana non autosufficiente» quella che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234; art. 2 comma 1 d.lgs. 29/2024
FINALITA'	
«... assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti ...».	(ar.1 d.lgs.29/2024 Il decreto reca disposizioni volte a promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, anche attraverso l'accesso alla valutazione multidimensionale unificata, a strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e la coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento, nonché volte a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili, e ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti.
CRITERI VALUTATIVI	
Il decreto Legislativo n. 62/ 2024 stabilisce che la valutazione di base accerta la condizione di disabilità e l'intensità dei sostegni necessari, utilizzando le classificazioni internazionali ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie), ICF (Classificazione	N.B. PER GLI ANZIANI RESTANO IN VIGORE LE PROCEDURE E LE MODALITÀ VIGENTI E CONSEGUENTEMENTE IL WHODAS NON SI APPLICA.

Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità unitamente al WHODAS. ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie) fornisce una <<diagnosi>> delle malattie e dei disturbi. L'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) fornisce informazioni relative al funzionamento. L'associazione di informazioni sulla diagnosi (ICD) e sul funzionamento (ICF) fornisce un quadro più ampio e significativo della salute delle persone o delle popolazioni. L'ICF permette all'utilizzatore di registrare degli utili profili del funzionamento, della disabilità e della salute dell'individuo in vari domini. I domini sono descritti dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali: 1) Funzioni e Strutture Corporee 2) Attività e Partecipazione L'ICF elenca anche i fattori ambientali che interagiscono con tutti questi costrutti. In definitiva l'ICF consente di valutare ad es. quello che una persona con una malattia o un disturbo fa o può fare ICF (Componenti) Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche). Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti. La partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita. Le limitazioni dell'attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività. I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule) Il WHODAS è un questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità, non dipendente dalla diagnosi medica e che viene somministrato all'interessato da un intervistatore. Valuta il funzionamento dell'individuo in sei domini di attività: 1.comprendere e comunicare 2.spostamenti 3.cura personale 4.interagire con le persone 5.attività quotidiane 6.vita sociale. Al termine del questionario viene elaborato tramite software un punteggio "complesso" in una scala che va da 0 a 100 (dove 0 = nessuna disabilità e 100 = disabilità totale).	
---	--

4.4 Prestazione Universale

L'articolo 34 del d.lgs. n. 29 del 2024 istituisce, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, una prestazione universale¹⁰ per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

L'INPS provvede all'erogazione della prestazione universale che viene riconosciuta, previa espressa richiesta, alla persona anziana non autosufficiente in possesso dei seguenti, ulteriori requisiti:

- un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- un livello di bisogno assistenziale gravissimo;
- un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a 6.000 euro;
- la titolarità dell'indennità di accompagnamento (di cui all'articolo 1, comma 1, della Legge n. 18 del 1980 - Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili), ovvero il possesso dei requisiti necessari per l'ottenimento di essa.

La prestazione universale, esentata da imposizione fiscale e non assoggettabile a pignoramento, viene erogata su base mensile ed è composta da:

- una quota fissa monetaria corrispondente all'indennità di accompagnamento (prevista dall'articolo 1 della L. n. 18 del 1980);
- una quota integrativa definita "assegno di assistenza", pari a 850 euro mensili finalizzata a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o l'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale, che coinvolge gli enti territoriali e locali per specifici ambiti.

Quando fruita, la prestazione universale assorbe l'indennità di accompagnamento e le ulteriori prestazioni previste dall'art.1, comma 164, della Legge n.234/2021 (ovvero i contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento), per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.

¹⁰ Fonte: Dossier del Servizio Studi della Camera dei Deputati "Politiche per la non autosufficienza e la disabilità"

Prestazione Universale								
Mese	Domande presentate	Domande analizzate	Domande annullate	Respinte per motivi amministrativi	Respinte per motivi sanitari	Domande valide	Numero domande accolte	% Domande accolte
gen-25	824	645	73	126	137	572	309	54,02%
feb-25	1.079	877	59	132	216	818	470	57,46%
mar-25	874	684	40	115	175	644	354	54,97%
apr-25	536	413	29	80	93	384	211	54,95%
mag-25	565	463	31	75	98	432	259	59,95%
giu-25	558	436	22	89	98	414	227	54,83%
lug-25	426	311	19	65	52	292	175	59,93%
ago-25	142	103	7	24	20	96	52	54,17%
set-25	248	180	11	48	32	169	89	52,66%
ott-25	225	153	9	30	31	144	83	57,64%
nov-25	227	130	7	32	23	123	68	55,28%
dic-25	170	75	8	24	8	67	35	52,24%
gen-26	136	50	7	9	11	43	23	53,49%
feb-26	253	50	6	6	10	44	28	63,64%
mar-26	1	0	0	0	0	0	0	-
Totale	6.264	4.570	328	855	1.004	4.242	2.383	56,18%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale

I requisiti per poter usufruire di tale prestazione sono così restrittivi che la sperimentazione ne ha evidenziato la assoluta marginalità. I requisiti richiesti sono il risultato di un inadeguato e esiguo finanziamento.

5. NUOVE MODALITA' SEMPLIFICATE DI VALUTAZIONE SANITARIA E DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E AI SERVIZI

5.1 Nuove modalità di processo semplificato

Nell'ambito delle riforme, il riconoscimento della disabilità e della non autosufficienza, di cui l'INPS diventa titolare unico¹¹, avviene in un quadro di valutazione più ampio che, da un lato, consente una maggiore semplificazione dell'intero processo e, dall'altro, tiene conto non solo degli aspetti medico-legali ma anche delle dimensioni sociali e psicologiche del cittadino. In particolare, il nuovo processo prevede:

5.1.1 Certificato medico introduttivo

Il procedimento amministrativo per la valutazione di base si attiva direttamente con la trasmissione del certificato medico introduttivo da parte di un medico certificatore (artt.6-8 d.lgs. 62/2024)¹².

5.1.2 Valutazione di base: INPS titolare unico

L'INPS diviene titolare unico del riconoscimento della disabilità e della non autosufficienza¹³ e ciò consente una maggiore unificazione del processo. La valutazione di base è effettuata dall'Unità di Valutazione di Base (UVB) costituita da:

- 2 medici nominati dall'INPS, di cui uno specializzato in medicina legale (o altra specializzazione o con comprovata esperienza, che abbia svolto attività per almeno 1 anno in organi di accertamento dell'Istituto) che riveste il ruolo di Presidente;
- 1 medico in rappresentanza delle associazioni di categoria;
- 1 figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali.

5.1.3 Fascicolo Sanitario Elettronico

Il certificato medico introduttivo e il certificato definitivo (ex verbale) digitalmente firmati, saranno integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) così da garantirne al cittadino una consultazione facile e veloce.

5.1.4 Questionario WHODAS

La somministrazione del questionario «WHODAS», ai maggiorenni disabili, consente di valutare l'impatto della disabilità sui vari aspetti della vita quotidiana. Ciò garantisce una visione completa e multifattoriale della condizione di disabilità così da identificare le aree specifiche per le quali pianificare interventi mirati. Nella fase sperimentale tale questionario è somministrato unicamente per le persone maggiorenni affette dalle tre patologie: diabete, sclerosi multipla e autismo.

¹¹ Fatto salvo per gli ultrasessantenni non autosufficienti

¹² Fatto salvo per gli ultrasessantenni non autosufficienti che continuano ad essere valutati dalla Commissione medica del SSN, tranne che nei territori in C.I.C.

¹³ Fatto salvo per gli ultrasessantenni non autosufficienti

5.1.5 Progetto di vita- Piano Assistenziale Individualizzato

Ove il cittadino ne faccia richiesta, il riconoscimento della condizione di disabilità consente l'elaborazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Progetto di Vita o del Piano Assistenziale Individualizzato (per gli ultrasessantenni non autosufficienti), ossia un percorso individualizzato garantito dallo Stato, dalle Regioni e dagli Enti locali. In particolare, consente la pianificazione di interventi mirati e personalizzati, che tengono conto delle specifiche esigenze, aspirazioni e potenzialità della persona con disabilità, con l'obiettivo di migliorarne la qualità della vita, rimuovendo gli ostacoli alla partecipazione attiva nella società.

5.1.6 Codici ICF e ICD-10

La diagnosi medica (ICD 10) viene combinata con la valutazione del funzionamento e della partecipazione sociale (ICF) della persona con disabilità così da garantire una visione complessiva della salute e del benessere della persona disabile.

6. DUE RIFORME E DUE METODI DI ACCERTAMENTO SANITARIO

6.1 Nella transizione

Le disposizioni normative e procedurali relative al procedimento di accertamento sanitario dell'invalidità civile e della disabilità – ancora vigente nelle province che non stanno sperimentando la Riforma della disabilità - sono contenute nella circolare INPS n. 42 del 2025.

Tale sistema - che, di seguito, si riporta in sintesi - è stato introdotto dal 1° gennaio 2010 ed è attualmente in vigore nelle Province che non rientrano nella sperimentazione prevista dal d.lgs. n.62/2024, in attesa che la nuova disciplina di accertamento della disabilità, si estenda dal 1° gennaio 2027, su tutto il territorio nazionale.

La domanda di riconoscimento dello status di invalido civile, cieco civile, sordo o persona con disabilità deve essere inoltrata all'INPS esclusivamente per via telematica, integrata dai dati socioeconomici necessari per procedere all'erogazione della prestazione.

La domanda può essere presentata direttamente dal cittadino o anche tramite i Patronati o le Associazioni di categoria. In particolare, dai dati riferiti al biennio 2024-2025, si evince come il ricorso al Patronato, che rappresenta, in generale, il canale di consulenza, assistenza e tutela maggiormente utilizzato dai cittadini nel momento di richiesta di prestazioni, sia percentualmente molto significativo quando le prestazioni richieste sono proprio quelle relative all'invalidità civile e alla disabilità, che sono strettamente attinenti con questioni sanitarie e ed economiche, molto delicate per la vita di soggetti colpiti da fragilità e disagio. Nel 2024 le domande presentate dal sistema Patronati rappresentano l'85.3% del totale e nel 2025 continuano ad attestarsi su percentuali significative pari all'80%.

La flessione registrata è dovuta evidentemente ai cambiamenti introdotti dal d.lgs. 62/2024 nelle province di sperimentazione che hanno visto, a partire dal 1° gennaio 2025, i Patronati, unitamente al loro ruolo, estromessi dalla fase iniziale di richiesta di accertamento sanitario all'INPS finalizzato proprio al riconoscimento delle prestazioni di invalidità civile e disabilità.

Pratiche presentate								
Argomento	2024				2025			
	Patronato	% su tot.	Cittadino	% su tot.	Patronato	% su tot.	Cittadino	% su tot.
Invalidità Civile	706.59	85,3	122.173	14,7	751.664	80,0	188.428	20,0

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Tecnologica, Informatica e Innovazione

L'invio della domanda deve essere preceduto dal certificato medico introduttivo, attestante la natura delle infermità e/o delle patologie invalidanti, che deve essere compilato ed inviato telematicamente dal "medico certificatore" su apposita modulistica predisposta dall'INPS.

L'INPS, una volta ricevuta la richiesta di accertamento sanitario, la invia alla Commissione medica (della Struttura Sanitaria o dell'INPS nei territori dove esiste una convenzione per l'accertamento dei requisiti

sanitari) competente territorialmente, che dovrebbe disporre l'effettuazione della visita entro un tempo massimo di 30 giorni oppure, in presenza di patologie oncologiche, entro 15 giorni.

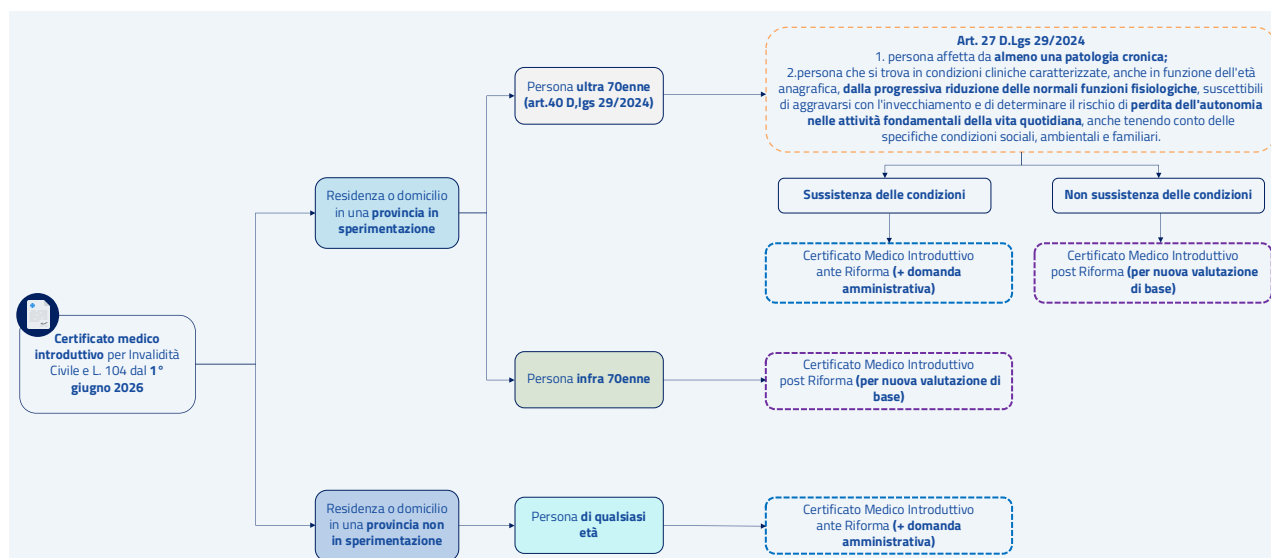
Dal 2020¹⁴ esiste la possibilità di richiedere la cosiddetta "visita agli atti" attraverso un'apposita procedura informatica, allegando alla domanda – contestualmente all'invio o anche in un momento successivo - adeguata documentazione sanitaria.

La Commissione (se delle strutture sanitarie, integrata da un medico dell'INPS quale componente effettivo dal 1° gennaio 2010), una volta effettuati i controlli sanitari, sia sulla base dei soli documenti inviati dal cittadino o dal Patronato, sia attraverso la visita diretta, ed espresso il proprio giudizio medico-legale, stabilisce la percentuale di invalidità riportando l'esito in un verbale.

Terminata la fase degli accertamenti sanitari, l'INPS invia al cittadino il verbale della visita definitivo per ciascun accertamento di invalidità civile e di disabilità. Se il giudizio finale della Commissione prevede l'erogazione di provvidenze economiche, l'INPS liquiderà direttamente la prestazione ai cittadini con decorrenza, in generale, dal mese successivo alla data di presentazione della domanda di accertamento sanitario.

Dal 1° giugno 2026, in applicazione della Legge n.50 del 2026, lo stesso procedimento viene eseguito in tutte le province, comprese quelle in sperimentazione, anche per l'accertamento sanitario degli ultra70enni non autosufficienti, secondo il diagramma il flusso e le competenze, di seguito riportati:

Flusso e competenza SSN/INPS nella valutazione sanitaria



Dal 1° giugno 2026, la procedura dedicata ai medici certificatori offrirà una maschera nella quale, sulla base dell'età della persona richiedente, dovrà essere indicato se la stessa è in possesso di una patologia cronica e della progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche.

¹⁴ Art. 29ter del Decreto-legge n.76/2020, convertito dalla Legge n.120/2020

Procedura dedicata ai medici certificatori dal 1° giugno 2026

Medici abilitati – Invio certificati invalidità civile	
Compilazione certificato invalidità civile	
Cognome Nome Medico	Provincia e Numero iscrizione all'Ordine
Anagrafica richiedente	
Codice fiscale	Nome
Cognome	Data di nascita
Sesso	Comune di nascita
Provincia di nascita	
Residenza	
Provincia	Comune
Indirizzo	Numero civico
CAP	
Domicilio	
Il richiedente è domiciliato presso un indirizzo diverso dalla residenza? SI NO	
Provincia	Comune
Indirizzo	Numero civico
CAP	
Condizioni di non autosufficienza	
Il richiedente è in possesso di una o entrambe le condizioni di seguito riportate? SI NO	
^(*) Persona affetta da almeno una patologia cronica (art.27 c.2 lettera a) D.Lgs 29/2024 SI NO	
^(*) Persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari (Art.27 c.2 lettera b) D.Lgs 29/2024 SI NO	

In presenza di entrambe le condizioni il medico sarà indirizzato alla vecchia procedura per compilare il Certificato Medico Introduttivo (Mod.C) e riceverà un avviso per ricordare al suo assistito di presentare la domanda amministrativa; mentre in presenza di una o nessuna delle condizioni il medico sarà indirizzato alla nuova procedura per compilare il Certificato Medico Introduttivo per la valutazione di base.

Non si tratta di una dichiarazione di non autosufficienza che sarà eventualmente certificata dalla commissione alla fine dell'accertamento sanitario.

6.2 L'esperienza delle C.I.C.

Con lo scopo di semplificare la fase sanitaria dell'invalidità civile, la Legge¹⁵ ha previsto che l'INPS possa stipulare, con le Regioni e le strutture sanitarie, convenzioni per accentrare, nell'Istituto stesso, tutta la fase sanitaria del procedimento di riconoscimento dell'invalidità civile (C.I.C.), razionalizzando, in tal modo, l'iter sanitario al fine di contrarre i tempi dell'intero procedimento.

Riguardo all'attività di valutazione medico legale, alle C.I.C. si applicano le disposizioni di legge che già regolano l'attività delle Commissioni delle strutture sanitarie e i medici delle stesse sono sostituiti da medici appartenenti all'INPS.

Attualmente, nelle province di Avellino, Benevento, Latina, Rieti, Trapani e Viterbo, le vecchie convenzioni sono attive fino al 31 dicembre 2026, dopodiché potranno essere rinnovate. Le vecchie convenzioni sono, invece, scadute e soggette al rinnovo della nuova Convenzione, nelle province di Caserta, Catanzaro,

¹⁵ Art. 18, comma 22, del Decreto Legg n. 98/2011

Cosenza, Crotone, Frosinone, Matera, Messina, Pordenone, Potenza, Reggio Calabria, Roma, Salerno, Venezia, Verona e Vibo Valentia.

Nelle sedi C.I.C. in cui la Convenzione tra Regione, strutture sanitarie e INPS risultava già attiva, è stato predisposto un nuovo testo di convenzione approvato dal C.d.A. con delibera n.76 del 13 maggio 2026, finalizzato all'adeguamento alla recente evoluzione normativa e alla sua applicazione limitata alla platea degli anziani ultra settantenni non autosufficienti.

La nuova Convenzione disciplina l'affidamento all'INPS delle funzioni di accertamento sanitario per le prestazioni di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità, con riferimento esclusivo agli anziani rientranti nel perimetro definito dal d.lgs. 29/2024. Pertanto, le attività di accertamento saranno svolte dall'INPS, anche con risorse sociosanitarie e/o economiche messe a disposizione dalle strutture sanitarie sulla base delle convenzioni.

7. PRESTAZIONI INPS

7.1 Prestazioni previdenziali di invalidità

Rilevante è anche l'attività dell'INPS in materia di prestazioni di invalidità di natura previdenziale in quanto correlate all'attività lavorativa e all'assicurazione IVS (Invalidità Vecchiaia e Superstiti). Le prestazioni vigenti nel 2024 rientranti in tale perimetro e riferite complessivamente ai lavoratori dipendenti del settore privato e pubblico, ai lavoratori autonomi, ai parasubordinati e ad altre tipologie, sono state 841.275 con una prevalenza di titolari maschi in tutte le categorie (il 58%), in controtendenza rispetto al dato delle invalidità civili.

Pensioni IVS vigenti – Invalidità						
TRATTAMENTI PENSIONISTICI	2023			2024		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fondo pensioni lavoratori dipendenti	207.094	269.088	476.182	199.410	267.546	466.956
Dipendenti pubblici	79.020	118.633	197.653	76.557	117.795	194.352
Lavoratori Parasubordinati – escluse pens. Suppl	647	1.589	2.236	687	1.682	2.369
Lavoratori Parasubordinati –pens. Suppl	384	533	917	625	832	1.457
Lavoratori autonomi	72.449	98.102	170.551	65.577	94.448	160.025
Altre previdenziali	7.102	8.600	15.702	7.382	8.734	16.116
Totale	366.696	496.545	863.241	350.238	491.037	841.275

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale

Il totale di pensioni di invalidità previdenziali liquidate nel biennio 2023-2024 si attesta su 138.402 prestazioni e anche in questo caso si conferma il maggior numero di titolari fra i maschi.

Pensioni IVS liquidate – Invalidità						
TRATTAMENTI PENSIONISTICI	2023			2024		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fondo pensioni lavoratori dipendenti	16.298	26.628	42.926	19.633	32.501	52.134
Dipendenti pubblici	1.775	2.850	4.625	1.574	2.567	4.141
Lavoratori Parasubordinati – escluse pens. Suppl	143	280	423	162	353	515
Lavoratori Parasubordinati –pens. Suppl	187	255	442	283	371	654
Lavoratori autonomi	4.246	11.124	15.370	3.827	10.103	13.930
Altre previdenziali	730	844	1.574	772	896	1.668
Totale	23.379	41.981	65.360	26.251	46.791	73.042

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale

7.2 Prestazioni sociali

Nel 1968, con le Leggi n. 406 e 482, vengono istituite l'indennità di accompagnamento per i ciechi civili¹⁶ e il sistema di collocamento obbligatorio, poi abrogato e sostituito dal concetto di "collocamento mirato", introdotto dalla Legge n.68 del 1999.

La più recente definizione di "invalido civile", per cause che non dipendono da eventi di guerra, di lavoro o di servizio, è contenuta nell'art. 2 della Legge n. 118 del 1971: "si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età [...]".

Per ciascuna patologia o menomazione riconosciuta viene attribuita una percentuale compresa tra un minimo del 34% e un massimo del 100%: con una percentuale compresa tra il 74% e il 99% si parla di "invalido civile parziale" e, invece, di "invalido civile totale" se viene riconosciuto il 100%.

In base all'art. 6 del d.lgs. n. 509 del 1988, per i soggetti ultra-sessantasettenni, salvo ulteriori aumenti dell'età anagrafica per effetto dell'adeguamento alla speranza di vita, e per i minori di 18 anni, la valutazione del grado di invalidità civile concerne la difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Dal riconoscimento del diverso grado di invalidità civile derivano prestazioni di natura assistenziale, di tipo economico (indennità, assegni o pensioni, non reversibili), ma anche benefici non economici:

- fino al 33%: nessuna prestazione;
- dal 34% al 45%: ausili e protesi, correlati alla diagnosi indicata nel verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e forniti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dal 46%: iscrizione alle liste speciali dei Centri per l'Impiego per il collocamento mirato;
- dal 51%: congedo per cure per una durata massima di 30 giorni, anche frazionati, concesso, ogni anno, su richiesta dell'invalido e sulla base di certificazione sanitaria di struttura pubblica;
- dal 67%: esenzione dal ticket sanitario e dall'obbligo della reperibilità oraria per le visite fiscali, agevolazioni per il pagamento di abbonamenti per il trasporto pubblico, per le graduatorie delle case popolari, ecc.;
- dal 74%: assegno mensile di invalidità (fino ai 67 anni), in base ai requisiti reddituali;
- dal 100%: pensione di invalidità civile (fino ai 67 anni di età), in base ai requisiti reddituali;
- dal 100%: l'indennità di accompagnamento nei casi in cui il soggetto invalido non riesca a deambulare o a compiere gli atti della vita quotidiana in maniera autonoma.

¹⁶ per i ciechi civili era stato previsto un "Assegno a vita" dalla L. n.632/1954, poi modificata dalla L. n.66/1962 che ha introdotto la pensione

Si ricordano anche l'indennità di frequenza per i minori di 18 anni, l'indennità di comunicazione per i sordi, il contrassegno invalidi, le agevolazioni fiscali, la *Disability card*, il contributo genitori monoreddito o disoccupati con figli disabili, ecc.

Inoltre, a decorrere dall'anno 2002, ai lavoratori sordomuti e agli invalidi per qualsiasi causa, con una percentuale di invalidità superiore al 74%, è riconosciuto, a domanda, per ogni anno di lavoro effettivamente svolto presso pubbliche Amministrazioni o aziende private ovvero cooperative, il beneficio di due mesi di contribuzione figurativa utile ai soli fini del diritto alla pensione e dell'anzianità contributiva, fino al limite massimo di cinque anni di contribuzione figurativa¹⁷.

Il riconoscimento di una percentuale di invalidità civile pari almeno al 74%, in presenza di altri requisiti contributivi e anagrafici, è utile anche per richiedere l'Ape sociale, indennità economica che viene erogata fino al raggiungimento dell'età per la pensione di vecchiaia, la pensione anticipata per lavoro precoce o la pensione "opzione donna" (con requisiti maturati al 31.12.2024).

Tra le prestazioni sociali si annoverano, altresì, l'Assegno Unico Universale, il Congedo straordinario e i permessi mensili, finalizzati a sostenere i lavoratori dipendenti che assistono familiari disabili gravi consentendo una più o meno ampia possibilità di astenersi dal lavoro.

Nel 2024 il totale delle prestazioni in essere/vigenti riferite alle indennità di accompagnamento¹⁸ e alle pensioni di invalidità civile¹⁹ è stato di 3.414.007 unità con un incremento di 198.034 soggetti rispetto al 2022. Le indennità di accompagnamento nel 2024 sono state 2.361.982 e le pensioni di invalidità civile 1.052.025.

Tra i titolari delle prestazioni prevalgono le donne, con il 57,9% sul totale, mentre raggiungono il 53% per le sole pensioni di invalidità civile e il 60% per le indennità di accompagnamento.

Invalidità Civile (Vigenti)									
Prestazioni	2022			2023			2024		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Indennità di accompagnamento	1.341.638	863.737	2.205.375	1.367.237	901.061	2.268.298	1.419.339	942.643	2.361.982
Pensioni di invalidità civile	537.747	472.851	1.010.598	545.974	483.682	1.029.656	559.934	492.091	1.052.025
Totale	1.879.385	1.336.588	3.215.973	1.913.211	1.384.743	3.297.954	1.979.273	1.434.734	3.414.007

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale

L'andamento delle liquidazioni segnala nel 2024 n. 505.367 indennità di accompagnamento e n.144.383 pensioni di invalidità civile con un costante aumento rispetto agli anni precedenti.

¹⁷ Legge n. 388/200, art. 80 c. 3

¹⁸ Per l'indennità di accompagnamento è richiesto che la persona non sia in grado di deambulare o di compiere le attività quotidiane della vita.

¹⁹ Il dato sulle pensioni di invalidità civile comprende l'invalidità superiore a 74%, la cecità e la sordità. La pensione viene riconosciuta tra i 18 e i 67 anni di età e l'erogazione è collegata alle condizioni economiche del soggetto.

Invalidità Civile (Liquidate)						
Regione	2023			2024		
	Indennità	Pensioni	Totale	Indennità	Pensioni	Totale
Abruzzo	11.071	3.090	14.161	11.940	3.431	15.371
Basilicata	5.511	1.662	7.173	5.388	1.821	7.209
Calabria	21.526	8.948	30.474	23.804	10.197	34.001
Campania	52.876	22.002	74.878	54.476	23.554	78.030
Emilia-Romagna	32.955	5.750	38.705	32.337	6.256	38.593
Friuli-Venezia Giulia	8.381	1.452	9.833	9.274	1.602	10.876
Lazio	51.343	13.387	64.730	59.627	16.166	75.793
Liguria	12.992	2.520	15.512	13.618	2.828	16.446
Lombardia	69.620	13.456	83.076	69.321	13.970	83.291
Marche	13.599	2.673	16.272	14.071	2.934	17.005
Molise	2.742	722	3.464	3.008	853	3.861
Piemonte	27.901	5.554	33.455	28.910	6.403	35.313
Puglia	43.999	16.393	60.392	47.296	18.247	65.543
Sardegna	15.621	4.695	20.316	13.581	4.060	17.641
Sicilia	40.824	16.113	56.937	45.719	17.871	63.590
Toscana	27.824	4.980	32.804	27.683	5.284	32.967
Umbria	9.872	2.375	12.247	10.081	2.548	12.629
Veneto	32.815	5.959	38.774	35.233	6.358	41.591
Italia	481.472	131.731	613.203	505.367	144.383	649.750

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale

La regione con il maggiore numero di nuovi riconoscimenti (prestazioni liquidate) nell'anno è la Lombardia, seguono la Campania, il Lazio, la Puglia e la Sicilia.

Per quanto riguarda, invece, le Prestazioni agli invalidi civili con età inferiore ai 18 anni, nel 2024 risultano 81.471 indennità di frequenza²⁰ destinate alle femmine e 149.685 indennità di frequenza destinate ai maschi.

Significativo risulterà analizzare l'andamento di tali prestazioni nel 2025 (dati ancora non disponibili) comparativamente nei territori di sperimentazione e in quelli, nello stesso periodo, non ancora coinvolti.

²⁰ L'indennità di frequenza è una prestazione mensile erogata dall'INPS in favore dei minori di 18 anni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età, e ai minori ipoacusici, in presenza dei requisiti sanitari e amministrativi previsti dalla Legge, finalizzata all'inserimento scolastico e sociale

8. "PROGETTO INNOVATIVO" DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE INPS: INDICAZIONI DALLE SPERIMENTAZIONI

8.1 Prima sperimentazione

Le province in sperimentazione dal 1° gennaio 2025 sono: Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste.

Di seguito, l'analisi di tale esperienza.

TAB. 8.1.1 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
Brescia	30.892	10.598	34,31%	20.294	65,69%
Catanzaro	13.797	710	5,15%	13.087	94,85%
Firenze	22.544	6.109	27,10%	16.435	72,90%
Forlì-Cesena	11.982	1.064	8,88%	10.918	91,12%
Frosinone	13.581	2.663	19,61%	10.918	80,39%
Perugia	23.695	2.602	10,98%	21.093	89,02%
Salerno	34.089	5.362	15,73%	28.727	84,27%
Sassari	13.146	6.610	50,28%	6.536	49,72%
Trieste	5.950	1.757	29,53%	4.193	70,47%
Totali	169.676	37.475	22,09%	132.201	77,91%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.1.2 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE TRE PATOLOGIE SPERIMENTALI (AUTISMO, DIABETE, SCLEROSI MULTIPLA) DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle tre patologie sperimentali	% di Certificati relativi alle nuove patologie sperimentali su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
Brescia	30.892	1.534	4,97%	823	53,65%	711	46,35%
Catanzaro	13.797	391	2,83%	58	14,83%	333	85,17%
Firenze	22.544	1.084	4,81%	647	59,69%	437	40,31%
Forlì-Cesena	11.982	442	3,69%	70	15,84%	372	84,16%
Frosinone	13.608	662	4,86%	144	21,75%	518	78,25%
Perugia	23.695	1.554	6,56%	268	17,25%	1.286	82,75%
Salerno	34.089	1.743	5,11%	500	28,69%	1.243	71,31%
Sassari	13.146	1.117	8,50%	841	75,29%	276	24,71%
Trieste	5.950	414	6,96%	195	47,10%	219	52,90%
Totali	169.703	8.941	5,27%	3.546	39,66%	5.395	60,34%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.1.3 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (minori)
Brescia	30.892	2.210	7,15%	410	18,55%	1.800	81,45%
Catanzaro	13.797	955	6,92%	55	5,76%	900	94,24%
Firenze	22.544	1.468	6,51%	156	10,63%	1.312	89,37%
Forlì-Cesena	11.982	688	5,74%	47	6,83%	641	93,17%
Frosinone	13.608	1.048	7,70%	126	12,02%	922	87,98%
Perugia	23.695	1.287	5,43%	90	6,99%	1.197	93,01%
Salerno	34.089	2.853	8,37%	308	10,80%	2.545	89,20%
Sassari	13.146	1.639	12,47%	283	17,27%	1.356	82,73%
Trieste	5.950	251	4,22%	28	11,16%	223	88,84%
Totali	169.703	12.399	7,31%	1.503	12,12%	10.896	87,88%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.1.4 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER I MALATI ONCOLOGICI DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologici su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (oncologici)
Brescia	30.892	6.152	19,91%	722	11,74%	5.430	88,26%
Catanzaro	13.797	2.237	16,21%	94	4,20%	2.143	95,80%
Firenze	22.544	4.296	19,06%	702	16,34%	3.594	83,66%
Forlì-Cesena	11.982	2.187	18,25%	212	9,69%	1.975	90,31%
Frosinone	13.608	3.019	22,19%	417	13,81%	2.602	86,19%
Perugia	23.695	4.501	19,00%	255	5,67%	4.246	94,33%
Salerno	34.089	6.359	18,65%	790	12,42%	5.569	87,58%
Sassari	13.146	2.980	22,67%	447	15,00%	2.533	85,00%
Trieste	5.950	1.139	19,14%	160	14,05%	979	85,95%
Totali	169.703	32.870	19,37%	3.799	11,56%	29.071	88,44%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.1.5 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI SU FASE CONCESSORIA DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026									
Provincia	Certificati transitati in procedura di liquidazione	Verbalì chiusi per assenza diritto a prestazione	Verbalì chiusi per avvenuta trasformazione in assegno sociale	Certificati con possibile necessità di presentazione dati economici (AP70)	Certificati con dati socio economici presenti (AP70)	% certificati con dati socio economici su totale certificati con necessità di dati socio economici (AP70)	Certificati senza dati socio economici presenti (AP70)	Dati socio economici (AP70) inviati da Patronati	% dati socio economici (AP70) inviati da Patronati su totale dati socio economici (AP70) presenti
Brescia	19.588	8.082	77	11.429	10.278	89,93%	1.151	9.110	88,64%
Catanzaro	12.439	4.636	176	7.627	6.495	85,16%	1.132	6.086	93,70%
Firenze	15.695	7.774	69	7.852	6.479	82,51%	1.373	5.122	79,06%
Forlì-Cesena	10.298	4.273	38	5.987	5.011	83,70%	976	4.573	91,26%
Frosinone	10.495	4.465	113	5.917	5.199	87,87%	718	4.792	92,17%
Perugia	20.021	8.559	198	11.264	9.475	84,12%	1.789	8.368	88,32%
Salerno	27.563	12.959	348	14.256	11.907	83,52%	2.349	11.045	92,76%
Sassari	6.313	1.378	36	4.899	4.213	86,00%	686	3.282	77,90%
Trieste	4.076	1.644	8	2.424	2.007	82,80%	417	1.603	79,87%
Totali	126.488	53.770	1.063	71.655	61.064	85,22%	10.591	53.981	88,40%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

In conclusione, si evidenzia la composizione della platea delle persone ultra70enni che, nei 16 mesi di sperimentazione, hanno presentato certificati medici introduttivi. Il peso è significativo, oltre il 50%, ma ciò, in realtà, non determina equivalente riduzione del ruolo dell'INPS anche sotto il profilo sanitario, poiché la legge prevede che i medici dell'Istituto integrino le commissioni delle strutture sanitarie.

TAB. 8.1.6 PRIMA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI DAL 1° GENNAIO 2025 AL 30 APRILE 2026			
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni alla data di presentazione del certificato	% di Certificati relativi a soggetti ultra 70 su totale pervenuto
Brescia	30.892	17.831	57,72%
Catanzaro	13.797	6.489	47,03%
Firenze	22.544	14.342	63,62%
Forlì-Cesena	11.982	7.323	61,12%
Frosinone	13.581	6.986	51,44%
Perugia	23.695	12.405	52,35%
Salerno	34.089	16.195	47,51%
Sassari	13.146	6.189	47,08%
Trieste	5.950	3.918	65,85%
Totali	169.676	91.678	54,03%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.1.7 Dinamica delle prestazioni di invalidità e inabilità previdenziale nelle province di prima sperimentazione												
Province	2024				2025				diff. %			
	Accolte	Respinte	Totale Definite	Pervenute	Accolte	Respinte	Totale Definite	Pervenute	Accolte	Respinte	Totale Definite	Pervenute
Brescia	1.030	1.895	3.322	3.059	672	1.346	2.452	2.538	-34,8%	-29,0%	-26,2%	-17,0%
Catanzaro	1.009	1.542	2.732	2.716	984	1.297	2.572	2.532	-2,5%	-15,9%	-5,9%	-6,8%
Firenze	599	987	1.738	1.644	470	668	1.348	1.405	-21,5%	-32,3%	-22,4%	-14,5%
Forlì	461	589	1.270	1.271	470	606	1.184	1.131	2,0%	2,9%	-6,8%	-11,0%
Frosinone	368	861	1.332	1.375	436	753	1.293	1.203	18,5%	-12,5%	-2,9%	-12,5%
Perugia	1.880	1.842	4.004	3.943	1.537	1.508	3.238	3.085	-18,2%	-18,1%	-19,1%	-21,8%
Salerno	1.749	2.452	4.381	4.519	1.667	2.367	4.304	4.143	-4,7%	-3,5%	-1,8%	-8,3%
Sassari	535	788	1.596	1.524	439	655	1.320	1.390	-17,9%	-16,9%	-17,3%	-8,8%
Trieste	155	299	492	527	171	244	474	454	10,3%	-18,4%	-3,7%	-13,9%
Tot.Province oggetto di sperimentazione	7.786	11.255	20.867	20.578	6.846	9.444	18.185	17.881	-12,1%	-16,1%	-12,9%	-13,1%
Province non oggetto di sperimentazione	66.722	94.493	179.938	174.594	64.851	89.278	176.577	176.370	-2,8%	-5,5%	-1,9%	1,0%
Totale nazionale	74.508	105.748	200.805	195.172	71.697	98.722	194.762	194.251	-3,8%	-6,6%	-3,0%	-0,5%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Pensioni

Nel confronto tra il 2024 e il 2025, si rileva una netta contrazione delle istanze presentate nel 2025, con percentuali particolarmente significative. La contrazione nei territori sperimentali è in controtendenza rispetto alla stabilità e alla leggera crescita negli altri territori.

8.2 Seconda Sperimentazione

Le province in sperimentazione dal 30 settembre 2025 sono: Alessandria, Genova, Isernia, Macerata, Matera, Lecce, Palermo, Teramo, Vicenza. Si evidenzia che la provincia autonoma di Trento e la Regione autonoma della Valle d'Aosta sono soggette a normative proprie in materia di disabilità e seguono, pertanto, le disposizioni specifiche delle regioni di appartenenza.

Di seguito, l'analisi dell'esperienza della seconda sperimentazione.

TAB. 8.2.1 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
Alessandria	4.691	2.169	46,24%	2.522	53,76%
Genova	10.949	4.065	37,13%	6.884	62,87%
Isernia	1.058	112	10,59%	946	89,41%
Lecce	11.274	5.393	47,84%	5.881	52,16%
Macerata	3.456	1.694	49,02%	1.762	50,98%
Matera	2.478	546	22,03%	1.932	77,97%
Palermo	17.283	6.285	36,37%	10.998	63,63%
Teramo	3.790	1.265	33,38%	2.525	66,62%
Vicenza	7.670	3.975	51,83%	3.695	48,17%
Totali	62.649	25.504	40,71%	37.145	59,29%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.2.2 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE TRE PATOLOGIE SPERIMENTALI (AUTISMO, DIABETE, SCLEROSI MULTIPLA) DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle tre patologie sperimentali	% di Certificati relativi alle nuove patologie sperimentali su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
Alessandria	4.691	470	10,02%	263	55,96%	207	44,04%
Genova	10.949	887	8,10%	444	50,06%	443	49,94%
Isernia	1.058	65	6,14%	5	7,69%	60	92,31%
Lecce	11.274	596	5,29%	424	71,14%	172	28,86%
Macerata	3.456	352	10,19%	227	64,49%	125	35,51%
Matera	2.478	321	12,95%	88	27,41%	233	72,59%
Palermo	17.283	2.120	12,27%	769	36,27%	1.351	63,73%
Teramo	3.790	205	5,41%	97	47,32%	108	52,68%
Vicenza	7.670	615	8,02%	448	72,85%	167	27,15%
Totali	62.649	5.631	8,99%	2.765	49,10%	2.866	50,90%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.2.3 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	In attesa di certificato finale	% definito su certificati pervenuti (minori)
Alessandria	4.691	260	5,54%	148	56,92%	112	43,08%
Genova	10.949	959	8,76%	164	17,10%	795	82,90%
Isernia	1.058	74	6,99%	11	14,86%	63	85,14%
Lecce	11.274	586	5,20%	228	38,91%	358	61,09%
Macerata	3.456	257	7,44%	105	40,86%	152	59,14%
Matera	2.478	180	7,26%	39	21,67%	141	78,33%
Palermo	17.283	2.110	12,21%	1025	48,58%	1.085	51,42%
Teramo	3.790	292	7,70%	73	25,00%	219	75,00%
Vicenza	7.670	842	10,98%	551	65,44%	291	34,56%
Totali	62.649	5.560	8,87%	2344	42,16%	3.216	57,84%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.2.4 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER I MALATI ONCOLOGICI DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologici su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (oncologici)
Alessandria	4.691	1.021	21,77%	226	22,14%	795	77,86%
Genova	10.949	2.070	18,91%	264	12,75%	1.806	87,25%
Isernia	1.058	267	25,24%	50	18,73%	217	81,27%
Lecce	11.274	2.047	18,16%	367	17,93%	1.680	82,07%
Macerata	3.456	667	19,30%	116	17,39%	551	82,61%
Matera	2.478	454	18,32%	94	20,70%	360	79,30%
Palermo	17.283	3.357	19,42%	631	18,80%	2.726	81,20%
Teramo	3.790	780	20,58%	83	10,64%	697	89,36%
Vicenza	7.670	1.296	16,90%	270	20,83%	1.026	79,17%
Totali	62.649	11.959	19,09%	2.101	17,57%	9.858	82,43%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.2.5 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI SU FASE CONCESSORIA DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026									
Provincia	Certificati transitati in procedura di liquidazione	Verbali chiusi per assenza diritto a prestazione	Verbali chiusi per avvenuta trasformazione in assegno sociale	Certificati con possibile necessità di presentazione dati economici (AP70)	Certificati con dati socio economici presenti (AP70)	% certificati con dati socio economici su totale certificati con necessità di dati socio economici (AP70)	Certificati senza dati socio economici presenti (AP70)	Dati socio economici (AP70) inviati da Patronati	% dati socio economici (AP70) inviati da Patronati su totale dati socio economici (AP70) presenti
Alessandria	2.378	844	12	1.522	1.214	79,76%	308	1.084	89,29%
Genova	6.586	2.312	42	4.232	3.457	81,69%	775	2.880	83,31%
Isernia	897	377	7	513	411	80,12%	102	383	93,19%
Lecce	5.613	2.487	174	2.952	2.548	86,31%	404	2.381	93,45%
Macerata	1.705	744	3	958	882	92,07%	76	805	91,27%
Matera	1.830	905	21	904	797	88,16%	107	736	92,35%
Palermo	10.509	5.339	152	5.018	4.161	82,92%	857	3.641	87,50%
Teramo	2.400	929	25	1.446	1.208	83,54%	238	1.121	92,80%
Vicenza	3.570	1.224	8	2.338	2.020	86,40%	318	1.760	87,13%
Totali	35.488	15.161	444	19.883	16.698	83,98%	3.185	14.791	88,58%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

Si richiamano le osservazioni in merito all'impegno dell'Istituto per i certificati introduttivi degli ultra70enni già esposte analizzando i dati della prima sperimentazione.

TAB. 8.2.6 SECONDA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI DAL 30 SETTEMBRE 2025 AL 30 APRILE 2026			
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni alla data di presentazione del certificato	% di Certificati relativi a soggetti ultrasettantenni su totale pervenuto
Alessandria	4.691	2.809	59,88%
Genova	10.949	6.530	59,64%
Isernia	1.058	546	51,61%
Lecce	11.274	5.309	47,09%
Macerata	3.456	2.063	59,69%
Matera	2.478	1.310	52,87%
Palermo	17.283	7.430	42,99%
Teramo	3.790	1.978	52,19%
Vicenza	7.670	4.303	56,10%
Totali	62.649	32.278	51,52%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

8.3 Terza Sperimentazione

Le province in sperimentazione dal 1° marzo 2026 sono: Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Asti, Bergamo, Bologna, Brindisi, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso, Caserta, Catania, Chieti, Como, Cosenza, Crotone, Cuneo, La Spezia, Mantova, Massa Carrara, Messina, Milano, Pavia, Piacenza, Pordenone, Potenza, Ravenna, Reggio Calabria, Rimini, Roma, Savona, Sondrio, Terni, Torino, Treviso, Udine, Venezia, Verona, Vibo Valentia.

Si evidenzia che la provincia autonoma di Bolzano è soggetta a normative proprie in materia di disabilità e segue, pertanto, le disposizioni specifiche.

Di seguito, gli esiti emersi dalla terza sperimentazione.

TAB. 8.3.1A TERZA SPERIMENTAZIONE - NORD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
Asti	411	364	88,56%	47	11,44%
Bergamo	2.466	841	34,10%	1.625	65,90%
Bologna	3.782	2.430	64,25%	1.352	35,75%
Como	1.413	964	68,22%	449	31,78%
Cuneo	1.110	980	88,29%	130	11,71%
La Spezia	502	191	38,05%	311	61,95%
Mantova	1.091	486	44,55%	605	55,45%
Milano	8.570	5.613	65,50%	2.957	34,50%
Pavia	1.680	540	32,14%	1.140	67,86%
Piacenza	1.006	798	79,32%	208	20,68%
Pordenone	736	524	71,20%	212	28,80%
Ravenna	1.274	812	63,74%	462	36,26%
Rimini	915	674	73,66%	241	26,34%
Savona	779	268	34,40%	511	65,60%
Sondrio	565	316	55,93%	249	44,07%
Torino	6.208	5.572	89,76%	636	10,24%
Treviso	1.890	1.006	53,23%	884	46,77%
Udine	1.220	991	81,23%	229	18,77%
Venezia	2.166	857	39,57%	1.309	60,43%
Verona	2.167	1.572	72,54%	595	27,46%
Totali	39.951	25.799	64,58%	14.152	35,42%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.1B TERZA SPERIMENTAZIONE -CENTRO - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
Ancona	1.404	933	66,45%	471	33,55%
Ascoli Piceno	619	396	63,97%	223	36,03%
Arezzo	982	486	49,49%	496	50,51%
Chieti	1.023	640	62,56%	383	37,44%
Roma	14.035	9.783	69,70%	4.252	30,30%
Massa Carrara	382	267	69,90%	115	30,10%
Terni	751	432	57,52%	319	42,48%
Totali	19.196	12.937	67,39%	6.259	32,61%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.1C TERZA SPERIMENTAZIONE -SUD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
Brindisi	1.448	1.073	74,10%	375	25,90%
Cagliari	1.302	780	59,91%	522	40,09%
Caltanissetta	777	294	37,84%	483	62,16%
Campobasso	665	468	70,38%	197	29,62%
Caserta	3.079	1.655	53,75%	1.424	46,25%
Catania	2.957	1.829	61,85%	1.128	38,15%
Cosenza	2.671	1.527	57,17%	1.144	42,83%
Crotone	891	686	76,99%	205	23,01%
Messina	2.228	1.418	63,64%	810	36,36%
Potenza	1.361	1.066	78,32%	295	21,68%
Reggio Calabria	1.854	1.175	63,38%	679	36,62%
Vibo Valentia	504	306	60,71%	198	39,29%
Totali	19.737	12.277	62,20%	7.460	37,80%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

8.3.1D TERZA SPERIMENTAZIONE -ITALIA - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026					
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	In attesa di certificazione finale	% In attesa di certificazione finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti
NORD	39.951	25.799	64,58%	14.152	35,42%
CENTRO	19.196	12.937	67,39%	6.259	32,61%
SUD	19.737	12.277	62,20%	7.460	37,80%
Totali	78.884	51.013	64,67%	27.871	35,33%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.2 A TERZA SPERIMENTAZIONE - NORD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE 3 PATOLOGIE DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle 3 patologie	% di Certificati relativi alle 3 patologie su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
Asti	411	48	11,68%	47	97,92%	1	2,08%
Bergamo	2.466	186	7,54%	153	82,26%	33	17,74%
Bologna	3.782	275	7,27%	216	78,55%	59	21,45%
Como	1.413	138	9,77%	136	98,55%	2	1,45%
Cuneo	1.110	123	11,08%	121	98,37%	2	1,63%
La Spezia	502	26	5,18%	7	26,92%	19	73,08%
Mantova	1.091	88	8,07%	82	93,18%	6	6,82%
Milano	8.570	788	9,19%	714	90,61%	74	9,39%
Pavia	1.680	138	8,21%	90	65,22%	48	34,78%
Piacenza	1.006	71	7,06%	55	77,46%	16	22,54%
Pordenone	736	66	8,97%	47	71,21%	19	28,79%
Ravenna	1.274	77	6,04%	72	93,51%	5	6,49%
Rimini	915	100	10,93%	92	92,00%	8	8,00%
Savona	779	56	7,19%	38	67,86%	18	32,14%
Sondrio	565	49	8,67%	47	95,92%	2	4,08%
Torino	6.208	708	11,40%	666	94,07%	42	5,93%
Treviso	1.890	194	10,26%	144	74,23%	50	25,77%
Udine	1.220	112	9,18%	104	92,86%	8	7,14%
Venezia	2.166	187	8,63%	119	63,64%	68	36,36%
Verona	2.167	228	10,52%	198	86,84%	30	13,16%
Totali	39.951	3.658	9,16%	3148	86,06%	510	13,94%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB.8.3.2B TERZA SPERIMENTAZIONE - CENTRO - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE 3 PATOLOGIE DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle 3 patologie	% di Certificati relativi alle 3 patologie su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
Ancona	1.404	111	7,91%	106	95,50%	5	4,50%
Ascoli Piceno	619	29	4,68%	16	55,17%	13	44,83%
Arezzo	982	55	5,60%	43	78,18%	12	21,82%
Chieti	1.023	114	11,14%	68	59,65%	46	40,35%
Roma	14.035	795	5,66%	533	67,04%	262	32,96%
Massa Carrara	382	22	5,76%	20	90,91%	2	9,09%
Terni	751	75	9,99%	59	78,67%	16	21,33%
Totali	19.196	1.201	6,26%	845	70,36%	356	29,64%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.2C TERZA SPERIMENTAZIONE - SUD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE 3 PATOLOGIE							
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle 3 patologie	% di Certificati relativi alle 3 patologie su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
Brindisi	1.448	115	7,94%	109	94,78%	6	5,22%
Cagliari	1.302	125	9,60%	91	72,80%	34	27,20%
Caltanissetta	777	96	12,36%	40	41,67%	56	58,33%
Campobasso	665	51	7,67%	44	86,27%	7	13,73%
Caserta	3.079	321	10,43%	183	57,01%	138	42,99%
Catania	2.957	260	8,79%	156	60,00%	104	40,00%
Cosenza	2.671	202	8%	128	63,37%	74	36,63%
Croton	891	83	9,32%	80	96,39%	3	3,61%
Messina	2.228	230	10,32%	177	76,96%	53	23,04%
Potenza	1.361	135	9,92%	129	95,56%	6	4,44%
Reggio Calabria	1.854	129	6,96%	102	79,07%	27	20,93%
Vibo Valentia	504	48	9,52%	37	77,08%	11	22,92%
Totali	19.737	1.795	9,09%	1276	71,09%	519	28,91%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.2D TERZA SPERIMENTAZIONE - ITALIA - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER LE 3 PATOLOGIE							
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi alle 3 patologie	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (3 patologie)
NORD	39.951	3.658	0	3.148	86,06%	510	13,94%
CENTRO	19.196	1.201	6,26%	845	70,36%	356	29,64%
SUD	19.737	1.795	9,09%	1.276	71,09%	519	28,91%
Totali	78.884	6.654	8,44%	5.269	79,19%	1.385	20,81%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.3A TERZA SPERIMENTAZIONE - NORD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026

Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (soggetti minorenni)
Asti	411	33	8,03%	33	100,00%	0	0,00%
Bergamo	2.466	150	6,08%	81	54,00%	69	46,00%
Bologna	3.782	1.062	28,08%	261	24,58%	801	75,42%
Como	1.413	166	11,75%	125	75,30%	41	24,70%
Cuneo	1.110	94	8,47%	83	88,30%	11	11,70%
La Spezia	502	32	6,37%	11	34,38%	21	65,63%
Mantova	1.091	107	9,81%	89	83,18%	18	16,82%
Milano	8.570	854	9,96%	670	78,45%	184	21,55%
Pavia	1.680	171	10,18%	74	43,27%	97	56,73%
Piacenza	1.006	79	7,85%	60	75,95%	19	24,05%
Pordenone	736	54	7,34%	54	100,00%	0	0,00%
Ravenna	1.274	73	5,73%	58	79,45%	15	20,55%
Rimini	915	43	4,70%	31	72,09%	12	27,91%
Savona	779	64	8,22%	18	28,13%	46	71,88%
Sondrio	565	68	12,04%	56	82,35%	12	17,65%
Torino	6.208	387	6,23%	291	75,19%	96	24,81%
Treviso	1.890	121	6,40%	58	47,93%	63	52,07%
Udine	1.220	99	8,11%	79	79,80%	20	20,20%
Venezia	2.166	145	6,69%	85	58,62%	60	41,38%
Verona	2.167	147	6,78%	64	43,54%	83	56,46%
Totali	39.951	3.949	9,88%	2.281	57,76%	1.668	42,24%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB.8.3.3B TERZA SPERIMENTAZIONE - CENTRO - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026

Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (soggetti minorenni)
Ancona	1.404	116	8,26%	97	83,62%	19	16,38%
Ascoli Piceno	619	56	9,05%	56	100,00%	0	0,00%
Arezzo	982	62	6,31%	33	53,23%	29	46,77%
Chieti	1.023	93	9,09%	49	52,69%	44	47,31%
Roma	14.035	1.894	13,49%	994	52,48%	900	47,52%
Massa Carrara	382	29	7,59%	28	96,55%	1	3,45%
Terni	751	52	6,92%	25	48,08%	27	51,92%
Totali	19.196	2.302	11,99%	1.282	55,69%	1.020	44,31%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.3C TERZA SPERIMENTAZIONE - SUD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (soggetti minorenni)
Brindisi	1.448	76	5,25%	66	86,84%	10	13,16%
Cagliari	1.302	101	7,76%	29	28,71%	72	71,29%
Caltanissetta	777	57	7,34%	16	28,07%	41	71,93%
Campobasso	665	80	12,03%	43	53,75%	37	46,25%
Caserta	3.079	271	8,80%	154	56,83%	117	43,17%
Catania	2.957	372	12,58%	222	59,68%	150	40,32%
Cosenza	2.671	220	8%	147	66,82%	73	33,18%
Crotone	891	99	11,11%	59	59,60%	40	40,40%
Messina	2.228	224	10,05%	100	44,64%	124	55,36%
Potenza	1.361	106	7,79%	83	78,30%	23	21,70%
Reggio Calabria	1.854	160	8,63%	98	61,25%	62	38,75%
Vibo Valentia	504	36	7,14%	22	61,11%	14	38,89%
Totali	19.737	1.802	9,13%	1.039	57,66%	763	42,34%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.3D TERZA SPERIMENTAZIONE - ITALIA - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI MINORENNI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti minorenni	% di Certificati relativi a soggetti minorenni su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (soggetti minorenni)
NORD	39.951	3.949	9,88%	2.281	57,76%	1.668	42,24%
CENTRO	19.196	2.302	11,99%	1.282	55,69%	1.020	44,31%
SUD	19.737	1.802	9,13%	1.039	57,66%	763	42,34%
Totali	78.884	8.053	10,21%	4.602	57,15%	3.451	42,85%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.4A TERZA SPERIMENTAZIONE - NORD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER MALATI ONCOLOGICI
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026

Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati relativi ai malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologi su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (malati oncologici)
Asti	411	97	23,60%	75	77,32%	22	22,68%
Bergamo	2.466	522	21,17%	38	7,28%	484	92,72%
Bologna	3.782	787	20,81%	291	36,98%	496	63,02%
Como	1.413	320	22,65%	77	24,06%	243	75,94%
Cuneo	1.110	268	24,14%	191	71,27%	77	28,73%
La Spezia	502	112	22,31%	17	15,18%	95	84,82%
Mantova	1.091	190	17,42%	64	33,68%	126	66,32%
Milano	8.570	1.761	20,55%	641	36,40%	1.120	63,60%
Pavia	1.680	296	17,62%	26	8,78%	270	91,22%
Piacenza	1.006	171	17,00%	89	52,05%	82	47,95%
Pordenone	736	160	21,74%	50	31,25%	110	68,75%
Ravenna	1.274	63	4,95%	54	85,71%	9	14,29%
Rimini	915	218	23,83%	99	45,41%	119	54,59%
Savona	779	173	22,21%	34	19,65%	139	80,35%
Sondrio	565	91	16,11%	35	38,46%	56	61,54%
Torino	6.208	1.400	22,55%	1000	71,43%	400	28,57%
Treviso	1.890	409	21,64%	101	24,69%	308	75,31%
Udine	1.220	255	20,90%	125	49,02%	130	50,98%
Venezia	2.166	456	21,05%	64	14,04%	392	85,96%
Verona	2.167	444	20,49%	255	57,43%	189	42,57%
Totali	39.951	8.193	20,51%	3326	40,60%	4.867	59,40%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.4B TERZA SPERIMENTAZIONE - CENTRO - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER MALATI ONCOLOGICI
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026

Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati relativi ai malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologici su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (malati oncologici)
Ancona	1.404	263	18,73%	137	52,09%	126	47,91%
Ascoli Piceno	619	115	18,58%	63	54,78%	52	45,22%
Arezzo	982	191	19,45%	51	26,70%	140	73,30%
Chieti	1.023	227	22,19%	102	44,93%	125	55,07%
Roma	14.035	3.039	21,65%	815	26,82%	2.224	73,18%
Massa Carrara	382	58	15,18%	21	36,21%	37	63,79%
Terni	751	163	21,70%	58	35,58%	105	64,42%
Totali	19.196	4.056	21,13%	1247	30,74%	2.809	69,26%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.4C TERZA SPERIMENTAZIONE - SUD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER MALATI ONCOLOGICI							
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati relativi ai malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologici su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (malati oncologici)
Brindisi	1.448	256	17,68%	121	47,27%	135	52,73%
Cagliari	1.302	316	24,27%	134	42,41%	182	57,59%
Caltanissetta	777	155	19,95%	38	24,52%	117	75,48%
Campobasso	665	126	18,95%	64	50,79%	62	49,21%
Caserta	3.079	709	23,03%	248	34,98%	461	65,02%
Catania	2.957	713	24,11%	416	58,35%	297	41,65%
Cosenza	2.671	457	17%	191	41,79%	266	58,21%
Crotone	891	106	11,90%	29	27,36%	77	72,64%
Messina	2.228	433	19,43%	228	52,66%	205	47,34%
Potenza	1.361	240	17,63%	143	59,58%	97	40,42%
Reggio Calabria	1.854	321	17,31%	129	40,19%	192	59,81%
Vibo Valentia	504	76	15,08%	27	35,53%	49	64,47%
Totali	19.737	3.908	19,80%	1.768	45,24%	2.140	54,76%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB. 8.3.4D TERZA SPERIMENTAZIONE - ITALIA - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER MALATI ONCOLOGICI							
DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026							
	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduuttivi presentati relativi ai malati oncologici	% di Certificati relativi a malati oncologici su totale pervenuto	In attesa di certificato finale	% In attesa di certificato finale	Certificati finali emessi - pratiche definite	% definito su certificati pervenuti (malati oncologici)
NORD	39.951	8.193	20,51%	3.326	40,60%	4.867	59,40%
CENTRO	19.196	4.056	21,13%	1.247	30,74%	2.809	69,26%
SUD	19.737	3.908	19,80%	1.768	45,24%	2.140	54,76%
Totali	78.884	16.157	20,48%	6.341	39,25%	9.816	60,75%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

8.3.5A TERZA SPERIMENTAZIONE - NORD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026			
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni	% di Certificati relativi a soggetti ultrasettantenni su totale pervenuto
Asti	411	234	56,93%
Bergamo	2.466	1.424	57,75%
Bologna	3.782	2.145	56,72%
Como	1.413	728	51,52%
Cuneo	1.110	644	58,02%
La Spezia	502	297	59,16%
Mantova	1.091	605	55,45%
Milano	8.570	4.812	56,15%
Pavia	1.680	859	51,13%
Piacenza	1.006	576	57,26%
Pordenone	736	450	61,14%
Ravenna	1.274	738	57,93%
Rimini	915	562	61,42%
Savona	779	471	60,46%
Sondrio	565	323	57,17%
Torino	6.208	3.614	58,22%
Treviso	1.890	1.113	58,89%
Udine	1.220	740	60,66%
Venezia	2.166	1.299	59,97%
Verona	2.167	1200	55,38%
Totali	39.951	22.834	57,16%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB.8.3.5B TERZA SPERIMENTAZIONE - CENTRO - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026			
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni	% di Certificati relativi a soggetti ultrasettantenni su totale pervenuto
Ancona	1.404	817	58,19%
Ascoli Piceno	619	347	56,06%
Arezzo	982	543	55,30%
Chieti	1.023	521	50,93%
Roma	14.035	6.306	44,93%
Massa Carrara	382	224	58,64%
Terni	751	428	56,99%
Totali	19.196	9.186	47,85%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB.8.3.5C TERZA SPERIMENTAZIONE - SUD - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026			
Provincia	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni	% di Certificati relativi a soggetti ultrasettantenni su totale pervenuto
Brindisi	1.448	720	49,72%
Cagliari	1.302	674	51,77%
Caltanissetta	777	375	48,26%
Campobasso	665	333	50,08%
Caserta	3.079	1.307	42,45%
Catania	2.957	1.252	42,34%
Cosenza	2.671	1.110	41,56%
Crotone	891	363	40,74%
Messina	2.228	898	40,31%
Potenza	1.361	649	47,69%
Reggio Calabria	1.854	758	40,88%
Vibo Valentia	504	209	41,47%
Totali	19.737	8.648	43,82%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

TAB.8.3.5D TERZA SPERIMENTAZIONE - CERTIFICATI MEDICI INTRODUTTIVI PER SOGGETTI ULTRASETTANTENNI- ITALIA DAL 1° MARZO 2026 AL 30 APRILE 2026			
	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati relativi a soggetti ultra settantenni	% di Certificati relativi a soggetti ultrasettantenni su totale pervenuto
NORD	39.951	22.834	57,16%
CENTRO	19.196	9.186	47,85%
SUD	19.737	8.648	43,82%
Totali	78.884	40.668	51,55%

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Salute e Prestazioni di disabilità

8.4 Andamento delle sperimentazioni al 30 aprile 2026

	ANDAMENTO SULLE PRIME 9 PROVINCE IN SPERIMENTAZIONE DAL 1° GENNAIO 2025	ANDAMENTO SULLE 11 PROVINCE IN SPERIMENTAZIONE DAL 30 SETTEMBRE 2025	ANDAMENTO SULLE 40 PROVINCE IN SPERIMENTAZIONE DAL 1° MARZO 2026
Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati	169.676	62.649	78.884
% definito su certificati pervenuti	77,91%	59,29%	35,33%
Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati malati oncologici	32.870	5.631	16.157
% definito su certificati pervenuti malati oncologici	88,44%	50,90%	60,75%
Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati soggetti minori	12.399	5.560	8.053
% definito su certificati pervenuti soggetti minori	87,88%	57,84%	42,85%
Nuovi Certificati Medici Introduttivi presentati 3 patologie	8.941	5.631	6.654
% definito su certificati pervenuti 3 patologie	60,34%	50,90%	20,81%
Fase concessoria - Numero di certificati transitati in procedura di liquidazione	126.488	35.488	
Fase concessoria - Certificati con dati socio economici presenti	61.064	16.698	
Fase concessoria - % dati socio economici inviati da Patronati su totale dati socio economici presenti	88,40%	88,58%	

Le sperimentazioni consegnano elementi diversificati in relazione alle situazioni ante riforme, ai variegati rapporti con il sistema sanitario territoriale ed in particolare alla presenza di convenzioni che, nei fatti, hanno già realizzato la semplificazione accentrando tutte le valutazioni sanitarie nell'INPS.

Nelle considerazioni conclusive saranno precisate le necessità di innovazione normativa che sono emerse in maniera così significativa e che, qualora non risolte, condizioneranno profondamente l'utenza in termini di negazione o di ritardo nell'esigibilità dei diritti.

Tutto ciò anche in relazione alla negazione del centrale ruolo di "consulenza" che sulla materia è sempre stato svolto dai Patronati e, per altri versi, dalle Associazioni di categoria.

Il mancato esercizio del ruolo consulenziale del Patronato ha evidenziato che una parte della flessione del numero di richieste di valutazione della condizione di disabilità e non autosufficienza è da attribuire proprio a tale circostanza.

Tale flessione è significativa nelle 9 province di prima sperimentazione e si attesta a circa il 15% rispetto all'anno precedente. Alcuni osservatori della platea dei richiedenti evidenziano che anche

la crescita così significativa del costo dei certificati introduttivi è da considerare tra gli elementi che hanno concorso alla flessione delle richieste.

Anche sulla base dei dati relativi alle prestazioni di invalidità e inabilità previdenziali registrati nelle province di prima sperimentazione (assegno di invalidità e pensione di inabilità), nel confronto tra il 2024 e il 2025, si rileva, infatti, una netta contrazione delle istanze presentate nel 2025, con percentuali comprese tra il 6,8 e il 21,8, e una media della flessione del 13,1% (Tab.8.1.7). Tale contrazione è in controtendenza rispetto alla stabilità e alla leggera crescita nei territori non sede di sperimentazione. Il fenomeno evidenzia l'impatto immediato dell'applicazione della riforma della disabilità che presenta alcune criticità sotto il profilo della assistenza e tutela qualificata.

È evidente che il mancato, o sicuramente ridotto, supporto tecnico consulenziale da parte dei Patronati, soprattutto nella fase iniziale della richiesta di accertamento sanitario, ha contribuito a "frenare" la contestuale presentazione proprio delle domande di invalidità e inabilità previdenziali.

Ci vogliamo soffermare sulla necessità che l'attribuzione all'INPS del ruolo sostanzialmente di valutatore unico esige un ridisegno organizzativo poiché attribuisce all'Istituto un ruolo "nuovo" in campo sanitario, con particolare attenzione alla relazione dell'utenza con il percorso di salute nella cronicità.

L'approccio che emerge è quello che la valutazione sanitaria riguarda il rilascio di una "chiave di accesso", per una pluralità di prestazioni e servizi e per una pluralità di soggetti erogatori differenti.

Ciò esige una funzione INPS quale sede di relazione con l'insieme dei soggetti pubblici e/o del terzo settore, nonché con privati sociosanitari accreditati e/o autorizzati.

Ne emerge la necessità di identificazione di una regia che svolga anche il compito di sostegno e indirizzo dell'utenza verso i molteplici soggetti erogatori.

Ancor più, tale principio deve valere per tutte le prestazioni prodotte o erogate dall'Istituto che oggi, nella strutturazione delle attività in base alla loro genesi, previdenziale o socioassistenziale, afferiscono a diverse Direzioni Centrali o articolazioni delle Strutture Territoriali. Nel merito, si intende qui richiedere un'attività di analisi, studio e progettazione per definire un innovativo progetto organizzativo e gestionale che si relazioni in modalità integrata e unitaria con la pluralità dei soggetti e che risponda all'unisono alle istanze e alle esigenze dell'utenza.

Si rinvia, inoltre, agli indirizzi strategici del CIV in merito all'articolazione di proposte da condividere con gli altri Organi dell'Istituto per allestire una adeguata risposta a garanzia del riconoscimento dei diritti.

9.CRITICITÀ DA RISOLVERE PER LA POSITIVA GESTIONE DELLE RIFORME

9.1 Esigenze di risorse umane

La necessità di organici medici condiziona fortemente il processo di attuazione sostanziale della riforma della disabilità e, per gli aspetti di competenza dell'INPS, anche di quella a favore delle persone anziane. In particolare, la criticità che emerge è quella relativa all'organizzazione, sulla base dell'esperienza delle regioni più virtuose, dei servizi di prossimità ed in particolare delle sedi delle Commissioni di valutazione medica.

Come risulterà dall'analisi delle decisioni di investimenti patrimoniali destinati al potenziamento o alla implementazione degli spazi per le Commissioni, l'INPS presumibilmente al 31 dicembre 2026 potrà contare su una rete di 190 strutture per le visite, con un incremento di 51 strutture rispetto alla situazione ante riforma. In particolare, tale incremento è concentrato nella metà delle regioni ed è presumibile che un'analisi più capillare potrà produrre l'esigenza di un nuovo piano aggiuntivo.

In merito agli organici, considerando tutte le forme giuridiche della relazione tra medici e Istituto, la situazione ante riforma registrava una presenza di circa n. 740 medici, con un impegno orario molto differenziato. Ciò ha portato ad una stima del fabbisogno che ha dato origine all'indizione del concorso 2024 per n. 1069 medici. Il risultato ha portato in questi mesi all'assunzione di circa 691 medici, alcuni dei quali non hanno apportato un reale incremento della dotazione organica avendo rappresentato unicamente una trasformazione della veste giuridica del rapporto di lavoro (da ACN o altre forme a strutturati).

Tenendo conto della dotazione organica di medici al 12 maggio 2026, al netto degli esodi per vecchiaia, al 31 dicembre 2026 il fabbisogno è stimato dalla Direzione Centrale Risorse Umane in 1.445 unità con impegno orario molto differenziato.

Di seguito, la situazione al 31 marzo 2026 nelle singole Regioni e Province.

ABRUZZO - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3. 2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
CHIETI	8	3	0	1	1	0	3	0	0	3	11
L'AQUILA	9	6	0	1	0	0	2	0	1	1	10
PESCARA	8	5	0	1	1	0	1	1	0	1	9
TERAMO	5	4	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Totale	30	18	0	3	3	0	6	1	1	5	35

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

BASILICATA- SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
MATERA	7	2	0	0	5	0	0	0	0	0	7
POTENZA	14	3	0	1	10	0	0	0	0	0	14
Totale	21	5	0	1	15	0	0	0	0	0	21

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

CALABRIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE E ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
CATANZARO	21	13	0	1	7	0	0	0	0	3	24
CORIGLIANO- ROSSANO	10	4	0	0	6	0	0	0	0	2	12
COSENZA	18	6	0	1	11	0	0	0	0	4	22
CROTONE	4	1	0	0	3	0	0	0	0	2	6
REGGIO CALABRIA	21	7	0	0	14	0	0	0	0	4	25
VIBO VALENTIA	5	4	0	0	1	0	0	0	0	1	6
Totale	79	35	0	2	42	0	0	0	0	16	95

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

CAMPANIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE E ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
CASERTA	32	12	0	1	19	0	0	0	0	3	35
AVELLINO	20	11	0	1	8	0	0	0	0	1	21
BENEVENTO	8	2	0	1	5	0	0	0	0	0	8
SALERNO	40	21	0	1	18	0	0	0	0	3	43
CASTELL. DI STABIA	11	6	0	0	5	0	0	0	1	0	11
NAPOLI	25	18	0	1	6	0	0	0	1	3	28
NAPOLI VOMERO	22	13	0	1	8	0	0	0	0	6	28
NOLA	9	7	0	1	1	0	0	0	0	2	11
POZZUOLI	12	5	0	0	7	0	0	0	0	4	16
ALTRO	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Totale	182	97	0	8	77	0	0	0	2	22	204

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

EMILIA ROMAGNA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
BOLOGNA	20	10	0	1	9	0	0	0	0	7	27
FERRARA	7	5	0	1	1	0	0	0	0	2	9
FORLI'	7	3	0	1	3	0	0	0	0	1	8
MODENA	7	3	0	0	4	0	0	0	0	1	8
PARMA	6	2	0	1	3	0	0	0	0	0	6
PIACENZA	6	2	0	1	3	0	0	0	0	0	6
RAVENNA	7	5	0	0	2	0	0	0	0	1	8
REGGIO EMILIA	6	3	0	0	3	0	0	0	0	1	7
RIMINI	5	3	1	0	1	0	0	0	0	0	5
Totale	71	36	1	5	29	0	0	0	0	13	84

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

FRIULI VENEZIA GIULIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
GORIZIA	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
PORDENONE	8	3	0	0	3	2	0	0	0	0	8
TRIESTE	9	5	0	1	3	0	0	0	0	2	11
UDINE	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Totale	24	15	0	1	6	2	0	0	0	2	26

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

LAZIO - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOTALE AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOTALE AL 12.5.2026
FROSINONE	15	8	0	0	7	0	0	0	1	2	17
LATINA	22	14	0	1	7	0	0	0	0	0	22
RIETI	8	2	0	0	6	0	0	0	0	0	8
ROMA CASILINO-PRENESTINO	38	11	1	1	25	0	0	0	0	9	47
ROMA EUR	43	26	0	2	15	0	0	0	0	3	46
ROMA FLAMINIO	47	21	0	1	25	0	0	0	0	3	50
ROMA MONTESACRO	34	14	0	1	19	0	0	0	0	1	35
ROMA TUSCOLANO	45	25	0	1	19	0	0	0	0	2	47
VITERBO	10	5	0	1	4	0	0	0	0	0	10
ALTRO	1		0	1	0	0	0	0	0	0	1
Totale	263	126	1	9	127	0	0	0	1	20	283

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

LIGURIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOTALE AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOTALE AL 12.5.2026
GENOVA	16	11	0	1	4	0	0	0	0	3	19
IMPERIA	1		0	0	1	0	0	0	0	0	1
LA SPEZIA	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
SAVONA	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	4
Totale	24	14	0	2	8	0	0	0	0	3	27

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

LOMBARDIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOTALE AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOTALE AL 12.5.2026
BERGAMO	7	3	0	0	4	0	0	0	0	1	8
BRESCIA	12	6	0	1	5	0	0	0	0	1	13
COMO	9	4	0	1	4	0	0	0	0	1	10
CREMONA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
LECCO	5		0	1	4	0	0	0	0	0	5
LODI	4	1	0	0	3	0	0	0	0	0	4
MANTOVA	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	3
MILANO	24	12	0	1	11	0	0	0	1	1	25
MONZA	9	3	0	0	6	0	0	0	0	1	10
PAVIA	7	4	0	1	2	0	0	0	0	3	10
VARESE	7	4	0	0	3	0	0	0	0	0	7
Totale	88	39	0	6	43	0	0	1	1	8	96

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

MARCHE - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOTALE AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOTALE AL 12.5.2026
ANCONA	7	1	0	1	5	0	0	0	0	2	9
ASCOLI PICENO	4	2	0	1	1	0	0	0	0	2	6
FERMO	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
MACERATA	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	5
PESARO	4	1	0	1	2	0	0	0	0	1	5
Totale	22	8	0	4	10	0	0	0	0	6	28

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

MOLISE - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
CAMPOBASSO	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
ISERNIA	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totale	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0	5

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

PIEMONTE - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
ALESSANDRIA	6	3	0	1	2	0	0	0	0	0	6
ASTI	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
CUNEO	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
NOVARA	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
TORINO	24	11	0	1	12	0	0	1	0	1	25
VERCELLI	1		0	0	1	0	0	0	0	1	2
Totale	37	17	0	4	16	0	0	1	0	2	39

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

PUGLIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
ANDRIA	12	9	0	1	2	0	0	1	0	2	14
BARI	34	19	0	1	14	0	0	0	0	8	42
BRINDISI	6	5	0	1	0	0	0	0	0	3	9
FOGGIA	19	9	0	0	10	0	0	0	0	3	22
LECCE	15	8	0	0	7	0	0	0	0	3	18
TARANTO	12	6	0	1	5	0	0	0	0	5	17
Totale	98	56	0	4	38	0	0	1	0	24	122

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

SARDEGNA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
CAGLIARI	13	7	1	1	0	0	4	0	0	3	16
NUORO	7	1	0	1	0	0	5	0	0	0	7
ORISTANO	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3
SASSARI	14	6	0	1	0	0	7	0	0	1	15
Totale	37	15	1	3	0	0	18	0	0	4	41

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

SICILIA- SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
AGRIGENTO	8	4	0	1	3	0	0	0	0	1	9
CALTANISSETTA	9	7	0	1	1	0	0	1	0	1	10
CATANIA	35	23	0	1	11	0	0	0	0	8	43
ENNA	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4
MESSINA	30	17	0	1	12	0	0	0	0	0	30
PALERMO	43	27	0	1	15	0	0	0	0	5	48
RAGUSA	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
SIRACUSA	4	2	0	1	1	0	0	0	0	1	5
TRAPANI	10	6	0	0	4	0	0	0	0	3	13
Totale	147	92	0	6	49	0	0	1	0	19	166

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

TOSCANA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
AREZZO	7	2	0	1	4	0	0	0	0	0	7
FIRENZE	17	10	0	1	6	0	0	0	0	1	18
GROSSETO	4	2	0	0	2	0	0	0	0	1	5
LIVORNO	3	2	0	0	1	0	0	0	0	1	4
LUCCA	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	4
MASSA CARRARA	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
PISA	7	5	0	0	2	0	0	0	0	1	8
PISTOIA	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2	4
PRATO	5	2	0	0	3	0	0	0	0	0	5
SIENA	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Totale	56	30	0	4	22	0	0	0	0	7	63

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

UMBRIA - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOT. AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOT. AL 12.5.2026
PERUGIA	25	16	1	0	8	0	0	0	0	2	27
TERNI	9	6	0	0	3	0	0	0	0	1	10
Totale	34	22	1	0	11	0	0	0	0	3	37

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

VENETO - SITUAZIONE MEDICI AL 31 MARZO 2026											
Province	TOTALE AL 31.3.2025	MED.LEG. 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA - comandato in INPS	MED.LEG. 2^ FASCIA	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE ATT.CIC REGIONI	MEDICI ESTERNI ACN NAZIONALE Inc.Temporaneo	Cessandi al 31.12.2026 2^ FASCIA	Cessandi al 31.12.2026 1^ FASCIA	MED.LEG. 1^ FASCIA PRESA SERVIZIO DAL 1.4.2026	TOTALE AL 12.5.2026
BELLUNO	4	1	0	0	3	0	0	0	0	0	4
PADOVA	17	12	0	1	4	0	0	0	0	2	19
ROVIGO	5	1	0	0	4	0	0	0	0	0	5
TREVISO	7	4	0	1	2	0	0	0	0	0	7
VENEZIA	11	4	1	1	5	0	0	1	0	1	12
VERONA	12	7	0	1	4	0	0	0	0	0	12
VICENZA	8	4	0	1	3	0	0	0	0	0	8
Totale	64	33	1	5	25	0	0	1	0	3	67

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Risorse Umane

Stime organici medici 2026-2027												
	Concorso 2024							Stime 2026-2027				
Regioni	Organici prima del concorso 2024		Posti a concorso 2024	Assunti dopo concorso 2024	Organici al 12.05.2026*	Posti vacanti	Risorse potenziali da concorso (specializzandi)	Organici	Posti vacanti	Risorse potenziali da concorso (specializzandi)	Posti vacanti dopo assunzione di medici	% carenza di medici
Abruzzo	SSN	8	28	27	35	1	14	36	1	14	-	-
Basilicata	CIC	19	11	2	21	9	-	30	9	-	9	30,00%
Calabria	CIC	58	55	37	95	18	-	113	18	-	18	15,93%
Campania	SSN/CIC	95	125	109	204	16	17	220	16	17	-	-
Emilia Romagna	SSN	32	79	52	84	27	-	111	27	-	27	24,32%
Friuli Venezia Giulia	SSN/CIC	7	19	13	26	6	-	32	6	-	6	18,75%
Lazio	CIC	190	107	93	283	14	142	297	14	142	-	-
Liguria	SSN	11	26	16	27	10	-	37	10	-	10	27,03%
Lombardia	SSN	68	143	28	96	115	-	211	115	-	115	54,50%
Marche	SSN	6	27	22	28	5	-	33	5	-	5	15,15%
Molise	SSN	3	6	2	5	4	-	9	4	-	4	44,44%
Piemonte	SSN	28	79	11	39	68	-	107	68	-	68	63,55%
Puglia	SSN	43	95	79	122	16	41	138	16	41	-	-
Sardegna	SSN	15	26	23	41	3	15	44	3	15	-	-
Sicilia	SSN/CIC	73	102	93	166	9	74	175	9	74	-	-
Toscana	SSN	19	57	44	63	13	4	76	13	4	9	11,84%
Umbria	SSN	19	20	18	37	2	4	39	2	4	-	-
Veneto	SSN/CIC	45	64	22	67	42	-	109	42	-	42	38,53%
Altro		-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
Italia		739	1.069	691	1.445	378	311	1.817	378	311	313	17,23%

NB * Al netto degli esodi al 31.12.2026

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV

La stima del fabbisogno, tenendo conto del maggiore impegno per la nuova invalidità civile (NIC), per le prestazioni di carattere previdenziale e per la partecipazione dei medici INPS alle Commissioni operanti presso le strutture del Servizio Sanitario, può risultare pari a poco più di n.1.800 unità di medici.

Le disponibilità che potenzialmente possono derivare dagli esiti del concorso 2024, pur ammontando complessivamente a 311 medici specializzandi, in relazione alla distribuzione territoriale e alle rinunce all'entrata in servizio sulla base della concorrenza del mercato del lavoro, sono stimabili in poco più di 65 medici.

Ciò comporta l'urgenza di approntare nuove modalità di rafforzamento degli organici medici per 11 regioni per almeno 350 nuovi medici.

Nella situazione di transizione occorrerà ricorrere a degli interventi di carattere emergenziale come, ad esempio, l'ulteriore differimento del termine di scadenza dei contratti relativi agli incarichi conferiti a professionisti medici Extra ACN oggi previsti fino al 30 settembre 2026 (Delibera del C.d.A. n.32 dell'11 marzo 2026).

L'occasione della verifica delle stipule o del rinnovo delle C.I.C. comporterà la indispensabile negoziazione con i diversi Sistemi Sanitari regionali di accordi che prevedano la messa a disposizione (comando, trasferimento, ecc.) di medici già impegnati nelle strutture di valutazione medica di carattere legale.

Per quanto riguarda i medici delle Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, occorre prevedere l'attribuzione delle risorse finanziarie alle singole Regioni, al fine di consentire la contrattualizzazione del personale medico necessario, mediante designazione da parte delle stesse.

Sia per gli operatori sociali che per i funzionari amministrativi e per il personale socio sanitario, oltre a ricorrere agli scorrimenti delle graduatorie nazionali vigenti, andranno valutati gli esiti dei concorsi in fase di svolgimento.

Nel mercato del lavoro socio sanitario italiano, con una particolare accentuazione per quello delle aree di confine, occorre riesaminare gli elementi vigenti relativi alle incompatibilità, giungendo con la massima rapidità all'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione di un nuovo regolamento in materia.

La trasformazione così radicale delle funzioni sanitarie e del numero dei medici necessari esige la ridefinizione dei budget relativi al salario incentivante o accessorio in modo che possano assumere, in particolare nella così difficile situazione emergenziale, una caratteristica premiante per la positiva risposta che l'insieme dei medici sta dando in termini di riduzione del disagio e del possibile disservizio nei confronti delle persone fragili.

Il CIV, inoltre, in una logica di carattere strategico, reputa che la così positiva e importante esperienza della funzione del medico legale, sia per gli aspetti di valutazione ai fini previdenziali che ai fini della disabilità e non autosufficienza, debba portare gli Organi dell'Istituto in concorso tra di loro e con il coinvolgimento e l'auspicabile sostegno del Ministero vigilante, all'apertura di un confronto per designare e strutturare, unitamente al Ministero dell'Università, l'INPS quale sede di specializzazione.

9.2 Esigenze per la rete territoriale e le strutture di prossimità

Il "progetto innovativo INPS" per prendersi carico delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti (fino a 70 anni) esige una rete territoriale di ambulatori per svolgere le visite. Durante

l'audizione CIV dell'8 aprile 2026 è stato presentato il monitoraggio delle attività patrimoniali per la formazione delle reti territoriali che le singole strutture regionali INPS hanno autonomamente deciso e sottoposto alle strutture nazionali competenti in materia tecnico edilizia e patrimoniale.

Nell'analizzare tale monitoraggio si intende evidenziare il ruolo dei Comitati, seppur di carattere consultivo, di valutatori in merito alla collocazione delle Sedi per l'utenza che devono rispondere a requisiti di facile raggiungimento ed accesso, oltreché di prossimità. Sarà quindi compito dei Comitati, sia provinciali che regionali, esprimere il proprio parere unitamente ad eventuali esigenze integrative o sostitutive.

La fase attuale si caratterizza per la significativa mancanza di personale sanitario, così come abbiamo analizzato al paragrafo 9.1 e, quindi, la rete territoriale degli ambulatori deve necessariamente assumere tale limite. Purtroppo, la progettazione della adeguata presenza strutturale di ambulatori va affrontata da subito, affinché i tempi di reperimento di spazi o di adattamento e/o ristrutturazione, nonché l'acquisto di attrezzature, possano essere disponibili contestualmente o antecedentemente al completamento della dotazione organica di medici e di professionisti sociosanitari. Il criterio generale di individuazione della collocazione degli ambulatori, oltreché alla comparazione con la situazione ante riforme gestita dal SSN, deve rispondere alla conurbazione del territorio, alle difficoltà della viabilità in ragione dei disagi fisici e psicologici che prolungati spostamenti comportano sulle persone fragili. Va, quindi, costruita, una rete INPS di prossimità.

Di seguito, l'analisi della rete degli ambulatori nelle singole Regioni e nelle Province e nelle strutture sub provinciali.

ABRUZZO

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
L'Aquila	Sulmona	1	233	57	0	1	Via G. Sardi, 23, 67039, Sulmona	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	Avezzano	1	230	132	0	1	Via Cavalieri Di Vittorio Veneto, 67051, Avezzano (AQ)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	L'Aquila	1	258	105	0	1	Corso Federico II, 68, 67100, L'Aquila (AQ)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Teramo	Teramo	1	505	207	0	1	Corso San Giorgio, Teramo	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Chieti	Chieti	1	545	426	0	1	Via Domenico Spezioli, 12, 66100, Chieti (CH)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Pescara	Pescara	1	585	264	0	1	Via R. Paolucci, 35, 65121, Pescara (PE)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Totale regione		6	2.356	1.191	0	6			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

BASILICATA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Potenza	Potenza	1	515	361	0	1	Via Pretoria, 263	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
	Melfi	1	108	/	0	1	/	/	Già operativa
	Lagonegro	1	158	/	0	1	/	/	Già operativa
Matera	Matera	1	220	126	0	1	Piazza Mulino	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	Già operativa
	Policoro	1	67	/	0	1	/	/	Già operativa
Totale regione		5	1.068	487	0	5			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

CALABRIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Catanzaro	Catanzaro	1	670	/	0	1	/	/	Già operativa
	Lamezia Terme	1	320	/	0	1	/	/	Già operativa
Cosenza	Cosenza	1	942	462	0	1	Via Miceli, Cosenza	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Cor/Rossano	1	303	186	0	1	Via Acqua di Vale 11, Rossano	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Crotone	Crotone	1	585	/	0	1	/	/	Già operativa
Reggio Calabria	Reggio Calabria	1	1.260	/	0	1	/	/	Già operativa
Vibo Valentia	Vibo Valentia	1	355	85	0	1	Via Murmura, Vibo Valentia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		5	4.435	733	0	6			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

CAMPANIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Avellino	Avellino	1	1.105	389	1	2	DP - Avellino	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
							Agenzia di Ariano Irpino, piazza Mazzini	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Benevento	Benevento	1	1.025	187	1	2	Agenzia di Telese Terme	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Caserta	Caserta	1	1.400	420	2	3	DP - Caserta	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	giu-26
							Agenzia di Aversa, viale degli Artisti, 3/C	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
							Nuovi locali presso l'Agenzia di Piedimonte Matese	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	giu-26
Salerno	Nocera Inferiore	1	1.005	/	0	1	AC – Nocera Inferiore	/	Già operativa
	Salerno	1	1.507	273	0	1	DP - Salerno	/	Già operativa
		0			1	1	AC - Battipaglia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
		0			1	1	Agenzia di Sapri	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Totale regione		5	6.042	1.269	6	11			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

EMILIA-ROMAGNA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare		Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Bologna	Bologna	1	240	300	0	1		Via Montebello, 9 CML di proprietà INPS	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Castel Maggiore		In Corso di Valutazione							
	San Lazzaro di Savena		In Corso di Valutazione							
	Casalecchio	0	/	86	1	1		Via Isonzo, 14	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	mar-26
	Imola	1	160	40	0	1		Via Selice, 84b	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Forlì – Cesena	Forlì	1	244	61	0	1		Viale della Libertà, 48	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Cesena	1	70	25	0	1		Viale Giovanni Bovio, 425	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Ferrara	Ferrara	1	270	50	0	1		Viale Cavour, 164	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	nov-26
	Ferrara		In Corso di Valutazione							
Piacenza	Piacenza	1	172	57	0	1		Piazza Cavalli, 62	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Rivergaro		In Corso di Valutazione							
	Fiorenzuola		In Corso di Valutazione							
	Borgonovo Val Tidone		In Corso di Valutazione							
Reggio Emilia	Reggio Emilia	1	619	/	0	1		Via della Previdenza Sociale, 6	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	nov-26
	Guastalla		In Corso di Valutazione							
	Castelnuovo nei Monti		In Corso di Valutazione							
Modena	Modena	1	284		0	1	In Corso di Valutazione			nov-26
	Carpi		In Corso di Valutazione							
	Sassuolo		In Corso di Valutazione							
Rimini	Rimini	1	275	45	0	1		Via Macanno, 25	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Riccione		In Corso di Valutazione							
	Novafeltria	0	/	15	1	1		Via Marecchia, 26	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	/
Parma	Parma	1	410	190	0	1		Viale Bassetti, 10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	nov-26
	Langhirano		In Corso di Valutazione							
	Borgotaro		In Corso di Valutazione							
Ravenna	Ravenna	1	350	240	0	1		/	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Faenza	0	/	110	1	1		Via Mengolina, 10	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	/
	Lugo		In Corso di Valutazione							
Totale regione		11	3.094	1.219	3	14				

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

FRIULI VENEZIA GIULIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Gorizia	Gorizia	1	210	/	0	1	Piazza Vittoria, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Trieste	Trieste	1	359	42	1	2	Via del Farneto, 3	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	Già operativa
Udine	Udine	1	2.015	/	0	1	Piazza XX Settembre, 20	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Pordenone	Pordenone	1	288	133	0	1	Piazzetta del Portello, 8	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		4	2.872	175	1	5			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

LAZIO

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Viterbo	Viterbo	1	760	/	0	1	/	/	Già operativa
Rieti	Rieti	1	423	100	0	1	Via Cinthia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Latina	Latina	1	1.217	100	0	1	Via C. Battisti	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Frosinone	Frosinone	1	382	105	0	1	Piazza Gramsci	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Cassino	1	196	/	0	1	/	/	Già operativa
Totale regione		5	2.978	305	0	5			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

LIGURIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
La Spezia	La Spezia	1	290	300	0	1	Viale Mazzini, 63, La Spezia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Genova	Genova	1	667	201	0	1	Piazza della Vittoria, 6r, Genova	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Sestri Levante	1	104	3	0	1	Piazza Mauri, 1, Sestri Levante	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Savona	Savona	1	297	67	0	1	Piazza Marconi, 6, Savona	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Imperia	Imperia	1	268	/	0	1	Via Siffredi, 10, Imperia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Totale regione		5	1.626	571	0	5			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

LOMBARDIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Bergamo	Bergamo	1	532	340	0	1	Via Angelo Maj, 2	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	mar-26
Brescia	Brescia	1	366	342	0	1	Via Benedetto Croce, 32	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Como	Como	1	252	500	0	1	Via Enrico Pessina, 8	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Cremona	Cremona	1	468	42	0	1	Piazza Cadorna, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mag-26
Lecco	Lecco	1	293	212	0	1	Corso Carlo Alberto, 38	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	gen-27
Lodi	Lodi	1	250	55	0	1	Via Besana, 4	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	gen-27
Mantova	Mantova	1	587	490	0	1	Viale Fiume, 5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Monza	Monza	1	402	209	0	1	Via Morandi, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Pavia	Pavia	1	515	/	0	1	Via Marelli Piazza Ercole Marelli, 12	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Sondrio	Sondrio	1	179	265	0	1	Via XXV Aprile, 5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Varese	Varese	1	1.275	544	0	1	Via Manzoni, 22	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Totale regione		11	5.119	2.999	0	11			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

MARCHE

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Ancona	Ancona	1	784	137	0	1	Via Ruggeri, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Senigallia	0	/	113	1	1	Via Raffaello Sanzio, 44	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	Jesi	0	/	103	1	1	Via Gallodoro, 70bis	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	Fabriano	0	/	87	1	1	Via Alcide De Gasperi, 50	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Ascoli Piceno	Ascoli Piceno (Prov.)	1	400	38	1	2	Via Rismondo, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Ascoli Piceno (Def.)		/	460		0	Via Asiago, Ascoli	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	dic-27
	San Benedetto Del Tronto	0	/	100	1	1	P.zza Padre M. Kolbe	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Fermo	Fermo	1	265	/	0	1	Via Pompeiana, 156	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	gen-27
Macerata	Macerata	1	256	303	0	1	Via Dante, 8	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Camerino	0	/	35	1	1	Via Venanzio Varano	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Civitanova Marche (Prov.)	0	/	60	2	2	P.zza S. Sergio Papa	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
	Civitanova Marche (Def.)		/	60		0	INAIL	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	dic-27
	Recanati	0	/	/	1	1	ASL - Azienda Ospedaliera	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	mar-26
Pesaro Urbino	Pesaro	1	367	45	0	1	Via Gramsci, 6/10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	gen-27
	Fano	0	/	90	1	1	V.le XII settembre, 90	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	gen-27
	Urbino (Prov.)		L'utenza sarà provvisoriamente gestita presso la sede di Pesaro						gen-27
	Urbino (Def.)	0	/	/	2	2	Comune di Urbino	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	gen-27
Totale regione		5	2.072	1.631	12	17			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

MOLISE

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Campobasso	Campobasso	1	300	180	0	1	Via Zurlo, 11	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
	Termoli	0	/	120	1	1	Via Egadi, 4	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Isernia	Isernia	1	500	/	0	1	Via XXIV Maggio, 251	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Agnone	0	/	45	1	1	Via G. Marconi, 22	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	Già operativa
Totale regione		2	800	345	2	4			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

PIEMONTE

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Alessandria	Alessandria	1	255	19	0	1	Via Morbelli, 34	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Casale M. To	1	79	146	0	1	Via Paolo Desana, 19	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Asti	Asti	1	200	135	0	1	Via F.lli Rosselli	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Biella	Biella	1	260	105	0	1	Via Tripoli, 14	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Cuneo	Cuneo	1	445	125	0	1	Corso Santorre di Santarosa, 15	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Novara	Novara	1	363	37	0	1	Corso della Vittoria, 8	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Torino	TO Nord	0	/	448	2	2	Corso Giulio Cesare, 290	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	TO Lingotto		/	204		0	Via Nizza, 362/10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
	Collegno	1	1.344	/	0	1	/	/	Già operativa
	Ivrea	1	218	/	0	1	Via Circonvallazione, 54/C	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Pinerolo	1	149	33	0	1	Via Kennedy, 5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Rivarolo	1	50	/	0	1	Corso Indipendenza, 53	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Vercelli	Vercelli	1	210	/	0	1	P.za Zumaglini, 10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Verbanio Ossola	Gravellona	1	54	54	0	1	C.so Marconi	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		12	3.627	1.306	2	14			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

PUGLIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Bari	Bari	1	370	1.750	1	2	Acquaviva Delle Fonti	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	dic-26
						0	/	Pubblicazione Avviso di Ricerca per Locazione	dic-26
Barletta Andria Trani	Andria	1	200	630	0	1	Via Oberdan	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	dic-26
		0			1	1	ASL- Azienda Ospedaliera a Barletta	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	dic-26
Brindisi	Brindisi	1	250	630	0	1	P.zza Vittoria	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
						0	Comune di Fasano	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	dic-26
Foggia	Foggia	2	1.000	910	0	2	Corso Madonna della Libertà	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	dic-26
		0			1	1	/	Pubblicazione Avviso di Ricerca per Locazione	dic-26
Lecce	Lecce	1	920	840	0	1	Viale Marche, Lecce	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Tricase	0	/	210	1	1	Via Romolo Murri	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	Già operativa
	Maglie	0	/	70	1	1	Via Cavalieri di Vittorio Veneto	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	Già operativa
	Casarano	1	250	350	0	1	Via Agnesi	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Taranto	Taranto	1	400	910	0	1	Via del Golfo di Taranto	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	set-26
	Grottaglie	0	/	80	1	1	Via Portella della Ginestra	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	dic-26
	Castellaneta	0	/	80	1	1	Via Sandro Pertini	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	dic-26
	Manduria	0	/	80	1	1	Via A. Bruno	Utilizzo altro immobile INPS strumentale	dic-26
Totale regione		8	3.390	6.540	8	16			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

SARDEGNA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Cagliari	Cagliari	1	281	952	0	1	Viale Regina Margherita - Ex Gpa	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mag-26
Oristano	Oristano	1	545	305	0	1	Via Dorando Petri, 9 - Oristano	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Sud Sardegna	Iglesias	1	238	227	0	1	Via Crocifisso, 117 - Iglesias	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Sassari	Sassari	1	1.058	100	0	1	Via Rockefeller, 68 - Sassari	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Olbia	Olbia	1	502	114	0	1	Via Caduti Sul Lavoro - Olbia	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Nuoro	Nuoro	1	335	305	0	1	Via La Marmora, 177 - Nuoro	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		6	2.959	2.003	0	6			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

SICILIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Agrigento	Agrigento	1	468	346	0	1	Via Picone, 20-30	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Sciacca	1	147	/	0	1	Via Pompei	/	Già operativa
Caltanissetta	Caltanissetta	1	329	100	0	1	Via Senatore Alessi, 10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Catania	Catania	1	1.045	1.530	0	1	Via XX Settembre, 39	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	feb-26
Enna	Enna	1	385	/	0	1	Viale Armando Diaz, 23	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Messina	Messina	1	678	340	0	1	Via Armeria, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Palermo	Palermo (Prov.)	1	1.003	2.287	0	1	Via Laurana, 57 - 59	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Palermo (Def.) ⁸		/	/		0	Via Laurana, 57 - 59	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Ragusa	Ragusa	1	406	162		1	Via L. Da Vinci, 25	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Siracusa	Siracusa	1	469	242		1	Corso Gelone, 90	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Trapani	Trapani	1	339	509		1	Via Scontrino, 28	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Totale regione		10	5.269	5.516	0	10			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

TOSCANA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Grosseto	Grosseto	1	300	150	0	1	Via Trento, 44 (palazzine A e sede PT)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	giu-27
Firenze	Firenze	2	500	/	0	2	Via Trento, 44	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Sesto Fiorentino	1	100	50	0	1	Agenzia INPS - Sesto Fiorentino (Piano Terra)	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Livorno	Livorno	1	310	230	0	1	Via Tacca, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-27
	Piombino	0	/	110	1	1	Via Marco Polo, 3/5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	set-27
Pisa	Pisa	1	371	165	0	1	Piazza Guerrazzi, 17	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	set-27
Lucca	Lucca	1	350	200	0	1	Piazza Martiri della Libertà, 65	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-27
Siena	Siena	1	336	260	0	1	Via Lippo Memmi, 2	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	set-26
Pistoia	Pistoia	1	285	80	0	1	Viale Adua, 123	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	nov-27
Arezzo	Arezzo	1	207	130	0	1	Via Signorelli, 22	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Massa Carrara	Carrara	1	281	223	0	1	Via Don Minzoni, 1	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	mar-26
Prato	Prato	1	200	90	0	1	Via Valentini, 1/B	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	giu-27
Totale regione		12	3.240	1.688	1	13			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

UMBRIA

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Perugia	Città Di Castello	1	218	/	0	1	Via Sacco e Vanzetti, 2	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
	Perugia	1	891	1.519	0	1	Via Canali, 5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Terni	Terni	1	413	143	0	1	Via Bramante, 45	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		3	1.522	1.662	0	3			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

VENETO

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	mq CML attuali	mq aggiuntivi necessari	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite	Ubicazione spazio individuato	Tipologia Intervento	Data prevista fine preparativi nuovi spazi
Belluno	Belluno	1	255	142	0	1	Via Diziani	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	apr-26
Padova	Padova	1	476	631	0	1	Via Scrovegni	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Rovigo	Rovigo	1	311	85	0	1	Piazza F.lli Cervi, 5	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	apr-26
Treviso	Treviso	1	1.273	/	0	1	Via Bolzano, 10	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Venezia	San Donà	1	335	49	0	1	Via Trento	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	apr-26
	Venezia	1	204	/	0	1	/	/	Già operativa
	Venezia (Mestre)	1	100	346	1	2	Via Don Tosatto	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
					0		ASL – Azienda Ospedaliera	Utilizzo altro immobile Pubblica Amministrazione	
Verona	Verona	1	775	25	0	1	Via Cesare Battisti	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	dic-26
Vicenza	Vicenza	2	332	788	0	2	Via Torino	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	set-26
	Vicenza		300	/		0	Corso SS F. e Fortunato	Razionalizzazione spazi nella Sede attuale	Già operativa
Totale regione		10	4.361	2.066	1	11			

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Direzione Centrale Patrimonio

In sintesi, si riporta la ricognizione dei “cantieri” avviati e degli spazi così determinati per accogliere le necessarie Commissioni mediche. L'analisi evidenzia la necessità di spazi per le Commissioni, sia quando compete all'INPS la valutazione della generalità dei richiedenti che, in relazione al correlato minor numero di Commissioni, nel caso di strutturale gestione dell'accertamento sanitario degli ultrasettantenni non autosufficienti da parte dei servizi sanitari territoriali.

STRUTTURE SANITARIE - RETE TERRITORIALE VISITE INPS										
REGIONI	STRUTTURE ATTUALI PER VISITE	NUOVE STRUTTURE DA REALIZZARE PER VISITE	TOTALE STRUTTURE PER VISITE	MQ STRUTTURE DOPO AMPLIAMENTO	N.PERSONE DA VISITARE GIORNALMENTE	N.COMMISSIONI UTILI	N.PERSONE DA VISITARE GIORNALMENTE SENZA LE VISITE >70 ANNI NON AUTOSUFFICIENTI	N.COMMISSIONI SENZA LA VISITE DEI >70 ANNI NON AUTOSUFFICIENTI	SSN/CIC	MEDICI AL 12.05.2026
Abruzzo	6	-	6	3.547	158	19	92	11	SSN	35
Basilicata	5	-	5	1.555	70	8	44	5	CIC	21
Calabria	7	-	7	5.168	297	35	207	25	CIC	95
Campania	10	19	29	15.690	737	88	523	62	SSN/CIC	204
Emilia Romagna	11	3	14	4.313	541	64	331	39	SSN	84
Friuli Venezia Giulia	4	1	5	3.047	114	14	58	7	SSN/CIC	26
Lazio	11	-	11	10.497	732	87	470	56	CIC	283
Liguria	5	-	5	2.197	185	22	107	13	SSN	27
Lombardia	12	2	14	10.007	1.024	121	600	71	SSN	96
Marche	5	12	17	3.703	170	20	101	12	SSN	28
Molise	2	2	4	1.145	41	5	26	3	SSN	5
Piemonte	12	2	14	4.933	494	59	331	39	SSN	39
Puglia	8	8	16	9.930	594	71	390	46	SSN	122
Sardegna	6	-	6	4.962	176	21	117	14	SSN	41
Sicilia	10	-	10	10.785	635	76	419	50	SSN/CIC	166
Toscana	12	1	13	4.928	370	44	229	27	SSN	63
Umbria	3	-	3	3.184	117	14	67	8	SSN	37
Veneto	10	1	11	6.427	468	56	238	28	SSN/CIC	67
Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Totale	139	51	190	106.018	6.923	824	4.350	516		1.445*

*NB Al netto degli esodi al 31.12.2026

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale

Il piano degli investimenti patrimoniali ed, in particolare, il percorso in atto per dotare le Sedi provinciali e le Agenzie “storicamente consolidate” (per la configurazione geografica del territorio), dovrà essere arricchito dalla valutazione della opportunità di dotarsi di ambulatori. Il nuovo piano patrimoniale dovrà avere particolare attenzione alle 11 regioni che, in questa fase, per la mancanza significativa di medici, non hanno ritenuto di progettare la rete di prossimità.

10. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

10.1 Gli “insegnamenti delle sperimentazioni”

Le sperimentazioni avviate e, in particolare, quelle più consolidate che ci offrono l'opportunità di osservare l'andamento di un'intera annualità, evidenziano almeno tre articolazioni della risposta ai bisogni dell'utenza in relazione alle modalità adottate dalle strutture regionali del Servizio sanitario Nazionale.

Le nove province di prima sperimentazione hanno coinvolto 3 regioni del nord, 3 regioni del centro, 2 del sud e 1 delle isole; tra queste, una provincia del centro e 2 del sud, avevano già sottoscritto Convenzioni per l'Invalidità Civile (CIC) assegnando il compito di valutazione sanitaria interamente all'INPS.

Gli incontri di ascolto hanno evidenziato realtà fortemente condizionate dalla preesistente situazione. Tendenzialmente, le 3 province in CIC hanno migliorato o consolidato gli aspetti positivi del modello “in Convenzione”, fatti salvi alcuni elementi di peculiarità legati alla discontinuità delle visite agli atti e alla riorganizzazione degli ambulatori territoriali.

Nelle province non in Convenzione si è registrato un basso livello di collaborazione e cooperazione da parte delle strutture sociosanitarie del Sistema Sanitario territoriale che, nella quasi generalità dei casi, hanno rapidamente chiuso gli ambulatori territoriali e ricollocato in altre attività le dotazioni organiche, soprattutto quelle dei medici.

Particolarmente rilevante è risultata nella sperimentazione la sostanziale inesistenza del servizio per la elaborazione del Progetto di Vita o del Piano Assistenziale Individualizzato, tanto da portare ad emendare la normativa in materia sostanziale, cristallizzando questo aspetto che è, in realtà, tra quelli più rilevanti e innovativi introdotti dalla riforma.

Gli esiti positivi delle sperimentazioni si sono registrati soprattutto laddove la situazione logistica e organizzativa del SSN si presentava fortemente inadeguata rispetto ai volumi e alle tipologie delle domande.

Ancor prima di analizzare nel dettaglio gli esiti delle sperimentazioni, in termini generali si possono evidenziare:

- le difficoltà di reperimento dei medici, in particolare per alcune specializzazioni;
- l'incidenza negativa sul processo del mancato ruolo dei Patronati all'interno delle nuove norme in materia di disabilità;
- le difficoltà incontrate dai medici di medicina generale e comunque dai medici accreditati per la produzione del certificato introduttivo avente valore di domanda. In questo contesto particolarmente gravosa per i medici prescrittori è risultata la predisposizione della parte anagrafica del richiedente, soprattutto in presenza di cittadini stranieri regolarizzati da documentazione temporanea (permessi di soggiorno, ecc.);
- la mancata previsione normativa delle visite agli atti, che, oltre a generare un sovraccarico nella programmazione delle visite, ha prodotto, in particolare a carico degli anziani più fragili, disagi e

significativi sforzi e oneri per il trasferimento negli ambulatori INPS, in particolare quando questi sono stati collocati unicamente nei capoluoghi di provincia;

- la creazione, in relazione al maggior impegno dei medici certificatori e all'incremento degli onorari, delle barriere di carattere economico per l'avvio del procedimento;
- le difficoltà di dialogo del sistema informatico tra gli applicativi di gestione delle diverse modalità pre e post riforma.

10.2 Proposte di indirizzi del CIV

La proposta deliberativa del CIV dovrà tener conto di quanto già deliberato il 16 dicembre 2024 (Del. n. 23), della ulteriore deliberazione n. 3 del 15 aprile 2025 che impegna gli Organi di Vertice - relativamente alla Riforma in materia di disabilità ed analogamente alla Riforma della non autosufficienza - ad elaborare un programma triennale.

Inoltre, terrà conto della deliberazione CIV n.18 del 18 dicembre 2025, concernente "Indirizzi sulla base della sperimentazione della "Riforma sulla disabilità e non autosufficienza", che ha impegnato gli Organi dell'Istituto a definire con la massima urgenza i piani e le attività di cui all'Elaborato "Osservazioni e indirizzi sulla base della prima sperimentazione della Riforma sulla disabilità e non-autosufficienza" allegato in appendice.

La nuova deliberazione assumerà quanto emerso dal confronto del 28 ottobre 2025 sulla base del focus sulla disabilità e non autosufficienza nel percorso delle Riforme. Ai fini degli indirizzi, per gli aspetti organizzativi così rilevanti, un contributo importante è costituito dall'Ordine del giorno del CIV n. 1 del 28 aprile 2026 in merito al "Nuovo modello di servizio dell'Istituto".

La deliberazione del CIV rimarca come la mancata contestualità nell'avvio delle riforme della disabilità e della non-autosufficienza abbia ricadute negative sulla programmazione delle attività da parte dell'Istituto e di tutti gli altri Enti coinvolti, nonché sull'accesso al servizio e alla presa in carico da parte dell'utenza.

In relazione a ciò, si propone di:

- Impegnare gli Organi dell'Istituto:
 - in relazione al ruolo dell'INPS nell'innovativo percorso collegiale di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità e/o non autosufficienza con il conseguente rilascio del certificato finale utile per l'accesso all'insieme delle prestazioni previste dalla legge a prescindere dal soggetto erogatore, a **strutturare e sviluppare la funzione di coordinamento e di presa in carico complessiva e integrata dei soggetti interessati;**
 - **ad elaborare linee per il ridisegno delle modalità organizzative e delle relazioni tra Strutture** per la realizzazione dei compiti e delle funzioni connesse all'esito del certificato definitivo conseguente all'accertamento sanitario, così come già delineato dalle delibere del CIV n. 34/2023 e n.13/2025,

dalla presente delibera, oltreché dall'Ordine del giorno n.1/2026 del CIV relativo al "Nuovo modello di servizio dell'Istituto";

- **a costruire una forte correlazione tra i compiti assegnati alle singole strutture** relativamente alla disabilità e alla non autosufficienza, al sostegno ai caregivers, al riconoscimento di congedi e permessi a favore delle persone disabili e di quelle che li assistono;
- **a promuovere nel territorio Tavoli di coordinamento tra i soggetti** istituzionali (Comuni, Servizio Sanitario, ecc.), l'articolato mondo del Terzo Settore e delle Parti Sociali e dei Patronati, contribuendo, in tal modo, alla valorizzazione ed attuazione del "Progetto di vita" e/o del "Piano assistenziale individualizzato";
- **a riconoscere ai Comitati Territoriali la funzione di verifica, monitoraggio e proposizione** delle linee di articolazione nel territorio degli ambiti e dei luoghi per lo svolgimento delle attività dell'Istituto;
- **a richiedere al Ministero vigilante l'urgente costituzione di un tavolo** di lavoro per un confronto sulle esigenze di chiarimento e implementazioni normative emerse dal monitoraggio e dall'osservazione diretta delle sperimentazioni;
- **a proporre e rafforzare il processo di semplificazione** prevedendo che nel certificato introduttivo, per i soggetti in età lavorativa, possa essere richiesta anche la valutazione sanitaria utile per le prestazioni di invalidità e inabilità al lavoro, senza che ciò abbia valore di domanda pensionistica, prevedendo un'adequata informazione da parte dell'istituto;
- **a proporre al legislatore, in accordo con le rappresentanze degli Enti coinvolti, di prevedere le adeguate risorse economiche** per realizzare il Progetto di vita, il Piano assistenziale individualizzato e la gestione di tutte le attività sociali e sanitarie finalizzate all'attuazione degli aspetti più qualificanti delle riforme in materia di disabilità e di non autosufficienza.
- Proporre le correzioni normative e procedurali dei limiti e delle criticità emersi dalle sperimentazioni e, in particolare:
 - **predisporre un nuovo percorso identificando le modalità per assicurare la copertura del fabbisogno di figure mediche** e di altre professionalità sanitarie. A tal fine, rimuovere gli elementi ostativi che non hanno permesso di acquisire nel mercato del lavoro sanitario sufficienti professionalità. **Definire, altresì, politiche per le risorse umane** per valorizzare la qualità e la disponibilità del personale sanitario nel governo flessibile della implementazione dei nuovi compiti assegnati all'Istituto;
 - **completare**, sulla base degli specifici fabbisogni, **il progetto straordinario di investimenti** per la realizzazione degli **ambulatori medici**;
 - **verificare** con il Ministero dell'Università e con il Ministero della Salute **la possibilità di convenzionare con l'INPS** percorsi di specializzazione in medicina legale previdenziale e medicina legale sociale;

- **prevedere la possibilità di avvalersi di forme innovative di «telemedicina»**, in particolare per facilitare sia la formazione delle Commissioni mediche che l'effettuazione delle visite a distanza, reintroducendo anche la possibilità di effettuare le **“visite agli atti”**;
- **permettere di acquisire i dati socioeconomici del richiedente in un momento precedente o contestuale all'invio del certificato medico introduttivo**;
- **recuperare il ruolo dei Patronati** per realizzare pienamente la presa in carico del cittadino tramite la completa tutela in coerenza con la funzione riconosciuta costituzionalmente;
- **proporre al legislatore** di considerare, almeno per le persone a basso reddito/situazione economica equivalente, il rimborso o il ristoro degli onorari corrisposti per la redazione del certificato medico introduttivo.

APPENDICE

A - RIFERIMENTI NORMATIVI

- legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante «*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*»;
- legge 28 marzo 1968 n.406 recante «*Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'Opera nazionale ciechi civili*»;
- legge 2 aprile 1968, n. 482 recante «*Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private*»;
- legge 30 marzo 1971, n. 118 recante «*Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*»;
- decreto legislativo 23 novembre 1988, n.509 recante «*Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291*»;
- legge 22 dicembre 2021 n. 227 recante «*Delega al Governo in materia di disabilità*»;
- decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante «*Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*»;
- decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 in vigore dal 30 giugno 2024 recante «*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*»;
- decreto-legge 31 maggio 2024, n.71, convertito con modificazioni in legge 29 luglio 2024. n. 106, che a partire dal 1° gennaio 2025 ha avviato la sperimentazione del nuovo sistema previsto dal sopracitato decreto legislativo n. 62 nelle seguenti nove province: Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste;
- decreto 12 novembre 2024, n. 197 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità " *Regolamento recante la disciplina per la procedura di sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, le relative modalità, le risorse da assegnare e il monitoraggio*" che contiene tutti gli aspetti tecnici che riguardano la metodologia valutativa con la quale si approccia alla sperimentazione e le ulteriori specificità connesse all'accertamento della condizione di disabilità;
- legge 21 febbraio 2025, n. 15 che reca la conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n. 202/2024 (decreto Milleproroghe) ha previsto l'estensione territoriale della sperimentazione che dal 30 settembre 2025 coinvolge le seguenti nuove province: Matera, Palermo, Teramo, Vicenza, Trento, Alessandria, Lecce, Isernia, Genova, Macerata e la provincia di Aosta;
- legge n. 15/2025 di conversione del decreto-legge 27 dicembre 2024, che estende la fase di sperimentazione da 12 a 24 mesi, posticipa al 1° gennaio 2027 l'entrata a regime delle nuove

procedure sull'intero il territorio nazionale e prevede l'aumento del numero delle patologie oggetto di sperimentazione;

- decreto Interministeriale n.94 del 10 aprile 2025 in vigore dal 12 luglio 2025, che definisce i nuovi criteri per l'accertamento della disabilità relativi a disturbi dello spettro autistico, diabete di tipo 2 e sclerosi multipla;
- decreto-legge n.19/2026 recante "Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in materia di politiche di coesione" e che introduce importanti novità e semplificazioni in materia di disabilità, accelerando l'attuazione della riforma prevista dal decreto legislativo n. 62/2024. Prevede l'estensione della sperimentazione in data 1° marzo 2026 di ulteriori 40 province nonché interventi normativi di adeguamento. Dal 1° gennaio 2027 estensione su tutto il territorio nazionale;
- La legge 27 febbraio 2026, n. 26, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28 febbraio 2026, converte il decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200 (Milleproroghe 2026), operando in sinergia e integrata dalle misure della Legge di Bilancio 2026 e del decreto-legge PNRR. interviene su vari termini normativi, inclusi aspetti legati a disabilità e welfare;
- Legge 20 aprile 2026, n. 50 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19, recante ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in materia di politiche di coesione"*. Prevede, altresì, che: *non oltre la data del 31 dicembre 2027, anche nei territori interessati dalla fase sperimentale della riforma di cui al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, continuano ad applicarsi le norme e le procedure vigenti per l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto e alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18'*. Pertanto, la citata disposizione implica che, in attesa dell'entrata in vigore della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane, agli anziani ultrasettantenni affetti da una patologia cronica e ingravescente di cui all'articolo 27, comma 2, del decreto legislativo n. 29/2024 si applica la tutela prevista dalle norme sull'accertamento della disabilità previgenti alla riforma di cui al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

B - MESSAGGI HERMES

- Messaggio Hermes n. 4014 del 28.11.2024: specifiche sulla nuova procedura di compilazione del nuovo certificato medico introduttivo;
- Messaggio Hermes n. 4364 del 19.12.2024: istruzioni operative per l'abilitazione dei medici certificatori alla trasmissione del nuovo certificato introduttivo;
- Messaggio Hermes n. 647 del 20.02.2025: erogazione dei percorsi formativi FAD per il personale medico interno ed esterno;
- Messaggio Hermes n. 764 del 2.03.2025: condivisione dei tre tutorial sulla compilazione del nuovo certificato medico introduttivo;

- Messaggio Hermes n. 950 del 18.03.2025: semplificazione invio dati socioeconomici da parte dei cittadini o tramite gli Istituti di Patronato e le Associazioni di categoria
- Messaggio Hermes n. 983 del 20.03.2025: introduzione della domanda di accertamento medico-legale, ai sensi della L. n.12 marzo 1999, n. 68, per le sedi sperimentali;
- Messaggio Hermes n. 1766 del 4.06.2025: riconoscimento delle prestazioni per i maggiorenni già titolari di indennità di frequenza nelle sedi sperimentali;
- Messaggio Hermes n. 1980 del 23.06.2025: rilascio del certificato medico integrativo;
- Messaggio Hermes n. 2216 del 10.07.2025: decreto interministeriale 10 aprile 2025, n. 94. Istruzioni operative
- Messaggio Hermes n. 3428 del 13.11.2025: rilascio di nuove funzionalità della procedura NIC (Gestione valutazione su atti, modifica medico redattore);
- Messaggio Hermes n. 635 del 23.02.2026: decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19. Novità in materia di sperimentazione della riforma della disabilità
- Messaggio Hermes n. 637 del 23.02.2026: prime istruzioni operative per l'avvio della terza fase della sperimentazione;
- Messaggio Hermes n. 639 del 23.02.2026: indicazioni operative sulla profilazione dei medici certificatori per la terza fase sperimentale. Tutorial sulle procedure;
- Messaggio Hermes n. 656 del 24.02.2026: circa il blocco dell'acquisizione del consenso per l'elaborazione del progetto di vita in sede di visita da parte delle unità di valutazione di base;
- Messaggio Hermes n. 713 del 27.02.2026: nuovo schema di selezione per gli operatori sociali mediante pubblicazione bandi regionali;
- Messaggio Hermes n. 884 del 13.03.2026: approvazione delibera n.32 (11.03.2026) per la nuova proroga Extra ACN al 30 settembre per le sedi sperimentali;
- Messaggio Hermes n. 990 del 20.03.2026: riapertura temporanea, per le 40 sedi della III fase sperimentale, della procedura per l'acquisizione delle domande amministrative;
- Messaggio Hermes n. 1.064 del 25.03.2026: terza fase della sperimentazione della Riforma della disabilità - Approfondimento sull'utilizzo della procedura di calendarizzazione delle visite UVB;
- Messaggio Hermes n. 1377 del 23.04.2026 Coordinamento tra la riforma della disabilità e la disciplina delle politiche in favore delle persone anziane. Articolo 28, comma 7, del decreto legislativo n. 29/2024, come modificato dall'articolo 4, comma 4-quater, del decreto-legge n. 19/2026, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 50/2026.

C - DELIBERAZIONI CIV

Con **deliberazione n.23 del 16 dicembre 2024** "*prestazioni di invalidità civile- Riforma sulla disabilità*" il CIV delibera:

- di impegnare gli Organi di gestione a porre particolare attenzione alla gestione delle prestazioni di invalidità civile in un'ottica di rafforzamento e proattività dei servizi per il cittadino con disabilità per agevolarne l'accesso alle prestazioni, al fine di:
 - rendere omogeneo, anche tramite l'adozione di uno specifico regolamento, l'*iter* dell'accertamento in tutte le realtà territoriali, con l'obiettivo di superare le attuali difformità, favorendo l'uniformità dei criteri valutativi, migliorando i tempi di definizione del procedimento e di risposta all'utente, al fine di dare piena attuazione ai principi di cui all'articolo 9, comma 5 lettere a), b), c) del decreto legislativo 62/2024;
 - gestire con particolare attenzione la sperimentazione, soprattutto nelle province non in CIC, in cui, a causa delle domande di accertamento sanitarie presentate a ridosso del 31 dicembre 2024, si verificherà la contemporanea presenza di differenti processi di lavorazione;
 - sensibilizzare tutti gli attori coinvolti in merito alle innovazioni previste, in particolare rispetto al certificato medico introduttivo in sostituzione della domanda amministrativa, al questionario WHODAS e alla previsione di una contrazione del numero di visite agli atti;
 - recuperare il ruolo dei Patronati, per realizzare pienamente la presa in carico del cittadino, tramite l'orientamento, l'assistenza e quindi la completa tutela dello stesso, in coerenza con la funzione riconosciuta dalla Corte costituzionale;
 - valorizzare il ruolo delle Associazioni di categoria accreditate per la tutela delle persone con disabilità nell'ambito delle competenze previste dalle norme;
 - monitorare il corretto utilizzo dei nuovi sistemi di valutazione da parte dell'Unità di Valutazione di Base (UVB) e dei fenomeni legati alla sperimentazione per eventuali tempestivi adeguamenti;
 - realizzare campagne di comunicazione specifiche a livello nazionale e territoriale per favorire un elevato coinvolgimento della cittadinanza e degli *stakeholders* in merito al nuovo processo di riconoscimento della disabilità;
 - coinvolgere, in particolare, i Comitati provinciali e regionali, quali sensori sul territorio, sia per la costruzione di un efficace sistema di monitoraggio della sperimentazione e sia per supportare l'Istituto nella diffusione della conoscenza della Riforma e delle sue complessità;
 - rafforzare la cooperazione tra le strutture nazionali, regionali e provinciali dell'INPS con i corrispondenti livelli, delle Parti sociali, delle Associazioni di categoria accreditate, delle Associazioni del terzo settore, dei Patronati e con le Istituzioni locali, per la realizzazione degli obiettivi del decreto legislativo 62/2024;
 - sviluppare interlocuzioni costanti con gli ordini dei medici per il coinvolgimento e la formazione degli iscritti sui contenuti della Riforma con particolare riguardo ai medici di famiglia, ai medici legali che

svolgono la loro attività all'interno dei Patronati e ai medici in rappresentanza delle associazioni di categoria, già adeguatamente preparati per le specifiche tematiche;

- incrementare l'organico, in particolare dei medici, in considerazione dell'assolvimento degli ulteriori adempimenti sopra esposti;
- prevedere, se necessario, eventuali modifiche al modello organizzativo territoriale;
- informare periodicamente il CIV sul funzionamento del nuovo processo al fine di poter individuare le eventuali criticità applicative della Riforma per valutare, da una parte, la tenuta del modello organizzativo dell'Istituto e, dall'altra, per condividere proposte sui necessari aggiustamenti da apportare all'*iter* di riconoscimento della condizione di disabilità, in modo da agevolare quanto più possibile l'accesso dei cittadini alle relative prestazioni.

Con **deliberazione n. 3 del 15 aprile 2025** "*Riforma in materia di disabilità e non autosufficienza*" con il CIV delibera di impegnare gli Organi di Vertice a:

- elaborare un programma gestionale triennale sulle politiche della disabilità definendo:
 - la stima delle persone che si prevede possano richiedere, nel prossimo triennio, la valutazione sanitaria e la erogazione di prestazioni da parte dell'INPS, con relativa distribuzione territoriale di tali potenziali utenti;
 - il modello organizzativo territoriale adeguato a rispondere sia a livello logistico che di gestione dell'utenza alle peculiari caratteristiche delle prestazioni conseguenti alle valutazioni sociosanitarie delle persone fragili e degli anziani;
 - la stima del fabbisogno di strutture ambulatoriali attrezzate per le valutazioni sociosanitarie e la loro dislocazione territoriale per garantire ai cittadini un servizio di prossimità;
 - la stima del fabbisogno di risorse professionali a vocazione amministrativa e relazionale oltre che di profilo sanitario;
 - le attività propedeutiche, da gestire con il coinvolgimento diretto dei rispettivi Comitati territoriali INPS, all'avvio delle future sperimentazioni da gestire nei territori, con particolare riferimento alla attività di coordinamento e coinvolgimento degli altri enti pubblici, delle associazioni professionali e di categoria, delle parti sociali, dei patronati;
- adottare analoghe e correlate iniziative in funzione della gestione del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante «Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33» contenente la riforma della non autosufficienza.;
- costruire un osservatorio permanente sulla gestione delle riforme della disabilità e della non-autosufficienza che metta a disposizione, a livello nazionale del CIV e a livello territoriale dei Comitati provinciali e regionali, i seguenti dati:

- il numero di certificati introduttivi, con la scansione cronologica di ricevimento e l'indicazione della area di appartenenza dei medici certificatori;
- il numero di Ap 70 inviate prima del certificato introduttivo e di quelli inviati dopo il certificato medico con l'indicazione se siano generati online dall'utente o dal caregiver o attraverso un Ente di Patronato;
- il numero di commissioni di valutazione costituite nei diversi ambiti territoriali e il numero di ore disponibili per ciascuna commissione per le valutazioni sanitarie;
- il tempo di attesa medio per le valutazioni sanitarie nei singoli territori provinciali;
- il tempo successivo alla valutazione sanitaria per gli adempimenti amministrativi e per la comunicazione all'utenza;
- gli esiti delle valutazioni con una periodicità da definire per consentire la comparazione tra le diverse sedi e Commissioni;
- promuovere le iniziative necessarie nei confronti del Governo e del Parlamento per garantire il coinvolgimento degli Enti di patronato nella gestione della parte amministrativa del procedimento, al fine di semplificare l'attività dei medici certificatori e favorire la presa in carico delle persone, anche in rapporto alla multidimensionalità delle loro problematiche;
- promuovere e sollecitare interventi normativi finalizzati a contenere i costi delle certificazioni a carico dei cittadini;
- procedere con celerità all'espletamento dei concorsi già previsti per tutte le figure professionali necessarie, verificando il reale fabbisogno aggiuntivo che potrebbe emergere;
- promuovere tempestivamente tutte le iniziative propedeutiche all'avvio delle nuove sperimentazioni, avendo cura di coinvolgere gli altri soggetti istituzionali presenti sul territorio, i Patronati, le Associazioni di rappresentanza, i Comitati territoriali e predisporre ogni utile iniziativa al fine di definire soluzioni logistiche e di formazione dirette al personale dedicato.

Con deliberazione **n. 18 del 18 dicembre 2025** "Indirizzi sulla base della sperimentazione della Riforma sulla disabilità e non-autosufficienza" il CIV delibera:

- di approvare **l'Elaborato "Osservazione e indirizzi sulla base della prima sperimentazione della Riforma sulla disabilità e non-autosufficienza" allegato alla presente e che costituisce parte integrante della presente delibera;**
- di impegnare gli Organi dell'Istituto a definire con la massima urgenza i piani e avviare le attività di cui all'Elaborato e di promuovere la necessaria relazione con il legislatore.

ELABORATO "OSSERVAZIONI E INDIRIZZI SULLA BASE DELLA PRIMA SPERIMENTAZIONE DELLA RIFORMA SULLA DISABILITÀ E NON-AUTOSUFFICIENZA"

Con le deliberazioni n. 23/2024 e n. 3/2025, il CIV ha elaborato precisi indirizzi in merito ai riflessi dei decreti legislativi n. 29/2024 e n. 62/2024 con particolare attenzione alla tutela dei cittadini fragili.

In particolare, il CIV ha evidenziato:

- la necessità di un programma pluriennale di identificazione delle sedi delle commissioni per la valutazione di base e delle dotazioni organiche conseguenti;
- di proporre al legislatore la correzione delle cause delle criticità emerse in sede di prima sperimentazione, ed in particolare:
 - la valorizzazione del ruolo dei Patronati e il loro coinvolgimento nell'intero procedimento;
 - la reintroduzione della visita agli atti;
 - il contenimento del costo dei certificati introduttivi.

Sulla base di tali indicazioni, il CIV, in occasione dei Rendiconti territoriali, in particolare nelle sedi di prima sperimentazione (dall'1.1.2025) ed in alcune di quelle di avviamento della seconda sperimentazione (dal 30.9.2025), ha svolto incontri di analisi e confronto coinvolgendo i Comitati, le Direzioni Territoriali ed i rispettivi CML, oltreché i Patronati.

PRIME OSSERVAZIONI EMERSE NEGLI INCONTRI TERRITORIALI A TUTTO DICEMBRE 2025

Sulla base di tale attività, sono emerse le seguenti osservazioni ed i conseguenti indirizzi:

- in via generalizzata, seppur in maniera molto differenziata, si registra un notevole ritardo nei tempi di convocazione a visita, se confrontata con l'attività svolta direttamente dal Servizio Sanitario Regionale;
- in alcune realtà, l'inadeguatezza degli organici sanitari e della collocazione degli ambulatori medici ha generato una "giacenza" di certificati introduttivi inevasi in continua crescita;
- permangono ancora alcune disfunzioni relativamente alla piena funzionalità delle procedure da parte di alcune figure mediche;
- risulta ancora incerto, nella quasi totalità dei casi, il rapporto con le Strutture Sanitarie Territoriali, in merito alla relazione e alla gestione del "progetto di vita";
- la relazione con l'Ordine dei Medici, in quasi tutte le realtà territoriali, ha permesso di migliorare la qualità dei certificati introduttivi e di promuovere iniziative di contenimento dei costi degli stessi. In alcune realtà, si registrano ancora resistenze nell'attuazione piena della Riforma da parte dei medici di medicina generale;
- risulta positivo il ruolo di promozione da parte dei Patronati con la messa a disposizione dei propri ambulatori, di percorsi di certificazione a tariffa agevolata;
- la complessità del certificato medico introduttivo e il tempo necessario per la sua compilazione hanno reso evidente il vantaggio che deriverebbe dalla contestuale (o precedente) messa a disposizione dei dati socioeconomici dei richiedenti attraverso il modello AP70, inviato all'INPS da parte dei Patronati.

Ribadendo gli indirizzi delle precedenti delibere n. 23/2024 e n. 3/2025 e traendo spunto da quelli della recente delibera n. 13/2025 "Le direttrici strategiche relative alla funzione, all'organizzazione e alle attività dell'INPS", il CIV ritiene:

- necessario e urgente predisporre, sulla base degli specifici fabbisogni, un progetto straordinario di investimenti per la realizzazione degli ambulatori medici nonché per la determinazione del fabbisogno di organici;
- necessario superare i vincoli nella composizione delle Commissioni mediche, per permettere, nel condizionato mercato del lavoro, di formare un numero di Commissioni sufficiente per rispondere in tempi ragionevoli al volume delle istanze presentate;
- prevedere la possibilità di avvalersi di forme innovative di "telemedicina" che facilitino sia la composizione delle Commissioni mediche che l'effettuazione di visite a distanza;
- creare un report periodico per il CIV e i Comitati territoriali che dia conto, in maniera articolata per Regioni e Province:
 - a) del numero di istanze presentate, suddivise per minori, adulti in età lavorativa e ultra67enni;
 - b) del numero di ultra70enni che hanno presentato istanza;
 - c) del numero di istanze transitate in fase concessoria suddivise per minori, adulti in età lavorativa e ultra67enni;
 - d) del numero di istanze presentate da persone che possono accedere alle prestazioni previdenziali di invalidità/inabilità pensionabile;
 - e) del numero di richiedenti la Prestazione Universale e del numero degli effettivi beneficiari;
 - f) del numero di richiedenti il progetto di vita;
 - g) dei tempi di attesa per la visita medica per la valutazione di base;
 - h) dei tempi di svolgimento del percorso sanitario e di quello amministrativo;
 - i) dei tempi di definizione con il rilascio del certificato unico;
 - j) in occasione della conclusione del percorso di reclutamento, il numero di vincitori del concorso e la loro distribuzione regionale e territoriale;
- permettere di acquisire i dati socioeconomici del richiedente in un momento precedente o contestuale all'invio del certificato medico introduttivo;
- promuovere in ogni realtà la costituzione di un tavolo permanente che riunisca l'Istituto, le strutture territoriali del Servizio Sanitario Regionale, le Organizzazioni di rappresentanza, i Patronati, le Residenze Sociosanitarie e Assistenziali per gli Anziani e per le persone disabili, le associazioni del volontariato che si occupano di servizi alle persone con fragilità, per promuovere collaborazione nell'ottica della presa in carico che presiede la riforma.