INPS | CIV

Consiglio Indirizzo e Vigilanza

La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti

Il ruolo dei Comitati Territoriali



In copertina **Salvatore Scarpitta:** *Paesaggio*

La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti

Il ruolo dei Comitati Territoriali

Per accedere a tutti i contenuti della tutela delle persone con disabilità e non autosufficienza - l'attività dei Comitati inquadra il QR Code e vai alla pagina dedicata

Questo quaderno consegna ai Comitati Territoriali le elaborazioni e gli indirizzi che il CIV ha assunto affinché, nel complesso e delicato percorso di attuazione da parte dell'INPS dei compiti assegnatigli dal Legislatore, il ruolo degli Organismi territoriali, quali soggetti di verifica e di monitoraggio della esigibilità dei diritti delle persone fragili, possa essere adeguatamente e tempestivamente svolto. Si rinvia alle deliberazioni CIV n.23 del 2024, n.3 e 18 del 2025 e n.4 del 2026.

I contenuti e la redazione del volume: "La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti" sono stati coordinati dai Consiglieri del CIV Angela Maria Caracciolo e Francesco Rampi. Un particolare ringraziamento per i contributi a:

- Anna Maria Bilato, Roberto Ghiselli, Nazaro Pagano, Valeria Picchio, del CIV;
- Filippo Bonanni, Vincenzo Damato, Cristina Deidda, Lorenzo Leoncini, Alessia Rimmaudo e Maria Grazia Sampietro, della DG INPS;
- Alessandro Casile, Alida Cioffi, Maria Costanzo, Prisca Duranti, Michela Marturano e Sabrina Verginelli, della Segreteria del CIV.

Si ringraziano, inoltre:

- la Segreteria del Presidente e del CdA;
- il Coordinatore Generale Medico Legale Raffaele Migliorini;
- la DC Formazione e Accademia INPS, ed in particolare Vito La Monica;
- il Centro stampa per la consulenza editoriale e per l'allestimento del volume e, in particolare, Diego De Felice e Paolo Migliori.



***Antonio Tamburro**: Musica*

Introduzione

Il processo riformatore recentemente avviato in materia di disabilità e di politiche in favore delle persone anziane, rispettivamente con le Leggi delega n. 227 del 2021 e n. 33 del 2023, e con i successivi decreti attuativi, evidenzia una rinnovata consapevolezza rispetto a problematiche che richiamano, fondamentalmente, il diritto delle persone a condurre una vita dignitosa in ogni contesto e dimensione, nello spirito dei principi costituzionali.
La Legge n.227 del 2021 si pone l'obiettivo di garantire alla persona con disabilità il **pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali**, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l'accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti.
La Legge delega n.33 del 2023 prevede, con lo stesso spirito, la costruzione di un **sistema che si occupa in modo completo e integrato della non autosufficienza**. In tal modo l'Italia riconosce il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo idoneo ed integrato. Con la sua attuazione dovremmo allinearci ai principali Paesi europei che già da anni hanno approvato sistemi assistenziali di questo tipo. La norma fissa i principi di promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di limitazioni e restrizioni della loro autonomia.
La normativa, inoltre, promuove e valorizza le attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie, per la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni.
Il maggiore rilievo attribuito in questa fase ai temi della disabilità e delle persone anziane lo si deve, in particolare, ad una diversa **consapevolezza** che si sta affermando rispetto al tema dei diritti soggettivi delle persone, nella loro diversità e complessità, in ogni fase della vita e all'importanza crescente delle tematiche che si riferiscono alla terza età, in parte legata al progressivo innalzamento della speranza di vita, con i diversi bisogni crescenti connessi a questo processo.
Oltre ad affermare l'obiettivo di garantire alle persone che si trovano in condizioni di svantaggio i supporti necessari al pieno esercizio dei diritti di cittadinanza, in tutte le fasi della vita, nel percorso educativo, lavorativo e nella terza età, viene affermato il concetto che tutto ciò deve rientrare in una **visione** integrata, "**multidimensionale**", dei fenomeni, che tenga conto delle specifiche condizioni soggettive, familiari, ambientali delle persone e metta in relazione stretta i diversi attori coinvolti nel processo di "presa in carico" e di definizione dei **"progetti di vita**".

In questa prospettiva è importante essere pienamente consapevoli che il ruolo dei soggetti istituzionali e associativi coinvolti deve cambiare, non solo perché vengono introdotte nuove competenze o si modificano quelle già esistenti, ma soprattutto perché è il processo complessivo e le modalità relazionali fra gli attori che sono destinate a mutare.
Come accade per ogni riforma, anche in questo caso, non sono importanti solo i contenuti dalla normativa e le risorse messe a disposizione, ma anche la capacità collettiva di guidare, sostenere e realizzare concretamente gli obiettivi che ci si propone.
Tutto ciò chiama in causa la responsabilità e l'attività dei **diversi attori pubblici**, Istituzioni ed Enti, ma anche l'insieme del mondo associativo e del terzo settore. Le riforme che hanno questo profilo, di natura fortemente sociale, vivono solo attraverso la partecipazione delle persone direttamente interessate e dei soggetti che le rappresentano e le sostengono.

L'INPS è pienamente coinvolto in questo percorso e sta misurando, anche in questo ambito, la nuova funzione strategica che deve interpretare, cioè quella di essere un nodo della rete di relazioni da rafforzare ed estendere, soprattutto nei territori, in rapporto alle maggiori e nuove responsabilità che il Legislatore ha attribuito in questi anni all'Istituto, in particolare sul terreno delle politiche sociosanitarie, di sostegno alle famiglie, sulle politiche per il lavoro e la legalità.

In questo contesto, che riguarda la disabilità e le politiche per gli anziani, **le relazioni da attivare** in maniera integrata sono molteplici e riguardano il sistema delle autonomie locali, gli ambiti sociali territoriali, le aziende sanitarie, i Centri per l'impiego e per la formazione, le istituzioni scolastiche, i soggetti della rappresentanza collettiva dei lavoratori, dei pensionati e delle persone disabili, il personale sanitario, gli enti di patronato, il terzo settore.

Solo attraverso l'attivazione di questa rete sarà possibile estendere effettivamente le tutele e promuovere l'integrazione, realizzando le finalità qualitativamente più significative della normativa riformatrice.

L'INPS è consapevole del nuovo ruolo che deve assumere, delle nuove attribuzioni e della complessità da gestire, in particolare per quanto concerne gli adempimenti accertativi, le conseguenti esigenze in termini di personale, sanitario e amministrativo, di logistica, e di supporti informatici. Ma è consapevole soprattutto dell'importanza di garantire, a partire dai territori, una adeguata collaborazione e sinergia con tutti i soggetti coinvolti, in tutte le fasi del percorso, prima, durante e dopo la sperimentazione.

In questo ambito, un ruolo molto importante di raccordo con le diverse espressioni territoriali lo rivestono i **Comitati territoriali INPS** che, garantendo collaborazione e il supporto alle rispettive Direzioni, possono intercettare le esigenze specifiche del territorio, dell'utenza, dei Patronati, dei soggetti della rappresentanza sociale e istituzionale e promuovere, internamente e esternamente all'Istituto, le azioni necessarie a realizzare gli obiettivi qualificanti e socialmente rilevanti delle Riforme.

Al fine di fornire specifiche linee di indirizzo all'Istituto, nelle sue diverse articolazioni, il Consiglio di Indirizzo e Vigilanza, è intervenuto su queste materie con specifiche deliberazioni nonché attraverso le Relazioni programmatiche approvate in questi ultimi anni.

Il Consiglio sta, inoltre, sostenendo i Comitati territoriali attraverso diverse iniziative informative, seminariali e formative, per favorire questo processo di partecipazione necessario al conseguimento pieno degli obiettivi.

La redazione di questo Quaderno rientra in questo contesto, cioè nella volontà di fornire ai Comitati territoriali un ulteriore strumento di supporto alla loro attività.

Il Quaderno contiene importanti informazioni e analisi riguardanti la normativa, i processi in corso, le opportunità e le difficoltà già riscontrate e che si possono prospettare. Esso è anche frutto di un percorso di ascolto e coinvolgimento delle strutture territoriali, realizzato attraverso innumerevoli momenti di incontro dedicati a questo tema nel territorio, con iniziative specifiche o in occasione delle presentazioni dei Rendiconti sociali, e quindi tiene conto delle esperienze concretamente condotte.

Il tema della tutela delle persone disabili e degli anziani, dei diversi ambiti relazionali, educativi, sanitari e lavorativi, per la sua rilevanza sociale e civile deve rappresentare un terreno su cui misurare la capacità di far coincidere lo sviluppo economico del Paese con la sua dimensione sociale e civile. Una sfida che contiene in sé un'idea ben precisa di Paese e del suo modello di sviluppo, nel quale le ragioni dell'innovazione tecnologica e della crescita economica devono essere accompagnate da quegli elementi di sostenibilità sociale che rendono plausibili una crescita in un

contesto di coesione sociale, in particolare a fronte di rilevanti trasformazioni demografiche, tecnologiche ed economiche.
Le Riforme di cui stiamo parlando sono uno dei principali terreni su cui si misura questa capacità, dal loro buon esito ne discende certamente la risposta ad una sfida che è di civiltà.
Una sfida che chiama in causa l'impegno e la responsabilità di tutti e l'INPS, nelle sue diverse articolazioni e per quanto gli compete, deve esserne pienamente consapevole.

Buon lavoro a tutte e a tutti.

Roberto Ghiselli
Presidente CIV INPS
Roma, giugno 2026



Piero Dorazio: *Struttura Scambio*

Sommario

Introduzione **a cura di *Roberto Ghiselli*, Presidente CIV INPS**	7
Il processo riformatore per la disabilità e per gli anziani non autosufficienti	15
Scenario demografico e invecchiamento della popolazione	16
I cambiamenti demografici in Italia	16
I cambiamenti sociali in Italia	19
I cambiamenti legati all''invecchiamento: analisi epidemiologica sulle patologie correlate	21
Stratificazione epidemiologica per fasce di età in ambito assistenziale	22
La Riforma della disabilità e la Riforma per gli anziani non autosufficienti: spunti per una lettura coordinata	29
Nella Riforma della disabilità la qualificazione di persona con disabilità	29
Ridefinire i termini per attualizzare l'approccio alla disabilità	30
Definizioni	30
Domiciliazione e residenza: persone con disabilità e non autosufficienza	31
Sintesi dei profili giuridici della Riforma della disabilità e della Riforma a favore delle persone anziane non autosufficienti	35
Le due riforme gemelle: disabilità e non autosufficienza	35
La Riforma della disabilità	36
Definizioni	36
La Riforma a favore delle persone anziane	37
Definizioni	38
Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza	40
La Prestazione Universale	41
Le Risorse destinate alla disabilità e alla non autosufficienza	43
INPS co-attore delle politiche sociali di prossimità	45
L'organizzazione dell'INPS necessita di evoluzione, innovazione e dimensionamento	46

L'Istituto e la territorialità 48
La rete della disabilità 48
La sperimentazione 49
Invalidità Civile e disabilità: le prestazioni 55
Invalidità civile – fonti normative 55
Le prestazioni erogate dall'INPS 56
Assegno mensile e pensione di inabilità civile 57
Indennità di accompagnamento 57
Indennità mensile di frequenza 58
Prestazioni per ciechi, sordi e sordociechi 58
Assegno Unico Universale 59
Disabilità: fonti normative e prestazioni 59
Permessi giornalieri e mensili 62
Congedo straordinario 63
Invalidità di natura previdenziale/pensionistica 64
Invalidità civile, disabilità e anziani non autosufficienti: il percorso di accertamento sanitario 66
L'accertamento sanitario ante Riforma 66
L'accertamento sanitario degli ultra70enni segnalati come non autosufficienti 67
L'accertamento sanitario nella sperimentazione della Riforma della disabilità 71
L'esperienza delle C.I.C. 74
I Comitati territoriali e la disabilità 75
La rete territoriale per la disabilità e la non autosufficienza 75
I Comitati territoriali e la tutela delle persone con disabilità 78
Il monitoraggio amministrativo e le procedure di tutela 79
Contenzioso 81
Contenzioso amministrativo 81

Autotutela 81
Il contenzioso nell'invalidità civile e nella disabilità 82
Il ruolo dei Comitati nel contenzioso 82
Gli "insegnamenti delle sperimentazioni" 84
Proposte di indirizzi del CIV 86
Piccola guida al monitoraggio territoriale 88
Allegato 1 100
Le strutture INPS per l'accertamento medico legale 100
Ambulatori medici 100
Allegato 2 106
Il ruolo dei Patronati e delle Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità 106
I Patronati 106
Le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità 111
Allegato 3 114
L'esperienza Home Care Premium (HCP) 115
Home Care Premium (HCP) 115
Appendice 120
Riferimenti normativi 120
Messaggi Hermes 121
Deliberazioni CIV 124
La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti è anche formazione 130



Intarsio Marmoreo

Il processo riformatore per la disabilità e per gli anziani non autosufficienti

"Secondo il Rapporto annuale ISTAT 2025, le persone con disabilità in Italia sono 2 milioni e 904 mila (il 5% della popolazione), di cui un milione e 690 mila sono donne"

Nel corso dei lavori di redazione della Carta Costituzionale[1], i padri costituenti dedicarono ampio confronto alla tutela dei 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 tale contesto, caratterizzato dalla presenza di "Assicurazioni pubbliche obbligatorie"[2] con finalità sociali che si definiscono misure, per molti anni classificate come assistenziali, quali l'invalidità civile, l'indennità di accompagnamento e le erogazioni destinate alle persone non vedenti o con sordità.

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

Analogamente, le esperienze mondiali post-belliche, con la nascita delle Agenzie delle Nazioni Unite, così profondamente in crisi oggi, si sono occupate di individuare valori condivisi e per i quali vergare comuni definizioni e comuni approcci valoriali a cui la" Riforma della disabilità" e la "Riforma degli anziani non autosufficienti" hanno inteso uniformarsi.[3]

---

[1]L'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.

[2] 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.

[3]Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive 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 gli altri.
Tale definizione di disabilità è coerente con l'art.1, secondo paragrafo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.
La Riforma intende uniformarsi anche integrando la Legge 104/1992 e introducendo disposizioni che prevedano una valutazione di base della disabilità distinta da una successiva valutazione multidimensionale fondata sull'approccio bio-psico-sociale attivabile dalla persona con disabilità o da chi la rappresenta, previa adeguata informazione sugli interventi, sostegni e benefici cui può accedere, finalizzata al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e assicurando l'adozione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione le differenze di genere. Inoltre è prevista l'adozione della Classificazione Internazionale of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla cinquantaquattresima Assemblea mondiale della Sanità il 22 maggio 2001 e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione, ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento della disabilità e della salute congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letterature scientifica e nella pratica clinica. Infine, si è proceduto con l'adozione di una definizione di "profilo di funzionamento coerente con ICF e con le disposizioni della Convenzione della Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e che tenga conto dell'ICD.

Scenario demografico e invecchiamento della popolazione

I cambiamenti demografici in Italia

Come è ampiamente noto, 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.

Distribuzione della popolazione per genere, età e regione

Popolazione 2025							
Regione	**Genere**			**Età**			
	Femmine	Maschi	**Totale**	0-14	15-64	65 e oltre	**Totale**
Abruzzo	645.906	623.212	**1.269.118**	144.705	793.204	331.209	**1.269.118**
Basilicata	267.499	262.505	**530.004**	57.386	334.919	137.699	**530.004**
Calabria	933.889	900.757	**1.834.646**	228.171	1.157.627	448.848	**1.834.646**
Campania	2.853.823	2.728.514	**5.582.337**	740.274	3.648.539	1.193.524	**5.582.337**
Emilia Romagna	2.270.127	2.191.871	**4.461.998**	526.663	2.823.355	1.111.980	**4.461.998**
Friuli-Venezia Giulia	609.114	584.170	**1.193.284**	129.842	735.122	328.320	**1.193.284**
Lazio	2.938.212	2.770.966	**5.709.178**	681.028	3.669.189	1.358.961	**5.709.178**
Liguria	778.702	731.441	**1.510.143**	155.675	913.432	441.036	**1.510.143**
Lombardia	5.089.559	4.944.359	**10.033.918**	1.224.531	6.416.877	2.392.510	**10.033.918**
Marche	754.330	726.215	**1.480.545**	167.292	919.382	393.871	**1.480.545**
Molise	144.924	142.890	**287.814**	29.995	179.258	78.561	**287.814**
Piemonte	2.171.584	2.080.284	**4.251.868**	475.765	2.632.870	1.143.233	**4.251.868**
Puglia	1.984.208	1.893.187	**3.877.395**	458.186	2.459.594	959.615	**3.877.395**
Sardegna	794.486	767.895	**1.562.381**	151.862	981.462	429.057	**1.562.381**
Sicilia	2.451.026	2.336.364	**4.787.390**	615.437	3.038.107	1.133.846	**4.787.390**
Toscana	1.875.762	1.781.954	**3.657.716**	403.512	2.275.630	978.574	**3.657.716**
Trentino-Alto Adige	547.842	538.410	**1.086.252**	151.042	690.270	244.940	**1.086.252**
Umbria	437.901	413.572	**851.473**	94.305	523.868	233.300	**851.473**
Valle d'Aosta	62.370	60.162	**122.532**	13.938	76.944	31.650	**122.532**
Veneto	2.460.483	2.392.989	**4.853.472**	570.440	3.073.899	1.209.133	**4.853.472**
Italia	**30.071.747**	**28.871.717**	**58.943.464**	**7.020.049**	**37.343.548**	**14.579.867**	**58.943.464**

Fonte: Istat

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		A 65 anni		A 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

Si è registrato il progressivo recupero rispetto alla flessione dell'aspettativa di vita rilevata negli anni della pandemia da Covid; nel 2019, l'aspettativa di vita aveva raggiunto gli 85,4 anni per le donne e 81,1 per gli uomini.

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 disabilità[4] 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% e al Sud al 5,0%, mentre si registrano dati inferiori al 5% al Nord (Nord-ovest 4,6% e nel Nord-est 4,4%).

Nell'ambito dell'indagine europea sulla salute (Ehis)[5] condotta nel 2019 e pubblicata nel 2021[6], 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.

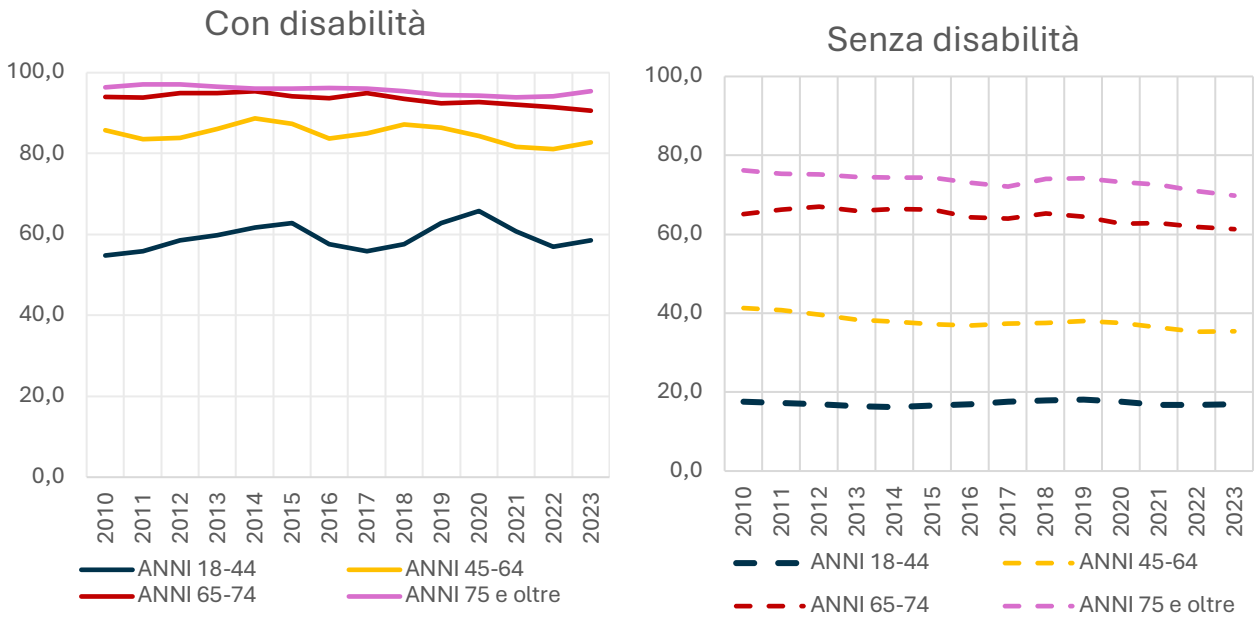
[4] Vedi Rapporto Istat 2025 – Capitolo 2 Popolazione e Società https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/

[5] 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.

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

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 –

I cambiamenti sociali in Italia

Se si allarga lo sguardo alla composizione dei nuclei familiari, il Censimento permanente della Popolazione e delle abitazioni segnala che nel 2021 le famiglie con almeno un componente di 65 anni o più erano 10.276.199 e rappresentavano il 36,2% del totale delle famiglie. Il 40% è composto da persone sole.

In un decennio, tra il 2011 e il 2021, le famiglie formate da almeno un anziano sono aumentate del 13,3% per un totale di oltre 1 milione e 200 mila, confermando che la necessità di servizi e presidi sarà sempre più sentita nel futuro non potendo più sopperire le famiglie, e in particolare le donne, nella misura coperta fino ad oggi con forme di welfare informale e familiare[7].

[7] Rapporto annuale ISTAT 2025 – Capitolo 3 "Una società per tutte le età". Nell'ambito della strategia SNAI (**Strategia Nazionale per le Aree Interne),** l'ISTAT utilizza una definizione funzionale di famiglia utile per rilevare i fabbisogni sociali e le fragilità, superando quindi il concetto meramente legale di famiglia.

Famiglie con almeno un componente di 65 anni e più per tipologia familiare e Classificazione SNAI						
Tipologia familiare	Totale		Centri		Aree interne	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Persone sole	4,102,566	39.9	3,106,009	39.6	996,557	40.8
Coppie con figli (a)	1,232,237	12.0	921,852	11.8	310,385	12.7
Coppie senza figli (b)	2,999,248	29.2	2,300,559	29.4	698,689	28.6
Monogenitori (a)	1,030,789	10.0	792,900	10.1	237,889	9.7
Famiglie con due o più nuclei	212,851	2.1	166,319	2.1	46,532	1.9
Altre tipologie (b)	698,508	6.8	547,686	7.0	150,822	6.2
Totale	**10,276,199**	**100.0**	**7,835,325**	**100.0**	**2,440,874**	**100.0**

Fonte: Istat Censimento permanente della Popolazione e delle abitazioni. Anno 2021.
(a) Famiglie con un solo nucleo e senza altre persone residenti.
(b) Famiglie composte da un insieme di persone che non formano nucleo e famiglie con un solo nucleo e con altre persone residenti.

Sono proprio i cambiamenti sociali in Italia e nel Vecchio Continente che 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".

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 compiuto oltre cinquanta anni ed ha vissuto differenti fasi e articolati approcci[8].

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

Oggi il decreto legislativo n.62 del 2024 e il decreto legislativo n.29 del 2024, figli rispettivamente della Legge delega n. 227 del 2021e della legge delega n.33 del 2023 si propongono l'obiettivo di una rilettura dell'intera materia.

[8] La svolta sociale sul tema è rappresentata dalla Legge n.118 del 1971 che definisce l'invalidità civile come una minorazione fisica, psichica o intellettiva 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.).

I cambiamenti legati all'invecchiamento: analisi epidemiologica sulle patologie correlate

Le recenti riforme in campo assistenziale, la Legge n.227 del 2021 e la Legge n.33 del 2023 e i relativi decreti attuativi, hanno disegnato uno scenario che vede INPS attore strategico in tema di disabilità e di non autosufficienza della popolazione anziana.

Sappiamo che il Legislatore ha inteso adottare il modello bio-psico-sociale nella descrizione e nella valutazione della disabilità, superando definitivamente il modello "abilista" del passato; ciò significa che la persona non è più valutata esclusivamente su quello che è in grado o meno di fare ma, piuttosto, su quanto la sua partecipazione alla vita sociale sia più o meno ristretta a causa dell'interazione tra i problemi di salute e l'ambiente circostante.

Le misure introdotte sul tema assistenziale comportano necessariamente una ricomposizione e coordinamento delle competenze istituzionali in modo che il livello nazionale (INPS) il livello regionale (Servizio Sanitario Nazionale) e il livello territoriale (Ambiti Territoriali Sociali) operino in stretta sinergia evitando inutili duplicazioni di accertamenti, sovrapposizioni di erogazioni di servizi, confusione circa gli attori nell'offerta di servizi, ecc. In ultima analisi si tratta di realizzare un processo ordinato il cui fine è quello di mettere a disposizione della persona con disabilità ogni misura possibile atta a minimizzare la restrizione della partecipazione di cui si è detto sopra.

Il ruolo strategico di INPS è del tutto evidente; in particolare, si consideri che secondo la normativa vigente:

- INPS è unico accertatore relativamente all'accertamento medico-legale della condizione di disabilità nel caso di persone tra 0 e 70 anni;
- INPS è parte integrante del Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente nel caso delle persone ultrasettantenni.

Lo scenario disegnato comporta inevitabilmente un importante impegno nel realizzare piattaforme informatiche comuni attraverso le quali gli attori istituzionali citati possano dialogare e utilizzare un linguaggio condiviso; comporta, altresì, un'importante attività di formazione per i nostri professionisti. In tal senso il CGML e la DC Formazione e Accademia si sono attivate e hanno già attuato piani di formazione prevedendo anche l'adozione di strumenti innovativi quali i FAD a distanza.

Al fine di governare con efficacia i processi è necessario, altresì, prevedere un attento monitoraggio della domanda delle persone con disabilità e dei fattori causali alla base della domanda. Ne discende che l'Osservatorio Statistico INPS avrà un ruolo, se possibile, ancora più cruciale e determinante nell'indicare al decisore politico le priorità di intervento nei vari territori.

In questo senso si pensi alla recente esperienza della pandemia e alla fondamentale importanza che ha avuto il monitoraggio dettagliato dei fenomeni.

Per quanto detto il CGML (Coordinamento Generale Medico Legale) ha inteso mettere a disposizione un quadro sinottico dell'attuale epidemiologia della domanda di "invalidità", termine che deve essere abbandonato e che qui è usato solo per indicare che ci si riferisce a un periodo anteriforma, con particolare riguardo alle morbidità legate all'invecchiamento della popolazione italiana.

Dai nostri dati è emerso che l'invecchiamento della popolazione comporterà un notevole aumento quantitativo delle patologie cronico-degenerative neuro-psichiche con il conseguente aumento della domanda in materia assistenziale.

Tutto il sistema nazionale sarà dunque chiamato a fronteggiare tale domanda ed è verosimile che INPS sarà una istituzione decisiva per affrontare la sfida.

Stratificazione epidemiologica per fasce di età in ambito assistenziale

L'INPS è in grado di fornire un significativo contributo per la conoscenza dell'epidemiologia delle patologie nel nostro Paese, grazie alla sua capillare diffusione su tutto il territoriale nazionale ed alla possibilità di archiviare i dati in un database che dal 2010 viene alimentato dai giudizi medico-legali espressi in riferimento alle richieste di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, Legge n.104 del 1992 e Legge n.68 del 1999.

Tale *report* ha lo scopo di delineare l'andamento per età delle principali patologie oggetto di giudizi per invalidità civile, con particolare riguardo alle patologie oncologiche.
Il *database* (Osservatorio Epidemiologico INPS) è stato interrogato per raccogliere tutti i verbali in ambito assistenziale definiti tra il 2019 e il 2024. Si è quindi proceduto a raccogliere i verbali relativi ai gruppi di patologie più rappresentativi (oncologiche, cardiovascolari, psichiche, neurologiche e osteomuscolari/del tessuto connettivo): il campione è stato ottenuto selezionando nel *database* INPS esclusivamente il codice nosologico riferito alla patologia principale e/o prevalente che ha motivato la richiesta di prestazione di invalidità civile.

Per ciascun gruppo di patologie, è stata poi effettuata una stratificazione per età, secondo le seguenti fasce: 18-65 anni, 66-75 anni, 76-85 anni, 86-95 anni e 96-105 anni. È stato anche raccolto il dato relativo a tutte le fasce d'età (da 0 anni in poi). Infine, per ciascun blocco di patologie, sono state raccolte le informazioni relative alle patologie prevalenti.

Di seguito, sono riportati, per ciascun anno (dal 2019 al 2024), i dati nazionali relativi al numero di verbali per invalidità civile, sia in totale (tutte le fasce d'età), sia per le fasce d'età oggetto di studio.

Numero di verbali di invalidità civile in totale e per fasce d'età - 2019-2024

Invalidità civile - Dato Nazionale	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
Tutte le fasce d'età	920.631	629.240	890.818	904.769	936.372	957.304	**5.239.134**
18-65 anni	344.052	230.712	339.020	326.482	344.047	372.638	**1.956.951**
66-75 anni	137.258	94.366	134.939	138.853	142.245	157.635	**805.296**
76-85 anni	226.277	155.732	212.849	218.472	222.620	245.159	**1.281.109**
86-95 anni	145.506	105.418	141.707	150.417	151.777	171.008	**865.833**
96-105 anni	7.906	5.906	7.770	8.784	8.773	10.864	**50.003**

Tali dati, raccolti per estrapolare la frequenza dei singoli gruppi di patologie per ciascuna fascia d'età, forniscono un riscontro interessante relativamente ai gruppi d'età per i quali vengono definite (e, dunque, pervengono) più domande

di invalidità civile: 18-65 anni e 76-105 anni. Ciò è in linea con l'Annuario statistico italiano 2024[9] che evidenzia come il 51,6% delle persone tra i 55 e i 59 anni soffra di patologie croniche che, come noto, possono essere altamente invalidanti. Tale percentuale sale all'85,1% tra gli ultrasettantaquattrenni, ove la comorbilità si attesta al 64,3 per cento.

Il calo delle domande di invalidità definite (e, dunque, pervenute) dopo gli 86 anni riflette invece la speranza di vita nel nostro Paese, che si attesta complessivamente sugli 83,4 anni.[10] Si segnala una riduzione delle domande definite nel 2020, dovuta al verificarsi della condizione pandemica, durante la quale si è registrata una contrazione delle domande di invalidità civile pervenute e definite. Ciò è avvenuto nonostante lo sforzo dell'INPS di procedere alla definizione dei verbali sanitari attraverso la valutazione sugli atti, sulla base dell'articolo 29-ter del decreto-Legge n. 76 del 16 luglio 2020, rubricato "*Semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap*".

Di seguito (Tabella 2) si riporta la ripartizione numerica e percentuale dei verbali medico-legali estratta dal database INPS, dalla quale emerge che le patologie di più frequente riscontro nel periodo 2019-2024 sono state, nell'ordine: disturbi psichici, tumori, patologie neurologiche e degli organi di senso, patologie cardiovascolari, patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo, ecc.

Ripartizione numerica e percentuale dei blocchi di patologie nei verbali – 2019-2024

DISTURBI PSICHICI	1.230.851	20,06%
TUMORI	1.209.795	19,72%
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	936.072	15,26%
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	789.546	12,87%
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	718.310	11,71%
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI	396.450	6,46%
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	172.340	2,81%
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	148.480	2,42%
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	145.268	2,37%
CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	131.721	2,15%
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	90.018	1,47%
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO	64.211	1,05%
MALFORMAZIONI CONGENITE	57.253	0,93%
MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	13.217	0,22%
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	14.666	0,24%
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	12.181	0,20%
ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	3.914	0,06%
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA DEL PARTO E DEL PUERPERIO	1.651	0,03%
	6.135.944	**100%**

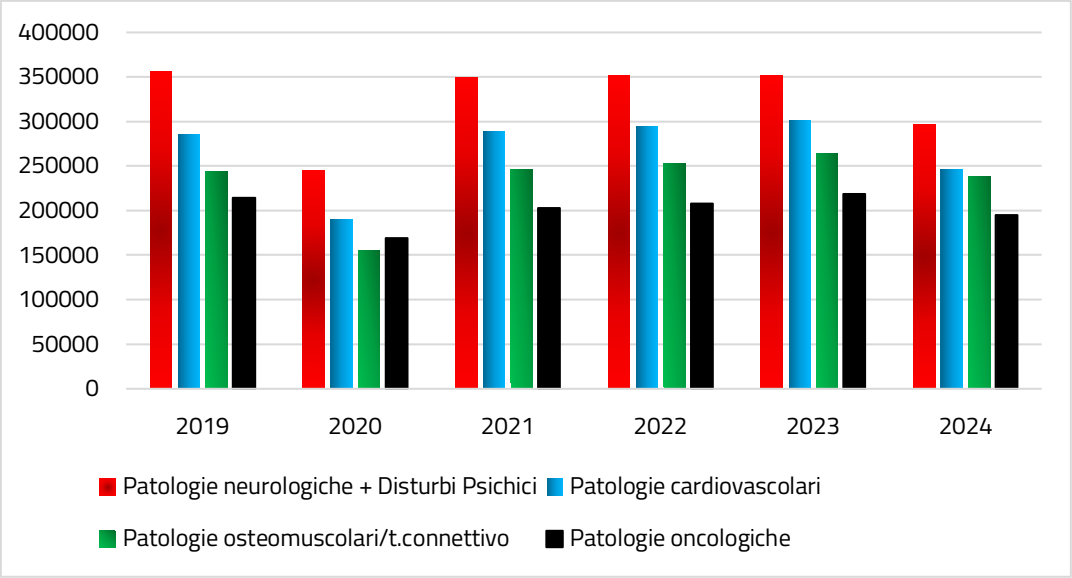
Qui sotto, sono evidenziati il numero e la percentuale dei verbali relativi al gruppo costituito dalle patologie neurologiche e i disturbi psichici (comprendenti per le fasce di età più avanzata i disturbi psichici associati alle patologie neuro-degenerative), le patologie cardiovascolari, quelle osteoarticolare ed infine le patologie oncologiche, per ciascun anno.

[9] ISTAT, Sanità e salute, in *Annuario statistico italiano 2024*, 162-206, 2024. Disponibile al seguente link: https://www.istat.it/storage/ASI/2024/capitoli/C04.pdf

[10] ISTAT, Indicatori demografici, anno 2024. Disponibile al seguente link: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/indicatori_demografici_2024.pdf

Verbali relativi ai disturbi psichici e le patologie neurologiche, alle patologie oncologiche, cardiovascolari e osteomuscolari (numeri assoluti e percentuali sui verbali totali dell'anno)												
Invalidità civile - Dato Nazionale	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Patologie neurologiche Disturbi Psichici	**355.650**	38,63%	**245.592**	39,03%	**349.556**	39,24%	**351.654**	38,87%	**351.742**	37,56%	**297.159**	31,04%
Patologie cardiovascolari	**285.725**	31,04%	**190.104**	30,21%	**288.744**	32,41%	**294.031**	32,50%	**301.680**	32,22%	**246.674**	25,77%
Patologie osteomuscol. T. connettivo	**243.611**	26,46%	**155.585**	24,73%	**246.261**	27,64%	**253.043**	27,97%	**264.175**	28,21%	**238.265**	24.89%
Patologie oncologiche	**214.489**	23,30%	**168.646**	26,80%	**202.848**	22,77%	**207.970**	22,99%	**218.775**	23,36%	**195.192**	20.38%

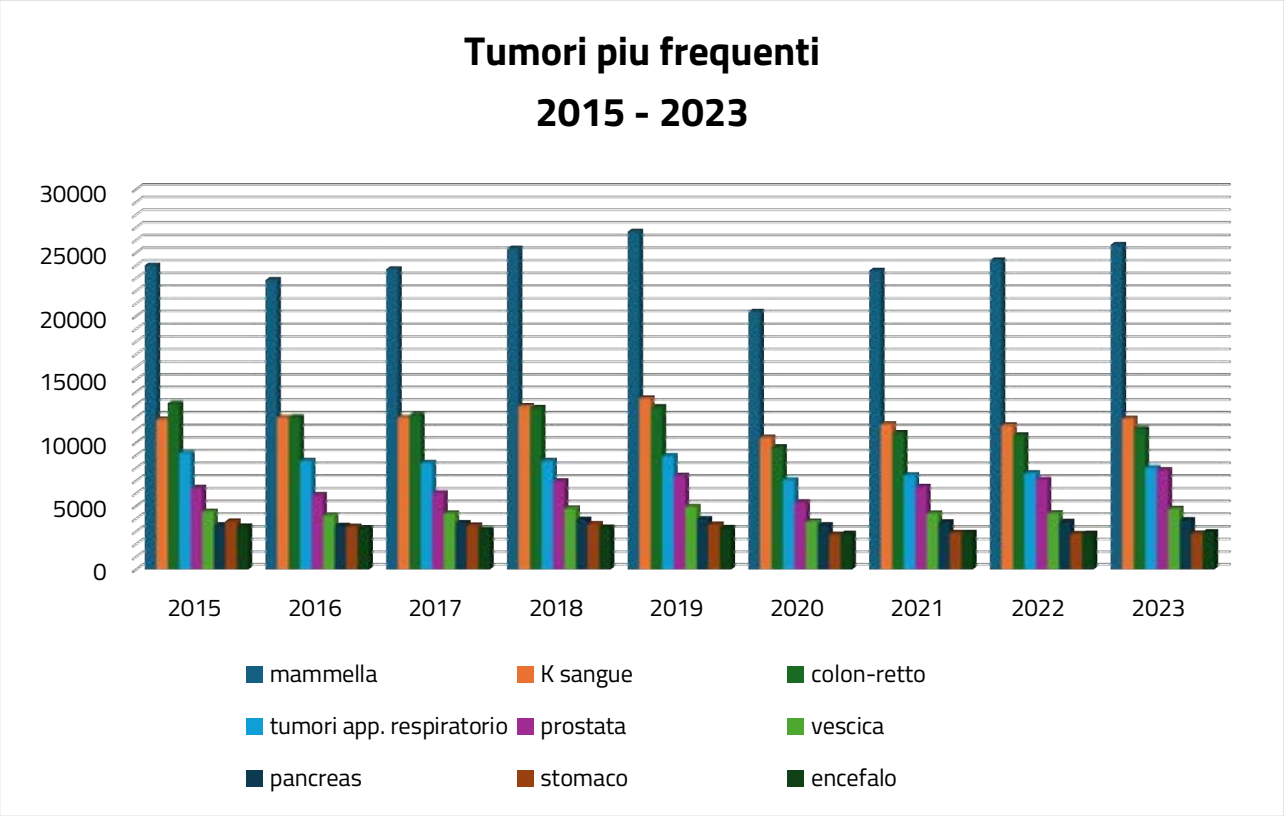
Numero di verbali relativi ai disturbi psichici + patologie neurologiche, patologie cardiovascolari, osteomuscolari e del tessuto connettivo e alle patologie oncologiche, per anno



Per tutti gli anni analizzati (2019-2024) i verbali relativi ai disturbi psichici e le patologie neurologiche costituiscono la maggioranza, seguono le patologie cardiovascolari, quelle osteoarticolari ed infine la patologia oncologica
Vale ora il conto di evidenziare nello specifico quali sono state le patologie prevalenti nell'ambito dei gruppi patologici considerati.

Di particolare interesse per l'impatto in ambito sociosanitario vi è da evidenziare che per le patologie oncologiche, come da un lavoro scientifico da noi precedentemente effettuato nel 2023, gli organi più colpiti in tutte le fasce di età sono la mammella, le forme onco-ematologiche, il colon-retto, l'apparato respiratorio e la prostata.

Incidenza delle più frequenti forme tumorali



Sono riportati, sia in numeri assoluti che in percentuali, i verbali relativi alle varie patologie in totale e per fasce d'età, per ciascun anno preso in esame.

Verbali relativi alle patologie neurologiche + disturbi psichici in totale e per fasce d'età														
Invalidità civile Dato Nazionale	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Totale	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tutte le fasce d'età	355.650	38,63%	245.592	39,03%	349.556	39,24%	351.654	38,87%	351.742	37,56%	297.159	31,04%	**1.951.353**	**37,25%**
18-65 anni	107.730	31,31%	68.684	29,77%	107.141	31,60%	103.823	21,53%	108.593	21,70%	94.045	25,24%	**590.016**	**30,15%**
66-75 anni	41.332	30,11%	28.708	30,42%	41.921	31,07%	43.685	16,64%	42.707	15,75%	37.441	23,75%	**235.794**	**29,28%**
76-85 anni	109.478	48,38%	77.705	49,90%	105.449	49,54%	105.674	27,33%	104.262	25,90%	85.534	34,89%	**588.102**	**45,91%**
86-95 anni	91.595	62,95%	66.458	63,04%	89.698	63,30%	92.614	36,20%	90.466	33,99%	75.036	43,88%	**505.867**	**58,43%**
96-105 anni	5.515	69,76%	4.037	68,35%	5.347	68,82%	5.858	37,74%	5.714	36,03%	5.103	46,97%	**31.574**	**63,14%**

Verbali relativi a patologie cardiovascolari in totale e per fasce d'età														
Invalidità civile Dato Nazionale	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Totale	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tutte le fasce d'età	286.931	31,17%	190.943	30,35%	290.197	32,58%	295.767	32,69%	303.588	32,42%	132.265	13,82%	**1.499.691**	**28,62%**
18-65 anni	77.703	22,58%	48.414	20,98%	79.832	23,55%	75.633	23,17%	80.330	23,35%	40.366	10,83%	**387.797**	**19,82%**
66-75 anni	51.161	37,27%	33.405	35,40%	53.097	39,35%	54.684	39,38%	56.317	39,59%	24.234	15,37%	**266.403**	**33,08%**
76-85 anni	96.003	42,43%	64.145	41,19%	94.265	44,29%	97.471	44,61%	99.265	44,59%	40.715	16,61%	**482.081**	**37,63%**
86-95 anni	59.490	40,88%	43.026	40,81%	60.208	42,49%	64.852	43,11%	64.736	42,65%	25.729	15,05%	**311.180**	**35,94%**
96-105 anni	2.574	32,56%	1.953	33,07%	2.795	35,97%	3.127	35,60%	2.940	33,51%	1.221	11,24%	**14.287**	**28,57%**

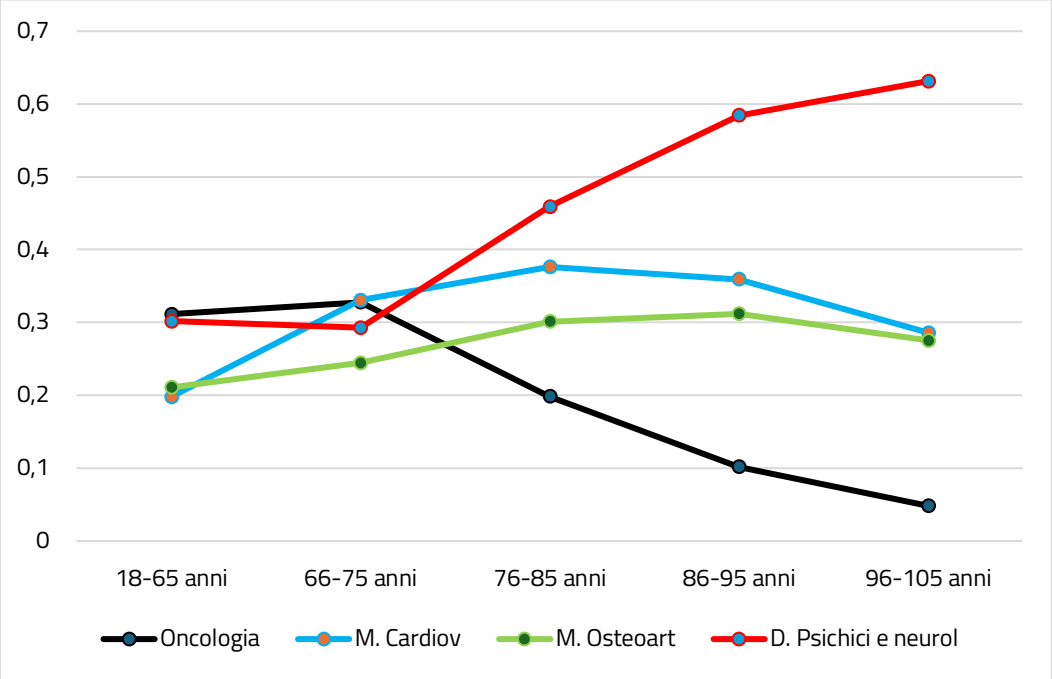
Verbali relativi a patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo in totale e per fasce d'età														
Invalidità civile Dato Nazionale	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Totale	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tutte le fasce d'età	241.970	26,28%	154.601	24,57%	245.091	27,51%	252.387	27,90%	263.581	28,15%	121.487	12,69%	**1.279.117**	**24,41%**
18-65 anni	75.587	21,97%	46.570	20,19%	79.805	23,54%	77.890	23,86%	85.261	24,78%	47.620	25,21%	**412.733**	**21,09%**
66-75 anni	36.054	26,27%	22.745	24,10%	38.340	28,41%	40.257	28,99%	41.878	29,44%	17.608	29,61%	**196.882**	**24,45%**
76-85 anni	76.260	33,70%	48.307	31,02%	73.919	34,73%	76.931	35,21%	78.283	35,16%	31.985	35,27%	**385.685**	**30,11%**
86-95 anni	51.567	35,44%	35.241	33,43%	50.535	35,66%	54.502	36,23%	55.246	36,40%	22.964	35,61%	**270.055**	**31,19%**
96-105 anni	2.502	31,65%	1.738	29,43%	2.492	32,07%	2.807	31,96%	2.913	33,20%	1.310	31,39%	**13.762**	**27,52%**

Verbali relativi a patologie oncologiche in totale e per fasce d'età: numeri assoluti e percentuali														
Invalidità civile Dato Nazionale	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Totale	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tutte le fasce d'età	216.228	23,49%	170.397	27,08%	204.763	22,99%	210.352	23,25%	221.488	23,65%	195.192	20,39%	**1.218.420**	**23,26%**
18-65 anni	108.755	31,61%	86.063	37,30%	102.864	30,34%	102.904	31,52%	108.898	31,65%	100.135	26,87%	**609.619**	**31,15%**
66-75 anni	45.604	33,23%	35.926	38,07%	43.711	32,39%	46.063	33,17%	48.422	34,04%	44.150	28,01%	**263.876**	**32,77%**
76-85 anni	45.629	20,17%	35.409	22,74%	42.368	19,91%	44.713	20,47%	46.931	21,08%	39.228	16,00%	**254.278**	**19,85%**
86-95 anni	15.809	10,86%	12.656	12,01%	15.388	10,86%	16.227	10,79%	16.764	11,05%	11.391	6,66%	**88.235**	**10,19%**
96-105 anni	431	5,45%	343	5,81%	432	5,56%	445	5,07%	473	5,39%	288	2,65%	**2.412**	**4,82%**

Il grafico rappresenta la prevalenza (espressa in forma percentuale) dei verbali nei gruppi in esame (disturbi psichici e neurologici, patologia cardiovascolare, osteoarticolare e patologia tumorale) nelle fasce di età. Vi è da rilevare come sia confermato il dato relativo alla significativa incidenza delle forme neoplastiche fino alla settima decade di vita, per poi assistere ad un loro decremento.

Si rileva, inoltre. come nelle fasce di età più avanzata predominino in maniera preponderante i disturbi psichici e neurologici associati

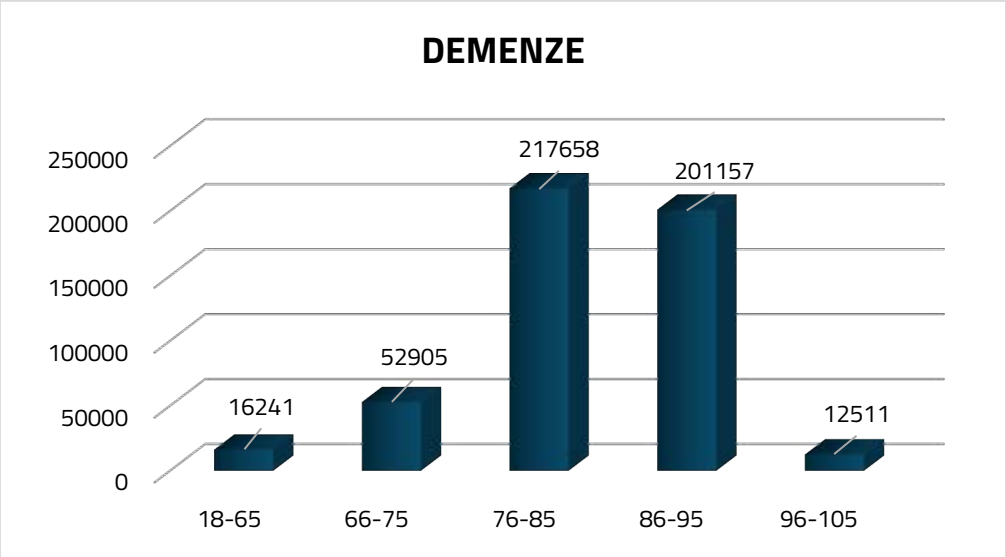
Prevalenza in valori percentuali delle patologie considerate per fasce di età



Come è noto, l'Italia è uno dei Paesi al mondo con più alta percentuale di anziani e le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, frontotemporale, a corpi di Lewy, ecc.) non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite, perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari.

Per il notevole impatto che determinano in ambito sociosanitario e per la richiesta di una ampia e qualificata rete integrata di servizi sanitari e socioassistenziali, le demenze si connotano attualmente di una notevole rilevanza politica, economica e sociale.
Le demenze, infatti, appresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale e, tenuto conto del progressivo invecchiamento della popolazione generale, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, rappresentano un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.
Nell'istogramma è rappresentato il numero dei verbali riferiti specificamente alle forme demenziali distribuite per fasce di età e ovviamente correlato alla domanda di assistenza presso l'INPS.
La frequenza delle demenze aumenta con l'avanzare dell'età, la riduzione riferita alla fascia d'età compresa tra gli anni 96-105 è quindi attribuibile, verosimilmente, alle patologie prevalenti legate agli eventi terminali (ad esempio patologie cardiovascolari), nonché alla fisiologica riduzione del campione in esame.

Prevalenza in valori percentuali delle patologie considerate per fasce di età



I dati estratti dal database dell'INPS confermano quanto contenuto nel Piano Nazionale Demenze che evidenzia il progressivo aumento nella popolazione generale della demenza, definita dall'OMS una priorità mondiale di salute pubblica: "*nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050 [...] e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8 anni [...]*"

La Riforma della disabilità e la Riforma per gli anziani non autosufficienti: spunti per una lettura coordinata

Nella Riforma della disabilità la qualificazione di persona con disabilità

Per delineare compiutamente l'innovazione legislativa insita nella Riforma della disabilità[11] risulta fondamentale esaminare in modo approfondito la finalità sottesa al processo valutativo che segue la presentazione della richiesta tramite certificato medico introduttivo.

È stato volutamente utilizzato il termine "richiesta" invece che "domanda" per segnare la discontinuità dell'approccio non solo della metodologia valutativa e/o 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 in relazione alla "normalità" dello svolgimento delle attività e relazioni quotidiane.

È in questa "unificazione della valutazione" uno degli approcci più innovatori delle Riforme.

L'approccio onnicomprensivo senza distinzione sostanziale[12] per età e per tipologia medico/psichica della disabilità, non ha come primo esito il diritto o meno ad una prestazione quanto una valutazione della persona nel suo complesso. Da questa valutazione "globale "possono derivare uno o più diritti e un Progetto di vita e/o Piano di assistenza individualizzato (PAI).

Per queste ragioni si intrecciano due differenti esigenze:

- la prima, di dare generale e rapida attuazione alle Leggi;
- la seconda, di "sperimentare" un nuovo percorso di "richieste", "valutazioni", "Progetto di vita" e "Piano di assistenza individualizzato (PAI)"in discontinuità con la pregressa esperienza.

Non è, quindi, solo la centralità di un soggetto unico nazionale, l'INPS, a caratterizzare la svolta sul tema.

Il soggetto unico nazionale può garantire, rispetto alla pregressa situazione di gestione da parte dei sistemi sociosanitari, articolati a livello regionale, maggiore omogeneità valutativa.

La qualificata esperienza INPS in termini di CIC[13] (Convenzione invalidità civile) per la valutazione del diritto alla invalidità civile costituisce elemento utile ma non sufficiente per accelerare l'attuazione delle Riforme.

---

[11] Emanazione della Legge quadro recante deleghe al Governo in materia di disabilità (Legge n.227 del 2021) attuata con i seguenti decreti:

- la riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità da parte dei soggetti con disabilità (d.lgs. n.222 del 2023);
- l'istituzione di un'Autorità Garante nazionale dei diritti dele persone con disabilità (d.lgs. n.20 del 2024);
- la revisione ed il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, ai fini della definizione della condizione di disabilità, delle procedure di accertamento, della valutazione dimensionale e del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato (d.lgs. n.62 del 2024).

[12] Si vedano gli aspetti peculiari del D.lgs. n.29 del 2024 di Riforma della non autosufficienza degli anziani.

[13] CIC a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 111 del 15 luglio 2011, ai sensi della quale le Regioni sono state autorizzate ad affidare all'INPS, tramite la stipula di apposite convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, convivevano due diverse modalità di erogazione:

- un sistema duale, vigente nelle Regioni in cui non è stata sottoscritta la Convenzione, che prevede un primo accertamento dei requisiti sanitari di competenza delle Commissioni ASL e la validazione definitiva ad opera dell'INPS;
- un sistema accentrato dove è attiva la Convenzione per l'accentramento (CIC), ai sensi della Legge sopracitata, in cui l'Istituto segue l'intero iter procedimentale: dalla richiesta all'eventuale erogazione del beneficio economico.

Quella esperienza, che ha coinvolto il 25,78%[14] delle richieste annue di invalidità, ha sedimentato l'organizzazione, ha strutturato luoghi, ha permesso di attrezzarsi con risorse umane e professionali adeguate dove è stata concordata tra INPS e SSN**.**

Ridefinire i termini per attualizzare l'approccio alla disabilità

È significativo che il Legislatore abbia sentito l'esigenza di introdurre un nomenclatore che archivia la terminologia vigente e definisce nuovi termini relativi all'approccio alla fragilità.
Le nuove definizioni attribuiscono rilievo alla persona, specificando il termine "con disabilità" e/o persona "non autosufficiente".La nuova terminologia per qualificare la persona ingloba in sé una ulteriore caratteristica, vale a dire la presenza di una o più fragilità nella stessa persona.

Definizioni

L'art. 2 del Decreto legislativo n.62 del 2024 fornisce le seguenti definizioni:

a) «**condizione di disabilità**»: 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;
b) «**persona con disabilità**»: persona definita dall'articolo 3, comma 1, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal presente decreto;
c) «**ICF**»: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;
d) «**ICD**»: Classificazione internazionale delle malattie - International Classification of Diseases (ICD), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;
e) «**duratura compromissione**»: compromissione derivante da qualsiasi perdita, limitazione o anomalia a carico di strutture o di funzioni corporee, come classificate dalla ICF, che persiste nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo;
f) «**profilo di funzionamento**»: descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo la ICF tenendo conto della ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici;
g) «**WHODAS**»: WHO *Disability Assessment Schedule*, questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità;
h) «**sostegni**»: i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel Progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché

[14] Valutazione sanitaria affidata in CIC ad INPS per un totale di 383.437 per le diverse prestazioni di invalidità civile. rispetto al totale a livello nazionale di 1.487.146.(Fonte: Rendiconto Sociale INPS 2024)

per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno;

i) «**piano di intervento**»: documento di pianificazione e di coordinamento dei sostegni individuali relativi ad un'area di intervento;

j) «**valutazione di base**»: procedimento volto ad accertare, attraverso l'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione, la condizione di disabilità ai fini dell'accesso al sostegno, lieve o medio, o al sostegno intensivo, elevato o molto elevato;

k) «**valutazione multidimensionale**»: 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;

l) «**progetto di vita**»: 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;

m) «**domini della qualità di vita**»: ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità valutabili con appropriati indicatori. Le stesse definizioni sono utili anche per comprendere la ratio della Riforma della non autosufficienza.

Domiciliazione e Residenza: persone con disabilità e non autosufficienza

I percorsi di invecchiamento nell'incontro con la disabilità e non autosufficienza sono significativamente differenziati in riferimento al contesto sociale in cui vivono le persone e al contesto di relazioni, con particolare attenzione a quello familiare ed alla disponibilità di risorse economiche e di strutture abitative adeguate. L'allungamento dell'età costituisce elemento di differenziazione nella disponibilità di sufficienti risorse economiche Inoltre, l'età costituisce elemento selettivo rispetto alla necessità ed alla qualità delle relazioni parentali ed amicali. per strutturare una risposta di carattere domiciliare adeguata.

Per questo la certificazione conseguente all'accertamento sanitario costituisce l'input di un percorso che disegna o può ridisegnare la riposta personalizzata alla fragilità.

La vecchiaia non è uguale per tutti. La scienza misura le disuguaglianze. Gli studi confermano ciò che la saggezza popolare aveva intuito: i ricchi vivono più a lungo e invecchiano meglio, mentre i poveri vivono meno e invecchiano peggio, di Roberto Petrini su Avvenire del 17 luglio 2026

La vecchiaia non è uguale per tutti. I ricchi invecchiano meglio e vivono di più, i poveri vivono meno e invecchiano peggio. La saggezza popolare, in qualche modo, aveva già intuito questa drammatica verità. Oggi però la comunità scientifica riunita nei giorni scorsi a Venezia per iniziativa della Fondazione Giorgio Cini in un progetto guidato dal suo direttore scientifico ed ex ministro dell'Economia, Daniele Franco -ha compiuto un passo in avanti decisivo nel misurare dimensioni e cause di quello che viene ormai definito il fenomeno delle Inegualities in Longevity.

Il simposio di due giorni ha messo a fuoco un punto cruciale: non è soltanto il reddito a determinare quanto a lungo vivremo. L'aspettativa di vita dipende da un insieme di fattori che tendono a sommarsi nel corso dell'esistenza: patrimonio, livello di istruzione, condizioni di lavoro, qualità dell'abitazione, possibilità di accedere alle cure e, in alcuni casi, perfino le capacità cognitive misurate all'inizio della vita adulta.

La notizia più sorprendente arriva dalla ricerca presentata dall'economista Paul Bingley. Lo studio riguarda per ora la Danimarca, ma si basa su un campione enorme e altamente rappresentativo di circa 200mila uomini e donne seguiti attraverso i registri amministrativi nazionali. La conclusione è poco rassicurante: tra chi occupa il gradino più basso e chi quello più alto della scala socioeconomica il divario nell'aspettativa di vita raggiunge 24 anni. Un quarantenne appartenente al gruppo più privilegiato può aspettarsi di vivere quasi fino a novant'anni, mentre chi si trova all'estremo opposto della scala sociale deve fare i conti con una prospettiva di vita molto più breve. Il dato più innovativo, tuttavia, non è soltanto la dimensione del divario. È il fatto che finora lo abbiamo probabilmente sottostimato. Considerare un solo indicatore - il reddito oppure il titolo di studio - restituisce infatti un'immagine parziale. Secondo Bingley, quando si combinano tutti i principali fattori sociali emerge un miglioramento della longevità dal 50 al ***150*** *per cento in più rispetto a quello misurato con gli strumenti tradizionali. In altre parole, il peso delle disuguaglianze sociali sulla durata della vita è molto maggiore di quanto ritenuto finora. Questo significa che anche stime spesso citate dalle istituzioni europee rischiano di cogliere soltanto una parte del fenomeno. Ad esempio, la Commissione europea ricorda che un sessantacinquenne con un titolo universitario vive mediamente 1,6 anni in più rispetto a chi non ha completato la scuola secondaria superiore. È un dato importante; ma fotografa soltanto una delle dimensioni dello svantaggio sociale. Lo studio danese suggerisce che, considerando insieme istruzione, reddito, patrimonio e condizioni lavorative, il divario reale potrebbe essere molto più ampio.*

L'invecchiamento, dunque, amplifica drammaticamente le diseguaglianze. E tra i fattori destinati a pesare sempre di più c'è il cambiamento climatico. Raya Muttarak, demografa dell'Università di Bologna, ha mostrato come il clima non colpisca tutti allo stesso modo, ma accentui le differenze sociali già esistenti. Oggi si continua a morire più per il freddo che per il caldo, ma il riscaldamento globale sta rapidamente modificando questo equilibrio. Le ondate di calore diventeranno sempre più letali e faranno emergere nuove forme di disuguaglianza. Anche il luogo d lavoro diventerà un fattore decisivo. Chi trascorre l'estate in un ufficio climatizzato o può lavorare da casa affronta rischi molto diversi rispetto a chi passa le giornate nei campi, nei cantieri o sulle strade. L'aria condizionata diventa così il simbolo di qualcosa di più profondo: la diversa capacità di proteggersi dal caldo. Non contano soltanto la temperatura o la latitudine, ma anche la qualità della casa, il reddito, l'accesso ai servizi sanitari e le condizioni di lavoro. È facile immaginare che questo tema entrerà presto anche nell'agenda sindacale.

La relazione di Muttarak sfata inoltre un luogo comune duro a morire: quello secondo cui gli immigrati provenienti da paesi più caldi sarebbero naturalmente più resistenti alle alte temperature e quindi più adatti ai lavori agricoli o all'edilizia. I dati raccontano una storia diversa. La maggiore vulnerabilità dei migranti non dipende da fattori biologici o genetici, ma dal fatto che lavorano spesso nei campi o nei cantieri. Che fare? Fabiana Pierini, della Commissione europea, avverte che la risposta non può limitarsi ad aumentare automaticamente l'età pensionabile. Chi appartiene ai gruppi sociali più svantaggiati vive mediamente meno e rischierebbe così di lavorare più a lungo per godere della pensione per un numero inferiore di anni rispetto ai più abbienti. Per questo, sostiene la Commissione, servono pensioni minime più solide, maggiore tutela delle carriere discontinue e un rafforzamento della previdenza complementare. Il messaggio che emerge dal convegno- cui hanno partecipato anche la ex ministra del Lavoro Elsa Fomero, economisti come Gregorio De Felice e clinici come Francesco Landi - è però ancora più ampio. Non basta intervenire sulle pensioni. Se si vuole ridurre davvero il divario nella longevità occorre agire sulle cause che lo producono: istruzione, qualità del lavoro, condizioni abitative, accesso alla sanità e più in generale sulle disuguaglianze sociali. Una metrica che l'economista di Ca' Foscari Agar Brugiavini ha già sintetizzato in un nuovo indice: l' Active Ageing Index.

Daniele Franco, che nella sua carriera è stato direttore generale della Banca d'Italia, Ragioniere generale dello Stato e ministro dell'Economia nel governo Draghi, parla apertamente di una 'sfida': E i dati che ha richiamato nella relazione introduttiva ne mostrano con chiarezza la dimensione etica. Secondo le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di anziani che hanno rinunciato almeno una volta a una visita o a un esame di cui avevano bisogno raggiunge il 40 per cento tra le fasce

economicamente disagiate. È un segnale che dimostra quanto le disuguaglianze incidano sulla possibilità di curarsi. Il tema, ormai, è sul tavolo. E la domanda che pone riguarda tutti: bisogna evitare che la longevità - che è una grande conquista dell'umanità - diventi sempre più un privilegio sociale. Il vero problema non è soltanto vivere più a lungo, ma fare in modo che gli armi di vita guadagnati non diventino l'ennesimo dividendo della disuguaglianza. Le analisi e le indicazioni fornite nella conferenza della Fondazione Cini mostrano che si può fare molto per limitare questo rischio, a livello nazionale e internazionale, ma bisogna innanzi tutto avere consapevolezza del problema.

Per l'Istituto la certificazione conseguente all'accertamento medico sanitario costituisce la messa a disposizione a favore della "rete territoriale" degli elementi utili alla presa in carico oltre che per la definizione delle prestazioni di politica sociale disponibili nell'ambito di quelle necessarie.

L'alimentare il fascicolo elettronico sanitario con un'adeguata e documentata situazione sociosanitaria, è la chiave, sia per i "minori "di 70 anni che per gli ulta70enni per definire, nell'ambito della presa in carico del progetto di vita e/o del piano individualizzato di assistenza, i percorsi necessari.

Nasce proprio negli ambulatori medici INPS la certificazione che definisce quali servizi e prestazioni sono necessari e conseguentemente la rete dei soggetti da coinvolgere.

Questa "chiave" di accesso alla filiera della presa in carico, che ha nell'accertamento sanitario e in quello sociosanitario gli elementi fondamentali, attribuisce all'INPS il ruolo di co-attore nella rete territoriale.

Nel caso della residenzialità o semi residenzialità delle persone con disabilità (residenze per disabili, per non autosufficienti, comunità o centri diurni) risulta più semplice la presa in carico poiché i responsabili sociosanitari sono i soggetti delle relazioni con gli erogatori di eventuali prestazioni e/o servizi integrativi rispetto a quelli prodotti o erogati in house.

Più articolata risulta la situazione nel caso della domiciliarità. In questo caso risulta opportuno costruire la mappatura dei soggetti che interloquiscono con l'INPS.

È opportuno, quindi, che il Comitato verifichi che i titolati dei servizi sanitari e di quelli sociosanitari si siano fatti promotori della istituzione del Tavolo territoriale.



Scordia: *Composizione Lito*

Sintesi dei profili giuridici della Riforma della disabilità e della Riforma a favore delle persone anziane non autosufficienti

Le due Riforme gemelle: disabilità e non autosufficienza

Stanno "camminando" in parallelo due provvedimenti legislativi che hanno, in termini concettuali, comuni valori e finalità: il d.lgs. n.62 del 2024 e il d.lgs. n. 29 del 2024.

Al centro si colloca la Riforma della disabilità per i suoi marcati aspetti di innovazione.

Analizzando la Riforma della non autosufficienza per le persone anziane si possono rilevare alcuni elementi che risultano contraddittori.

La genesi delle due Leggi delega n.227/2021 e n.33/2023 [15] insieme ai relativi decreti legislativi, d.lgs. n.62/2024 e n.29/2024, tracciano percorsi distinti riferendosi, per responsabilità, titolarità e fonti di finanziamento, a diverse articolazioni istituzionali: il Ministero delle Politiche Sociali e della Disabilità per la Riforma della disabilità e il Ministero della Salute per la Riforma della non autosufficienza.

Il processo valutativo, elemento chiave nel percorso di presa in carico per la disabilità, è accentrato nel ruolo delle Commissioni Mediche INPS, mentre, per la non autosufficienza, il compito "torna" alle articolazioni territoriali del Sistema Sanitario Regionale ed in particolare ai PUA (Punti Unici di Accesso), dislocati nelle costruende Case di comunità quali presidi di prossimità.

In termini dimensionali, sulla base dei primi dati raccolti durante la sperimentazione è emerso che nelle prime province e nei primi mesi, la platea di riferimento per la valutazione medica delle due Riforme era pressoché omogenea tra minorenni e adulti, da un lato, ed ultrasettantenni non autosufficienti, dall'altro.

Il campione analizzato presentava una quota di circa il 37% di utenti ultrasettantenni non autosufficienti del totale delle richieste pervenute.

Al momento, non si dispone di elementi sufficienti per una valutazione riguardo al Progetto di vita e al Piano di Assistenza Individuale (PAI) essendo sostanzialmente rinviata, per diverse motivazioni, la loro attuazione.

Risulta, inoltre, complesso ipotizzare che valutazioni multidisciplinari e multidimensionali possano generare percorsi di presa in carico efficaci basati esclusivamente sul criterio anagrafico.

[15] Emanazione Legge delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane (L.n.33/2023) attuata con i seguenti provvedimenti:

- in ottemperanza dell'art.2 comma 3 è stato emanato il DPCM 5 giugno 2023 che disciplina le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Lo scopo del Comitato è di redigere, con cadenza triennale ed aggiornamento annuale, un "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana "oltre che un "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana."
- L'introduzione di diverse misure per promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana (d.lgs. n.29/2024)

La Riforma della disabilità

Nella Legge n.227 del 2021" 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 disabilità[16] 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.

Definizioni

Come già evidenziato, 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.

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.

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

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 prevede , entro il 30 novembre 2026, 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.

La Riforma a 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 anziane[17]. 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.

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

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.

Definizioni

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 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.

La Riforma Anziani mira a definire un quadro organico di politiche per le persone anziane, riorganizzando e semplificando le norme sull'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria. La Riforma ridisegna l'assetto dell'assistenza degli anziani ultrasettantenni segnalati come non autosufficienti, individuando nei Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno sede presso le articolazioni del SSN denominate "Case della Comunità", il perno organizzativo territoriale, attribuendogli un ruolo centrale per l'attivazione della valutazione multidimensionale unificata dal bisogno assistenziale.

L'art.27 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n.29 stabilisce che la valutazione della disabilità per gli anziani ultrasettantenni, segnalati come non autosufficienti, è svolta dalle Unita di valutazione Multidimensionale Unificata costituite presso i PUA ed è separata da quella prevista per gli infrasettantenni e gli ultrasettantenni segnalati come autosufficienti che rientrano nella Riforma della disabilita di cui al decreto legislative 3 maggio 2024, n. 62, e sono valutati dalle Unita di Valutazione di Base costituite presso l'INPS.

Con il decreto legislativo 30 aprile 2024, n. 93, ai fini dell'applicazione del nuovo percorso valutativo per gli anziani ultrasettantenni segnalati come non autosufficienti, si è introdotto inizialmente un periodo di sperimentazione della durata di 12 mesi a partire dal 1° gennaio 2026 (cfr. l'art. 27 comma 8 bis del decreto legislative 15 marzo 2024, n. 29) da attuare in una Provincia per ogni Regione, in linea con le disposizioni introdotte dalla Riforma della Disabilita, con la previsione di entrata a regime in tutto ii territorio nazionale dal 1 ° gennaio 2027. Successivamente, con decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2026, n. 26, la decorrenza della sperimentazione ha subito un differimento al 1° gennaio 2027 e, conseguentemente, l'entrata a regime della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane è attualmente prevista dal 1° gennaio 2028.

Le modifiche normative sopra richiamate hanno creato, di fatto, un disallineamento temporale tra l'applicazione della Riforma della Disabilità e la Riforma Anziani. Per superare tale disallineamento, ii Legislatore è intervenuto in sede di conversione del decreto-legge 19 febbraio 2026, n.19, apportando una modifica all'art. 28, comma 7 del decreto legislative 15 marzo 2024, n. 29. L'articolo 32 del d.lgs. n. 29 del 2024 (che si applica solo alle persone che abbiano

compiuto i 70 anni di età) stabilisce che l'accesso alle cure palliative è garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza

L'articolo 1, comma 159 della Legge n.334/2021, definisce i livelli essenziali delle prestazioni sociali come gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.
Per quanto riguarda la non autosufficienza, l'articolo 1, comma 162, definisce come LEPS i servizi socioassistenziali, erogati dagli ATS (ambiti territoriali sociali), volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, specificando che gli stessi sono erogati nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata **con i servizi sanitari rivolta a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione**, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. Tali servizi sono caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socioeducativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. All'interno di questa area sono comprese le soluzioni abitative mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il **pronto intervento per le emergenze temporanee**, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;
c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: la messa a disposizione di strumenti qualificati per **favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari**, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio; l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

La Prestazione Universale

L'articolo 34 del d.lgs. n. 29 del 2024 ha istituito, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, una Prestazione Universale[18] per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti gravi e ultraottantenni.

È difficile esprimere ed articolare una valutazione in merito alla norma relativa alla Prestazione Universale per le persone non autosufficienti gravi, ultraottantenni e indigenti in assenza di elementi quali-quantitativi disponibili nella fase di sperimentazione.

In tale ambito risulta forse sufficiente evidenziare come i parametri/criteri adottati per l'accesso alla Prestazione Universale hanno come conseguenza una platea che non rispecchia pienamente la presenza di "grandi anziani" con gravi limitazioni nell'autosufficienza e con difficoltà di carattere economico.

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.

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



Achille Perilli: *Il mondo del mondo*

Le risorse destinate alla disabilità e alla non autosufficienza

Non è questo il contesto idoneo per valutare il fabbisogno economico-finanziario di dotazione per la piena attuazione delle riforme in esame.

in ogni caso, si richiamano le attuali fonti di finanziamento che nel tempo hanno registrato e registreranno evuluzioni sulla base di valutazioni delle scelte di politica sociale che il Legislatore compirà.

Dotazione finanziaria Fondo Nazionale non Autosufficienza 2025-2027

- Anno 2025 → **982,2 mln €**
- Anno 2026 → **934,5 mln €**
- Anno 2027 → **1.108,4 mln €**

Fonte: DPCM approvati dalla conferenza unificata del 18 marzo 2026

Ripartizione delle risorse per l'anno 2026

Voce di spesa (DPCM 18.03.2026)	Importo
Quota indistinta (Disabile e Anziani ≤70 anni)	619,90 mln €
LEP Anziani - Assistenza domiciliare e sollievo	250,00 mln €
Personale e Sociale per PUA (Punti Unici)	50,00 mln €
Progetti di vita Indipendente	14,64 mln €
TOTALE RISORSE 2026	**934,54 mln €**

Il Nuovo Fondo per il Caregiver Familiare - Risorse Legge di Bilancio 2026

- 2026 Infrastruttura tecnologica INPS per gestione domande 1,15 mln €
- 2027 Contributi diretti al caregiver (a regime) 207 mln €

RISORSE DI BILANCIO INPS

- Pensioni, assegni ed indennità agli invalidi civili 2026 21.796 milioni di euro
- Invalidità civile a cittadini stranieri 757 milioni di euro
- Prestazione universale per ultra ottantenni 250 milioni di euro



Achille Pace: *Itinerario Disperso*

INPS co-attore delle politiche sociali di prossimità

Alcuni anni or sono, ai vertici dell'INPS si è aperta una discussione sulla ridefinizione dell'acronimo INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale).

La discussione, a dir la verità, rapidamente conclusa senza aver suscitato grande interesse, ruotava attorno a "Previdenza sociale" che si proponeva potesse evolvere in "Protezione sociale".

Come molte discussioni, talvolta si affacciano in tempi sbagliati e vengono archiviate.

In realtà, prima della definizione della denominazione occorrerebbe analizzare l'evoluzione del ruolo o meglio dei ruoli che il Legislatore ha affidato e sta affidando all'Istituto.

È fuori discussione che, in questi anni, in particolare nei momenti di crisi, il Legislatore abbia "usato" l'INPS per far fronte a situazioni emergenziali.

Si pensi al ruolo dell'Istituto nella funzione di sostegno al reddito, svolto durante l'emergenza Covid.

È importante non archiviare ma analizzare quella esperienza per valutare la positiva rispondenza mostrata dall'Istituto, che ha garantito servizi anche quando altre Pubbliche Amministrazioni si ritraevano dalla presenza sul territorio e dal rapporto con la utenza.

La territorialità e la capacità relazionale con l'utenza dell'INPS risultano sperimentate e consolidate, capaci di erogare prestazioni economiche e capaci di divenire per questi temi presenza di prossimità grazie anche all'apporto e alla supplenza dei Patronati.

Il protocollo con l'ANCI sui Punti Utenti Evoluti nei Comuni, il Progetto POLIS con Poste Italiane, i Punti Utenti INPS con i Sindacati dei Pensionati rafforzano il ruolo di prossimità dell'INPS nei rapporti con l'utenza attraverso la collaborazione con importanti soggetti istituzionali e di rappresentanza del territorio anche per il riconoscimento e/o l'erogazione di servizi e/o prestazioni economiche previdenziali o di politica sociale.

La valutazione delle "persone con disabilità" presenta caratteristiche differenti e più complesse in quanto la "richiesta" attraverso il certificato medico introduttivo è finalizzata al rilascio del certificato polifunzionale finale anche per ottenere prestazioni non necessariamente economiche.

Il primo risultato è, infatti, quello di un *check up* sulla presenza di elementi certificabili che permettano di riconoscere il richiedente come "persona con disabilità".

L'*output* di tale *screening* è la produzione di una certificazione polifunzionale finale che serve e servirà da base sia per le eventuali evoluzioni nel tempo, sia per collegare elementi sanitari, anagrafici, sociali e reddituali utili a determinare il diritto alle "prestazioni".

La definizione di "prestazioni" è deliberatamente mantenuta generica e senza qualificazione, poiché, in relazione al Progetto di vita che ne discende, la persona potrà accedere a diverse tipologie di prestazioni (economiche, sociosanitarie, sanitarie) erogate da differenti soggetti della rete territoriale.

Se la "Riforma" individua nell'INPS il soggetto su cui grava il compito valutativo, è il rapporto tra valutatore e la Rete dei servizi alle persone con disabilità, il punto di criticità e di innovazione.

L'organizzazione dell'INPS: necessita di evoluzione, innovazione e dimensionamento

La riflessione sull'organizzazione dell'INPS coinvolge diversi elementi da sottolineare.
La Riforma prevede elementi di discontinuità rispetto all'esperienza della invalidità civile, in particolare:

- è un servizio di prossimità e quindi fortemente condizionato dalle caratteristiche territoriali;
- è un servizio in rete ponendo, quindi, l'INPS in relazione con una pluralità di soggetti istituzionali e del terzo settore;
- è un servizio rivolto alla "fragilità" e deve farsi carico dell'articolazione e della composizione dell'utenza, fortemente condizionata dal contesto sociale ed economico e dalla segmentazione in minori, adulti in età lavorativa ed anziani e grandi anziani

Ai fini di una necessaria ed efficace **progettazione/pianificazione pluriennale** risulta utile analizzare attentamente il contesto di riferimento nel quale si inseriscono sia la fase sperimentale della Riforma sia quella di attuazione a regime e il volume dei beneficiari. Per questo si riportano i dati delle attività svolte da INPS nell'intervallo di tempo dal 2022 al 2024, ante sperimentazione, con riferimento all'attività amministrativa, unitamente a quelli riferiti all'anno 2025, per ciascuna Regione e suddivisi per tipologia di prestazione (indennità o pensioni).

Invalidità Civile – numero persone a cui sono riconosciute una o più prestazioni												
Regione	2022			2023			2024			2025		
	Indennità	Pensioni	Totale	Indennità	Pensioni	Totale	Indennità	Pensioni	Totale	Indennità	Pensioni	Totale
Abruzzo	11.697	3.079	**14.776**	11.071	3.090	**14.161**	11.940	3.431	**15.371**	12.505	3.693	**16.198**
Basilicata	5.477	1.630	**7.107**	5.511	1.662	**7.173**	5.388	1.821	**7.209**	5.373	1.693	**7.066**
Calabria	19.230	7.679	**26.909**	21.526	8.948	**30.474**	23.804	10.197	**34.001**	22.011	8.865	**30.876**
Campania	46.907	19.390	**66.297**	52.876	22.002	**74.878**	54.476	23.554	**78.030**	51.850	21.072	**72.922**
Emilia- Romagna	32.732	5.482	**38.214**	32.955	5.750	**38.705**	32.337	6.256	**38.593**	33.733	6.102	**39.835**
Friuli-Venezia Giulia	9.031	1.424	**10.455**	8.381	1.452	**9.833**	9.274	1.602	**10.876**	9.522	1.496	**11.018**
Lazio	46.906	12.414	**59.320**	51.343	13.387	**64.730**	59.627	16.166	**75.793**	63.252	16.101	**79.353**
Liguria	10.658	2.095	**12.753**	12.992	2.520	**15.512**	13.618	2.828	**16.446**	13.701	2.768	**16.469**
Lombardia	67.381	11.976	**79.357**	69.620	13.456	**83.076**	69.321	13.970	**83.291**	69.596	13.327	**82.923**
Marche	13.938	2.449	**16.387**	13.599	2.673	**16.272**	14.071	2.934	**17.005**	14.460	2.764	**17.224**
Molise	2.663	712	**3.375**	2.742	722	**3.464**	3.008	853	**3.861**	2.928	744	**3.672**
Piemonte	28.081	5.643	**33.724**	27.901	5.554	**33.455**	28.910	6.403	**35.313**	29.599	6.170	**35.769**
Puglia	41.605	15.294	**56.899**	43.999	16.393	**60.392**	47.296	18.247	**65.543**	46.913	18.179	**65.092**
Sardegna	14.651	4.029	**18.680**	15.621	4.695	**20.316**	13.581	4.060	**17.641**	17.564	5.022	**22.586**
Sicilia	38.942	15.480	**54.422**	40.824	16.113	**56.937**	45.719	17.871	**63.590**	47.584	18.102	**65.686**
Toscana	28.040	4.796	**32.836**	27.824	4.980	**32.804**	27.683	5.284	**32.967**	27.383	4.991	**32.374**
Umbria	9.832	2.238	**12.070**	9.872	2.375	**12.247**	10.081	2.548	**12.629**	9.123	2.374	**11.497**
Veneto	33.925	6.122	**40.047**	32.815	5.959	**38.774**	35.233	6.358	**41.591**	34.012	6.231	**40.243**
Italia	**461.696**	**121.932**	**583.628**	**481.472**	**131.731**	**613.203**	**505.367**	**144.383**	**649.750**	**511.109**	**139.694**	**650.803**

Nota: nelle Indennità sono comprese le erogazioni relative alla indennità di accompagnamento, frequenza, ecc.; nelle Pensioni, l'assegno mensile di assistenza e la pensione di inabilità ecc. Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale – Coordinamento Generale Statistico Attuariale.

Considerando le dimensioni del fenomeno, risulta indispensabile costruire la pianificazione pluriennale del "**servizio di prossimità**" per la disabilità e la non autosufficienza basata sulle seguenti ipotesi:

- per gli aspetti amministrativi, stimando non significative variazioni quantitative;
- per gli aspetti di valutazione medica:
  - l'incremento relativo alle attività di valutazione sanitaria della disabilità; nell'esperienza delle province di prima sperimentazione, tale attività è risultata mediamente pari al 63% delle valutazioni complessivamente svolte sul totale delle richieste pervenute;
  - l'incertezza relativa alla valutazione della non autosufficienza degli anziani ultrasettantenni; nelle province di prima sperimentazione, tale valutazione è stata pari al 37% di quelle svolte sul totale delle richieste pervenute.

In sintesi, l'attribuzione all'INPS della valutazione sanitaria della disabilità comporta un'attività ambulatoriale stimata in 1.500.000 di visite, comprensive della valutazione della non autosufficienza. Qualora invece la stessa fosse attribuita strutturalmente, come da indicazioni del Decreto Legislativo n.29 del 2024, alle commissioni multidisciplinari del SSN, l'attività degli ambulatori INPS è stimabile in 940.000 visite, così come meglio analizzabile dall'articolazione di seguito rappresentata.

Prestazioni di disabilità e non autosufficienza. Stima valutazione sanitaria su dati 2024

Regione	Domande pervenute per invalidità civile, cecità e sordità	Attività già svolte in CIC	Stima attività aggiuntive CON non-autosufficienza		Domande definite di ultra 70 anni non autosufficienti	Stima attività aggiuntive SENZA ultra 70 anni non autosufficienti	
			Valore assoluto	Valore %		Valore assoluto	Valore %
Abruzzo	33.292	-	33.292	100,00%	13.847	19.445	58,41%
Basilicata	16.264	16.264	0	0,00%	6.111	-6.111	-
Calabria	65.068	65.068	0	0,00%	19.576	-19.576	-
Campania	165.453	77.564	87.889	53,12%	47.838	40.051	45,57%
Emilia-Romagna	115.171	-	115.171	100,00%	44.751	70.420	61,14%
Friuli-Venezia Giulia	25.007	6.412	18.595	74,36%	12.365	6.230	33,50%
Lazio	153.338	153.338	0	0,00%	54.839	-54.839	-
Liguria	39.447	-	39.447	100,00%	16.530	22.917	58,10%
Lombardia	220.400	-	220.400	100,00%	91.208	129.192	58,62%
Marche	36.944	-	36.944	100,00%	14.986	21.958	59,44%
Molise	8.954	-	8.954	100,00%	3.251	5.703	63,69%
Piemonte	105.612	-	105.612	100,00%	35.799	69.813	66,10%
Puglia	122.554	-	122.554	100,00%	41.302	81.252	66,30%
Sardegna	39.497	-	39.497	100,00%	13.243	26.254	66,47%
Sicilia	130.940	32.500	98.440	75,18%	44.408	54.032	54,89%
Toscana	81.416	-	81.416	100,00%	31.075	50.341	61,83%
Umbria	29.983	-	29.983	100,00%	12.740	17.243	57,51%
Veneto	97.806	32.291	65.515	66,98%	48.138	17.377	26,52%
Italia	**1.487.146**	**383.437**	**1.103.709**	**74,22%**	**552.007**	**551.702**	**49,99%**

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

L'Istituto e la territorialità

I risultati della sperimentazione ci hanno consegnato aspetti, criticità e dimensioni dei flussi che hanno la necessità di essere analizzati e studiati dettagliatamente per individuare e consegnare all'Istituto e al Legislatore i punti di forza e di debolezza riscontrati nelle prime fasi.

È insufficiente e riduttivo leggere solo i dati e i tempi di risposta confrontandoli con l'esperienza pregressa dell'invalidità civile.

L'analisi ci affida le criticità e suggerisce, anche in termini comparati tra le diverse realtà, le correzioni urgenti, ordinamentali, metodologiche e relazionali.

Per maggiori approfondimenti, si rinvia alla Relazione, parte integrante della deliberazione CIV n. 4/2026, che offre anche spunti in merito alla necessaria riorganizzazione delle strutture territoriali INPS e dal percorso e dimensionamento delle dotazioni di figure professionali.

Sarebbe stato importante approfondire i seguenti aspetti prima di estendere la sperimentazione o trasferire compiti alle nuove realtà che il Legislatore ha identificato e sta definendo come ulteriori sedi sperimentali:

1) caratteristiche della Rete territoriale per la disabilità;

2) articolazione territoriale dei luoghi INPS per la valutazione sanitaria;

3) adeguatezza delle risorse professionali INPS presenti e in fase di acquisizione.

Finora abbiamo esaminato, dal punto di vista delle persone con disabilità i mutamenti profondi che, in termini generali, valoriali e sociali sono insiti nelle leggi delega e devono concretizzarsi nei provvedimenti attuativi, nei decreti legislativi e nei decreti e regolamenti che ne conseguono.

La scelta di procedere tramite una fase sperimentale avrebbe richiesto un intervallo temporale tra la prima e le successive fasi di ampliamento del numero delle province, al fine di valorizzare i risultati della sperimentazione ed evitare la reiterazione di eventuali criticità emerse.

Il percorso delineato dal Legislatore ha, invece, caratteristiche di attuazione scaglionata delle riforme anzichè di sperimentazione.

Queste Riforme, nate a cavallo di due legislature caratterizzate da maggioranze politiche diverse, potrebbero beneficiare di sostegni ampi e trasversali. Particolare rilevanza assumono, quindi, i decreti legislativi attuativi che rappresentano parte integrante della ratio delle leggi delega.

La Rete della disabilità

Come ricordato se la "Riforma" individua nell'INPS il soggetto titolare del compito valutativo, è il rapporto tra valutatore e la Rete dei servizi alle persone con disabilità, il punto di criticità e di innovazione.

L'Istituto è garante di una omogeneità valutativa mentre la competenza per garantire il diritto e riconoscere prestazioni e risorse pubbliche, dipende dal contesto territoriale caratterizzato dalla presenza di diversi attori coinvolti nelle politiche sociali e sanitarie, che talvolta possono avere approcci istituzionali non armonici.

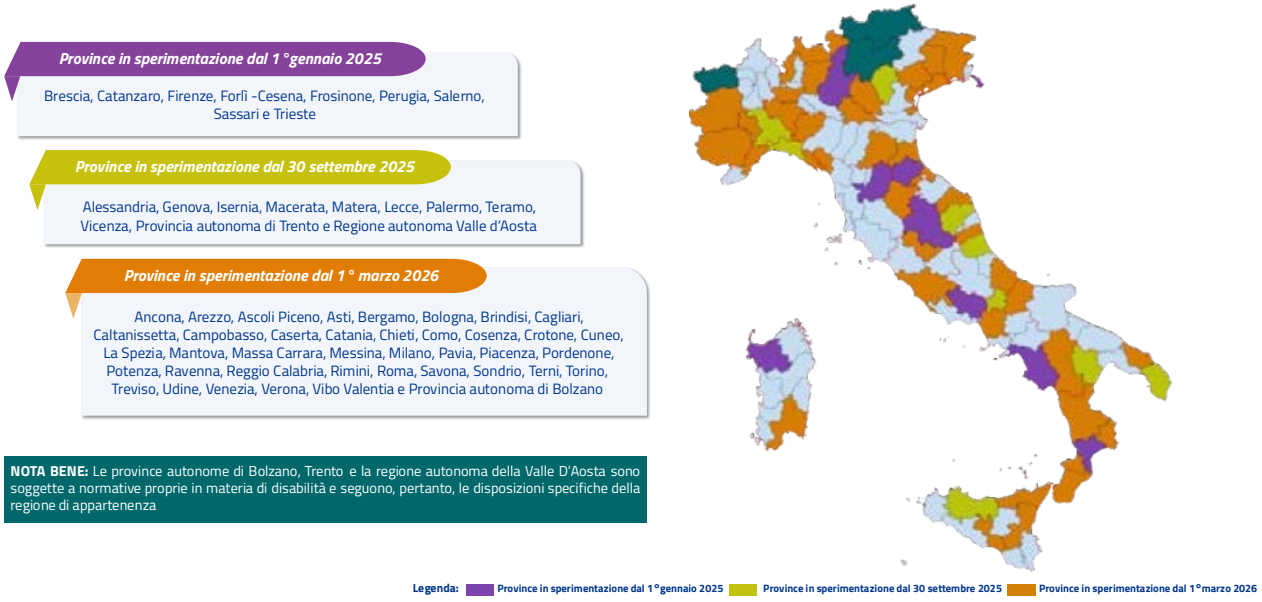
È quindi il ruolo della Rete il punto di criticità della Riforma.

Rete alla cui composizione concorrono non solo soggetti istituzionali, con cui l'INPS dispone di una consolidata esperienza, ma anche enti del terzo settore, così fortemente articolati nella composizione, nelle forme e nelle modalità, ma così centrali per gli aspetti sociali e sociosanitari di livello territoriale.

La sperimentazione

Le scelte operate dall'Esecutivo in merito a dove e a quando compiere le sperimentazioni, sono state assunte a prescindere da valutazioni svolte dall'Istituto in merito all'adeguatezza della struttura e dell'organizzazione dell'INPS nei territori selezionati. Questo aspetto sta consegnando un quadro con esiti fortemente differenziati, prevalentemente legati a peculiarità di carattere logistico e di relazioni territoriali oltre che di dotazioni di risorse professionali.

Il quadro della scelta dei territori di prima (dal 1° gennaio 2025), seconda (dal 30 settembre 2025) e terza (dal 1° marzo 2026) sperimentazione mette in luce, come già evidenziato, il carattere di attuazione graduale delle riforme senza l'adeguato spazio temporale per valutare gli esiti delle sperimentazioni e apportare, se necessario, i conseguenti necessari correttivi, tra questi, il ruolo dei Patronati e il rispristino delle visite sugli atti.



Fonte: Elaborazione Direzione Centrale Salute e Prestazioni di Disabilità

Come noto, la Riforma della disabilità attribuisce al certificato medico introduttivo il valore di "domanda di prestazione" o, come più volte lo abbiamo definito, di "richiesta". Nonostante gli sforzi praticati dall'INPS, l'assenza di richieste fondate su un'analisi socioeconomica e una qualificata consulenza, porta a risultati preoccupanti. Di seguito, sono evidenziati i dati relativi ai percorsi di valutazione di base conclusisi con il "potenziale" riconoscimento di prestazioni economiche. L'assenza dei modelli AP70 per quasi il 15% dei casi conferma la necessità di riconoscere nell'impianto normativo della Riforma il ruolo consulenziale e assistenziale dei Patronati.

PRIMA SPERIMENTAZIONE 1.01.2025-30.06.2026 AP70 E RUOLO PATRONATI

PROVINCIA	CERTIFICATI TRANSITATI SU FASE CONCESSORIA	CERTIFICATI CON NECESSITA' DI AP70	AP70 PRESENTATI	% AP70 PRESENTATI SU NECESSITA' DI AP70	AP70 70 NON PRESENTATI	% AP70 NON PRESENTATI	AP70 INVIATI DAI PATRONATI	% AP70 INVIATI DAI PATRONATI
BRESCIA	24.861	14.277	12.893	90,31%	1.294	9,06%	11.539	89,49%
CATANZARO	13.939	8.527	7.297	55,58%	1.230	14,43%	6.850	93,87%
FIRENZE	15.883	7.827	6.535	83,49%	1.292	16,50%	5.245	80,26%
FORLI'-CESENA	11.473	6.628	5.555	83,51%	1.073	16,19%	5.108	91,95%
FROSINONE	12.547	6.974	6.157	88,29%	817	11,71%	5.684	92,32%
PERUGIA	23.260	12.988	10.933	84,18%	2.055	15,82%	9.685	88,59%
SALERNO	31.984	16.487	13.778	83,57%	2.699	16,37%	12.820	93,05%
SASSARI	7.886	6.052	5.211	86,10%	841	13,89%	4.118	79,03%
TRIESTE	5.029	2.906	2.443	84,07%	673	16,28%	1.969	80,60%
TOTALE	146.826	82.666	70.892	85,76%	11.684	14,13%	63.018	88,89%

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

SECONDA SPERIMENTAZIONE 30.09.25-30.06.26 AP 70 RUOLO DEI PATRONATI

PROVINCIA	CERTIFICATI TRANSITATI SU FASE CONCESSORIA	CERTIFICATI CON NECESSITA' DI AP70	AP70 PRESENTATI	% AP70 PRESENTATI SU NECESSITA' DI AP70	AP 70 NON PRESENTATI	% AP70 NON PRESENTATI	AP70 INVIATI DAI PATRONATI	% AP70 INVIATI DAI PATRONATI
ALESSANDRIA	3.306	2.106	1.776	84,33%	330	15,67%	1.598	89,98%
GENOVA	9.971	6.246	5.219	83,56%	1.027	16,44%	4.057	77,74%
ISERNIA	1.165	650	541	83,23%	109	16,77%	507	93,72%
LECCE	9.623	4.816	4.152	86,21%	664	13,78%	3.936	94,80%
MACERATA	2.403	1.356	1.220	89,97%	136	10,03%	1.173	96,15%
MATERA	2.607	1.291	11.137	88,07%	154	11,93%	1.056	92,88%
PALERMO	15.627	7.448	6.217	83,47%	1.231	16,53%	55.503	88,52%
TERAMO	3.708	2.131	1.814	85,12%	317	14,87%	1.709	94,21%
VICENZA	5.331	3.550	3.052	85,97%	498	14,03%	2.692	88,20%
TOTALE	53.741	29.594	25.128	**84,91%**	4.466	**15,09%**	22.231	**88,47%**

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - DIREZIONE CENTRALE Salute e Prestazioni di Disabilità

In sintesi è opportuno evidenziare gli aspetti di maggiore importanza nelle novità che il Legislatore ha introdotto e tra questi gli elementi di continuità e discontinuità del ruolo attribuito all'INPS.

1) ***Riforma disabilità:***

   Numerosi osservatori rilevano le analogie e gli elementi di continuità tra le misure introdotte dalle Riforme e le attribuzioni, ante Riforme, conferite all'INPS nell'ambito dell'invalidità civile, derivanti anche dall'interazione tra le disposizioni normative e le Convenzioni CIC.

Sono qui evidenziati gli **elementi di discontinuità in** quanto rappresentano i principali aspetti su cui concentrarsi e lavorare per preparare l'Istituto ad assumere il nuovo e complesso ruolo nazionale di valutatore unico.

A) **Valutatore unico**:
   - è il ruolo INPS di garanzia della omogeneità a livello nazionale che si misura, quindi, con venti differenti sistemi sociosanitari regionali e con diverse realtà geografiche, sociali, relazionali e territoriali;
   - è una valutazione delle persone, sostanzialmente a prescindere dall'età, analizzando tutti gli elementi e tutte le tipologie di disabilità.

Non è più solo l'approccio comparativo tra una scala ideale e le persone per valutare se sussistono i requisiti per riconoscere una specifica prestazione; il "prodotto" della valutazione è il certificato polifunzionale finale per l'insieme delle prestazioni e/o dei sostegni alla persona con disabilità.

B) Il certificato polifunzionale finale emesso fotografa, al momento, la situazione e rappresenta nel prosieguo l'eventuale punto di riferimento per registrare/misurare le variazioni. Il certificato viene utilizzato come strumento per la valutazione multidisciplinare e multidimensionale finalizzata alla stesura del "Progetto di vita";
   - utilizza metodologie e scale di **valutazione di carattere internazionale**, con la finalità di garantire "l'oggettività" del processo valutativo e quindi limitare il più possibile la componente soggettiva del valutatore;
   - richiede una **diagnostica di sostegno** che, per alcune patologie, è di difficile acquisizione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e quindi comporta oneri elevati in larga parte a carico dell'utente;
   - necessita di un **certificato medico introduttivo**, da parte del medico di medicina generale o di altre categorie mediche che, in particolare nella sperimentazione, è diventata una barriera, difficile, onerosa e talvolta dissuasiva;
   - comporta un tempo importante ma sufficientemente ampio per la compilazione del **questionario** di valutazione che misura la salute e la condizione di disabilità, denominato **WHODAS**;
   - assume la centralità del principio dell'**accomodamento ragionevole** come facilitatore del Progetto di vita.

Valutazione di base

Prima del D.lgs.62

- più soggetti:
  Asl – accertamento sanitario
  Inps – validazione verbali + concessione ed erogazione delle prestazioni
- **Inps** – gestione dell'intero procedimento sanitario e amministrativo nelle Sedi in CIC (convenzioni invalidità civile con le Asl)

Dopo il D.lgs.62

Inps - unico responsabile della valutazione di base

Inps – unico responsabile della concessione e della erogazione delle prestazioni conseguenti agli accertamenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità

C) Il **ruolo di medico certificatore** congloba in sé anche attività delegabili all'intermediario istituzionale. Il mancato riconoscimento del ruolo dei **Patronati** nella decretazione ha comportato, apparentemente per ragioni legate alla semplificazione, un aumento delle responsabilità dei certificatori introduttivi per le attività

anagrafiche amministrative e identificative. Non è chiaro perché non si sia posto rimedio e non sia stata riconosciuta l'utilità della contestuale o precedente compilazione dell'AP70 che avrebbe potuto, nei casi in cui l'utente aderisse a tale modalità, alleggerire il certificatore di significative incombenze.

D) I **Patronati** e le **Associazioni rappresentative delle persone con disabilità** è utile che assumano un ruolo nel processo di valutazione, agendo come consulenti, facilitatori e garanti dell'esigibilità dei diritti.

E) Le **persone fragili** al centro sta a significare la necessità di ridurre i disagi legati alla valutazione. Tale aspetto diventa ancora più pregnante se, altro elemento di criticità, si procedesse reintroducendo lo strumento della valutazione agli atti. Nel caso delle persone con disabilità la indispensabilità della visita in presenza costituisce,

   o può costituire, una problematica non solo logistica ma anche di carattere emotivo o psicologico. Per questo, ad esempio, per tutte le persone che vivono presso istituzioni pubbliche, no profit o private accreditate o autorizzate, in ragione dello stato di salute, dell'età o del bisogno assistenziale, diverrebbe utile prevedere forme di **visita assistita a distanza**. Queste strutture sociosanitarie hanno l'obbligo della presenza di un medico ed anche di altre figure sanitarie professionali sanitarie quali lo psicologo, l'educatore o l'infermiere professionale, a cui affidare l'assistenza per il collegamento con la Commissione di valutazione; sarebbe, così, possibile svolgere la visita senza alcun spostamento né della Commissione, né dell'utente. La valutazione documentale e quella a distanza assistita sono modalità utili sia all'INPS che all'utente; occorre una funzione di soggetti qualificati e riconosciuti, come i Patronati e le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, che collaborino alla costruzione del dossier da sottoporre alla valutazione della Commissione. È questo un aspetto da non sottovalutare per i vantaggi che ne possono derivare in termini di semplificazione e di riduzione del disagio. Il ruolo dell'intermediario istituzionale dovrebbe trovare spazio, quindi, nella normativa.

F) **Il rimborso dell'onorario del certificato medico introduttivo** con le risorse pubbliche dell'invalidità civile, relativamente alle richieste accolte, costituirebbe elemento di equità.

G) **Prestazione Universale** Un aspetto rilevante riguarda la non autosufficienza grave tra gli ultraottantenni in condizioni di indigenza. In tale ambito risulta forse sufficiente evidenziare come i parametri/criteri adottati per l'accesso alla Prestazione Universale hanno come conseguenza una platea che non rispecchia pienamente la presenza di "grandi vecchi" con gravi limitazioni nell'autosufficienza e con difficoltà di carattere economico. Tra i **limiti all'accesso** di questa prestazione è evidente il troppo contenuto livello di reddito.

2) La Riforma della disabilità e quella degli anziani non autosufficienti

Abbiamo provato ad evidenziare gli aspetti innovativi che la Riforma[19] ha introdotto in materia. Per una corretta analisi del contesto risulta indispensabile soffermarsi anche sulla normativa "gemella" riferita alle persone anziane[20] e alle persone anziane non autosufficienti.

Relativamente al tema delle persone anziane, l'assenza di decretazione attuativa è stata interpretata, nella prima fase, come consegna all'INPS della totalità della platea di richiedenti senza distinzione di età o di condizione. Successivamente, con la Legge di conversione n. 50 del 20 aprile 2026, che ha introdotto modificazione al decreto legge n. 19/2026, sono state definite le modalità temporanee di coordinamento tra la Riforma della disabilità e la

[19] D.lgs. n.62 del 2024

[20] D.lgs. n.29 del 2024

Riforma anziani. In particolare, qualora il medico valutatore segnali la condizione di non autosufficienza (in relazione alle valutazioni della cognitività e della mobilità), l'accertamento della condizione di disabilità delle persone ultrasettantenni non autosufficienti seguirà la procedura valutativa antecedente al decreto legislativo 62/2024, anche nei territori interessati dalla sperimentazione della Riforma della disabilità

3) La "filiera INPS per le politiche sociali"

Per quanto riguarda la costruzione di una rete territoriale INPS destinata alle persone con disabilità, assume rilievo che la valutazione delle persone non autosufficienti ultrasettantenni sia stata riassegnata al SSN.

Dal punto di vista quantitativo, la segmentazione dei soggetti valutatori risulta poco coerente rispetto alla rilevanza attribuita alle Riforme.

Le considerazioni prima svolte con riferimento all'impostazione generale delle Riforme hanno valore anche per questo aspetto peculiare.

- In conclusione, richiamiamo, per coerenza e completezza le deliberazioni CIV relative:
- alla disabilità: deliberazione n. 23/2024, n. 3/2025, n.18 del 2025 e n. 4 del 2026
- al modello organizzativo: deliberazione n. 34/2023
- agli organici: deliberazione n. 35/2023

Le Riforme consegnano l'indispensabilità e l'urgenza di un **piano pluriennale** che coinvolga trasversalmente molti aspetti (organizzativi, di risorse umane, patrimoniali, professionali, di competenze amministrative e relazionali).

In particolare, l'integrazione multidisciplinare deve affrontare gli aspetti relativi alla:

a) gestione di una attività di prossimità fortemente correlata alla Rete territoriale dei servizi alla persona che necessita di una filiera lunga nel territorio, fortemente differenziata in relazione alle peculiarità anagrafiche e di conurbazione del contesto. La prossimità esige una immediata integrazione nella rete di riferimento ed una strutturazione dell'offerta INPS che favorisca il dialogo tra soggetti e che differenzi l'approccio in relazione alle peculiari caratteristiche;
b) differenziazione nella fissazione a visita in relazione all'utenza:
   - minorenni;
   - minorenni istituzionalizzati;
   - in età da lavoro;
   - anziani istituzionalizzati;
   - anziani con supporto domiciliare;
   - grandi anziani;
   - grandi anziani non autosufficienti;
c) valorizzazione della documentazione, certificato medico introduttivo e documentazione integrativa;
d) indispensabilità della diagnostica in relazione ai tempi di attesa del SSN;
e) presenza di ambulatori di visita e degli orari stessi in rapporto alla struttura sociale e alla dipendenza di essere accompagnati.



Enrico Prampolini: *Composizione n.43*

Invalidità civile e disabilità: le prestazioni

Invalidità civile - fonti normative

Nel 1968, con le Leggi n. 406 e 482, vengono istituite l'indennità di accompagnamento per i ciechi civili[21] 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 […]".

Il grado di invalidità civile, cioè della riduzione o totale mancanza della capacità lavorativa "generica", viene determinato sulla base delle Tabelle contenute nel Decreto Ministeriale del 5 febbraio 1992. Per ciascuna patologia o menomazione 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 Decreto Legislativo n. 509 del 1988, per i soggetti ultrasessantasettenni, 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 al 100% non riesca a deambulare o a compiere gli atti della vita quotidiana in maniera autonoma.

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 D*isability card*, il contributo genitori monoreddito o disoccupati con figli disabili, ecc.

[21] 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

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 figurativa[22].

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 al 31.12.2024).

Le prestazioni erogate dall'INPS

Le prestazioni di invalidità civile fanno parte del più ampio ventaglio di forme di assistenza sociale erogate dall'INPS; non si tratta, infatti, di prestazioni alimentate e determinate sulla base di contributi versati durante l'attività lavorativa, ma di misure che hanno lo scopo di fornire supporto economico e assistenza sociale a persone con una ridotta capacità lavorativa e in stato di bisogno.

I dati riferiti all'anno 2025 ci raccontano che nel nostro Paese le prestazioni di invalidità civile (assegni, pensioni e indennità di accompagnamento) ammontano a 3.503.140, in crescita rispetto all'anno precedente (3.215.973) e, comunque, anche in tutto l'intervallo di tempo a partire dal 2022.

In particolare, tra i titolari di prestazioni di invalidità civile, le donne risultano essere più numerose rispetto agli uomini e in aumento nell'intervallo di tempo considerato: 2.022.395 contro 1.480.745 nel 2025.

Particolarmente interessante è il numero di indennità di accompagnamento di cui beneficiano le donne, decisamente più elevato rispetto agli uomini con un rapporto uomo/donna che si presenta meno equilibrato rispetto a quello che risulta dall'analisi di genere tra i beneficiari di pensioni di invalidità civile: nel 2025, la differenza a favore delle donne, che si attesta intorno alle 473.000 unità in più, farebbe pensare ad una maggiore presenza delle donne in virtù della loro maggiore longevità. Come si può vedere dalla tabella sottostante, le indennità di accompagnamento al femminile sono 1.454.638, mentre, quelle di cui sono titolari gli uomini ammontano a 981.066.

Invalidità Civile – numero di prestazioni erogate nel 2025			
Prestazioni	**2025**		
	Femmine	Maschi	**Totale**
Indennità di accompagnamento	1.454.638	981.066	**2.435.704**
Pensioni di invalidità civile	567.757	499.679	**1.067.436**
Totale	**2.022.395**	**1.480.745**	**3.503.140**

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

[22] Legge n. 388/200, art. 80 c. 3

Assegno mensile e pensione di inabilità civile

L'assegno mensile di assistenza e la pensione di inabilità sono prestazioni economiche assistenziali, erogate per tredici mensilità, in favore, rispettivamente, degli invalidi civili parziali che hanno, cioè, subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore al 74% e degli invalidi civili totali, che hanno, invece, una inabilità lavorativa totale pari al100%.

Queste prestazioni vengono concesse ai cittadini italiani, residenti sul territorio italiano, di età compresa tra i 18 e i 67 anni (o l'età pensionabile più elevata in funzione di ulteriori incrementi dovuti all'aumento dell'aspettativa di vita).

Il cittadino titolare della pensione di inabilità deve soggiornare stabilmente sul territorio italiano; la residenza all'estero preclude, infatti, la possibilità di ottenere queste prestazioni o di mantenerne la titolarità e l'allontanamento dal territorio italiano per periodi superiori a sei mesi consecutivi comporta la sospensione del pagamento e, dopo un anno, la revoca della prestazione economica.

La percezione concreta dell'indennità economica è subordinata al rispetto di un limite di reddito individuale. In particolare, il reddito rilevante è quello imponibile Irpef, al netto degli oneri deducibili, per esempio, i contributi previdenziali e assistenziali versati e al lordo delle ritenute fiscali.

La Legge[23] impone ai titolari di prestazioni assistenziali legate a invalidità civile, cecità civile, sordità ed ai titolari di assegno sociale, pensione sociale e assegno sociale sostitutivo, qualora non siano tenuti a presentare la dichiarazione dei redditi, l'obbligo di comunicare annualmente la propria situazione reddituale all'INPS. La mancata comunicazione nei tempi stabiliti comporta, dapprima, la sospensione e, successivamente, la revoca da parte dell'INPS delle prestazioni economiche in godimento.

Al compimento del sessantasettesimo anno di età, i titolari delle due prestazioni hanno diritto all'assegno sociale, fermi restando i criteri reddituali validi per l'invalidità civile.

Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica assistenziale, erogata per dodici mensilità che può essere concessa agli invalidi civili totalmente inabili, per i quali sia stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o di svolgere gli atti quotidiani della vita, che necessitano, quindi, di assistenza continua. I richiedenti devono essere, inoltre, cittadini italiani e residenti in maniera stabile sul territorio italiano.

L'indennità di accompagnamento ha natura assistenziale e il suo scopo è quello di compensare la perdita di autonomia e la necessità di assistenza. Non è una misura legata alla capacità economica della persona; pertanto, anche una persona con un reddito elevato può avere diritto all'indennità di accompagnamento, a condizione che possieda i requisiti sanitari previsti dalla Legge. Inoltre, essendo esente da Irpef e non considerata reddito ai fini fiscali e Isee, non va dichiarata nel reddito e non influisce sui requisiti per altre prestazioni sociali o assistenziali.

[23] art. 35, comma10 bis, del Decreto-legge 207/08, convertito in Legge n.14/09

Poiché l'indennità di accompagnamento è un beneficio per compensare uno svantaggio derivante da una minorazione e un generale bisogno di assistenza senza riferimento all'età, spetta anche ai minori di 18 anni e agli ultra-sessantasettenni.
Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto per un periodo di durata superiore a 29 giorni. Per evitare la sospensione del pagamento dell'indennità, l'INPS ha messo a disposizione una specifica procedura per la presentazione della "dichiarazione di ricovero indennizzato in struttura pubblica", da utilizzare al termine dei periodi di ricovero di durata superiore a 29 giorni, indicando le date di inizio e fine ricovero e allegando eventuale documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui si evinca che "la prestazione assicurata non esaurisce tutte le forme di assistenza di cui il paziente necessita per la vita quotidiana".

Indennità mensile di frequenza

L'indennità mensile di frequenza[24] è una prestazione economica assistenziale, erogata massimo per 12 mensilità, in favore dei minori con particolari condizioni sanitarie, fino al compimento del diciottesimo anno di età.
In particolare, ai minori devono essere riconosciute difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età o una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1000, 2000 hertz. Per queste minorazioni, gli stessi devono, inoltre, avere necessità di fare ricorso continuo o anche periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici presso centri ambulatoriali o di centri diurni specializzati, anche di tipo semi-residenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime di convenzione con il SSN; frequentare scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado o centri di formazione o addestramento professionale finalizzati al reinserimento sociale.
La corresponsione del benefico è limitata, quindi, all'effettiva durata del trattamento o del corso ed ha termine con il mese successivo a quello di cessazione della frequenza. La prestazione può essere revocata, pertanto, in ogni momento, nel caso in cui dai controlli effettuati dall'INPS non risulti soddisfatto il requisito della frequenza. Nel caso di sola frequenza scolastica la prestazione viene concessa per il periodo ottobre-giugno.
Oltre che cittadini italiani e residenti abitualmente sul territorio italiano, i minori devono trovarsi in uno stato di bisogno economico in relazione esclusivamente al reddito personale imponibile Irpef del minore, al netto degli oneri deducibili e al lordo delle ritenute fiscali.
L'indennità è incompatibile con periodi di ricovero continuativo e permanente, con l'indennità di accompagnamento, di comunicazione e speciale, ma è prevista la possibilità di scegliere la prestazione più favorevole.

Prestazioni per ciechi, sordi e sordociechi

I ciechi civili si distinguono in ciechi totali e ciechi parziali[25]. I primi, sono destinatari, dai 18 anni, della pensione e dell'indennità di accompagnamento; i secondi, hanno diritto alla pensione, a prescindere dall'età, all'indennità speciale, a prescindere da qualsiasi requisito reddituale, così come avviene per l'indennità di accompagnamento.

[24] Istituita dalla Legge n. 289/90
[25] Legge n. 138/2001

Altri requisiti sono la cittadinanza italiana e la dimora stabile e abituale sul territorio italiano, nonché lo stato di bisogno economico nel caso della pensione.
I sordi sono definiti come "minorati sensoriali dell'udito affetti da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva (fino al compimento del dodicesimo anno di età) che abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da cause di guerra, lavoro o servizio"[26].
In virtù di tale menomazione, i cittadini italiani di età compresa tra i 18 e i 67 anni che si trovano in uno stato di bisogno economico, hanno diritto alla pensione se hanno un grado di sordità o ipoacusia pari o superiore a 75 decibel di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 HZ nell'orecchio migliore.
Hanno diritto all'indennità di comunicazione, invece, a prescindere dalla situazione economica, se hanno un'ipoacusia di intensità rapportata all'età: pari o superiore a 60 decibel per i minori di 12 anni; pari o superiore a 75 decibel per i maggiori di 12 anni, sempre che sia possibile l'insorgenza prima dei 12 anni.
Infine, i sordociechi sono definiti come persone a cui sia riconosciuta una disabilità specifica unica: "persone cui siano distintamente riconosciute entrambe le menomazioni, sulla base della legislazione vigente, in materia di sordità e cecità civile"[27]. Pertanto, hanno diritto alle pensioni e alle indennità spettanti per le due diverse categorie, sempre nel rispetto dei requisiti prescritti dalle specifiche norme.

Assegno Unico Universale

L'Assegno Unico Universale[28] (AUU) rappresenta un sostegno economico erogato dall'INPS mensilmente sulla base dell'ISEE, a favore dei nuclei familiari in cui sono presenti figli minorenni, o anche maggiorenni purché siano soddisfatte alcune particolari condizioni.
Se, invece, nel nucleo familiare sono presenti figli disabili, il diritto all'AUU non è vincolato ad alcuna condizione e spetta senza alcun limite.

Disabilità: fonti normative e prestazioni

Nel nostro ordinamento, la Legge n.104 del 1992 definisce lo "stato di handicap", ora "condizione di disabilità", in virtù delle modifiche apportate dal recente Decreto Legislativo n.62 del 2024 alla terminologia utilizzata, oltreché alle procedure di accertamento sanitario con la valutazione di base e la valutazione multidimensionale per la realizzazione di un progetto di vita personalizzato.
Il termine "*handicap*" è sostituito da "condizione di disabilità"; "persona handicappata, portatore di handicap, disabilità, disabile e diversamente abile" sono sostituiti da "persona con disabilità"; "handicap non grave" si definisce "necessità di sostegno lieve o medio"; "connotazione di gravità" e "in situazione di gravità" si definiscono "necessità di sostegno elevato o molto elevato"; "disabile grave" diventa "persona con necessità di sostegno intensivo".

[26] Legge n. 95/2006
[27] Legge n. 107/2010
[28] Istituito dal D.lgs. n. 230/2021

Secondo la Legge[29], la persona con disabilità è 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 Legge[30] definisce, inoltre, la condizione di gravità, a cui si collega la necessità di sostegno intensivo, come la situazione in cui la compromissione, singola o plurima, correlata all'età, riduce l'autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

La disabilità rappresenta, quindi, una condizione di svantaggio sociale che deriva dall'interazione tra la menomazione (fisica, sensoriale, psichica) e il contesto sociale di riferimento in cui la persona vive. Per questo motivo, diversamente dalla valutazione delle minorazioni civili, la procedura di accertamento della condizione di disabilità si basa su criteri medico-sociali che tengono conto della difficoltà di inserimento sociale della persona e non si fonda quindi univocamente su criteri medico-legali o quantitativi legati all'incapacità lavorativa personale. Di conseguenza, si può verificare che ad una percentuale di invalidità inferiore al 100%, corrisponda contemporaneamente il riconoscimento della situazione di disabilità grave nel caso in cui la patologia comporti importanti difficoltà nella vita di relazione e inserimento sociale. Il riconoscimento della condizione di disabilità può essere richiesto, infatti, anche dalle persone con invalidità diverse da quella civile (di guerra, per servizio, di lavoro).

Ai disabili vengono riconosciute, oltre alle prestazioni di invalidità civile e di accompagnamento, altre prestazioni, benefici e agevolazioni non di tipo economico, come, per esempio, i permessi dal lavoro, estesi anche alle persone che li assistono.

A questi si aggiungono anche le misure previste dal Decreto Legislativo n.151 del 2001 per la tutela e il sostegno della maternità e paternità, come, ad esempio, le due ore di riposo giornaliero dal lavoro, il prolungamento del congedo parentale e il congedo straordinario.

Tali prestazioni sono riconosciute ai cittadini italiani e a quelli stranieri ed apolidi con residenza in Italia, a seguito di accertamento effettuato dalle Commissioni Mediche, ora Unità di Valutazione di Base (UVB).

Possono utilizzare i permessi retribuiti i lavoratori dipendenti privati e pubblici, sia per la propria disabilità, sia per l'assistenza ai familiari.

[29] art. 3, c.1, Legge n.104/1992

[30] art. 3, c.3, Legge n.104/1992

Norme principali	Benefici
Legge n.104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con handicap) come modificata dal D.Lgs n.62/2004 (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)	- Permessi per assistere familiari disabili in situazione di gravità - Permessi fruibili da lavoratori disabili in situazione di gravità
D. Lgs n.151/2001 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità)	- Prolungamento del congedo parentale - 2 ore di riposo giornaliero - Congedo straordinario per assistere familiari disabili gravi
Legge n.106/2025 (Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche)	- Ulteriori 10 ore annue di permesso - Congedo straordinario non retribuito max 24 mesi

I requisiti per poter beneficiare dei permessi giornalieri o mensili, del prolungamento del congedo parentale o dei riposi orari alternativi al prolungamento sono, innanzitutto, l'esistenza di un rapporto dipendente per tutto il periodo di fruizione del beneficio, la certificazione della condizione di disabilità grave[31] e l'assenza di ricovero a tempo pieno del disabile in strutture che offrono assistenza sanitaria continuativa, salvo alcune eccezioni legate alla particolare gravità del disabile ricoverato e alla necessità di assistenza anche da parte dei familiari.

Più di recente la legge ha previsto ulteriori 10 ore annue di permesso retribuito per esami e cure mediche e il congedo straordinario non retribuito per un periodo massimo di 24 mesi, a favore di lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche, con un grado di invalidità pari o superiore al 74% (art. 1 e 2 legge 106 del 2025). I dati a disposizione mostrano che, nel 2025, nel solo comparto privato del lavoro dipendente, 835.022 lavoratori hanno beneficiato di prestazioni derivanti dalla Legge n.104 del 1992, con una netta prevalenza, quindi, delle prestazioni per l'assistenza di familiari disabili gravi (756.271, pari al 90,57%).

[31] ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n.104/92

Gestione lavoratori dipendenti privati: beneficiari di prestazioni per disabilità grave per assistere i familiari o per se stessi			
TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	2025		
	Femmine	Maschi	Totale
Permessi per familiari con disabilità grave (Articolo 33, comma 3, Legge 104/1992 e Articolo 42, comma 1, D.lgs 151/2001)	325.605	347.128	672.733
Prolungamento del congedo parentale fino a 12 anni di vita del bambino con disabilità (Articolo 33, comma 1, D.lgs 151/2001)	828	295	1.123
Congedo straordinario fino a 2 anni per assistenza persone con disabilità grave (Articolo 42, comma 5, Decreto Legislativo 151/2001)	45.654	37.884	83.538
Permessi personali per lavoratori privati con disabilità gravi (Articolo 33, comma 6, Legge 104/1992)	39.968	37.660	77.628
Totale	412.055	422.967	835.022

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

Permessi giornalieri e mensili

Il disabile in situazione di gravità che ha un rapporto di lavoro dipendente ha diritto a due ore o ad un'ora di permesso dal lavoro, utilizzabili in entrata o in uscita, a seconda che il suo orario giornaliero contrattualmente previsto sia di almeno sei ore giornaliere o di meno di sei ore. Il permesso è retribuito e coperto da contribuzione figurativa.

Per fruire dei permessi giornalieri orari, i lavoratori del settore privato devono inoltrare all'INPS una domanda telematica; diversamente, i lavoratori del settore pubblico devono presentare la domanda esclusivamente all'Amministrazione presso cui svolgono la loro attività lavorativa. In alternativa alle ore di riposo giornaliero orario, il lavoratore disabile in situazione di gravità può scegliere di fruire del permesso mensile di tre giorni lavorativi, anche frazionandoli in ore.

È possibile per il lavoratore disabile in situazione di gravità ricevere l'assistenza del coniuge ovvero di un parente o affine entro il secondo o il terzo grado a determinate condizioni, cumulando così i propri permessi mensili o giornalieri con i permessi mensili del familiare, utilizzandoli nelle stesse giornate ovvero in giornate diverse. Di questo stesso permesso (tre giorni lavorativi al mese) possono avvalersi, quindi, con le stesse modalità, anche i lavoratori che assistono un familiare disabile grave[32]. Inoltre, allo stesso lavoratore può essere riconosciuta la possibilità di cumulare più permessi per assistere familiari diversi. Anche in questi casi, il permesso è retribuito e coperto da contribuzione figurativa.

[32] Coniuge, unito civilmente/convivente di fatto, parenti o affini entro il secondo gravo, ovvero entro il terzo grado se uno dei genitori o il coniuge/unito civilmente/convivente di fatto del disabile abbiano 65 anni di età, siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti

A partire dal 13 agosto 2022, è stato superato il principio del "referente unico"; pertanto, il diritto ai permessi mensili per l'assistenza allo stesso disabile grave può essere riconosciuto anche a più soggetti in alternativa tra loro[33], fermo restando "il limite complessivo di tre giorni".

Congedo straordinario

Con lo scopo di sostenere maggiormente i lavoratori che assistono familiari disabili gravi consentendo una più ampia possibilità di astenersi dal lavoro, la Legge[34] inizialmente ha previsto che "i dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, [...], un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. Durante tale periodo, il dipendente conserva il posto di lavoro, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcun tipo di attività lavorativa. Il congedo non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali; il lavoratore può procedere al riscatto, ovvero al versamento dei relativi contributi, calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria".

Successivamente[35], sono state apportate delle importanti integrazioni e modifiche alle norme in materia di permessi mensili e congedo straordinario per l'assistenza ai disabili gravi, sia rispetto ai soggetti che hanno diritto al congedo e alle modalità di fruizione, sia rispetto alla previsione di una indennità economica e alla sua misura.

I soggetti che possono beneficiare del congedo sono individuati secondo il seguente ordine di priorità, con la precisazione che chi ha più di un familiare disabile può beneficiare del congedo per ciascuno di essi, ma sempre nel limite di durata massima pari a due anni:

- coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile in situazione di gravità;
- padre o madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente o della parte dell'unione civile convivente;
- figlia o figlio convivente della persona disabile in situazione di gravità, esclusivamente nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- fratello o sorella convivente della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, entrambi i genitori e i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- parente o affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli/sorelle conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
- uno dei figli della persona disabile in situazione di gravità, anche se la convivenza si instaura successivamente, nel caso in cui il "coniuge convivente", la "parte dell'unione civile convivente", "entrambi i genitori", i "figli conviventi" e i "fratelli o sorelle conviventi", i "parenti o affini entro il terzo grado conviventi" siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

[33] Decreto Legislativo n.105/20220 art. 3, c. 1, lettera b), n. 2)

[34] Legge n. 53/2000, art.4, c.2

[35] con il Decreto Legislativo 151/2001 e, poi, in attuazione della Direttiva UE n. 2019/1158, con il D.Lgs. n. 105/2022

Inoltre, alla fruizione del congedo straordinario viene fatta corrispondere l'attribuzione di un'indennità pari all'ultima retribuzione relativa al mese precedente l'inizio del congedo unitamente all'accredito dei contributi figurativi, utili ai fini del diritto e della misura della pensione. L'indennità, anticipata dal datore di lavoro con la possibilità di conguaglio con i contributi dovuti all'INPS e la contribuzione figurativa spettano fino a un importo complessivo massimo rivalutato annualmente sulla base delle variazioni ISTAT.
Il trattamento di congedo può essere utilizzato in modo continuativo o frazionato nel tempo anche a giorni.

Invalidità di natura previdenziale/pensionistica

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 2025 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 808.672 con una prevalenza di titolari maschi in tutte le categorie, in controtendenza rispetto al dato delle invalidità civili. Anche in questo ambito appare palese come i risultati sul versante delle prestazioni di previdenza non possano che essere conseguenza della situazione e delle condizioni presenti del mercato del lavoro che vedono le donne meno presenti.

Pensioni da lavoro per Invalidità – 2025				
GESTIONI	**TRATTAMENTI PRENSIONISTICI**	**Femmine**	**Maschi**	**Totale**
FONDO PENSIONI LAVORATORI DIPENDENTI	Invalidità	190.603	262.943	**453.546**
DIPENDENTI PUBBLICI	Invalidità	72.303	108.587	**180.890**
LAVORATORI PARASUBORDINATI	Invalidità escluse pensioni suppl.	741	1.745	**2.486**
	Invalidità incluse pensioni suppl.	942	1.261	**2.203**
LAVORATORI AUTONOMI	Invalidità	60.194	92.915	**153.109**
ALTRE PREVIDENZIALI	Invalidità	7.655	8.783	**16.438**
TOTALE		**332.438**	**476.234**	**808.672**

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

Analizzando i 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 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%. 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. La contrazione nei territori sperimentali è in controtendenza rispetto alla stabilità e alla leggera crescita negli altri territori

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

Invalidità civile, disabilità e anziani non autosufficienti: il percorso di accertamento sanitario

L'accertamento sanitario ante Riforme

Le disposizioni normative e procedurali relative al procedimento di accertamento sanitario dell'invalidità civile e della disabilità, valido prima dell'avvio della sperimentazione della 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 molto elevato (oltre l'80%) 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.

Domande 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

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 competente territorialmente (della Struttura Sanitaria o dell'INPS nei territori dove esiste una convenzione per l'accertamento dei requisiti sanitari), che dovrebbe disporre l'effettuazione della visita entro un tempo massimo di 30 giorni oppure, in presenza di patologie oncologiche, entro 15 giorni. Dal 2020 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), una volta effettuati i controlli sanitari sia sulla base dei soli documenti inviati dal cittadino o dal Patronato, sia attraverso la visita diretta, esprime il proprio giudizio medico-legale e 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. Ciò è reso possibile dalla domanda che integra il certificato medico introduttivo e che contiene tutti i dati amministrativi e socioeconomici.

L'accertamento sanitario degli ultra 70enni segnalati come non autosufficienti

Dal 1° giugno 2026, in applicazione della L. n.50/2026 che ha modificato il d.lgs. n.29 del 2024, il procedimento di accertamento sanitario ante Riforme descritto al paragrafo precedente, viene eseguito in tutte le province, comprese quelle in sperimentazione, anche per l'accertamento sanitario degli ultra70enni segnalati come non autosufficienti dal medico certificatore. La nuova disposizione ha stabilito, infatti, che, in attesa dell'entrata in vigore della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane, per il periodo di sperimentazione che va dal 1° gennaio 2027 al 31 dicembre 2027, nei territori interessati dalla sperimentazione della Riforma della Disabilita, agli ultrasettantenni segnalati come non autosufficienti spetta la tutela prevista dalle norme sull'accertamento della disabilita antecedenti al Dlgs n. 62/2024. Per tale platea, pertanto, "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 alla legge 5 febbraio 1992, n.104, legge 30 marzo 1971 n.118 e legge 11 febbraio 1980, n.18.

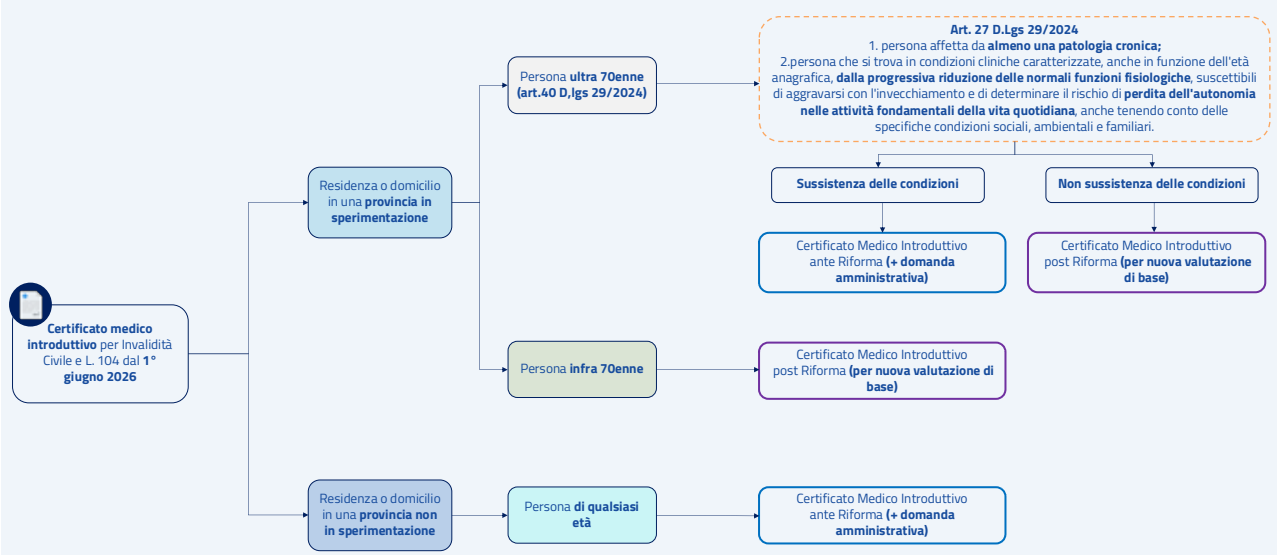
In presenza di almeno una patologia cronica e ingravescente (segnalazione di non autosufficienza) il percorso di valutazione segue le modalità anteriforma, ovvero:

- il certificato medico introduttivo deve essere abbinato alla domanda amministrativa per l'accertamento dell'invalidità civile, della cecità, della sordità, della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- dopo la presentazione della domanda, è prevista la visita medica presso le ASL (con successiva validazione da parte dell'INPS) o i Centri medico-legali INPS (CML), se attivo convenzionamento INPS-ASL;

In assenza di patologie croniche e ingravescenti, si attiva il nuovo iter di valutazione di base introdotto dalla Riforma della disabilità (art. 27, comma 4 del decreto-legislativo 15 marzo 2024, n.29).

Pertanto, il flusso del certificato medico introduttivo segue un doppio instradatore come si evince dal diagramma di seguito riportato.

Flusso e competenza SSN/INPS nella valutazione sanitaria



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	
Cognome	**Nome**
Sesso	**Data di nascita**
Provincia di nascita	**Comune 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, al massimo entro 90 giorni dall'invio del certificato. In presenza, invece, di una o nessuna delle condizioni, il medico sarà indirizzato alla nuova procedura per compilare il certificato medico introduttivo per la valutazione di base.

Accertamento sanitario



La modifica normativa di cui alla L. 50/2026 ha effetti diretti anche sul carico di lavoro dei singoli Centri medico-legali e, dunque, sulle stime relative al numero delle Commissioni mediche su tutto il territorio nazionale che, al netto della platea degli ultrasettantenni segnalati come non autosufficienti, qualora strutturalmente ripresi in carico dal SSN, subiscono, una contrazione di 300 unità rispetto alle stime antecedenti, risultando pari a 521 unità.

Nella tabella che segue sono evidenziati i totali delle Commissioni per la valutazione di base previste per ciascuna Direzione Regionale ricalcolate a seguito dello scorporo degli anziani ultrasettantenni segnalati come non autosufficienti.

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 dell'ultimo concorso per l'assunzione di medici strutturati, 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., eventualmente per gli ultrasettantenni segnalati dal medico certificatore come non autosufficienti, 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 verificare la capienza delle risorse finanziarie alle singole Regioni, al fine di consentire la contrattualizzazione del personale medico necessario, mediante designazione da parte delle stesse.
Nel mercato del lavoro sociosanitario 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.

L'accertamento sanitario nella sperimentazione della Riforma della disabilità

Il D.lgs. n. 62/2024, come modificato dal D.L. n. 202/2024, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 15/2025, ha riformato i criteri e le modalità di accertamento della condizione di disabilità, affidandola in via esclusiva su tutto il territorio nazionale all'INPS a partire dal 1° gennaio 2027.
Una delle novità della riforma è rappresentata dalla nuova modalità di avvio del procedimento valutativo di base, che prevede che il medico certificatore invii, per via telematica, all'INPS il nuovo "certificato medico introduttivo". Quest'ultimo rappresenta l'unica procedura per la presentazione dell'istanza, volta all'accertamento della disabilità, che non deve essere più completata con l'invio della "domanda amministrativa" da parte del cittadino o degli Istituti di patronato o di intermediari autorizzati.
La **Valutazione di base** è, in sostanza, il procedimento unitario per il riconoscimento della condizione di disabilità gestito dall'INPS che si avvia esclusivamente per via telematica tramite un medico abilitato. Il processo si articola nei seguenti passaggi fondamentali:

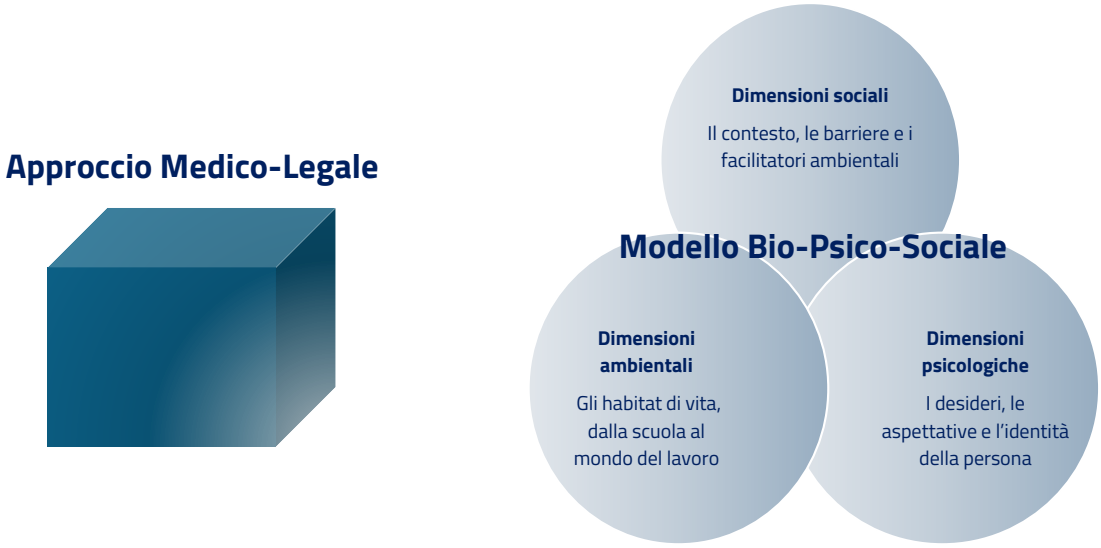
1. **Trasmissione del certificato medico introduttivo:** il medico certificatore (es. il medico di base) compila e invia telematicamente all'INPS il **certificato medico introduttivo**. Questo passaggio genera un numero di protocollo univoco.
2. **Allegazione della documentazione:** entro 7 giorni dalla visita, è possibile integrare la pratica allegando ulteriore documentazione sanitaria (tramite il servizio online "Allegazione documentazione sanitaria").

3. **Convocazione e visita:** l'INPS convoca la persona a visita presso la Commissione Medica per una valutazione diretta (o "sugli atti" nei casi previsti dalla legge).
4. **Esito:** Il procedimento si conclude con l'emissione di un certificato polifunzionale finale entro 90 giorni (30 giorni per i minori e 15 giorni per i malati oncologici).
5. **Modello AP70**: invio all'Inps, anche tramite il Patronato o le associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, del modello AP70 con i dati socioeconomici indispensabili per l'erogazione della eventuale prestazione economica riconosciuta.

Il confronto con i Comitati Territoriali nel percorso sulla disabilità ha permesso di dialogare con le strutture sociosanitarie territoriali e con le professionalità sanitarie (medici, psicologi, assistenti sociali, ecc.) che operano nelle strutture pubbliche territoriali. Da qui, con forza, è emersa la centralità della persona nella valutazione.

Di seguito, il contributo raccolto dalla ASL della città di Torino.

Oltre la diagnosi: la persona al centro della valutazione



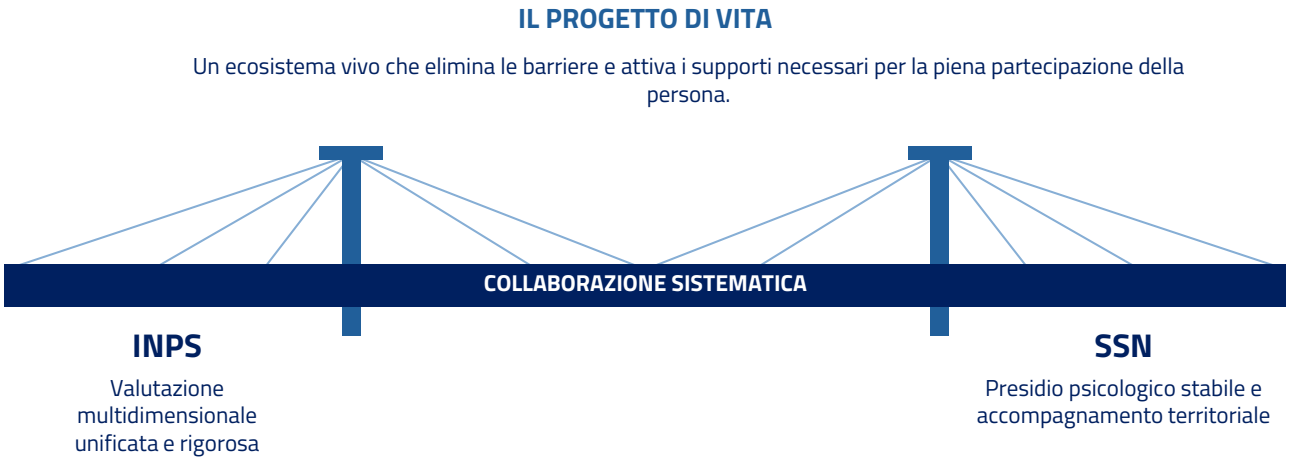
Il **D.Lgs 62/2004** non è una riorganizzazione procedurale.
E' l'adozione definitiva di una prospettiva che guarda alla totalità della persona.

La competenza psicologica nell'approccio multidimensionale



Ognuno di questi passaggi richiede competenze specifiche. La psicologia non è un'aggiunta marginale: è il cuore di una valutazione che non vuole ridursi a una versione «più snella» della vecchia invalidità civile.

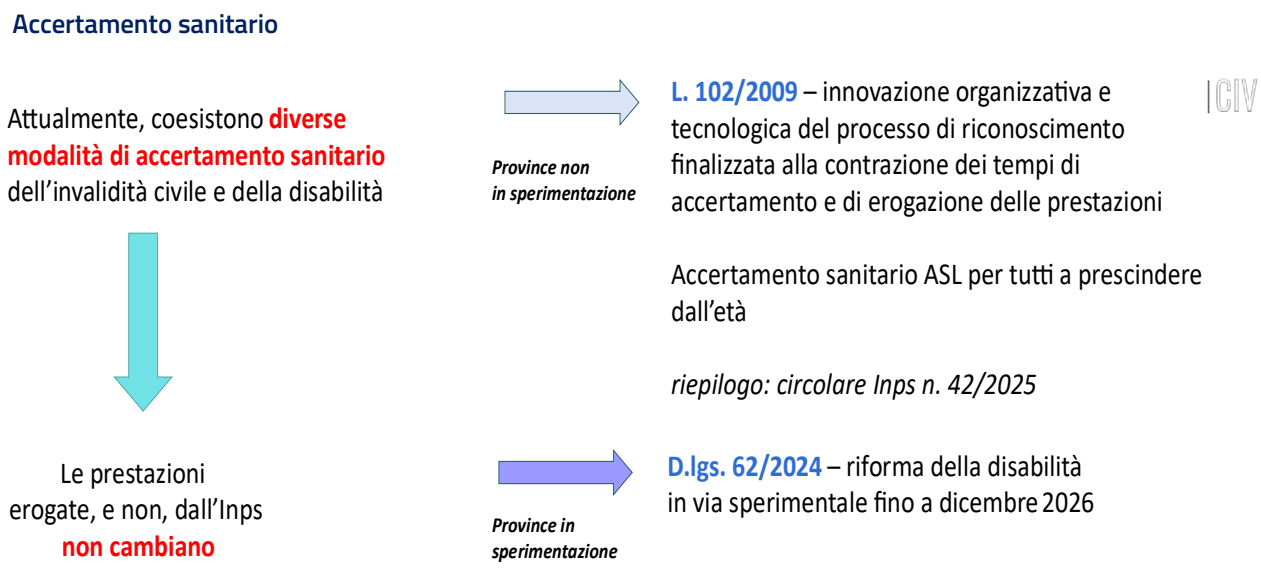
Il progetto di vita richiede un ponte inter-istituzionale inedito



L'esperienza delle C.I.C.

Con lo scopo di semplificare la fase sanitaria dell'invalidità civile, la Legge[36] ha previsto che l'INPS possa stipulare, con le Regioni e le strutture sanitarie, convenzioni per accentrare, nell'Istituto stesso, anche 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.

Il C.d.A. con delibera n.76 del 13 maggio 2026 ha predisposto un nuovo testo di convenzione finalizzato all'adeguamento alla recente evoluzione normativa e alla sua applicazione limitata alla platea degli anziani ultrasettantenni 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, con oneri a carico del SSN. 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.



[36] Art.18, comma 22, d.lgs. 98/2011



Mimi Quilici Buzzacchi: *Argentario*

I Comitati territoriali e la disabilità

La Rete territoriale per la disabilità e non autosufficienza

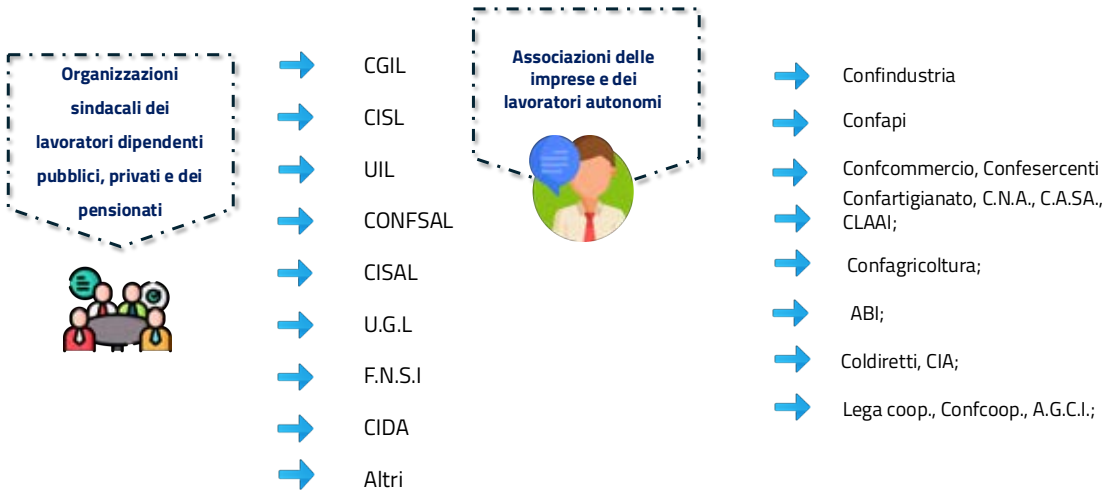
La caratteristica fondamentale della Riforma della disabilità e della Riforma a favore degli anziani non autosufficienti, a differenza di quanto reiteratamente evidenziato, non risiede nel percorso di semplificazione quanto nell'approccio integrato e multidisciplinare all'accertamento medico sanitario.

Ciò prende spunto già dal certificato medico introduttivo che non è finalizzato unicamente a dimostrare la perdita di capacità cognitiva e/o della mobilità per ottenere una correlata prestazione economica ma ad un approccio più globale teso ad evidenziare la fragilità e le connesse prestazioni o i servizi finalizzati al sostegno ed alla integrazione. Risulta utile, quindi, evidenziare la mappa delle relazioni che sia l'organismo territoriale, il Comitato, che la struttura gestionale territoriale INPS, per il tramite del Direttore di sede, mantengono con i diversi soggetti del territorio.

Il Comitato Territoriale INPS – Organismo dell'Istituto formato da componenti proposti dalle Parti Sociali – si confronta con:

- le Parti Sociali più rappresentative;
- le istituzioni e gli Enti territoriali;
- gli Enti del Terzo settore;
- i Patronati;
- gli Intermediari.

Con le Parti Sociali più rappresentative:



Con le Istituzioni ed Enti territoriali

- Amministrazioni comunali;
- Amministrazione provinciale/area metropolitana;
- Amministrazione regionale;
- Azienda sanitaria locale;
- Ispettorato territoriale del lavoro;
- Questura;
- Forze dell'ordine;
- Prefettura;
- …

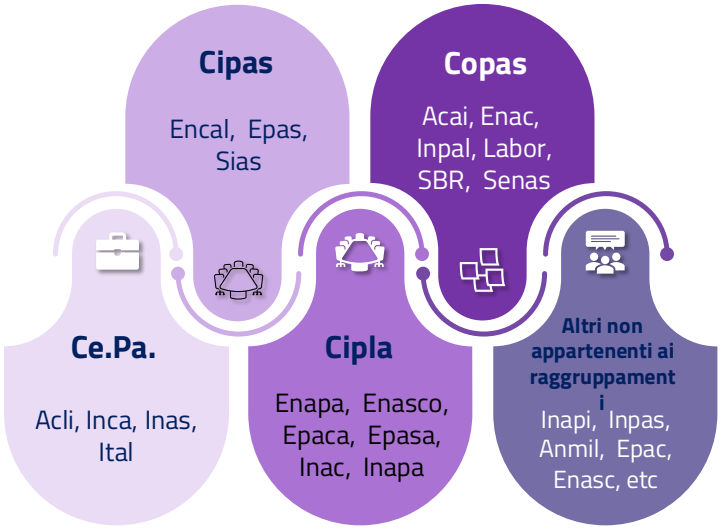
- Inail;
- Centri per l'Impiego;
- Agenzie Formative;
- Enti bilaterali che si occupano delle materie INPS;
- Camera di commercio Industria, Artigianato e Agricoltura;
- Ufficio scolastico regionale e territoriale;
- Università;
- Banca d'Italia;
- Poste Italiane;
- …

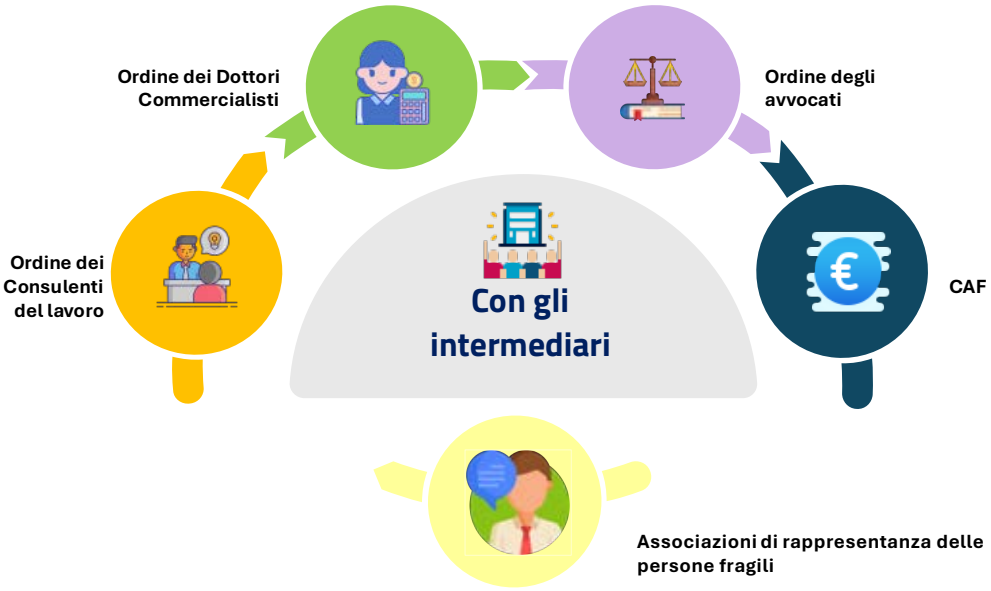
Con gli Enti del terzo settore

- Associazioni di volontariato (anche Centri Servizi Volontariato);
- Associazioni di promozione sociale;
- Imprese sociali;
- Associazioni invalidi (civili, ciechi, sordi…).



Con i Patronati





Sostanzialmente, già oggi, i Comitati Territoriali svolgono un ruolo determinante di carattere relazionale con tutti i soggetti della rete territoriale per la disabilità e la non autosufficienza. In assenza di un ruolo attivo di questi soggetti, nella costruzione del Tavolo della disabilità, il Comitato territoriale INPS, nella sua veste di soggetto di tutela, è opportuno che svolga il ruolo di facilitatore.

Tale compito va svolto in collaborazione con la Direzione di sede che, eventualmente, potrà agevolare la indispensabile nascita del Tavolo e, se utile, ospitarlo presso l'Istituto.

È attorno a questo Tavolo che si sviluppa la capacità innovativa delle Riforme.

Inoltre, il Comitato avrà attenzione alle prestazioni di Home Care Premium e di Long Term Care erogate dalla Gestione Unitaria delle prestazioni creditizie e sociali a favore dei pubblici dipendenti, dei pensionati ex pubblici dipendenti (e /o dei loro congiunti,) che hanno aderito versando i propri contributi alla Gestione stessa (Fondo Credito). A tal fine, si rinvia all'approfondimento tematico nell'Allegato 3.

I Comitati Territoriali e la tutela delle persone con disabilità

Nell'ambito delle politiche a favore delle persone con disabilità e non autosufficienti, ai sensi del decreto legislativo n. 62 del 2024 in vigore dal 30 giugno 2024, i Comitati Territoriali, in conformità al Regolamento di Organizzazione dell'INPS e delle deliberazioni del CIV n. 26 e 27 del 21 marzo 2023, devono assolvere ad un ruolo di verifica particolarmente rilevante e delicato. Tale ruolo, che assume particolare importanza nella fase di sperimentazione delle innovazioni introdotte dalle Riforme, si aggiunge e si integra con le ulteriori competenze istituzionali già loro assegnate.

È opportuno, infatti, che il Comitato verifichi l'adeguatezza organizzativa delle strutture INPS amministrative e sanitarie competenti, l'articolazione dei luoghi per lo svolgimento della valutazione di base – a garanzia della prossimità per gli utenti – e le tariffe e gli onorari richiesti per la predisposizione del certificato medico introduttivo.

Il Comitato è anche chiamato a contribuire e partecipare alla filiera e ai tavoli delle politiche sociali e della disabilità/non autosufficienza.

Sul piano organizzativo, la verifica riguarda la dotazione delle professionalità sociosanitarie e amministrative, confrontata con il fabbisogno effettivo e la dislocazione dei luoghi per la valutazione di base, in termini di numero di ambulatori necessari, confrontata con la precedente struttura del Servizio Sanitario Nazionale. Un ulteriore profilo di verifica riguarda la dislocazione dei centri medici o delle loro articolazioni. Importanti sono le distanze che le persone anziane devono percorrere a partire dal punto del bacino di riferimento più decentrato.
Sotto il profilo dell'esigibilità delle tutele, il Comitato verifica i tempi per la convocazione a visita, i tempi amministrativi, il controllo delle giacenze e il rispetto dei tempi massimi previsti dalla norma per la convocazione a visita delle categorie tutelate. Per le persone in età scolastica, la verifica riguarda in particolare i tempi rispetto ai vincoli per le esenzioni e i supporti alle persone con disabilità nella scuola; per le persone in età lavorativa, i flussi rispetto alle prestazioni previdenziali; per le persone non autosufficienti, le modalità adottate per evitare ulteriori disagi.

Il monitoraggio amministrativo e le procedure di tutela

Completa il quadro delle verifiche di competenza del Comitato l'attenzione ai tempi amministrativi, con particolare riguardo alla presenza del modello AP70 per la comunicazione all'INPS dei dati socioeconomici utili all'erogazione della prestazione. L'elevato numero di certificati introduttivi presi in carico ma privi della comunicazione dei dati socioeconomici (il c.d. AP70), -circa il 15% del totale – evidenzia ancora una volta l'importanza del ruolo che hanno i Patronati nell'assicurare garanzia di esigibilità dei diritti, oggi fortemente ridimensionato dalle previsioni delle norme attuative della Riforma della disabilità. Questo fenomeno rappresenta sicuramente un dato preoccupante: se il medico invia il certificato introduttivo ma il cittadino non compila l'AP 70, la prestazione economica si blocca e la persona rimane priva di concreta tutela, pur avendone diritto. Il mancato completamento di questo secondo step socioeconomico evidenzia una forte barriera nell'accesso ai diritti, per il cui superamento possono contribuire le Parti Sociali anche attraverso la diffusione di informazione tra i cittadini. A solo titolo esemplificativo, si riportano le situazioni registrate al 30 giugno 2026 relativamente alle province della prima sperimentazione che hanno maturato un percorso di oltre un anno e mezzo e quelle relative alla seconda sperimentazione che ha investito ulteriori province, sia pure per un periodo inferiore. Vale la pena sottolineare che nell'88,6% dei casi, l'AP70 è stato presentato avvalendosi di un Patronato. Nonostante la legge neghi loro un ruolo nel nuovo procedimento di richiesta di accertamento medico sanitario, l'intero sistema dei Patronati continua a rappresentare un presidio fondamentale per la consulenza, l'assistenza e la tutela ai cittadini.
Oltre a ciò, nella chiave della tutela della esigibilità dei diritti, la competenza del Comitato riguarda anche il monitoraggio del numero di richieste di autotutela presentate dai richiedenti e del numero di richieste di ATPO (Accertamento tecnico preventivo obbligatorio) presentate, con il relativo esito.
Come è emerso dalla fase di sperimentazione dell'innovazione normativa, è opportuno che il Comitato, in sintesi, svolga le seguenti verifiche che riguardano:

- l'adeguatezza organizzativa delle strutture amministrative e sociosanitarie dell'INPS competenti;
- l'articolazione dei luoghi per lo svolgimento della valutazione di base a garanzia della prossimità;
- la partecipazione alla filiera/tavoli delle politiche sociali e della Disabilità/Non autosufficienza;

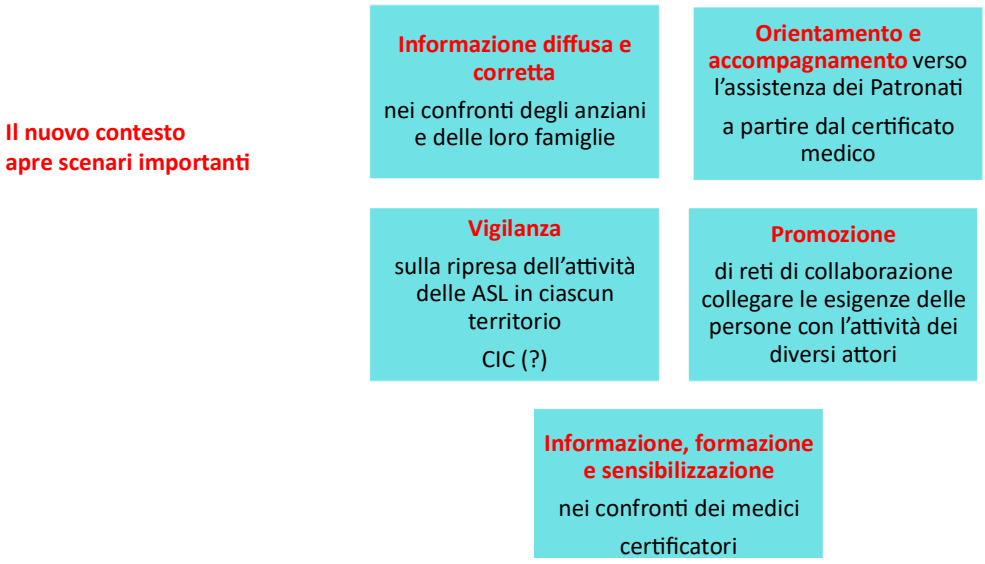
- le tariffe e gli onorari richiesti per la predisposizione del certificato medico introduttivo e le intese per il loro contenimento.

In particolare, il monitoraggio dell'adeguatezza organizzativa riguarda:

- la dotazione delle professionalità sociosanitarie;
- la dotazione delle professionalità amministrative;
- la dislocazione dei luoghi per la valutazione di base e il numero di ambulatori necessari;
- il confronto con la precedente struttura SSN
- la dislocazione dei centri medici o delle articolazioni degli stessi verificando le distanze da percorrere dal punto del bacino di riferimento più decentrato.

Relativamente all'esigibilità delle tutele le verifiche riguardano:

- i tempi per la convocazione a visita;
- i tempi amministrativi;
- il controllo delle giacenze;
- il rispetto dei tempi massimi per la convocazione a visita delle categorie previste dalla norma:
  1. per le persone in età scolastica: i tempi rispetto ai vincoli per le esenzioni e i supporti alle persone con disabilità nella scuola.
  2. per le persone in età lavorativa: la eventuale contestualità rispetto alle domande di prestazioni pensionistiche per invalidità da lavoro:
  3. per le persone non autosufficienti:
     - le modalità di convocazione a visita che evitino ulteriori disagi;
     - i tempi amministrativi con particolare attenzione alla presenza del modello AP70 per la comunicazione all'INPS dei dati socioeconomici utili per l'erogazione della prestazione;
     - il numero di richieste di autotutela presentate dai richiedenti;
     - il numero di richieste di ATPO- Accertamento Tecnico Preventivo Obbligatorio (precontenzioso giudiziario) presentate ed esito delle stesse.



Contenzioso

Anche la disabilità, con gli aspetti peculiari che la distinguono, è materia per la quale l'utente può promuovere contenzioso e/o richiesta di riesame. Il tema del contenzioso va considerato quale strumento di tutela dei diritti. In termini generali, gli utenti INPS, a tutela dei loro diritti, possono avvalersi dei seguenti strumenti.

Contenzioso amministrativo

Il ricorso amministrativo nei confronti dell'INPS è un mezzo di impugnazione dei provvedimenti emessi dall'Istituto, messo in atto attraverso un'istanza diretta del cittadino o di chi lo rappresenta (ad esempio Patronato), ad un organismo terzo, i Comitati, volta ad ottenere l'annullamento o la riforma del provvedimento.
I ricorsi amministrativi all'INPS sono disciplinati dalla Legge n.88 del 1989, sulla base della quale, con gli arricchimenti conseguenti alla evoluzione organizzativa ed alla prassi consolidata, è stato adottato il «Regolamento in materia dei ricorsi amministrativi di competenza dei Comitati dell'INPS»[37].

Autotutela

L'art. 21nonies della Legge n. 241 del 1990 disciplina l'annullamento dei provvedimenti amministrativi illegittimi, prevedendo che l'Amministrazione Pubblica possa rimuovere un proprio atto valutando l'interesse pubblico e la tutela del legittimo affidamento del destinatario.
Qualora non condivida la decisione dell'INPS, anche il cittadino, personalmente o tramite i Patronati, può avvalersi dell'istituto dell'autotutela, presentando specifica istanza all'INPS di revisione della precedente decisione sulla base di elementi e dati, già messi a disposizione e che non erano stati adeguatamente considerati al momento dell'emissione del primo provvedimento.
Sebbene l'avvio del procedimento di autotutela non sospenda il decorso dei termini per la proposizione dei ricorsi, in particolare quelli giudiziari, l'utilizzo di questo istituto e la sua più trasparente regolamentazione possono concorrere a realizzare più facilmente l'obiettivo di accelerare i tempi di revisione dei provvedimenti emessi dall'Istituto e di prevenire il ricorso alla Magistratura.
Nel 2023[38], il Consiglio di Amministrazione ha approvato il nuovo "Regolamento recante disposizioni in materia di autotutela", nel quale si ribadisce che, in ogni fase della procedura di definizione del ricorso e fino a quando quest'ultimo non viene inserito all'ordine del giorno della seduta del Comitato, l'Istituto stesso può procedere in autotutela.

In particolare, in relazione alla disabilità, questi strumenti presentano aspetti di peculiarità.

[37] Deliberazione del C.d.A. n.8/2023 e Circolare INPS n.48/2023
[38] Deliberazione del CdA n. 9/2023 e Circolare INPS n. 47/2023

Il contenzioso nell'invalidità civile e nella disabilità

Il cittadino che si vede negata una prestazione richiesta all'INPS, ha la possibilità di avviare un'azione giudiziaria entro sei mesi, a pena di decadenza, dalla notifica del verbale sanitario/certificato polifunzionale finale o del provvedimento di rigetto, a prescindere dal fatto che la contestazione riguardi un aspetto sanitario o socioeconomico.
Con il messaggio Hermes n. 26427 del 2005, l'INPS ha stabilito che, contro il diniego delle provvidenze economiche per motivi non sanitari, il cittadino può presentare ricorso amministrativo entro 90 giorni dalla notifica del verbale, tenendo presente il termine di decadenza di 6 mesi dalla notifica del verbale sanitario/certificato polifunzionale finale negativo o del provvedimento di rigetto.
Nel 2011, il Legislatore[39] è nuovamente intervenuto sul tema del contenzioso in materia di invalidità civile e inabilità pensionabile[40], introducendo, a decorrere dal 1° gennaio 2012, l'accertamento tecnico preventivo (ATPO)[41] che, al fine di deflazionare il contenzioso e contenere la durata dei processi in materia previdenziale, stabilisce che, nelle controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità[42], chi intende proporre in giudizio domanda per il riconoscimento dei propri diritti presenta, con ricorso presso il Tribunale competente per residenza, istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti il diritto che intende far valere.
In ogni caso, rimane valida la possibilità di avvalersi dell'autotutela (per motivi sanitari, la richiesta va inviata con PEC alla Commissione Medica Superiore – Coordinamento Generale Medico Legale (coordinamentogenerale.medicolegale@postacert.inps.gov.it), con la quale il cittadino – richiedendo all'Istituto di riesaminare il verbale sanitario/certificato polifunzionale finale e di correggere eventuali errori materiali e valutativi – può ottenere una revisione della decisione, anticipata rispetto ai tempi del percorso giudiziario.

Il ruolo dei Comitati nel contenzioso

Il monitoraggio dell'andamento del fenomeno del contenzioso amministrativo e giudiziario dell'Istituto continua ad essere oggetto di interesse da parte del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza.
Il richiamo all'importante ruolo dei Comitati territoriali, quali soggetti terzi e autonomi garanti del riconoscimento e della tutela dei diritti di cittadini e di aziende, nonché alle loro peculiari funzioni, incentrate, tra le altre, anche sulla gestione del contenzioso amministrativo, continua a rappresentare una prerogativa trainante. I Comitati, infatti, con la loro azione di supporto alle funzioni di indirizzo e vigilanza del CIV, rappresentano il necessario collegamento tra l'attività dell'Istituto a livello territoriale e la comunità locale nelle sue diverse espressioni e articolazioni.
Le Relazioni Programmatiche del CIV hanno costantemente ribadito, tra l'altro, la necessità di sostenere il processo di miglioramento della gestione del contenzioso al fine di rendere più efficienti tutti i processi che possono favorire una riduzione dei tempi ed un minor ricorso al contenzioso giudiziario con la conseguente riduzione della spesa, sia nella fase amministrativa che in quella giudiziaria.

[39] Decreto-legge n. 98/2011, art. 38, c. 1, lett. B, convertito in Legge n.111/2011
[40] Ex Legge n.222/1984
[41] Art. 445 bis Codice Procedura Civile
[42] Disciplinati dalla Legge n.222/1984

A scopo conoscitivo si riportano i dati 2025 dell'attività nel contenzioso giudiziario ordinario e nell'ATPO che risultano utili per verificare l'obiettivo delle Relazioni Programmatiche del CIV.

Contenzioso giudiziario ordinario invalidità civile -2025			
Materia del Contenzioso	GIUDIZI INIZIATI		
	DA INPS	DA UTENTI	TOTALE
Invalidi Civili Area Amm.va	-	3.254	3.254
Invalidi Civili Area Legale	664	18.159	18.823

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

Contenzioso ATPO Invalidità Civile- 2025			
Materia del Contenzioso	GIUDIZI INIZIATI		
	DA INPS	DA UTENTI	TOTALE
ATP - Invalidità Civile	-	184.370	184.370
Tribunale - I grado Invalidità Civile	-	3.254	3.254
Totale funzionari	-	187.624	187.624
Invalidità Civile - Area Legale	664	18.159	18.823
TOTALE	**664**	**205.783**	**206.447**

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

Gli “insegnamenti delle sperimentazioni”

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

Le 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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 maniera sostanziale, cristallizzando questo aspetto che è, in realtà, tra quelli più rilevanti e innovativi introdotti dalla riforma.
4. Gli esiti positivi delle sperimentazioni si sono registrati soprattutto laddove la situazione logistica e organizzativa del SSN si presentava, in precedenza, 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 medico introduttivo avente valore di domanda. In questo contesto, particolarmente gravosa per i medici certificatori 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.

Proposte di indirizzi del CIV

La delibera del CIV n. 4 del 2026 ha tenuto conto di quanto già deliberato il 16 dicembre 2024 (Del. n. 23) e della ulteriore deliberazione n. 3 del 15 aprile 2025 che ha impegnato gli Organi di Vertice - relativamente alla Riforma in materia di disabilità ed analogamente alla Riforma della non autosufficienza - ad elaborare un programma triennale.

Inoltre, ha tenuto 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.

Inoltre, ha acquisito 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 giunto dall'Ordine del giorno del CIV n. 1 del 28 aprile 2026 in merito al "Nuovo modello di servizio dell'Istituto".

La recente 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, il CIV ha:

- Impegnato 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;
  - **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'adeguata 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 procedimentali 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.

È opportuno che Il monitoraggio territoriale riguardi:

- i volumi di attività del processo di valutazione di base ed in particolare di quelli riferiti:
    - alla generalità dell'utenza;
    - ultra/70 non segnalati come non autosufficienti;
    - ai soggetti minori;
    - ai soggetti interessati dalle tre patologie sperimentali;
    - ai soggetti malati oncologici;
- i volumi dei certificati polifunzionali finali emessi;
- i volumi ed i tempi dell'avvio del "progetto di vita";
- i tempi per la valutazione di base;
- i tempi per la emissione dei certificati polifunzionali finali;
- i tempi della erogazione delle prestazioni INPS.

I dati sono desumibili, attraverso il direttore di Sede, dagli archivi INPS aggiornati su base mensile.

Tabella 1

Direzione Provinciale di ……dati a ….../2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa generale**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi Pervenuti	2)Certificati Polifunzionali Finali emessi		3)Certificati Medici Introduttivi da lavorare		4)Certificati Polifunzionali Finali emessi con AP70	
		2a VA	2b %	3a VA	3b %	4a VA	4b %

Legenda:

3= 1 -2 a

2 b= 2 a x100 / 1

4 b=4 a x 100 / 1

Tabella 2

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa a favore di ultra 70enni segnalati autosufficienti**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi Pervenuti	2)Certificati Medici Introduttivi pervenuti > 70enni segnalati autosufficienti		3)Certificati Polifunzionali Finali emessi con AP70 > 70enni segnalati autosufficienti		4)Certificati Medici Introduttivi pervenuti > 70enni segnalati autosufficienti da lavorare	
		2a VA	2b %	3a VA	3b %	4a VA	4b%

Legenda:

2 b =2 a x 100 /1

3 b= 3 a x 100 / 2 a

4= 2 a-3 a

Tabella 3

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa a favore di ultra 70enni segnalati come non autosufficienti**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi pervenuti	2)Certificati Medici Introduttivi Pervenuti > 70enni segnalati come non autosufficienti		3)Certificati Polifunzionali Finali emessi con AP70 > 70enni segnalati come non autosufficienti		4)Certificati Medici Introduttivi > 70enni segnalati come non autosufficienti da lavorare	
		2 a VA	2 b %	3 a VA	3 b %	4 a VA	4 b %

Legenda:

2 b =2 a x 100 /1

3 b= 3 a x 100 / 2 a

4= 2 a-3 a

Tabella 4

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa a favore di soggetti minori**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi pervenuti	2)Certificati Medici Introduttivi Pervenuti soggetti minori		3)Certificati Polifunzionali Finali emessi soggetti minori		4)Certificati Medici Introduttivi soggetti minori da lavorare	
		2 a VA	2 b %	3 a VA	3 b%	4 a VA	4 b %

Legenda:

2 b =2 a x 100 /1

3 b= 3a x 100 / 2 a

4= 2 a-3 a

Tabella 5

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa a favore delle tre patologie sperimentazione**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi pervenuti	2)Certificati Medici Introduttivi pervenuti 3 patologie sperimentazione		3)Certificati Polifunzionali Finali emessi 3 patologie sperimentazione		4)Certificati Medici Introduttivi 3 patologie sperimentazione da lavorare	
		2a VA	2b %	3a VA	3b%	4a VA	4b %

Legenda:

2 b =2 a x 100 /1

3 b= 3 a x 100 / 2 a

4= 2 a-3 a

Tabella 6

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa a favore dei malati oncologici**							
CML o sua articolazione	1)Certificati Medici Introduttivi pervenuti	2)Certificati Medici Introduttivi pervenuti malati oncologici		3)Certificati Polifunzionali Finali emessi malati oncologici		4)Certificati Medici Introduttivi malati oncologici da lavorare	
		2 a VA	2b %	3 a VA	3 b %	4 a VA	4 b %

Legenda:

2 b =2 a x 100 /1

3 b= 3 a x 100 / 2 a

4= 2 a-3 a

Tabella 7

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione dell'**adeguatezza organizzativa** – **Fase concessoria - generale**																	
CML	1)CMI pervenuti	2) CPF emessi		3)CPF lavorati in fase concessoria		4)CPF emessi senza prestazioni		5) CPF con trasformazione in AS		6)Necessità di AP70		7)AP70 presentati		8) In attesa di AP70		9) AP70 presentati da Patronati	
		2a VA	2b %	3a VA	3b %	4a VA	4b %	5a VA	5b %	6a VA	6b %	7a VA	7b %	8a VA	8b %	9a VA	9b %

Legenda:

2b= 2 a x100 / 1;

3b= 3 a x 100/ 2 a;

4b= 4 a x 100 / 3 a;

5b = 5 a x 100 / 3 a;

6= 2 a-4 a -5 a

7b = 7 a x 100 / 6;

8 a = 6 a-7a;

8 b = 8 a x 100 / 6 a;

9b= 8 a x 100 / 7 a

Tabella 8

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione **diritti utenti**: **tempi valutazione di base** Dalla data di invio dei CMI alla data di convocazione a visita – in giorni											
CML o sua articolazione	1)CMI pervenuti quantità	2) convocati a visita- quantità	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76-90	91-105	106-120	> 121
	Generale	Generale									
	Soggetti minori	Soggetti minori									
	3 Patologie	3 Patologie									
	Oncologici	Oncologici									
	< 70enni	< 70enni									
	>70enni aut	> 70enni aut									
	>70enni NA	>70enni NA									

Tabella 9

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione **diritti utenti**: **tempi di emissione Certificato Polifunzionale Finale** Dalla data di convocazione a visita alla data di invio del CPF emesso– in giorni											
CML o sua articolazione	1)CMI pervenuti-quantità	2) CPF emessi-quantità	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76-90	91-105	106-120	> 121
	Generale	Generale									
	Soggetti minori	Soggetti minori									
	3 Patologie	3 Patologie									
	Oncologici	Oncologici									
	< 70enni	< 70enni									
	>70enni aut	> 70enni aut									
	>70enni NA	>70enni NA									

Tabella 10

Direzione Provinciale di ……dati a……/2026 per la valutazione **diritti utenti**: **Emissione Certificato Polifunzionale Finale- Tempi concessori INPS** Dalla data Certificato Polifunzionale Finale emesso alla liquidazione prestazione INPS- in giorni											
CML o sua articolazione	1)CMI pervenuti quantità	2) liquidazione prestazione INPS- quantità	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76-90	91-105	106-120	> 121
	Generale	Generale									
	Soggetti minori	Soggetti minori									
	3 Patologie	3 Patologie									
	Oncologici	Oncologici									
	< 70enni	< 70enni									
	>70enni aut	> 70enni aut									
	>70enni NA	>70enni NA									



Piero Dorazio: *Composizione*

ALLEGATO 1

Le strutture INPS per l'accertamento medico legale

Ambulatori medici

Si riporta la ricognizione dei "cantieri" avviati e degli spazi così determinati per accogliere le necessarie Commissioni mediche con l'analisi della rete degli ambulatori nelle singole Regioni e nelle Province e nelle strutture subprovinciali.

➢ ABRUZZO

Provincia	Sede di competenza	Strutture per visite esistenti	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
L'Aquila	Sulmona	1	0	1	Via G. Sardi, 23, 67039, Sulmona
	Avezzano	1	0	1	Via Cavalieri Di Vittorio Veneto, 67051, Avezzano (AQ)
	L'Aquila	1	0	1	Corso Federico II, 68, 67100, L'Aquila (AQ)
Teramo	Teramo	1	0	1	Corso San Giorgio, Teramo
Chieti	Chieti	1	0	1	Via Domenico Spezioli, 12, 66100, Chieti (CH)
Pescara	Pescara	1	0	1	Via R. Paolucci, 35, 65121, Pescara (PE)
Totale regione		**6**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Potenza	Potenza	1	0	1	Via Pretoria, 263
	Melfi	1	0	1	/
	Lagonegro	1	0	1	/
Matera	Matera	1	0	1	Piazza Mulino
	Policoro	1	0	1	/
Totale regione		**5**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Catanzaro	Catanzaro	1	0	1	/
	Lamezia Terme	1	0	1	/
Cosenza	Cosenza	1	0	1	Via Miceli, Cosenza
	Cor/Rossano	1	0	1	Via Acqua di Vale 11, Rossano
Crotone	Crotone	1	0	1	/
Reggio Calabria	Reggio Calabria	1	0	1	/
Vibo Valentia	Vibo Valentia	1	0	1	Via Murmura, Vibo Valentia
Totale regione		5	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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Avellino	Avellino	1	1	2	DP - Avellino
					Agenzia di Ariano Irpino, piazza Mazzini
Benevento	Benevento	1	1	2	Agenzia di Telese Terme
Caserta	Caserta	1	2	3	DP - Caserta
					Agenzia di Aversa, viale degli Artisti, 3/C
					Nuovi locali presso l'Agenzia di Piedimonte Matese
Salerno	Nocera Interiore	1	0	1	AC – Nocera Inferiore
	Salerno	1	0	1	DP - Salerno
		0	1	1	AC - Battipaglia
		0	1	1	Agenzia di Sapri
Totale regione		5	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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Bologna	Bologna	1	0		Via Montebello, 9 CML di proprietà INPS
	Casalecchio	0	1		Via Isonzo, 14
	Imola	1	0		Via Selice, 84b
Forlì – Cesena	Forlì	1	0		Viale della Libertà, 48
	Cesena	1	0		Viale Giovanni Bovio, 425
Ferrara	Ferrara	1	0		Viale Cavour, 164
Piacenza	Piacenza	1	0		Piazza Cavalli, 62
Reggio Emilia	Reggio Emilia	1	0		Via della Previdenza Sociale, 6
Modena	Modena	1	0	In Corso di Valutazione	
Rimini	Rimini	1	0		Via Macanno, 25
	Novafeltria	0	1		Via Marecchia, 26
Parma	Parma	1	0		Viale Bassetti, 10
Ravenna	Ravenna	1	0		/
	Faenza	0	1		Via Mengolina, 10
Totale regione		11	3		

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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Gorizia	**Gorizia**	1	0	1	Piazza Vittoria, 1
Trieste	**Trieste**	1	1	2	Via del Farneto, 3
Udine	**Udine**	1	0	1	Piazza XX Settembre, 20
Pordenone	**Pordenone**	1	0	1	Piazzetta del Portello, 8
Totale regione		**4**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Viterbo	Viterbo	1	0	1	/
Rieti	Rieti	1	0	1	Via Cinthia
Latina	Latina	1	0	1	Via C. Battisti
Frosinone	Frosinone	1	0	1	Piazza Gramsci
	Cassino	1	0	1	/
Totale regione		**5**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
La Spezia	**La Spezia**	1	0	1	Viale Mazzini, 63, La Spezia
Genova	**Genova**	1	0	1	Piazza della Vittoria, 6r, Genova
	Sestri Levante	1	0	1	Piazza Mauri, 1, Sestri Levante
Savona	**Savona**	1	0	1	Piazza Marconi, 6, Savona
Imperia	**Imperia**	1	0	1	Via Siffredi, 10, Imperia
Totale regione		**5**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Bergamo	**Bergamo**	1	0	1	Via Angelo Maj, 2
Brescia	**Brescia**	1	0	1	Via Benedetto Croce, 32
Como	**Como**	1	0	1	Via Enrico Pessina, 8
Cremona	**Cremona**	1	0	1	Piazza Cadorna, 1
Lecco	**Lecco**	1	0	1	Corso Carlo Alberto, 38
Lodi	**Lodi**	1	0	1	Via Besana, 4
Mantova	**Mantova**	1	0	1	Viale Fiume, 5
Monza	**Monza**	1	0	1	Via Morandi, 1
Pavia	**Pavia**	1	0	1	Via Marelli Piazza Ercole Marelli, 12
Sondrio	**Sondrio**	1	0	1	Via XXV Aprile, 5
Varese	**Varese**	1	0	1	Via Manzoni, 22
Totale regione		**11**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Ancona	Ancona	1	0	1	Via Ruggeri, 1
	Senigallia	0	1	1	Via Raffaello Sanzio, 44
	Jesi	0	1	1	Via Gallodoro, 70bis
	Fabriano	0	1	1	Via Alcide De Gasperi, 50
Ascoli Piceno	Ascoli Piceno (Prov.)	1	1	2	Via Rismondo, 1
	Ascoli Piceno (Def.)			0	Via Asiago, Ascoli
	San Benedetto Del Tronto	0	1	1	P.zza Padre M. Kolbe
Fermo	Fermo	1	0	1	Via Pompeiana, 156
Macerata	Macerata	1	0	1	Via Dante, 8
	Camerino	0	1	1	Via Venanzio Varano
	Civitanova Marche (Prov.)	0	2	2	P.zza S. Sergio Papa
	Civitanova Marche (Def.)			0	INAIL
	Recanati	0	1	1	ASL - Azienda Ospedaliera
Pesaro Urbino	Pesaro	1	0	1	Via Gramsci, 6/10
	Fano	0	1	1	V.le XII settembre, 90
	Urbino (Prov.)		gen-27		
	Urbino (Def.)	0	2	2	Comune di Urbino
Totale regione		**5**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Campobasso	Campobasso	1	0	1	Via Zurlo, 11
	Termoli	0	1	1	Via Egadi, 4
Isernia	Isernia	1	0	1	Via XXIV Maggio, 251
	Agnone	0	1	1	Via G. Marconi, 22
Totale regione		**2**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Alessandria	**Alessandria**	1	0	1	Via Morbelli, 34
	Casale M. To	1	0	1	Via Paolo Desana, 19
Asti	**Asti**	1	0	1	Via F.lli Rosselli
Biella	**Biella**	1	0	1	Via Tripoli, 14
Cuneo	**Cuneo**	1	0	1	Corso Santorre di Santarosa, 15
Novara	**Novara**	1	0	1	Corso della Vittoria, 8
Torino	**TO Nord**	0	2	2	Corso Giulio Cesare, 290
	TO Lingotto			0	Via Nizza, 362/10
	Collegno	1	0	1	/
	Ivrea	1	0	1	Via Circonvallazione, 54/C
	Pinerolo	1	0	1	Via Kennedy, 5
	Rivarolo	1	0	1	Corso Indipendenza, 53
Vercelli	**Vercelli**	1	0	1	P.za Zumaglini, 10
Verbano Cusio Ossola	**Gravellona**	1	0	1	C.so Marconi
Totale regione		**12**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Bari	**Bari**	1	1	2	Acquaviva Delle Fonti
				0	/
Barletta Andria Trani	**Andria**	1	0	1	Via Oberdan
		0	1	1	ASL- Azienda Ospedaliera a Barletta
Brindisi	**Brindisi**	1	0	1	P.zza Vittoria
				0	Comune di Fasano
Foggia	**Foggia**	2	0	2	Corso Madonna della Libertà
		0	1	1	/
Lecce	**Lecce**	1	0	1	Viale Marche, Lecce
	Tricase	0	1	1	Via Romolo Murri
	Maglie	0	1	1	Via Cavalieri di Vittorio Veneto
	Casarano	1	0	1	Via Agnesi
Taranto	**Taranto**	1	0	1	Via del Golfo di Taranto
	Grottaglie	0	1	1	Via Portella della Ginestra
	Castellaneta	0	1	1	Via Sandro Pertini
	Manduria	0	1	1	Via A. Bruno
Totale regione		**8**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento e	Ubicazione spazio individuato
Cagliari	**Cagliari**	1	0	1	Viale Regina Margherita - Ex Gpa
Oristano	**Oristano**	1	0	1	Via Dorando Petri, 9 - Oristano
Sud Sardegna	**Iglesias**	1	0	1	Via Crocifisso,117 - Iglesias
Sassari	**Sassari**	1	0	1	Via Rockefeller, 68 - Sassari
Olbia	**Olbia**	1	0	1	Via Caduti Sul Lavoro - Olbia
Nuoro	**Nuoro**	1	0	1	Via La Marmora, 177 - Nuoro
Totale regione		**6**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Agrigento	**Agrigento**	1	0	1	Via Picone, 20-30
	Sciacca	1	0	1	Via Pompei
Caltanissetta	**Caltanissetta**	1	0	1	Via Senatore Alessi, 10
Catania	**Catania**	1	0	1	Via XX Settembre, 39
Enna	**Enna**	1	0	1	Viale Armando Diaz, 23
Messina	**Messina**	1	0	1	Via Armeria, 1
Palermo	**Palermo (Prov.)**	1	0	1	Via Laurana, 57 - 59
	Palermo (Def.)[8]			0	Via Laurana, 57 - 59
Ragusa	**Ragusa**	1		1	Via L. Da Vinci, 25
Siracusa	**Siracusa**	1		1	Corso Gelone, 90
Trapani	**Trapani**	1		1	Via Scontrino, 28
Totale regione		**10**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Grosseto	**Grosseto**	1	0	1	Via Trento, 44 (palazzine A e sede PT)
Firenze	**Firenze**	2	0	2	Via Trento, 44
	Sesto Fiorentino	1	0	1	Agenzia INPS - Sesto Fiorentino (Piano Terra)
Livorno	**Livorno**	1	0	1	Via Tacca, 1
	Piombino	0	1	1	Via Marco Polo, 3/5
Pisa	**Pisa**	1	0	1	Piazza Guerrazzi, 17
Lucca	**Lucca**	1	0	1	Piazza Martiri della Libertà, 65
Siena	**Siena**	1	0	1	Via Lippo Memmi, 2
Pistoia	**Pistoia**	1	0	1	Viale Adua, 123
Arezzo	**Arezzo**	1	0	1	Via Signorelli, 22
Massa Carrara	**Carrara**	1	0	1	Via Don Minzoni, 1
Prato	**Prato**	1	0	1	Via Valentini, 1/B
Totale regione		**12**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Perugia	**Città Di Castello**	1	0	1	Via Sacco e Vanzetti, 2
	Perugia	1	0	1	Via Canali, 5
Terni	**Terni**	1	0	1	Via Bramante, 45
Totale regione		**3**	**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	Nuove strutture per visite da realizzare	Totale strutture per visite dopo ampliamento	Ubicazione spazio individuato
Belluno	**Belluno**	1	0	1	Via Diziani
Padova	**Padova**	1	0	1	Via Scrovegni
Rovigo	**Rovigo**	1	0	1	Piazza F.lli Cervi, 5
Treviso	**Treviso**	1	0	1	Via Bolzano, 10
Venezia	**San Donà**	1	0	1	Via Trento
	Venezia	1	0	1	/
	Venezia (Mestre)	1	1	2	Via Don Tosatto
				0	ASL – Azienda Ospedaliera
Verona	**Verona**	1	0	1	Via Cesare Battisti
Vicenza	**Vicenza**	2	0	2	Via Torino
	Vicenza			0	Corso SS F. e Fortunato
Totale regione		**10**	**1**	**11**	

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

In 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.

REGIONI	STRUTTURE ATTUALI PER VISITE	NUOVE STRUTTURE DA REALIZZARE PER VISITE	TOTALE STRUTTURE PER VISITE	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	MEDICI AL 12.05.2026
Abruzzo	6	-	6	158	19	92	11	35
Basilicata	5	-	5	70	8	44	5	21
Calabria	7	-	7	297	35	207	25	95
Campania	10	19	29	737	88	523	62	204
Emilia Romagna	11	3	14	541	64	331	39	84
Friuli Venezia Giulia	4	1	5	114	14	58	7	26
Lazio	11	-	11	732	87	470	56	283
Liguria	5	-	5	185	22	107	13	27
Lombardia	12	2	14	1.024	121	600	71	96
Marche	5	12	17	170	20	101	12	28
Molise	2	2	4	41	5	26	3	5
Piemonte	12	2	14	494	59	331	39	39
Puglia	8	8	16	594	71	390	46	122
Sardegna	6	-	6	176	21	117	14	41
Sicilia	10	-	10	635	76	419	50	166
Toscana	12	1	13	370	44	229	27	63
Umbria	3	-	3	117	14	67	8	37
Veneto	10	1	11	468	56	238	28	67
Altro	-	-	-	-	-	-	-	6
Totale	**139**	**51**	**190**	**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

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.
L'aggiornamento periodico di questi dati permette al Comitato di svolgere la sua funzione di verifica della congruità organizzativa.

ALLEGATO 2

Il ruolo dei Patronati e delle Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità

I Patronati

Con l'avvio della sperimentazione prevista dal Decreto Legislativo n.62 del 2024 è possibile formulare alcune prime considerazioni sul nuovo procedimento di valutazione di base della condizione di disabilità. Il punto di osservazione qui proposta è quella degli enti di Patronato, soggetti che (per storia, normativa e giurisprudenza) rappresentano un presidio insostituibile di garanzia per l'effettività dei diritti sociali, la cui esclusione dalla fase iniziale del procedimento merita un'attenta riflessione.

Fondamento del sistema dei Patronati è l'**articolo 38** della Costituzione, che recita:

"Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontari [...].

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato".

Un ruolo dunque, quello dei **Patronati**, riconosciuto costituzionalmente, che è stato confermato nel 2000 dalla Consulta, con la sentenza numero 42, che ha rigettato il referendum abrogativo che mirava a sopprimere la disciplina dei Patronati.

Nella motivazione, la Corte Costituzionale ha ribadito che questi enti, pur configurandosi come soggetti privati, svolgono funzioni di pubblica utilità, strettamente connesse all'attuazione dell'articolo 38 della Costituzione. Tale disposizione prevede che alle lavoratrici e ai lavoratori siano "preveduti ed assicurati mezzi adeguati" in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia e disoccupazione involontaria. La distinzione sottolineata dalla Corte tra "prevedere" e "assicurare" assume un significato decisivo: non basta il riconoscimento astratto dei diritti, occorre garantirne l'effettiva fruizione. È in questo spazio che si colloca la funzione dei Patronati, intesi come attori di cittadinanza capaci di accompagnare i cittadini nella conoscenza, nell'attivazione e nell'esercizio dei diritti. La loro attività si configura dunque come presidio di democrazia sostanziale, in linea con l'articolo 3, secondo comma, della Costituzione, che impegna la Repubblica a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Soltanto un anno dopo, nel 2001, questa visione è stata rilanciata dalla Legge 152, che ha ridefinito natura, funzioni e modalità operative dei Patronati, in una stagione di profonde trasformazioni del welfare (si pensi alla Legge quadro n.328 del 2000 e alla riforma del Titolo V).

La Legge ha infatti riconosciuto i Patronati come **persone giuridiche di diritto privato** che svolgono funzioni di pubblica utilità, superando definitivamente le ambiguità sulla loro natura giuridica; ha ampliato i settori di intervento oltre la previdenza, includendo ambiti come l'assistenza socio-sanitaria, il mercato del lavoro, la previdenza complementare, la fiscalità sociale e persino la tutela dei diritti dei cittadini stranieri; ha ancorato la loro funzione ai

principi costituzionali di solidarietà (art. 2), uguaglianza sostanziale (art. 3), tutela della salute (art. 32), protezione della maternità e dell'infanzia (art. 31) e, soprattutto, alla garanzia dei diritti sociali prevista dal già citato articolo 38. Una riforma, quella del 2001, che ha ufficialmente trasformato un ruolo storico di "supplenza" (nato agli inizi del Novecento per sostenere i lavoratori nei confronti delle istituzioni previdenziali) in un moderno ruolo di difensore civico sociale, capace di orientare cittadine e cittadini in un sistema normativo e amministrativo sempre più complesso.

Tale ruolo è stato riconosciuto di primaria importanza prima della sperimentazione introdotta dalla Riforma della disabilità. Infatti, il procedimento ordinario di accertamento dell'invalidità civile, ridefinito dalla Legge n. 102 del 2009, ancora in atto nei territori non coinvolti dalla sperimentazione, si fonda su un equilibrio strutturato dell'intero processo e ha mostrato nel tempo importanti elementi di efficienza, grazie al fondamentale supporto degli enti di Patronato quali "**presidio di prossimità**" e punto indiscusso di riferimento per migliaia di persone.

Si tratta di un modello che prevede, fin dall'avvio del procedimento amministrativo attraverso il patrocinio della domanda, la trasmissione all'Istituto di tutti i dati necessari per l'accertamento sanitario e per l'erogazione di eventuali prestazioni economiche, garantendo così il pieno accesso alle tutele previste per le persone affette da disabilità.

In questa fase iniziale l'Ente di Patronato, in qualità di consulente qualificato e fiduciario che consente di personalizzare e di fornire risposte adeguate in base ai bisogni di ogni singola persona e dei famigliari, fornisce consulenza, non solo in merito all'invalidità civile che, com'è noto, interviene prevalentemente in ambito assistenziale, ma anche in più ambiti quali:

- **ambito pensionistico** (legato alla condizione contributiva)
  - pensione di inabilità o assegno ordinario di invalidità (settore privato);
  - inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa oppure inabilità assoluta o permanente a proficuo lavoro (settore pubblico);
  - pensione di vecchiaia anticipata per invalidità superiore all'80% (settore privato);
  - maggiorazioni contributive legate alla condizione invalidante;
  - pensione anticipata per invalidità superiore al 74% (lavoratori precoci, APE sociale, opzione donna);
  - pensione anticipata caregiver (lavoratori precoci, APE sociale, opzione donna);
- **ambito lavorativo** (legato alla tipologia contrattuale dell'attività svolta)
  - idoneità alle mansioni e accomodamento ragionevole;
  - conservazione del posto di lavoro;
  - periodo di comporto in caso di malattia;
  - collocamento mirato in base agli obblighi di assunzione;
  - permessi e congedi riconosciuti alla persona disabile o ai famigliari;
  - periodi di aspettativa non retribuita;
- **ambito infortunistico e tecnopatico**
  - in presenza di nesso di causa tra la patologia lamentata e l'attività lavorativa svolta, sia questa di natura subordinata o di lavoro autonomo;
- **ambito fiscale e socioassistenziale**
  - agevolazioni fiscali per il settore auto (esenzione bollo, detrazioni Irpef e Iva agevolata);

- detrazioni d'imposta riconosciute alla persona disabile o ai famigliari;
- esenzione dal ticket;
- contrassegno per il parcheggio dei disabili;
- richieste amministratori di sostegno

I Patronati, dunque, non si sono limitati a trasmettere le istanze, ma hanno offerto consulenza a 360 gradi: dall'ambito pensionistico a quello lavorativo, dall'infortunistico al socioassistenziale, fungendo da **sportello integrato dei diritti**. I dati riportati dal Rendiconto Sociale del CIV dell'INPS confermano la centralità della funzione del Patronato: nel **2024**, **l'85,3%** delle **domande di invalidità civile** trasmesse sono state presentate tramite gli **enti di Patronato,** incrementando di quasi un punto percentuale l'incidenza dell'anno precedente (nel 2023 84,6%).

Il **nuovo sistema**, in sperimentazione dal gennaio 2025 in nove province, cui si sono aggiunte altre undici dal 30 settembre e altre quaranta da marzo 2026, ha introdotto un modello diverso: il procedimento non viene più avviato dal Patronato che, come sopra evidenziato, garantisce l'attivazione e l'esercizio dei diritti, è stato affidato esclusivamente ai medici accreditati, chiamati a trasmettere un certificato medico introduttivo, con valenza di domanda, più complesso rispetto al passato.
Tale modifica, pensata per semplificare l'iter, presenta diverse problematiche e mette in evidenza le difficoltà dei medici certificatori, prevalentemente di medicina generale, nella redazione del certificato medico introduttivo, che richiede dai 45 ai 60 minuti (circa il doppio del tempo necessario per la redazione del certificato rispetto alla versione ante riforma).
Ciò ha determinato due tipi di comportamenti: da un lato una sorta di riluttanza da parte dei medici di base nell'integrare questo genere di assistenza con l'attività ordinaria (è bene ricordare che hanno mediamente in cura dai 1.500 ai 1.800 pazienti con ben altre priorità) e dall'altro un innalzamento del costo del certificato stesso (in alcune province è quasi triplicato) non regolato dalla riforma e lasciato alla scelta del singolo professionista sanitario.

Alla luce di questo scenario, emerge il rischio che la Riforma, pur animata da finalità di semplificazione, determini in realtà un **arretramento** nell'effettività dei diritti sociali. L'assenza del filtro qualificato rappresentato dai Patronati rischia di tradursi in un incremento delle disuguaglianze: chi dispone di maggiori competenze o risorse economiche riesce ad affrontare le nuove procedure, mentre i soggetti più fragili si trovano esclusi o penalizzati.

Una situazione, questa, che appare in contrasto con il principio di sussidiarietà orizzontale garantito dall'articolo 118 della Costituzione, che valorizza l'autonoma iniziativa dei cittadini e delle loro organizzazioni nella cura degli interessi generali.

Ripristinare la possibilità di presentare la domanda amministrativa tramite Patronato, anche nel nuovo modello, significherebbe non solo recuperare efficienza e capillarità, ma soprattutto riaffermare il principio, richiamato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 42 del 2000, secondo cui i Patronati rappresentano una componente imprescindibile per garantire che i diritti sociali non restino dichiarazioni astratte, ma si traducano in prestazioni concrete e tempestive per le persone con disabilità.

Le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità

Anche il mondo associativo è una risorsa strategica per la Riforma della disabilità: offre competenze, prossimità e capacità innovativa indispensabili per tradurre i principi di diritto in pratiche quotidiane. Per sfruttare appieno questo potenziale è necessario riconoscerne formalmente il ruolo, dotarlo di risorse stabili, promuovere reti e rafforzare la partecipazione diretta delle persone con disabilità nei processi decisionali. Solo così la Riforma potrà essere realmente inclusiva, sostenibile e orientata ai bisogni veri dei cittadini.

Di seguito una sintesi delle funzioni principali, dei benefici che apporta, delle criticità incontrate e di proposte operative per valorizzarne il contributo.

Ruoli e funzioni principali:

- Rappresentanza e *advocacy*: le associazioni portano la voce delle persone con disabilità nelle sedi decisionali, promuovono diritti, chiedono leggi e politiche più inclusive e vigili sulle loro applicazioni.
- Co-progettazione e co-decisione: partecipano alla definizione di piani individuali, politiche locali e programmi di welfare, contribuendo con conoscenza diretta dei bisogni.
- Erogazione di servizi e sperimentazione: molte associazioni gestiscono servizi domiciliari, centri diurni, progetti di vita indipendente, tirocini e percorsi formativi; spesso sperimentano modelli innovativi replicabili.
- *Empowerment* e auto-rappresentanza: promuovono l'autonomia delle persone con disabilità attraverso gruppi di auto-aiuto, formazione, percorsi di leadership e partecipazione diretta.
- Informazione, orientamento e supporto legale: offrono consulenza sulle prestazioni, diritti, accesso ai servizi e, quando necessario, supporto legale.
- Sensibilizzazione e cambiamento culturale: campagne pubbliche, eventi, attività nelle scuole e formazione alla cittadinanza per ridurre stigma e barriere culturali.
- Monitoraggio e controllo sociale: raccolgono segnalazioni, valutano l'impatto delle politiche e possono svolgere funzioni di *watchdog* nei confronti delle amministrazioni.

Valore aggiunto per la Riforma:

- Prossimità ai bisogni reali e conoscenza diretta del territorio.
- Capacità di sperimentare soluzioni flessibili e a basso costo.
- Facilità nel costruire reti tra pubblico, privato sociale e imprese.
- Incremento della partecipazione democratica e della legittimità delle scelte politiche.
- Migliore presa in carico multidisciplinare grazie a approcci integrati.

Criticità e ostacoli:

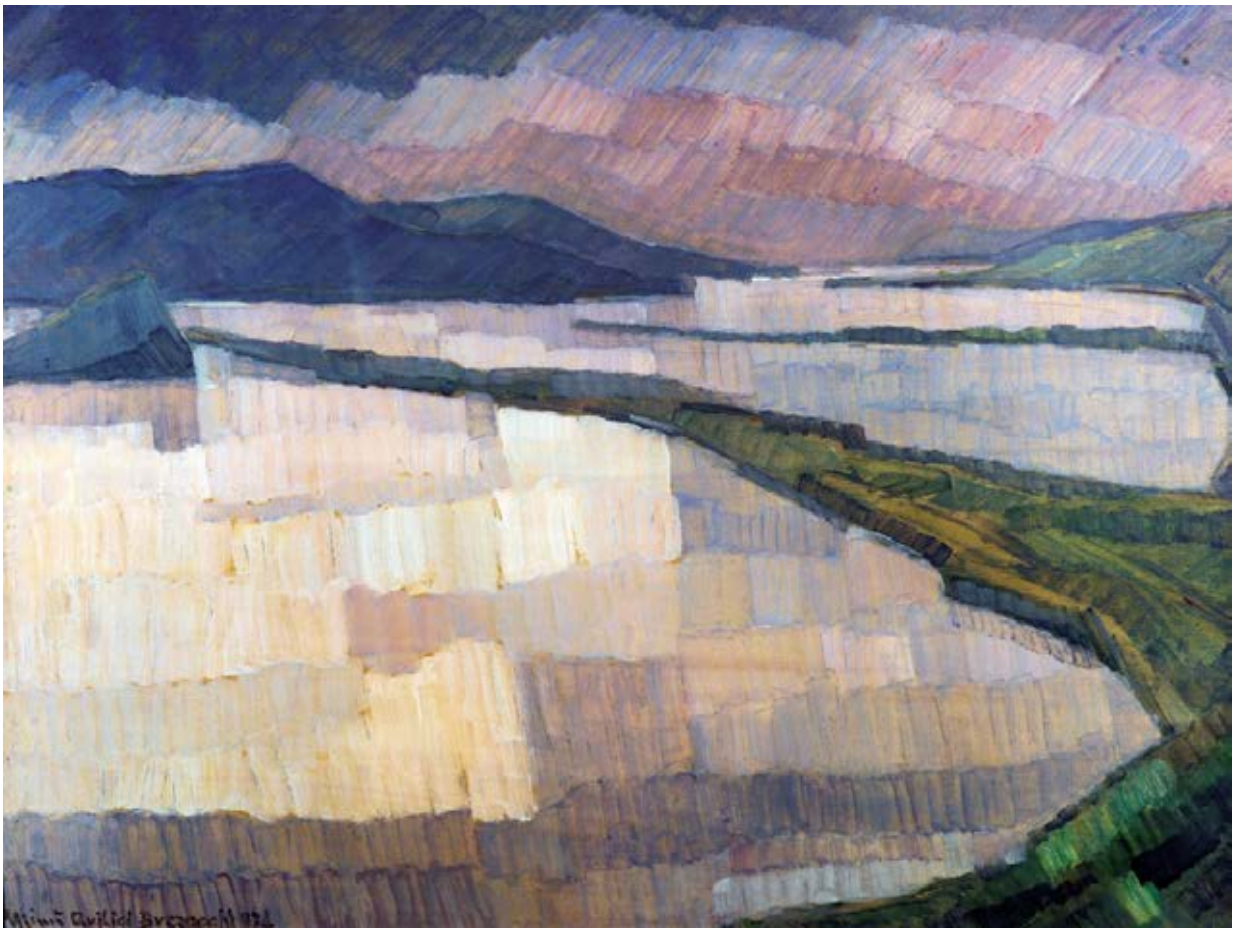
- Finanziamenti instabili e spesso troppo legati a progetti a breve termine.
- Sovraccarico di funzioni formali senza adeguato riconoscimento e risorse.
- Eccessiva frammentazione tra associazioni, con scarsa capacità di coordinamento su scala regionale/nazionale.
- Dipendenza da volontariato non sempre sostenibile per servizi professionali.
- Rischio di scarsa rappresentatività se le organizzazioni non coinvolgono effettivamente le persone con disabilità nelle posizioni decisionali.
- Difficoltà di accesso a dati e strumenti digitali per monitoraggio e valutazione.

Proposte operative per valorizzare il ruolo associativo:

- Includere le associazioni strutturate e le organizzazioni di persone con disabilità (DPO) come soggetti obbligatori nelle consultazioni e nelle co-progettazioni a livello nazionale e regionale.
- Stabilizzare i finanziamenti con contratti pluriennali e linee di finanziamento specifiche per attività di governance, monitoraggio e servizi innovativi.
- Promuovere reti e consorzi per aggregare competenze, ottimizzare risorse e favorire la replicabilità delle buone pratiche.
- Investire in *capacity building*: formazione manageriale, progettazione europea, monitoraggio e valutazione d'impatto.
- Favorire l'accesso alle tecnologie e alle piattaforme digitali per migliorare l'organizzazione, la trasparenza e la raccolta dati.
- Garantire pari rappresentanza delle persone con disabilità e dei caregiver negli organi direttivi delle associazioni e nei tavoli istituzionali.
- Sostenere la sperimentazione di servizi di vita indipendente e co-housing gestiti dal terzo settore con criteri di valutazione condivisi.
- Introdurre meccanismi di partenariato pubblico-privato-sociale con clausole di qualità, trasparenza e responsabilità sociale.

Esempi operativi efficaci:

- Progetti di transizione scuola-lavoro condotti in rete scuola-associazioni-imprese.
- Sportelli informativi territoriali gestiti da associazioni per orientamento ai servizi e ai diritti.
- Laboratori di co-progettazione con persone con disabilità per la riqualificazione urbana e l'accessibilità.



Quilici: *Ac93*

ALLEGATO 3

L'esperienza Home Care Premium (HCP) e Long Term Care (LTC)

Il Welfare Aziendale nel settore pubblico, esteso ad INPS dalla esperienza INPDAP, già dal 1996, è orientata a creare valore pubblico e benessere per la collettività, non solo rispetto al tradizionale ruolo affidato dal Legislatore all'INPS di erogatore di prestazioni previdenziali e sociali, ma anche attraverso alcuni servizi attivati, nel corso del tempo, nell'ambito dei Fondi mutualistici a favore dei giovani (gli studenti) e degli anziani. Tra questi interventi di *welfare*, le prestazioni erogate dal Fondo Gestione Unitaria delle Prestazioni Creditizie e Sociali (cosiddetto Fondo Credito) e destinati ai dipendenti pubblici e ai loro familiari, rappresentano una parte molto significativa.

Il Fondo Credito[43] raccoglie attualmente una platea di circa 4 milioni di iscritti, originariamente costituiti dai soli dipendenti delle Amministrazioni dello Stato e successivamente arricchiti anche dai pensionati e dai dipendenti degli Enti pubblici non economici[44], mentre la platea dei beneficiari (iscritti, familiari, ecc.) del Progetto HCP è pari a 4.455.429.

Regione	Adulti (15-64)	Anziani (65-80)	Giovani (0-14)	Grandi Anziani (80+)	Totale
Abruzzo	71.633	34.630		970	107.233
Basilicata	31.091	18.223		490	49.804
Calabria	109.917	61.644		1.726	173.287
Campania	300.527	149.447		5.406	455.380
Emilia-Romagna	212.488	87.359		1.800	301.647
Friuli V.G.	76.636	30.297	1	849	107.783
Lazio	331.904	159.791	1	8.359	500.055
Liguria	83.852	41.876		1.226	126.954
Lombardia	381.694	154.437		3.392	539.523
Marche	76.231	34.682		992	111.905
Molise	16.948	9.523	1	219	26.691
Piemonte	197.206	84.898		1.700	283.804
Puglia	214.027	96.233		3.283	313.543
Sardegna	101.344	49.638		2.143	153.125
Sicilia	279.694	136.953		4.975	421.622
Toscana	185.362	85.730		3.247	274.339
Trentino Alto Adige	90.842	25.866		475	117.183
Umbria	46.998	23.215		736	70.949
Valle d'Aosta	11.016	3.539		74	14.629
Veneto	216.709	87.335		1.929	305.973
Totale complessivo	**3.036.119**	**1.375.316**	**3**	**43.991**	**4.455.429**

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale- D.C. Credito Welfare, e Strutture sociali

[43] Istituito nel 1996 con la Legge n. 662

[44] Legge 203 del 2024

Il fondo non comporta oneri per la fiscalità generale in quanto è totalmente autofinanziato e dotato di autonomia patrimoniale ed economico finanziaria: è alimentato, principalmente, dal prelievo obbligatorio sulle voci fisse e continuative delle retribuzioni pari allo 0,35%, per quanto riguarda i dipendenti pubblici in servizio iscritti a fini previdenziali ad una della Casse pensioni della Gestione Dipendenti Pubblici (ex Inpdap), e da quello pari allo 0,15% del trattamento pensionistico per quanto riguarda i pensionati ex dipendenti pubblici aderenti volontariamente[45].

Home Care Premium (HCP)

Di particolare rilievo è il progetto *Home Care Premium* finalizzato alla valorizzazione dell'assistenza domiciliare tramite l'erogazione di contributi per la cura, a domicilio, delle persone non autosufficienti. In sostanza, il programma si concretizza nell'erogazione da parte dell'Istituto di contributi economici mensili (prestazione prevalente), commisurati al grado di disabilità certificato[46], allo stato di bisogno sociale e al valore ISEE, in favore di persone con disabilità non autosufficienti per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare/lavoratore domestico.

La Gestione assicura, inoltre, i servizi di assistenza alla persona (prestazioni integrative) erogati da professionisti accreditati con l'Istituto, attraverso la collaborazione degli Ambiti territoriali (ATS) ovvero degli Enti convenzionati che hanno competenza a rendere i servizi di assistenza alla persona.

Il gettito contributivo annuo della Gestione, estrapolato dai dati del consuntivo anno 2025, risulta pari a 515 milioni di euro, a cui si aggiungono oltre 100milioni di proventi della gestione patrimoniale, in gran parte derivanti dagli interessi riscossi dalla concessione di prestiti e mutui, ed, in parte, destinati alla fiscalità generale quale contributo al Fondo Nazionale della spending review.

L'avanzo economico nel 2025 risulta particolarmente elevato anche in relazione ai cambiamenti dei criteri adottati nel bando 1° luglio 2025/30 giugno 2028 che hanno generato disguidi e ritardi nei pagamenti e, forse, quindi, crediti da riconoscere ai beneficiari. Il risultato del bilancio certificato della gestione 2025 risulta pari a 265milioni di euro, maggiore di circa 100 milioni rispetto all'andamento degli anni precedenti. Un risultato costantemente positivo evidenzia un possibile spazio per rivedere la quantità di risorse destinate al Progetto HCP in relazione alla crescita delle domande e all'invecchiamento della platea di riferimento, oltre all'articolazione della platea stessa.

Con riferimento al bando HCP 2025 – 2028 sono state presentate 45.737 domande di prestazioni e delle stesse ne sono state accolte 33.741(che corrispondono a n. 42.925 prestazioni erogate- ogni beneficiario può essere titolare di più prestazioni).

[45] Altre fonti di finanziamento sono rappresentate dalle rendite e dagli interessi dei beni del patrimonio e, in particolare, dagli interessi dei prestiti e mutui ipotecari concessi, dal contributo per spese di amministrazione, dal premio compensativo dei rischi delle operazioni di credito e dalle quote di partecipazione al costo delle prestazioni sociali poste a carico del beneficiario.

[46] Gravissimo, grave e medio

Dati relativi al Bando HCP 2025/2028												
	inferiore a 18 anni		tra i 18 e i 65 anni		Tra i 66 e i 69 anni		oltre i 70 anni		Totale prestaz. reg.		Totale reg./naz.	
	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%
ABRUZZO											**1.625**	**3,78**
Beneficiari di Prevalente	23	24%	118	33%	7	28%	437	38%	585	36		
Beneficiari di Integrativa	71	76%	239	67%	18	72%	712	62%	1.040	64		
BASILICATA											**572**	**1,33**
Beneficiari di Prevalente	5	24%	26	31%	3	30%	168	37%	202	35		
Beneficiari di Integrativa	16	76%	59	69%	7	70%	288	63%	370	65		
CALABRIA											**2.586**	**6,02**
Beneficiari di Prevalente	46	43%	220	45%	39	45%	824	43%	1.129	44,0		
Beneficiari di Integrativa	62	57%	266	55%	47	55%	1082	57%	1.457	56,0		
CAMPANIA											**6.943**	**16,26**
Beneficiari di Prevalente	103	38%	500	43%	96	43%	2322	44%	3.021	44,0		
Beneficiari di Integrativa	166	62%	664	57%	125	57%	2967	56%	3.922	56		
EMILIA ROMAGNA											**935**	**2,18**
Beneficiari di Prevalente	14	23%	45	24%	8	47%	284	42%	351	38,0		
Beneficiari di Integrativa	47	77%	139	76%	9	53%	389	58%	584	62,0		
FRIULI VENEZIA GIULIA											**57**	**0,13**
Beneficiari di Prevalente	0	0%	6	40%	0	0%	14	35%	20	35,0		
Beneficiari di Integrativa	2	100%	9	60%	0	0%	26	65%	37	65,0		
LAZIO											**3.707**	**8,64**
Beneficiari di Prevalente	70	23%	338	35%	35	36%	932	40%	1.375	77,0		
Beneficiari di Integrativa	229	77%	618	65%	62	64%	1423	60%	2.332	63,0		
LIGURIA											**342**	**0,79**
Beneficiari di Prevalente	2	8%	11	20%	2	40%	100	39%	115	34		
Beneficiari di Integrativa	23	92%	45	80%	3	60%	156	61%	227	66		
LOMBARDIA											**720**	**1,67**
Beneficiari di Prevalente	10	23%	58	29%	3	33%	182	39%	253	35,0		
Beneficiari di Integrativa	33	77%	145	71%	6	67%	283	61%	467	65,0		
MARCHE											**2.393**	**5,57**
Beneficiari di Prevalente	46	28%	155	32%	14	35%	681	40%	896	37		
Beneficiari di Integrativa	116	72%	324	68%	26	65%	1031	60%	1.497	63		
MOLISE											**532**	**1,24**
Beneficiari di Prevalente	7	37%	51	37%	2	22%	121	33%	181	34		
Beneficiari di Integrativa	12	63%	86	63%	7	78%	246	67%	351	66		
PIEMONTE											**1.050**	**2,45**
Beneficiari di Prevalente	9	10%	63	25%	9	33%	216	32%	297	28		
Beneficiari di Integrativa	82	90%	185	75%	18	67%	468	68%	753	72		
PUGLIA											**1.465**	**3,40**
Beneficiari di Prevalente	26	33%	107	37%	11	30%	406	38%	550	38		
Beneficiari di Integrativa	53	67%	182	63%	26	70%	654	62%	915	62		
SARDEGNA											**9.762**	**22,73**
Beneficiari di Prevalente	23	9%	387	29%	123	39%	3166	40%	3.699	38		
Beneficiari di Integrativa	234	91%	964	71%	194	61%	4671	60%	6.063	62		
SICILIA											**3.221**	**7,50**
Beneficiari di Prevalente	30	26%	226	41%	34	44%	1060	43%	1.350	42		
Beneficiari di Integrativa	87	74%	322	59%	43	56%	1419	57%	1.871	58		
TOSCANA											**2.823**	**6,56**
Beneficiari di Prevalente	23	19%	118	27%	16	36%	900	41%	1.057	37		
Beneficiari di Integrativa	101	81%	324	73%	28	64%	1313	59%	1.766	63		
TRENTINO ALTO ADIGE											**20**	**0,05**
Beneficiari di Prevalente	0	0%	0	0%	4	57%	5	38%	9	45		
Beneficiari di Integrativa	0	0%	0	0%	3	43%	8	62%	11	55		
UMBRIA											**2.804**	**6,53**
Beneficiari di Prevalente	26	30%	98	31%	18	35%	985	42%	1.127	40		
Beneficiari di Integrativa	61	70%	221	69%	33	65%	1362	58%	1.677	60		
VALLE D'AOSTA											**16**	**0,04**
Beneficiari di Prevalente	0	0%	0	0%	0	0%	7	44%	7	44		

Beneficiari di Integrativa	0	0%	0	0%	0	0%	9	56%	9	56		
VENETO											**1.352**	**3,14**
Beneficiari di Prevalente	15	19%	84	31%	10	33%	386	40%	495	37		
Beneficiari di Integrativa	65	81%	188	69%	20	67%	584	60%	858	63		
Totale complessivo											**42.925**	**100**
Beneficiari di Prevalente	478	2,86	2.615	15,64	430	2,57	13.196	78,92	16.719	39		
Beneficiari di Integrativa	1.460	5,56	4.983	19,01	672	2,56	19.091	72,84	26.206	61		

Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale- D.C. Credito, Welfare, e Strutture sociali

Da questi dati emerge che tra i beneficiari (delle domande accolte), il 39% si riferisce alla prestazione prevalente (per acquisto servizi di lavoro domestico), mentre il 61% a quella integrativa (per acquisto di servizi di assistenza alla persona erogati da professionisti accreditati con l'Istituto, ecc.).

Ai progetti a favore delle persone non autosufficienti sono state destinati 209.180.772,06 euro pari a circa il 33% delle risorse disponibili della gestione (dati 2025).

Risulta importante analizzare i beneficiari delle domande accolte in relazione alla fascia di età.

In particolare, a livello nazione, i beneficiari di prestazione prevalente risultano pari, per fasce di età, a 16.719 (il 39% del totale delle prestazioni); questo dato per fasce di età risulta così articolato:

2,86% pari a 478 a favore di minori di18 anni;

15,64% pari a 2.615 a favore di persone tra 18 e 65 anni (in età lavorativa);

2,57% pari a 430 persone tra 66 e 69 anni;

78,92% pari a 13.196 persone con oltre 70 anni.

Analizzando i dati di carattere regionale, emergono elementi peculiari in relazione alla composizione socioeconomica delle diverse regioni.

Rinviando ad un lavoro che potrà essere svolto, a livello territoriale, dai Comitati, a solo titolo esemplificativo, evidenziamo che, tra le regioni del Nord, quella con il più alto numero di beneficiari di prestazioni prevalenti, risulta essere il Veneto, mentre al Centro e al Sud risultano essere, rispettivamente Lazio e Campania; per le Isole la Sardegna.

Svolgendo la stessa analisi con riferimento ai beneficiari di prestazioni integrative, i dati nazionali per fascia di età sono così sintetizzabili:

5,56% pari a 1.460 a favore di minori di18 anni;

19,01% pari a 4.983 a favore di persone tra 18 e 65 anni (in età lavorativa);

2,56% pari a 672 a favore di persone tra 66 e 69 anni;

72,84% pari a 19.091 a favore di persone con oltre i 70 anni.

L'analisi a livello regionale mostra che tra le regioni del Nord, quella con il più alto numero di beneficiari di prestazioni integrative, risulta essere il Veneto, mentre al Centro e al Sud risultano essere, rispettivamente Lazio e Campania; per le Isole la Sardegna.

Long Term Care (LTC)

Per la stessa platea di soggetti, l'INPS prevede, attraverso il bando *Long Term Care* (LTC) il riconoscimento di contributi a copertura totale o parziale del costo sostenuto da soggetti affetti da patologie che necessitano di cure di lungo periodo per il ricovero presso Residenze Sanitarie Assistenziali o strutture specializzate accreditate che prestano

servizi assistenziali. Anche in questo caso, l'entità del contributo è rapportata al grado di disabilità, al valore dell'ISEE e all'età anagrafica.

Per entrambi i progetti (HCP e LTC), come evidenziato dal CIV nella delibera n. 5 del 28 maggio 2026, è importante, quindi, che, nell'esercizio del loro ruolo di verifica e monitoraggio, i Comitati Territoriali siano orientati a:

- rilevare la rispondenza tra le politiche di Welfare integrative gestite dal Fondo e i mutamenti che si registrano nella composizione e nei bisogni dell'utenza;
- adeguare i criteri di accesso al Progetto HCP con le evoluzioni normative ed, in particolare, con quelle previste dalle Riforme della disabilità e a favore degli anziani non autosufficienti;
- alla luce dei risultati economici positivi conseguiti dalla Gestione, promuovere, in raccordo con il CIV, una rivisitazione dell'esperienza legata al progetto per destinare ulteriori risorse alle prestazioni e ampliare la platea dei beneficiari, in particolare laddove il numero di domande accolte ma non coperte dalle risorse risulta significativo;
- promuovere l'informazione e i canali di comunicazione rivolti all'utenza, in particolare rispetto alle prestazioni erogate dal Progetto HCP e LTC e alle modalità di accesso ai servizi;
- verificare e segnalare al CIV le discrasie nella erogazione delle risorse economiche agli aventi diritto, in particolare per quelle realtà dove la fornitura di prestazioni sociosanitarie non è garantita da strutture convenzionate.



Costantino Baldino: *Astratto*

APPENDICE

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 individualizzato 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;
- nel caso non sia disponibile un medico specializzato in medicina legale, in medicina del lavoro o in altre specializzazioni equipollenti o affini, può essere nominato presidente delle commissioni medico-legali INPS, anche un medico con almeno un anno di esperienza in organi di accertamento in materia assistenziale o previdenziale;
- la stessa disposizione riguarda anche le commissioni dei minori, in cui, almeno uno dei medici della commissione deve essere in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti, affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona;
- nelle commissioni dei minori, inoltre, è prevista la possibilità che ii medico specialista possa partecipare alle unità di valutazione di base anche attraverso video-collegamento;
- è prevista la presentazione dell'istanza per l'elaborazione del progetto di vita da parte dei cittadini agli Enti competenti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislative 3 maggio 2024, n. 62 attraverso l'invio telematico del certificato della condizione di disabilita utilizzando lo specifico servizio messo a loro disposizione dall'INPS, nelle modalità da quest'ultimo stabilite con apposito provvedimento;
- l'Istituto viene abilitato a stipulare apposite convenzioni con le Regioni e le Province autonome per la condivisione di banche dati e informazioni con le autonomie locali che forniscono prestazioni assistenziali o sanitarie alle persone con disabilita allo scopo di agevolare l'erogazione delle prestazioni di rispettiva competenza

- 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.

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;
- Messaggio Hermes n. 2524 del 30 luglio Sottoscrizione digitale automatizzata delle convocazioni a visita per disabilità- richieste ed emissione certificati di firma automatica per i responsabili dei Centri medico legali.
- Messaggio Hermes n. 1387 del 24.04.2026 Procedura Nuova Invalidità Civile Gestione Valutazione di Base – NIC (D.L. 62/2024). Rilascio di nuove funzionalità;
- Messaggio Hermes n. 1665 del 19.05.26 Comunicato stampa: Disabilità, Fava: "con procedure più semplici e una PA più umana":
- Messaggio Hermes n. 1975 del 12.06.26 Trasformazione degli "Assegni ordinari di invalidità" liquidati nel sistema "contributivo puro" in pensioni di vecchiaia. Aggiornamento delle procedure;
- Messaggio Hermes n. 2117 del 25.06.26 Prestazione Universale – Assegno di Assistenza – D.lgs. n. 29 del 15/03/2024 Riforma Anziani (artt. da 34 a 36) – Rilascio nuove funzionalità per la gestione degli indebiti e dei ratei eredi;
- Messaggio Hermes n. 2470 del 24.07.26 Riforma della Disabilità (d.lgs. 62/2024). Procedura NIC – Nuova Invalidità Civile: nuovi rilasci;

- Messaggio Hermes n. 2524 del 30.07.26 Sottoscrizione digitale automatizzata delle convocazioni a visita per disabilità- richieste ed emissione certificati di firma automatica per i responsabili dei Centri medico legali;
- Messaggio Hermes n. 2534 del 31.07.26 Inaugurato a Bergamo il nuovo Centro Medico Legale con focus sulla riforma della disabilità. 27 luglio 2026;
- Messaggio Hermes n. 2536 del 3.08.26 Rilascio della nuova versione procedura "Certificato medico - mod. SS3" (invalidità/inabilità previdenziali) in AGO e gestioni sostitutive AGO;
- Messaggio Hermes n. 2542 del 3.08.26 Lavorazione centrale per il ricalcolo delle prestazioni economiche di invalidità civile a seguito della comunicazione dei periodi di ricovero a titolo gratuito anno 2025 – flusso telematico Ministero della Salute;
- Messaggio Hermes n. 2550 del 4.08.26 Rilascio del servizio telematico per la presentazione delle istanze per l'elaborazione del progetto di vita ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 62/2024, nell'ambito del Sistema Informativo Salute Disabilità e Anziani (SISDA);
- Messaggio Hermes n. 2551del 4.08.26 Rilascio del servizio di consultazione delle istanze per l'elaborazione del progetto di vita e indicazioni operative per la profilazione degli operatori degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) nell'ambito del Sistema Informativo Salute, Disabilità e Anziani (SISDA).

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 cargiver 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 (**sotto riportato);
- 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.

Con deliberazione **n. 4 del 28 maggio 2026** "*Indirizzi per l'organizzazione e la gestione del ruolo dell'INPS nella Riforma della disabilità e nella riforma a favore delle persone anziane sulla base della sperimentazione della Riforma sulla disabilità e non-autosufficienza*" il CIV delibera di:

- 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, oltreché 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";
  - a 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 l 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;

- 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 procedimentali 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.

La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti è anche formazione

Il CIV, in collaborazione con la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS, assicura periodicamente percorsi formativi rivolti ai componenti dei Comitati Territoriali INPS.

E' sempre possibile consultare on line "La tutela delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti" attraverso il QRcode.

Permanentemente, i contenuti di questo quaderno sono aggiornati e revisionati tenendo conto della evoluzione normativa e regolamentare e di quanto l'esperienza formativa e la pratica dei Comitati consegnano al CIV.

Inoltre, attraverso la Segreteria del CIV, che mantiene i rapporti con i Comitati, è possibile programmare percorsi di formazione.

Il materiale didattico della formazione svolta dal CIV è consultabile sulla pagina Intranet del CIV alla voce "Attività e materiale formativo". Alla pagina dedicata si accede dalla Intranet selezionando la voce "Istituto" → "Il Consiglio di Indirizzo e Vigilanza" → "Attività e materiale formativo".


INPS


INPS