

Notiziario

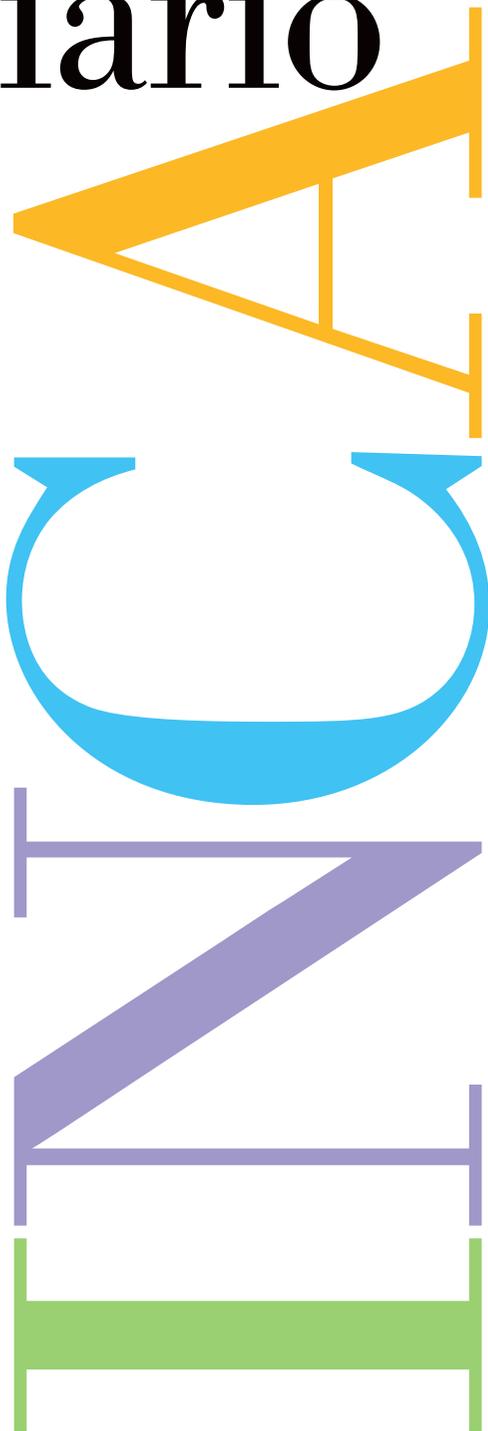
NotiziarioINCAonline
N. 3 / 2025

Riforma della disabilità
Il bilancio della prima fase
della sperimentazione



TUTELA QUOTIDIANA

1945-2025 il Patronato della CGIL



DIRETTORE RESPONSABILE

Gianluca Martelliano

REDAZIONE

Micaela Aureli

EDITORE E PROPRIETARIO

FUTURA SRL
Corso d'Italia, 27
00198 Roma
Tel. 06 44870283
www.futura-edizioni.it

Progetto grafico:

© FUTURA SRL

CHIUSO IN REDAZIONE

LUGLIO 2025

EGREGIO ABBONATO, AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/
2003 LA INFORMIAMO CHE I SUOI DATI SONO CON-
SERVATI NEL NOSTRO ARCHIVIO INFORMATICO E SA-
RANNO UTILIZZATI DALLA NOSTRA SOCIETÀ,
NONCHÉ DA ENTI E SOCIETÀ ESTERNE A ESSA COL-
LEGATE, SOLO PER L'INVIO DI MATERIALE AMMINI-
STRATIVO, COMMERCIALE E PROMOZIONALE
DERIVANTE DALLA NOSTRA ATTIVITÀ.

LA INFORMIAMO INOLTRE CHE LEI HA IL DIRITTO DI
CONOSCERE, AGGIORNARE, CANCELLARE, RETTIFI-
CARE I SUOI DATI OD OPPORSI ALL'UTILIZZO DEGLI
STESSI, SE TRATTATI IN VIOLAZIONE DEL SUDETTO
DECRETO LEGISLATIVO.

Sommario

La Riforma della disabilità

La riforma della disabilità in sintesi

■ A cura della redazione 7

Disabilità, tra riforma e realtà: il punto di vista dell'Inca

■ Michele Pagliaro 11

Lavorare in sinergia per migliorare la riforma

■ Roberto Ghiselli 15

Il ruolo dei medici

■ Gian-Aristide Norelli 19

Le testimonianze dalle prime province coinvolte 31

Brescia

■ Claudia Gavazzi e Ilenia Negri 33

Catanzaro

■ Luigi Vitale 35

Firenze

■ Emilio Fabbri 37

Forlì-Cesena

■ Emanuela Castagnoli 39

Frosinone

■ Roberto Fanfarillo 41

Perugia

■ Roberto Panico 43

Salerno

■ Norberto Gagliardi 45

Sassari

■ Donatella Piana

47

Trieste

■ Gianni Bertossi

49

La posizione della Cgil e dello Spi

51

Disabilità e invecchiamento: vertenzialità per cambiare una riforma sul futuro del Paese

■ Tania Scacchetti

53

Disabilità e lavoro: dal progetto di vita alla realtà negata

■ Maria Grazia Gabrielli

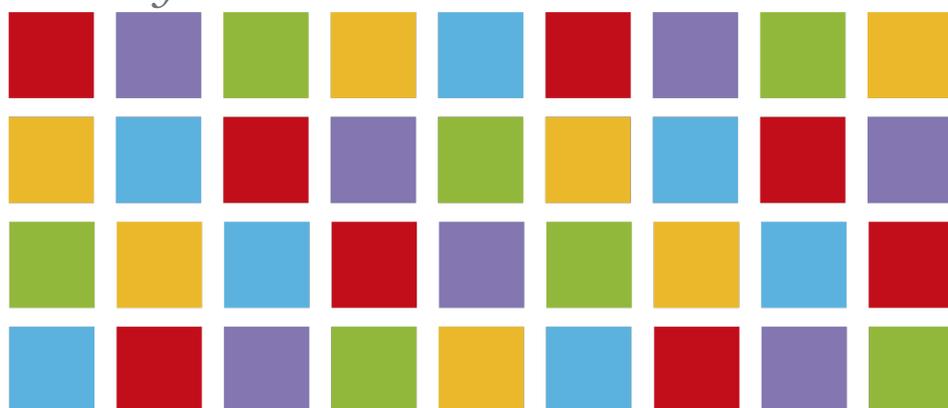
57

Riforma della disabilità e welfare: un'opportunità da non perdere... e non disperdere

■ Daniela Barbaresi

61

La Riforma



della disabilità



La riforma della disabilità in sintesi

■ A cura della redazione

Il contesto normativo

La riforma dell'accertamento della condizione di disabilità trae origine dalla Legge n. 227 del 2021, che ha posto le basi per un ampio riordino dei procedimenti di riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità, e dal Decreto legislativo n. 62 del 2024, che ne ha definito modalità attuative e criteri operativi.

A questi si aggiunge la Legge n. 15 del 2025, che ha prorogato l'entrata in vigore della riforma a regime su tutto il territorio nazionale, inizialmente fissata per il gennaio 2026, al gennaio 2027.

La riforma si propone di semplificare l'iter di riconoscimento dell'invalidità civile e delle connesse agevolazioni, accorpando più valutazioni in un'unica procedura. Il provvedimento è stato avviato con una sperimentazione graduale, che prevede un progressivo ampliamento dei territori coinvolti.

La riforma punta a recepire i principi contenuti nella Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e nella Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030, con una maggiore attenzione alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita personalizzato.

Tuttavia, la piena operatività di queste innovazioni dipenderà dall'adozione dei regolamenti attuativi, dallo sviluppo delle piattaforme informatiche e dall'organizzazione delle Commissioni mediche Inps.

La Valutazione di base

Il cuore della riforma è l'introduzione di una procedura unica denominata Valutazione di base, che sostituisce le precedenti visite separate per le diverse prestazioni e condizioni.

La Valutazione di base viene effettuata da una Commissione medico-legale dell'Inps, che ha competenza esclusiva per accertare contemporaneamente:

- invalidità civile, cecità civile, sordità civile, sordo-cecità
- condizione di disabilità ai sensi della Legge 104/1992
- invalidità e disabilità in età evolutiva
- presupposti per indennità di accompagnamento
- requisiti per assistenza protesica, sanitaria, riabilitativa
- requisiti per l'accesso ad agevolazioni fiscali e relative alla mobilità
- condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa.

Un'importante innovazione è che l'avvio del procedimento non avviene più con la presentazione di una domanda da parte del cittadino (eventualmente assistito da un Patronato), ma direttamente con l'invio del nuovo certificato medico introduttivo redatto da un medico abilitato. Questo cambiamento, pensato per semplificare l'iter, ha però sollevato perplessità legate alla tutela dei cittadini, in particolare quelli più fragili e meno autonomi.

Le patologie coinvolte nella sperimentazione

L'articolo 9 del Decreto legislativo n. 71 del 2024 ha stabilito che la sperimentazione dei nuovi criteri di valutazione sanitaria iniziasse con tre patologie:

- 
- diabete di tipo 2
 - sclerosi multipla
 - disturbi dello spettro autistico.

Successivamente, il Decreto Milleproroghe ha ampliato l'elenco inserendo anche:

- artrite reumatoide
- cardiopatie
- broncopatie croniche
- malattie oncologiche.

Per queste ulteriori condizioni è previsto un regolamento specifico, da adottare entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, e quindi entro agosto 2025.

Le fasi e i territori della sperimentazione

La sperimentazione è partita il **1° gennaio 2025** in 9 province pilota:

- Brescia
- Catanzaro
- Firenze
- Forlì-Cesena
- Frosinone
- Perugia

- Salerno
- Sassari
- Trieste

Dal **30 settembre 2025** entrano nella sperimentazione ulteriori 11 territori:

- Matera
- Palermo
- Teramo
- Vicenza
- Trento
- Alessandria
- Lecce
- Isernia
- Genova
- Macerata
- Aosta.

Secondo quanto annunciato dalla ministra per la Disabilità, Alessandra Locatelli, entro febbraio 2026 la sperimentazione si estenderà progressivamente ad altre 40 province, con l'obiettivo di preparare l'attuazione nazionale prevista (salvo ulteriori proroghe) per il gennaio 2027.



Dati Inps al 29 giugno 2025 (certificato introduttivo)

| Province | Domande presentate primi 6 mesi 2024 | Domande presentate primi 6 mesi 2025 | % domande presentate 2025 su 2024 |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Brescia (BS) | 14.047 | 11.082 | 78,89 |
| Catanzaro (CZ) | 6.039 | 4.759 | 78,80 |
| Firenze (FI) | 10.082 | 7.897 | 78,33 |
| Forlì-Cesena (FC) | 5.259 | 4.131 | 78,55 |
| Frosinone (FR) | 6.348 | 4.469 | 70,40 |
| Perugia (PG) | 11.366 | 8.577 | 75,46 |
| Salerno (SA) | 15.668 | 11.890 | 75,89 |
| Sassari (SS) | 6.385 | 4.191 | 65,64 |
| Trieste (TS) | 2.552 | 1.895 | 74,26 |
| Totale | 77.746 | 58.891 | 75,75 |

Disabilità, tra riforma e realtà: il punto di vista dell'Inca

■ Michele Pagliaro*

Dignità, inclusione e solidarietà: sono queste le parole chiave che dovrebbero definire l'approccio di un Paese civile alla condizione delle persone con disabilità. Non si tratta di principi astratti, ma di valori che la nostra stessa Costituzione riconosce e sancisce come fondamento della convivenza democratica e dell'uguaglianza sostanziale. L'articolo 3 stabilisce infatti con chiarezza che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di alcun tipo. L'articolo 38, inoltre, riconosce a ogni cittadino inabile al lavoro il diritto all'assistenza e al mantenimento.

Sono principi che da decenni il nostro ordinamento prova a tradurre in diritti concreti ed esigibili. Dal 1992, con la Legge 104, le persone con disabilità hanno visto riconosciuti diritti fondamentali all'integrazione scolastica, alla partecipazione sociale, a un sostegno adeguato per vivere. Nel 2000 la Legge 328 ha posto le basi per un sistema integrato di servizi sociali, con l'ambizione – mai davvero realizzata – di costruire percorsi personalizzati e un'assistenza domiciliare diffusa. Oggi siamo di fronte a una stagione di riforma che intende rinnovare in profondità le procedure di riconoscimento della disabilità e l'organizzazione dei servizi, per avvicinare l'Italia agli standard internazionali stabiliti dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità e dalla Strategia europea 2021-2030. La prospettiva è ambiziosa: passare da un approccio puramente medico-legale a una valutazione multidimensionale della persona, fondata sul modello biopsicosociale dell'Icf (la Classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità) e sul riconoscimento della complessità delle condizioni di vita. Una riforma che, sulla carta, si propone di affermare con maggiore concretezza la centralità della persona e dei suoi diritti, anche grazie alle risorse messe a disposizione dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

* Presidente Inca

Tuttavia, come accade spesso nel nostro Paese, la distanza tra le dichiarazioni di principio e la loro attuazione effettiva si sta rivelando più ampia del previsto. L'introduzione di nuove procedure – in particolare la sperimentazione dell'unicità della domanda, con il certificato medico che diventa anche avvio della procedura amministrativa – sta mostrando limiti, criticità e contraddizioni. Nei territori in cui la sperimentazione è partita, migliaia di persone si sono ritrovate di fronte a ostacoli inattesi: difficoltà nella presentazione della domanda, incomprensioni procedurali, ritardi nella valutazione e nell'erogazione delle prestazioni.

Questo Notiziario si propone di restituire un quadro ampio e documentato di ciò che è accaduto nella prima fase della sperimentazione della riforma della disabilità, che ha coinvolto 9 province in tutta Italia. Lo faremo ascoltando direttamente le testimonianze del Consiglio di indirizzo e vigilanza dell'Inps, dei medici, delle sedi Inca presenti nei territori dove è stata avviata la sperimentazione, e di chi, all'interno della Cgil, si occupa di disabilità, in tutte le sue sfaccettature.

Nel 2023, secondo i dati Inps, oltre l'84% delle domande di invalidità civile è stato presentato con l'assistenza di un Patronato. È una cifra che parla da sola: dietro queste procedure c'è un lavoro quotidiano di ascolto, orientamento, gestione dei documenti, verifica degli esiti. Un lavoro che non è soltanto tecnico, ma anche di sostegno umano e psicologico. La riforma in corso, tuttavia, sembra aver sottovalutato questo patrimonio di esperienza e di prossimità. La scelta di accorpare nella stessa fase la certificazione medica e l'avvio della domanda amministrativa, escludendo di fatto la consulenza preventiva del Patronato, ha reso più difficile l'accesso ai diritti per molte persone fragili, spesso già in condizioni di marginalità sociale ed economica.

Le testimonianze che presenteremo in queste pagine provengono dalle province che hanno sperimentato per prime la nuova procedura. A Brescia, dove in precedenza era l'Asl a occuparsi degli accertamenti, solo il 30% dei certificati pervenuti risulta definito. A Catanzaro, dove il sistema era gestito direttamente dall'Inps, la percentuale supera il 97%. Questa differenza dimostra quanto la riforma si sia innestata su un terreno disomogeneo, senza una reale strategia di accompagnamento e armonizzazione. Le criticità non si fermano alla fase di avvio della domanda: l'assenza di decreti attuativi e regolamenti definitivi sta mantenendo la fase sanitaria ancorata ai vecchi criteri di valutazione, vanificando di fatto l'obiettivo di introdurre parametri più evoluti e rispettosi della dimensione sociale e relazionale della disabilità.

Non si tratta soltanto di numeri. Ogni pratica in ritardo significa una cittadina o

cittadino che aspetta di ricevere un contributo economico indispensabile per pagare un'assistenza domiciliare, un genitore che rinuncia a lavorare per accudire un figlio, una persona anziana non autosufficiente che si trova senza un progetto di vita personalizzato. Sono storie che meritano attenzione, rispetto e risposte adeguate.

Il nostro obiettivo non è semplicemente quello di denunciare le inefficienze, ma di promuovere un confronto serio e costruttivo su come ripensare la riforma alla luce delle esperienze sul campo. Il raggruppamento Ce-Pa e l'Inca hanno già avanzato proposte concrete: ripristinare la possibilità per i cittadini di presentare la domanda amministrativa separatamente dal certificato medico, restituendo ai Patronati il ruolo di consulenza e assistenza riconosciuto dalla Legge 152 del 2001; semplificare il lavoro dei medici certificatori, consentendo loro di concentrarsi esclusivamente sugli aspetti sanitari; garantire che la valutazione multidimensionale e il progetto di vita diventino realtà operativa, non soltanto una dichiarazione di intenti.

Questa riforma dovrebbe rappresentare un'opportunità storica per colmare il divario tra i principi costituzionali e le condizioni reali di vita delle persone con disabilità. Perché ciò accada, serve però una volontà politica ferma, una strategia condivisa e un investimento serio sulle competenze e sulle risorse necessarie. Non si può riformare un sistema così delicato senza il coinvolgimento di chi ogni giorno accompagna i cittadini in questo percorso: Patronati, associazioni, medici, operatori sociali. La frammentazione delle responsabilità e l'improvvisazione rischiano di tradursi in un arretramento dei diritti, anziché in un loro progresso.

Solo da un confronto aperto e rispettoso tra tutti i soggetti coinvolti potrà nascere una riforma capace di rispondere agli obiettivi dichiarati e, soprattutto, ai bisogni concreti delle persone. Riformare non significa semplicemente cambiare una procedura, ma riconoscere il diritto a una vita piena, autodeterminata e dignitosa. In linea con il principio fondamentale che la dignità non è una concessione, bensì un diritto che deve essere garantito sempre, soprattutto a chi è più fragile.

Lavorare in sinergia per migliorare la riforma

■ Roberto Ghiselli*

Il processo di riforma della disabilità e della non autosufficienza, introdotto dalle recenti normative, risponde a delle esigenze importanti e sempre più evidenti, a iniziare dal bisogno di garantire un effettivo riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità o non autosufficienti, in tutti i loro aspetti.

Non si tratta principalmente di una necessità dettata da ragioni solidaristiche o di natura assistenziale, ma attiene proprio al tema della parità dei diritti soggettivi riconosciuti a tutti i cittadini dalla nostra Costituzione: il diritto all'istruzione, al lavoro, all'accesso ai servizi e ai luoghi di socializzazione, a una vita dignitosa, alla tutela della salute.

I temi della disabilità e della non autosufficienza, per alcuni aspetti, coincidono in termini di problematiche da affrontare, per altri hanno una loro specificità.

La disabilità è strettamente connessa agli aspetti del diritto all'istruzione e al lavoro. La non autosufficienza è una condizione destinata a crescere, in particolare per l'aumento numerico degli anziani, in particolare sul totale della popolazione, in rapporto anche ai fenomeni combinati dell'incremento della speranza media di vita e la perdurante denatalità. Questo sta comportando anche una modifica della composizione dei nuclei familiari, sempre più ristretti e spesso monoparentali. Tutto ciò rende ancora più cogente il tema della presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso interventi integrati, di natura sociosanitaria, che partano da una valutazione multidimensionale della condizione della persona.

Era dunque doveroso e auspicabile un progetto di riforma che, a partire da questa consapevolezza, si ponesse l'obiettivo di riorganizzare e potenziare le misure a favore di chi vive con questa condizione, iniziando da una modifica del processo di accertamento della condizione sanitaria e sociale, sino ad arrivare al progetto di vita e alla presa in carico integrata della persona.

* Presidente Civ-Inps

Le leggi delega contengono questi elementi di novità e i decreti attuativi, approvati l'anno scorso, in parte ne interpretano lo spirito, in parte introducono aspetti discutibili e limiti evidenti.

Non vi è dubbio, ad esempio, che l'introduzione dell'accertatore unico della condizione di disabilità sia un elemento positivo, per più ragioni ma in particolare perché si rende più snello il processo accertativo e auspicabilmente più omogenee le modalità e le valutazioni. Veniamo da una esperienza in cui, in generale e pur con delle lodevoli eccezioni, i tempi del procedimento erano complessivamente inferiori nelle realtà nelle quali l'Inps, in convenzione con le strutture sanitarie, gestiva direttamente gli accertamenti. Far diventare questo modello la regola ed estenderlo a tutto il territorio nazionale è certamente positivo, anche se nell'immediato può determinare delle problematiche nuove, in particolare per quanto concerne la disponibilità delle strutture, anche nella loro articolazione sub-provinciale, e del personale, medico, paramedico e amministrativo.

Un processo, in parte inverso, dovrà essere gestito nel momento in cui si arriverà, passando per la sperimentazione prevista nel corso del 2026, alla nuova Valutazione multidimensionale unificata attraverso i Punti unici di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per le persone ultra settantenni non autosufficienti. Un passaggio che andrà gestito con la massima attenzione, soprattutto per la capacità di disporre di tutte le risorse necessarie (nell'ambito sociosanitario) e di gestire i fondamentali processi di integrazione.

L'avvio della sperimentazione della riforma della disabilità, in nove province, ha messo in evidenza diverse problematiche con delle ricadute diverse nelle singole realtà territoriali. In primis, la riduzione delle domande pervenute in rapporto allo stesso periodo dell'anno precedente, che richiede un'analisi delle ragioni effettive di questa dispersione, e che si sta consolidando attorno al 12%. Inoltre, vanno citate anche la carenza di medici certificatori, la crescita dei corrispettivi a carico del cittadino e le complicazioni negli adempimenti amministrativi a carico dei medici, causate principalmente dall'esclusione degli Enti di patronato dalla fase di trasmissione della domanda. A questo vanno aggiunti i già ricordati problemi logistici e relativi alla carenza di personale. È ancora presto per valutare invece le ricadute in termini di tempi per l'espletamento delle fasi di accertamento sanitario e amministrative, tempi che sino ad ora presentano delle rilevanti differenze territoriali, nella speranza che nel nuovo contesto questi tempi possano migliorare, ma anche con il rischio che peggiorino ulteriormente.

La gestione di un processo di riforma, se si vuole scommettere seriamente sui

suoi migliori tratti innovativi, ad iniziare dalla presa in carico delle persone e il loro inserimento in un percorso di tutela e di garanzia dei diritti, deve necessariamente poggiarsi su una rete di relazioni capillare che coinvolga, soprattutto nei territori, tutti gli attori che hanno voce in capitolo: le rappresentanze degli utenti (organizzazioni sindacali e associazioni di categoria), gli Enti di patronato, le rappresentanze dei professionisti e dei lavoratori chiamati a gestire direttamente le attività, il mondo delle imprese e del terzo settore, la rete istituzionale (Inps, Amministrazioni comunali e Ambiti sociali, Regioni e aziende sanitarie, Centri per l'impiego, Istituzioni scolastiche). Cercando, in tal senso, di recuperare la migliore ispirazione che stava alla base della Legge 328 del 2000.

In questo contesto, non potendo dare per scontato che sia questa l'intenzione, o la consapevolezza, di tutti (basti pensare al mancato riconoscimento del ruolo rilevante che i Patronati rivestono su questa materia), non vi è dubbio che il contributo di quella parte di attori che si riconoscono coerentemente in questo progetto è determinante per orientare le scelte, evidenziare gli ostacoli da superare e, soprattutto, garantire che tutto ciò si traduca in un beneficio reale per le persone coinvolte.

Il ruolo delle rappresentanze collettive e dei Patronati, pertanto, è fondamentale, come lo è quello dei Comitati territoriali dell'Inps che, per la loro natura, sono l'anello di congiunzione fra l'Istituto e gli altri soggetti, istituzionali e della rappresentanza, che operano sul territorio e possono, in quanto espressione delle parti sociali, interpretare al meglio le esigenze dei cittadini.

In questa direzione si sta muovendo il Civ dell'Inps, che sin dall'avvio del processo di sperimentazione è intervenuto sul tema con due delibere specifiche, ha promosso audizioni e incontri con le Direzioni centrali competenti, sta gestendo con continuità il rapporto con i Comitati e con le Direzioni territoriali. Un lavoro che deve continuare con coerenza, per far sì che si possano individuare le contraddizioni e i problemi emersi e intervenire con tempestività, sia nella dimensione gestionale ma anche, forse soprattutto, in quella normativa, in quanto già ora si può intravedere un enorme macigno su questo percorso: l'insufficienza delle risorse economiche e, di conseguenza, la carenza di personale e di infrastrutture.

Tutto ciò richiama pertanto anche una sinergia tra Inps, il suo Civ e chi si occupa della dimensione politica dell'iniziativa, incluse le organizzazioni, confederali e di categoria, dei lavoratori e dei pensionati.

Il ruolo dei medici

■ Gian-Aristide Norelli*

L'approvazione della Legge delega sulla disabilità 227 del 22 dicembre 2021 e ancor più il Decreto legislativo 62 del 3 maggio 2024 e il Decreto ministeriale Salute 94 del 10 aprile 2025 rappresentano un momento di fondamentale riassetto della normativa assistenziale, caratterizzata fino ad oggi, nel nostro Paese, da un'inaccettabile inerzia verso l'approvazione di una normativa omogenea, resa ulteriormente complessa dalla emanazione di provvedimenti isolati, parcellari e disomogenei, che impedivano di fatto di ottemperare positivamente al disposto costituzionale. La novella normativa, al contrario, ha ridefinito in modo sostanziale la cultura e l'approccio all'assistenza sociale, secondo una metodologia, peraltro, che, nella proposta di modernizzazione legislativa, assolutamente positiva e meritoria nella sua formulazione teorica, apre tuttavia a considerazioni di criticità applicativa, che rischiano di oscurare, nella pratica, un'impostazione di presupposti che pone il nostro Paese all'avanguardia internazionale in riferimento ai provvedimenti previsti per l'assistenza sociale, da individuare in una considerazione olistica della persona in condizioni di disabilità e quindi anche dei cittadini non disabili, ma che più risentono di condizioni simili a uno stato di disabilità e cioè i soggetti anziani in tutto o in parte non autosufficienti.

La normativa, anzitutto, soddisfa appieno le previsioni di cui all'articolo 38 della Costituzione, nella parte in cui, inequivocabilmente, si afferma il diritto per ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, al "mantenimento ed all'assistenza sociale". Non v'è chi possa negare, peraltro, che, pur a fronte di una dizione chiara come quella sopra esposta, la legislazione che avrebbe dovuto ottemperare ai presupposti costituzionali ha seguito direttrici ben diverse, incanalando le norme proprie all'Assistenza sociale in circuiti analoghi a quelli previsti per il pur complesso ambito della Previdenza e dell'Assicurazione sociale.

* Professore Emerito di Medicina Legale già Professore Ordinario di medicina legale presso l'Università di Firenze e componente del Collegio medico-legale dell'Inca nazionale

Onde ciò che si è previsto nelle normative successivamente approvate per la complessa materia della disabilità è stato in sostanza quello di garantire, per diverse forme di disabilità, prestazioni perlopiù economiche, misurate sulle caratteristiche della disabilità medesima e sul livello di gravità della stessa. Riservandosi, in altri termini, la considerazione massima alla forma ed alla gravità del tipo di disabilità considerata, a prescindere dalle specifiche caratteristiche individuali della persona che richiede di poter usufruire delle prestazioni. La prestazione, dunque, fino ad oggi scaturiva sulla base delle caratteristiche della disabilità, con formula riferita alla gravità teorica della disabilità medesima richiamandosi il principio assicurativo (assolutamente diverso da quello assistenziale) secondo cui è garantita la possibilità di fruire di predeterminate prestazioni, al verificarsi di un predeterminato rischio di danno (la disabilità, appunto).

La nuova legge, al contrario, pone al centro dell'interesse la persona in condizioni di disabilità, definendo la prestazione da erogare sulla base delle caratteristiche del bisogno del cittadino, tanto da spostare il massimo dell'interesse, rispetto alla precedente normativa, dalla disabilità alla figura della persona disabile, dalle caratteristiche di gravità della disabilità a quelle della gravità del bisogno e dalla prevalente caratteristica economica della prestazione a quella più specifica e determinata della caratteristica di quanto e cosa deriva dallo stato di bisogno, in modo tale da prevedere interventi orientati a garantire al massimo il superamento dello stato che rende il disabile diverso dal soggetto "normale", con formula assolutamente personalizzata. In altri termini, a una condizione teorica di disabilità non dovrebbe più corrispondere, finalmente, una determinata prestazione, ma la prestazione dovrebbe volta a volta misurarsi sulla specifica condizione di bisogno che affligge il cittadino richiedente, che è del tutto personale e individuale, tanto che da infermità analoghe possono derivare condizioni di disabilità assai diverse e soprattutto assai diversi tipi di prestazione, a seconda di ciò che il richiedente reputa assolutamente necessario al miglioramento o alla risoluzione della sua condizione precaria.

Da un presupposto siffatto si snoda la metodologia che in successione e con continuità muove dalla presentazione del certificato introduttivo, sostitutivo della domanda finalizzata a ottenere le prestazioni, l'accertamento presso la Unità valutativa di base, che è promossa dall'Inps e che rappresenta la prima fase propedeutica agli accertamenti successivi e sempre più personalizzati, fino alla possibilità di elaborare, fermi restando i benefici, gli interventi e i sostegni che seguono alla valutazione di base, un "progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, che rappresenta o dovrebbe rappresentare la sintesi del percorso intrapreso".

Il primo aspetto che occorre considerare riguarda il certificato introduttivo, di valore non più solamente diagnostico, dai cui contenuti si deduce il carattere della condizione di disabilità che si propone di considerare e il grado del bisogno che da quella discende. Un certificato che si propone per contenuti altamente responsabilizzanti nei confronti di chi si accinge a compilarlo, posto che da esso prende avvio diretto la denuncia delle caratteristiche della disabilità e del grado di bisogno che da esso deriva, la tipologia, addirittura, della Commissione che procede all'accertamento introduttivo (nel senso che dalle caratteristiche della condizione di disabilità deve desumersi la specializzazione di almeno uno dei componenti la Commissione preposta all'accertamento) e in buona sostanza le modalità accertative da parte della Commissione medesima; un valore documentale, dunque, quello che deve ascriversi al certificato introduttivo, che discende da argomentazioni probatorie, prima sorrette dalla domanda, di cui il certificato era un allegato indubbiamente significativo, ma certo non sostitutivo di essa, come è, invece, per la normativa attuale.

Nel certificato, inoltre, oltre alla descrizione delle infermità cagionative della condizione di disabilità, devono essere riportati anche elementi assai importanti, cui precedentemente era riservata attenzione poco più che marginale. In particolare nel certificato deve essere segnalato se le infermità siano, in tutto o in parte, derivanti da situazioni di interesse risarcitorio civilistico, a sottolineare come la prestazione eventualmente erogata deve considerare altrettanto eventuali risarcimenti acquisiti con il fine espresso di impedire duplicazioni risarcitorie (secondo il principio, da un lato e dall'altro, di consentire/imporre all'Inps di procedere a doverose azioni di rivalsa). Il certificato attesta la condizione di disabilità nelle sue diverse accezioni, riassumendosi in un solo verbale le diverse ipotesi sino ad oggi diversificate (Invalidità civile, L. 104/92 ecc.). Dal certificato medico introduttivo scaturisce, come si è detto, la finalità della richiesta proposta alla fase successiva dell'accertamento e indirizza la costituzione della Commissione più adatta all'accertamento proposto. Il Certificato introduttivo definisce le infermità della persona secondo la classificazione internazionale Icd (Classificazione internazionale delle malattie).

La fase successiva è rappresentata dall'Accertamento di base, espletato da una Commissione organizzata dall'Inps (Unità valutativa di base) propedeutico, come si è anticipato, all'accertamento multidimensionale che rappresenta l'ulteriore e definitiva fase.

Anche per tale aspetto, la portata innovativa della norma richiede una evidente e sostanziale modifica rispetto alla pregressa metodologia, posto che l'accertamen-

to deve ispirarsi ai contenuti della procedura Icf (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute), la cui definizione è di per sé sufficiente a sottolineare la diversa natura e le differenti finalità dell'accertamento rispetto all'epoca precedente. La procedura Icf si prefigge di considerare le modalità con cui la persona si inserisce nel suo contesto socio-ambientale, considerando i diversi fattori che influenzano la sua salute, e di fornire indicazioni utili per promuovere il superamento degli ostacoli che connotano il bisogno. Non è la descrizione della invalidità e del suo grado che assume significato, dunque, bensì le caratteristiche dello stato di bisogno che consegue alla condizione di disabilità e delle procedure utili a superarle; non è una prestazione che è garantita al verificarsi della condizione di disabilità, ma un coacervo di prestazioni che derivano dalle caratteristiche del bisogno e delle modalità finalizzate a superarle e che sono specifiche e specificamente individualizzate per ogni soggetto disabile che rappresenta una entità esclusiva; è una metodologia che si sostiene attraverso una prospettiva complessa, di cui l'aspetto sanitario rappresenta una componente, indubbiamente importante, ma non unica; donde la necessità di ricorrere alla formula per cui la condizione di disabilità racchiude necessità, caratteristiche e bisogni di carattere bio-psico-sociale.

Parlando di "invalidità", come fino a pochi anni addietro si è fatto, si è fornito un modello di interpretazione che poteva definirsi essenzialmente "medico", nella misura in cui, individuata la malattia e valutato il grado di menomazione, si provvedeva ad indicare gli interventi di carattere essenzialmente economico, integrati dalla componente "sociale" espressa soprattutto dalla eliminazione di condizioni ostative all'espletamento delle attività, da parte dei Soggetti portatori delle menomazioni medesime. Il modello bio-psico-sociale, invece codificato dall'Oms nella Classificazione Icf, indica la disabilità come l'interazione tra la persona e l'ambiente in cui si trova a operare sul piano fisico, psichico e sociale (che può contenere elementi definibili come "barriere" o "facilitatori" fornendo indicazioni per la risoluzione o il miglioramento della condizione di disabilità attraverso formule di intervento misurate sulla persona nella sua individualità e sulle caratteristiche del bisogno che ne deriva. La Commissione preposta alla valutazione di base è costituita da due medici nominati dall'Inps, da un componente individuato in relazione alle specifiche condizioni di disabilità oggetto della valutazione, su indicazione delle Associazioni di categoria e di una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali. Le commissioni sono presiedute da un medico dell'Inps specializzato in Medicina legale. Nel caso non sia disponibile

un medico di medicina legale, l'Inps nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento dell'Inps in materia assistenziale o previdenziale.

Il riconoscimento della condizione di disabilità costituisce il risultato del procedimento valutativo di base, comprendente: l'accertamento e la verifica della condizione di salute della persona, descritta nel certificato medico introduttivo con i codici Icd; la valutazione delle durature e significative compromissioni dello stato di salute, funzionali, mentali, intellettive o sensoriali, in conformità alle indicazioni dell'Icf e tenendo conto dell'Icd; l'individuazione dei deficit funzionali e strutturali che ostacolano, in termini di salute, l'agire della persona e che rilevano in termini di capacità, secondo l'Icf; l'individuazione del profilo di funzionamento della persona, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi; la valutazione della ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali in termini di capacità secondo la classificazione Icf, nei domini relativi all'attività e alla partecipazione, considerando anche i domini relativi al lavoro e all'apprendimento nell'ambito della formazione superiore; la valutazione del livello delle necessità di sostegno, lieve o medio, o di sostegno intensivo, elevato o molto elevato, correlate ai domini dell'Icf sull'attività e sulla partecipazione. L'applicazione delle classificazioni Icd e Icf sarà obbligatoria a decorrere dal 1° gennaio 2025.

Secondo le indicazioni dell'Inps, al termine dell'accertamento da parte dell'Unità di valutazione di base, dovrebbe essere rilasciato un certificato unico attestante la condizione di disabilità e le caratteristiche del tipo di sostegno necessario, il riferimento alla particolare condizione invalidante (invalidità civile, cecità ecc.), particolari ed eventuali indicazioni in riferimento alla inclusione lavorativa, alla condizione di non autosufficienza o di disabilità gravissima.

Qui giunti si è, peraltro, solo al termine della prima fase del percorso assistenziale, posto che, al termine della valutazione di base e sempre che vi sia richiesta da parte dell'avente diritto, si proceda alla stesura del Progetto di vita personalizzato, che rappresenta realmente il passaggio normativo dotato di maggior carattere di innovazione.

Come riportato nel decreto, infatti, in riferimento alle caratteristiche del Progetto che l'avente titolo ha facoltà di proporre (art. 18) “1. Il progetto di vita è diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri. 2.

Il progetto di vita individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita, compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali. Nel progetto di vita sono, altresì, comprese le misure previste a legislazione vigente per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare e di chi presta cura ed assistenza...”.

Il progetto di vita è istruito dalla Unità di valutazione multidimensionale costituita, secondo la volontà della persona e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali da:

a) la persona con disabilità o chi abbia titolo a rappresentarlo; b) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali; c) uno o più professionisti sanitari designati dall'azienda sanitaria o dal distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria; d) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di necessità; e) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità; f) il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Possono altresì partecipare all'unità di valutazione multidimensionale su richiesta dell'interessato o di altro membro della stessa unità il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di equiparazione o il caregiver, un medico specialista o specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari, un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ed ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del terzo settore; referenti dei servizi pubblici e privati presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche a carattere informale. In altri termini ogni soggetto che possa apportare un contributo significativo e necessario alla costituzione del progetto medesimo. Della esecuzione del progetto deve farsi carico lo Stato, la Regione e l'Ente Locale.

Nei casi in cui l'applicazione della norma non garantisca adeguatamente la persona con disabilità, segnatamente verso il godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali che gli spettano, sulla base di uguaglianza con gli altri, è prevista l'applicazione dell'“accomodamento ragionevole”, che dovrebbe, secondo la norma, misurarsi su condizioni, citando il testo del decreto, “che non impongano un onere sproporzionato od eccessivo al soggetto obbligato”.

Si tratta, come è intuibile, di una formula veramente espressiva delle necessità di una persona con disabilità e sicuramente indirizzata ad individuare interventi di

puntuale rispondenza alle utilità e alle attese della persona. Indubbiamente significa anche dover procedere ad una completa rivisitazione di un approccio alla persona con disabilità sicuramente anacronistico e spesso non produttivo di effettiva utilità, che per la sua dimensione ben difficilmente potrà essere portato a compimento senza ricorrere a incrementi economici superiori a quelli di cui il decreto dichiara la disponibilità. Nel decreto si indicano anche con puntualità quelle che sono le finalità essenziali del progetto in termini di ambiti ed aree di riferimento (apprendimento, socialità ed affettività; formazione, lavoro; casa e habitat sociale; salute) e la nomina di un referente che ne segua l'esecuzione.

Non solo, ma se questo è ciò che la normativa prevede per il soggetto in condizioni di disabilità, non si può né si deve trascurare, quale aspetto di ulteriore e massima importanza, l'implementazione la integrazione del rapporto, in larga misura già in essere, che la novella norma prevede fra la condizione di disabilità e lo stato di non autosufficienza (totale o parziale) che deve prevedersi per la persona anziana. Premesso che attraverso il Punto unico di accesso (Pua) si definisce il Progetto assistenziale integrato (Pai), pur in assenza ancora di specifica regolamentazione, si ritiene che la Uvm dovrà organizzare le formule di intervento più congeniali rispetto al progetto individuale proposto. Ciò, in pratica, da assolversi tramite una integrazione fra i servizi di assistenza sanitaria e sociale, previa costituzione di équipe multidisciplinari che possano prendersi carico del soggetto portatore dello stato di bisogno e della metodologia utile a risolverlo o quantomeno a contenerlo adeguatamente.

Da quanto sin qui esposto non può che emergere una considerazione del tutto positiva quanto alle premesse, i contenuti e le finalità della nuova normativa sulla condizione di disabilità e per quanto attiene all'assistenza agli anziani.

Taluni aspetti di preoccupazione operativa non possono tacersi, tuttavia, per quanto attiene, ad esempio, alle strutture tramite le quali si ritiene di poter garantire le complete e complesse formule assistenziali che la norma si prefigge. Basti pensare alle Case di comunità, che dovrebbero rappresentare un punto fondamentale di riferimento e la cui costituzione stenta ancora ad attuarsi a livello nazionale e regionale.

La valutazione da parte della Uvb è indubbiamente assai indaginoso. Allo stato è prevista l'applicazione della nuova procedura solo per un ristretto numero di infermità e per una minoranza di Province sulle quali si eserciterà una difficile sperimentazione. L'Uvb è preposta, tenuto conto della documentazione allegata alla certificazione introduttiva e sempre potendone acquisire di nuova, a considerare

le caratteristiche, la risposta terapeutica e le complicità proprie alla malattia e ad accertarne la permanenza ed il livello di gravità. Le modalità operative sono definite per le tre patologie attualmente da considerare nella fase sperimentale, con Decreto 10 aprile 2025 n. 94 del Ministero della Salute “Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete tipo 2 ed alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione”. Il decreto, attraverso articolate e non chiarissime formule, indica come pervenire alla valutazione della invalidità, muovendo dalle antiche tabelle del 1992 (si è in attesa della promulgazione di nuove tabelle di cui non risultano, peraltro, definiti e noti i principi ispiratori. Per operare una sintesi necessaria, anche se indubbiamente foriera ulteriormente di dubbi e perplessità, il fine è quello di accertare e valutare le caratteristiche ed il grado delle infermità, considerate anche le comorbilità, nonché l'individuazione dei livelli di sostegno (lieve, medio, elevato o molto elevato) di cui il cittadino necessita. Se del caso l'Uvb deve evidenziare i livelli di non autosufficienza, la condizione di disabilità in confronto con i domini inerenti al lavoro e la formazione o verso l'introduzione scolastica.

Quali elementi di criticità sono da evidenziare, anzitutto, le caratteristiche del personale chiamato ad occuparsi delle nuove previsioni di legge, essendo, per taluni aspetti, richiesta una competenza ed una preparazione professionale che si è ben lontani dal poter prevedere allo stato in modo concreto. Giustamente è stato detto che da una formula di intervento a carattere prevalentemente medico si passa ad una ben più complessa formula a carattere bio-psico-sociale, ma se è vero, come lo è indubbiamente, che la Medicina legale può attrezzarsi rapidamente per una modernizzazione degli ambiti di sua competenza (basterebbe che anche le Scuole di specializzazione provvedessero ad una parziale e rapida ridefinizione dei propri programmi di insegnamento e di tirocinio verso una considerazione significativa degli aggiornamenti di legge), anche vero è che per allestire personale idoneo a svolgere le complesse mansioni che la legge prevede sono necessari perlomeno alcuni anni di preparazione da parte di professionisti le cui caratteristiche definitorie sono ancora in fieri (il riferimento è alla specificità della Psicologia sociale e socio-sanitaria, i professionisti sanitari in genere, l'utilizzazione di professionisti come gli Assistenti sanitari in rinnovate e prospettive proposizioni operative ecc., la creazione ex novo di soggetti che dovranno far parte della equipe multidimensionale e le esemplificazioni potrebbero inutilmente protrarsi, essendo, invece, il concetto assai chiaro e definito).

Ancora maggiori preoccupazioni non può non evocare la costituzione della Commissione preposta alla valutazione multidimensionale ed alla elaborazione del progetto di vita individuale, in riferimento al quale la matrice bio-medica della Commissione stessa ha in larga misura ristretto il proprio ruolo.

Non solo, ma nella definizione del progetto personalizzato e soprattutto nell'applicazione dei provvedimenti utili a promuoverlo e sostenerlo, appare evidente il ruolo normativamente previsto dell'Ente locale che dovrebbe farsi carico della sua traduzione operativa. Appare indubbio che il rispetto di quanto previsto dalla norma non potrà che rappresentare elemento di forte tensione fra le riconosciute necessità del cittadino e le difficoltà con cui l'Ente locale si trova quotidianamente a confrontarsi. Né le dizioni adottate nel decreto sembrano essere di maggior conforto alla sua positiva applicazione; basti pensare al progetto di vita personalizzato e partecipato, secondo una dizione che prevede un rapporto collaborativo e di sostanziale convergenza fra l'avente titolo e l'istituzione preposta a riconoscerne i diritti e le proposte esecutive utili a rimuovere le condizioni di bisogno generate dalla condizione di disabilità. Né appare migliorativo delle difficoltà la proposta di procedere ad un accomodamento ragionevole ove il progetto non sia concretamente attuabile o, in particolare, non lo sia per circostanze che lo rendano "sproporzionato" o "eccessivo" per il soggetto obbligato. Secondo un'interpretazione evidentemente soggettiva da parte dell'obbligato, questi può facilmente lamentare che le richieste avanzate siano eccessive o sproporzionate rispetto alle proprie disponibilità. Tuttavia, tali richieste derivano dalle necessità e condizioni di bisogno del proponente, il quale, al momento di formulare la propria proposta, non era tenuto a conoscere né a considerare le effettive risorse dell'obbligato.

Per ogni fase applicativa della procedura, dunque, deve prevedersi la possibilità che esistano condizioni di non condivisione fra le parti interessate e la possibilità di ricorrere ad ipotesi di contenzioso che possono vedere in una posizione assai diversificata la natura delle parti: la certificazione introduttiva può non sembrare idonea alla condizione lamentata dall'interessato, come può non essere ritenuta congrua la valutazione espressa dalla Uvb; può non ritenersi adeguata la metodologia di informazione sulla possibilità di formulare il progetto personalizzato, come può non essere ritenuta ammissibile la motivazione addotta per l'accomodamento ragionevole e così via per esemplificazioni utili solo a dimostrare come gli ambiti in cui le possibilità di contenzioso sono ampie a tal punto da richiedere un attento studio di carattere giuridico e consulenziale per ogni ipotesi che possa pur latamente prevedersi.

Il tutto ulteriormente complicato dalla consapevolezza che ci si muove in ambito completamente nuovo e inesplorato, dove anche situazioni che potrebbero sembrare contrassegnate da minima criticità celano, invece, più che complesse interpretazioni. Basti pensare, a titolo di mera esemplificazione, alla “riconduzione” che, in modo arbitrario e privo di motivazione, si è fatto applicando le tabelle dell’Invalidità civile alla nuova dimensione normativa: senza riflettere sulla banale notazione che le tabelle stesse sono riferite alla capacità lavorativa generica e la nuova condizione di disabilità si misura sulla condizione di bisogno generata dalla necessità di riportare a livelli il più possibile attigui alla “normalità” chi da questa condizione si discosti e necessiti di interventi appropriati a superare barriere ed a individuare elementi facilitatori per eliminare o contenere una condizione oppositiva di cui il lavoro assai spesso rappresenta la matrice meno significativa. O, per restare nell’ambito di specifica competenza medico-legale, alla previsione di doversi applicare diversamente la metodologia valutativa a seconda che stati di comorbilità sia da ritenere coesistenti o concorrenti in riferimento alla condizione di disabilità. Quando non si può non ammettere che la “salute”, nella definizione olistica dell’Oms di condizione di benessere fisico, psichico e sociale, la cui perdita è oggi alla base della condizione di disabilità, è concetto univoco ed unitario, donde la sua perdita parziale ad opera di infermità differenti non può che far ritenere sempre e solo concorrenti le infermità medesime che ne hanno determinato la perdita in misura totale o parziale.

Una ulteriore considerazione merita il ruolo del Patronato sorprendentemente emarginato nel percorso istitutivo ed applicativo della nuova normativa. Non è questa la sede per ricordare e riaffermare il ruolo svolto dal Patronato nei trascorsi decenni sia per ciò che attiene alla tutela del cittadino e del lavoratore nei diversi ambiti assistenziali e di previdenza e assicurazione sociale, sia, anche, per il supporto e l’apporto culturale, organizzativo e metodologico offerto dal Patronato al progresso normativo ed all’applicazione di ogni provvedimento promulgato. Nelle previsioni di cui alla legge sulla tutela dei cittadini in condizioni di disabilità, il ruolo di rappresentanza è stato riservato, in via semi-esclusiva, alle Associazioni di categoria sulla cui importanza e valore sociali e organizzativi nessuno, ovviamente, può o vuole evocare censure o riserve, ma la cui attività si è da sempre rivolta a prospettive diverse rispetto alla tutela di parte del cittadino-lavoratore nei cui confronti il Patronato è stato riconosciuto costantemente come portatore di deleghe nel sostegno individuale al riconoscimento dei diritti. Non vi è chi non veda come in riferimento alla norma sulla condizione di disabilità si assista ad un

pericoloso vuoto di tutela, che, per l'assenza di una specifica previsione sul ruolo del Patronato nei confronti della tutela e segnatamente delle varie fasi in cui l'accertamento e la valutazione delle condizioni di bisogno vengono ad esprimersi, rischia di creare un pericoloso senso di disorientamento e di abbandono nei confronti dei cittadini che, per la complessità applicativa della legge e dei decreti attuativi oggi più che mai necessitano di un'assistenza continua e costante. Tanto più se si considera che la normativa sulla disabilità, e gran parte dei provvedimenti in essa previsti, si interseca in modo evidente con la parallela norma dei diritti dell'anziano non autosufficiente, in merito alla quale il Patronato, come è del resto per la disabilità nelle sue varie componenti, può vantare una indiscussa, positiva e pluriennale esperienza.

Per altri aspetti non si può fare a meno di domandarsi se l'Inps possa effettivamente e debba farsi carico della applicazione di una legge tanto complessa, composita e variegata. Non esistono sostanziali problemi fino all'anno prossimo allorché la norma dovrebbe essere posta a regime, ma sembra solo perché, di fatto, in questa fase di sperimentazione si è innovato ben poco rispetto al passato, tanto che in sostanza le categorie della disabilità sono le stesse che caratterizzavano in epoca precedente i diversi ambiti dell'assistenza sociale.

In definitiva, ciò che si deve sottolineare è che una norma, la cui proposizione porta il nostro Paese ad uniformarsi con quanto già si prevede a livello internazionale e addirittura all'avanguardia in un modello assistenziale che sul piano teorico già poteva ritenersi avanzato, rischia di arenarsi sulle secche di una metodologia applicativa non sufficientemente approfondita e meditata, priva di competenze specifiche di cui si prospetta la necessità tecnica e professionale e priva di ogni riferimento alla rete interistituzionale che dovrebbe garantire l'applicazione della norma nelle fasi dell'accertamento di base, ma soprattutto nella prospettiva del progetto individuale e partecipato, collegato alle caratteristiche individuali del bisogno e del sostegno al cittadino in condizioni di disabilità, che rappresenta il più importante e innovativo aspetto della nuova legislazione.



*Le testimonianze
dalle prime province coinvolte*



Brescia

■ Claudia Gavazzi* e Ilenia Negri**

Nella provincia di Brescia, prima della riforma, le commissioni mediche valutative per il riconoscimento dell'invalidità erano in capo alle Aziende socio-sanitarie territoriali (Asst) ed erano dislocate su tutto il territorio bresciano, compresa la zona della Vallecamonica Sebino.

Dal 1° gennaio 2025, con la riforma che ha previsto che la valutazione medica sia esclusivamente in capo all'Inps, l'istituto bresciano si trova nella difficoltà di reperire medici legali in numero sufficiente a comporre le commissioni come previsto dalla normativa.

Questo ha comportato e comporta tutt'ora un importante ritardo nelle convocazioni valutative di base. I dati Inps ad oggi rilevano un arretrato di circa 5.500 pratiche in attesa di valutazione.

Questa situazione ha portato le Organizzazioni sindacali e i Patronati a chiedere un incontro con tutti i soggetti interessati alla riforma, per sensibilizzare sulla problematica rispetto all'enorme ritardo nel riconoscimento dei singoli casi.

Il 29 aprile scorso, presso la sede dell'Agenzia di tutela della salute (Ats) di Brescia, si è tenuto il Coordinamento provinciale sullo stato di avanzamento della riforma. Ha visto la partecipazione dei Direttori generali delle Ats di Brescia e della Montagna (Vallecamonica), dei Direttori dei distretti sociosanitari delle Asst, del Direttore Inps di Brescia e dei rappresentanti dell'Ordine dei medici della provincia.

Tra i diversi temi affrontati, è stata rilevata attività a tratti disomogenea sul territorio bresciano dei medici di famiglia nella redazione dei certificati e l'incomprensibile aumento di relativi costi.

Inca Brescia e Inca Vallecamonica hanno denunciato i gravi ritardi nelle valutazioni sanitarie, con particolare riferimento a quelle legate alla Legge 104, fondamentale per l'accesso a congedi e permessi da parte dei lavoratori e dei famigliari.

* Direttrice provinciale Inca Cgil Brescia

** Direttrice provinciale Inca Cgil Vallecamonica Sebino

Inoltre, per quanto riguarda il territorio della Vallecamonica è stato portato al tavolo della discussione anche la situazione di disagio per i soggetti fragili. Per effettuare la visita, che precedentemente veniva svolta sul territorio, ora sono costretti ad affrontare un viaggio di un centinaio di chilometri.

Per questa ragione e per altre, abbiamo chiesto ed ottenuto che per i casi più urgenti (oncologici, terminali ecc.) la valutazione di base venga espletata agli atti. Una situazione denunciata immediatamente all'opinione pubblica tramite giornali e mass media, su cui si continuerà a vigilare affinché vengano risolte le criticità e riconosciuti i diritti per i cittadini.

Le potenziali criticità dell'impatto della riforma della disabilità nella provincia di Catanzaro erano evidenti già prima dell'inizio della sperimentazione. Lo scetticismo riguardava l'impronta che si sarebbe dovuto dare al servizio di tutela, anche a seguito dei confronti con l'Inca nazionale. Nel corso del mese di gennaio del 2025 abbiamo assistito a un rifiuto, da parte dei medici di medicina generale, di compilare il certificato medico introduttivo, che prevede di fatto l'inoltro della domanda amministrativa per la verifica della condizione di disabilità. Dopo le festività natalizie, l'Inca di Catanzaro, insieme alla Confederazione, è riuscita a convenzionare sette medici di medicina generale, i quali a cadenza settimanale ricevono presso le nostre strutture Inca ed aiutano i nostri assistiti nella compilazione del certificato. Essere partiti subito con le convenzioni ha permesso all'Inca di Catanzaro di diventare un punto di riferimento per diversi medici di medicina generale che, nell'impossibilità di trasmettere il certificato introduttivo – per motivi di tempo e/o delle competenze necessarie, così diverse da quelle richieste per la loro professione – hanno deciso di appoggiarsi al Patronato.

I primi mesi sono stati particolarmente complicati: le convocazioni a visita non arrivavano, diversi nostri assistiti che soffrivano di patologie di natura neoplastica non riuscivano a ottenere nemmeno un riconoscimento economico. Una riforma, dunque, partita male in quanto fino ad aprile-maggio l'istituto non era nemmeno nelle condizioni di visionare i certificati inoltrati, non essendo peraltro in possesso dell'applicativo informatico prima dell'avvio della sperimentazione: una dotazione del genere avrebbe permesso di agire per tempo e non far gravare sull'utenza la riforma.

Pur evidenziando una certa velocità nelle convocazioni a visita, nella provincia di Catanzaro le tempistiche si sono dilatate, passando da 20 giorni a 45 giorni. Ciò

* Direttore provinciale Inca Cgil Catanzaro

è imputabile al fatto che prima la Commissione medica locale di Catanzaro e quella di Lamezia Terme visitavano 18 assistiti al giorno, mentre attualmente il numero si è ridotto a 6.

Un'altra criticità da evidenziare è il costo elevato dei certificati, che ha rallentato l'utenza nella presentazione dell'accertamento. Il nostro intervento, come Inca, è stato quello di calmierare i prezzi, rendendo fruibile l'accertamento a tutti coloro che si rivolgevano a noi.



Firenze

■ **Emilio Fabbri***

L'esperienza di Firenze, una delle nove province interessate dalla sperimentazione della riforma della disabilità, non è scevra di criticità: da una parte la procedura Inps, partita con alterna efficacia, presenta ancora diverse problematiche irrisolte, dall'altra il comparto dei medici certificatori constata a tutt'oggi tempi dilatati nella realizzazione dei certificati introduttivi, che anche dopo una prima semplificazione procedurale richiedono dai 45 ai 60 minuti per essere correttamente compilati, assieme ad un generale stato di sofferenza nell'integrare questo genere di assistenza con l'attività ordinaria. È bene ricordare infatti che ogni medico di base presente nel territorio provinciale ha in cura dai 1.500 ai 1.800 pazienti, numeri che già di per sé non consentono di garantire un'assistenza adeguata.

Tutto questo si è tradotto nei primi tre mesi dell'anno in un rifiuto collettivo di buona parte dei medici certificatori nel produrre i certificati introduttivi, con una ripresa graduale nel secondo trimestre, che ha comportato un innalzamento del costo del certificato stesso, tutt'altro che regolato dalla lettera della legge e lasciato alla scelta del singolo professionista sanitario. Ed è qui che nasce la stasi del diritto: se il Patronato Inca provinciale di Firenze registrava nel mese di marzo 2024 quasi 2.500 accessi ai propri servizi per avere ausilio su domande legate alla sfera della disabilità, nel bimestre gennaio-febbraio 2025 gli accessi sono calati di oltre l'80%. A questo scenario si aggiunge una forte perdita di accessibilità territoriale, passando dai numerosi punti visita messi a disposizione dalla Asl provinciale ai soli tre centri Inps attrezzati per effettuare le valutazioni di base, di cui due situate nel capoluogo. Al tempo stesso, si acuisce una cronica mancanza di personale medico-sanitario capace di far fronte alla mole delle richieste che ora sono interamente a carico dell'istituto.

* Direttore provinciale Inca Cgil Firenze

Ad oltre sei mesi dall'inizio della sperimentazione, il quadro complessivo ci racconta di un recupero e una lenta normalizzazione nella produzione dei Certificati medici introduttivi, che però sono sospinti del “recupero” di due mesi di quasi totale assenza, rimanendo comunque importante cartina di tornasole di quel che attende sia le undici province che entreranno nella sperimentazione a settembre 2025, sia l'Italia intera da gennaio 2027. Dalla genesi nobile, questa riforma dovrebbe rappresentare un'opportunità importante per migliorare la vita delle persone con disabilità, ma i fatti che emergono da questa esperienza non possono essere ignorati: è fondamentale che il Governo e le istituzioni coinvolte ascoltino attentamente le voci delle persone con disabilità, delle loro famiglie e degli attori che in questi anni, come il Patronato Inca e la Cgil, sono state al fianco di questi cittadini, adottando le misure necessarie per garantire che questo percorso riformista sia effettivamente inclusivo e rispettoso dei loro diritti.



Forlì-Cesena

■ **Emanuela Castagnoli***

Siamo stati affiancati dalle rispettive strutture regionali e nazionali che hanno tenuto e tengono tutt'oggi le fila del coordinamento di una riforma che sulla carta pone al centro la persona, ma nei fatti rischia, se non adeguatamente gestita, di determinare forti esclusioni.

L'informazione e la formazione sulla nuova riforma è stata organizzata in maniera capillare all'interno della nostra Camera del lavoro e non solo, tutti i materiali video e cartacei prodotti sono stati recapitati in maniera diffusa innanzitutto agli iscritti e alle iscritte.

L'Inps di Forlì-Cesena ci ha fornito in maniera costante gli aggiornamenti sulla riforma attraverso incontri sul territorio e principalmente, soprattutto nella fase iniziale, tramite i referenti Cgil presenti nei Comitati provinciali, i quali svolgono un ruolo fondamentale e prezioso per tutti noi e sono parte del nostro coordinamento territoriale.

A livello sindacale confederale unitario si è ritenuto di chiedere un momento di confronto tra tutti gli attori territoriali chiamati a dare attuazione ai contenuti della sperimentazione per far fronte a importanti criticità che venivano registrate in maniera costante.

A seguito di quella richiesta, con immediato riscontro, il Presidente della Provincia di Forlì-Cesena nonché Presidente della Conferenza territoriale socio-sanitaria ha convocato un tavolo con sindacati, Patronati, Inps, Ausl, presidenti dei Distretti socio sanitari e uffici di piano dei Comuni/Unioni, Ordine dei medici e Agenzia regionale per il lavoro, Comitato Inps: per tutti è risultato doveroso e indispensabile quell'incontro ed un punto di partenza per fare rete.

Il bilancio di questi primi sei mesi di riforma sperimentale, nonostante la grande collaborazione riscontrata nel territorio, a partire da Inps, non è però dei migliori.

39

* Direttrice provinciale Inca Cgil Forlì-Cesena

Abbiamo infatti dovuto lavorare senza decreti attuativi e con procedure informatiche che sono partite a rilento.

Le procedure di convocazione a visita da parte della Commissione Inps sono iniziate solo nel mese di marzo, ma rispetto all'organizzazione interna Inps dobbiamo dare atto che si sono attivati in maniera apprezzabile per recuperare la partenza tardiva.

Il costo decisamente aumentato dei certificati medici introduttivi e la firma digitale inizialmente richiesta ai medici non hanno reso lineare e indolore il passaggio alla nuova normativa.

A gennaio 2025 l'Ordine dei medici della provincia ha deciso di esprimersi sulle tariffe consigliate per la prestazione in oggetto.

Reperire medici da convenzionare con la nostra struttura, in grado di poter dare assistenza adeguata in termini di compilazione certificato medico per accertamento disabilità e soprattutto capaci di effettuare valutazioni in merito all'esito dell'accertamento ci ha visto in considerevole difficoltà. Tuttavia, siamo consapevoli di poter giocare un ruolo da protagonisti nel garantire la tutela di questo diritto e per questo stiamo lavorando e intensificando la campagna informativa per intercettare le persone che non si sono rivolte a noi prima della visita e che comunque devono essere supportate per l'invio dei dati socioeconomici.

Auspichiamo di poter assistere sempre più cittadine e cittadini per fare esercitare loro il diritto di essere tutelati, di avere assistenza in un tema così delicato in quanto spesso trattasi di persone fragili che nel percorso assieme ai propri familiari rischiano di soffrire in solitudine ed è per questo motivo che non mancheremo di essere presenti.

In ultimo, a questo lavoro si affianca tutta la gestione coordinata dalla Confederazione riferita al progetto di vita, come anche la gestione dei cambiamenti in istituto gestita dalla categoria Funzione pubblica, e l'informazione e la presa in carico alla cittadinanza, in particolare quella più fragile, con il supporto di tutte le categorie e in particolare dello Spi.

Un lavoro in sinergia, sul quale ogni tassello è fondamentale per dare una piena tutela e presa in carico delle persone con disabilità e dei familiari.



Frosinone

■ Roberto Fanfarillo*

L'esperienza di Frosinone, una delle 9 province interessate dalla sperimentazione, conferma che la riforma della disabilità è uno dei passaggi più delicati degli ultimi anni nell'affrontare questa tematica. Anche in questo territorio, l'applicazione della riforma ha evidenziato sin dalle prime fasi una serie di problematiche operative di rilievo. Il caso di Frosinone offre un esempio concreto delle difficoltà incontrate dagli utenti, dai medici certificatori e dagli operatori dei patronati coinvolti nell'attuazione del nuovo sistema.

Nei primi mesi del primo anno di sperimentazione, uno dei principali ostacoli è stato legato alla trasmissione del certificato introduttivo, documento essenziale per l'avvio dell'iter di riconoscimento dell'invalidità. In questa fase, molti medici certificatori hanno riscontrato problematiche tecniche che impedivano l'invio del certificato all'Inps. Solo successivamente, grazie a un intervento di semplificazione della procedura da parte dell'Istituto, la situazione ha registrato un parziale miglioramento.

Nonostante ciò, è emerso un ulteriore problema di tipo organizzativo e informativo: numerosi medici hanno continuato a sostenere di non poter trasmettere il certificato, circostanza non corrispondente al vero, alimentando disorientamento e ritardi tra gli utenti. Questo fenomeno, ancora oggi, costituisce una criticità rilevante.

Oltre alle difficoltà procedurali, un tema particolarmente sensibile riguarda il costo dei certificati medici, che in provincia di Frosinone oscilla mediamente tra i 50 e i 130 euro a carico del cittadino. Tale onerosità ha contribuito a scoraggiare molte famiglie, soprattutto quelle in condizioni economiche più fragili.

Gli effetti di queste criticità si sono riflessi immediatamente sul calo delle pratiche. Un'ulteriore problematica, fortunatamente quasi del tutto superata, ha riguardato l'invio all'Inps dei dati socioeconomici da parte dei Patronati, passaggio

* Direttore provinciale Inca Cgil Frosinone

indispensabile per la liquidazione della prestazione economica collegata al riconoscimento dell'invalidità. Nella fase iniziale, l'assenza di indicazioni operative chiare ha generato rallentamenti e ulteriori disagi agli utenti. Solo con l'adozione di procedure più definite e la collaborazione più stretta tra Patronati e Inps si è potuto normalizzare il flusso di trasmissione dei dati.

Un aspetto peculiare emerso a Frosinone riguarda la gestione delle Commissioni mediche Inps incaricate della valutazione delle condizioni di invalidità. Qui non esiste un numero fisso di commissioni operative: la loro composizione varia di volta in volta in base alla disponibilità di personale sanitario. La cronica carenza di medici certificatori ha reso necessario il ricorso a professionisti provenienti non solo dall'Inps, ma anche dalla Asl e dall'Inail. Questa modalità di formazione estemporanea delle commissioni ha determinato ulteriori difficoltà organizzative e allungato i tempi medi di attesa per la convocazione e la definizione delle pratiche.

Perugia

■ Roberto Panico*

A oltre sei mesi dall'applicazione della riforma sulla disabilità e la non autosufficienza, anche nella provincia di Perugia il quadro che emerge è fatto di luci, ombre e qualche temporale, con a tratti dei raggi di sole che fanno capolino.

È ormai trascorso un tempo sufficiente per affermare che lo Stato ha avviato una sperimentazione sulla pelle delle categorie più deboli: anziani, minori e disabili. È altrettanto evidente che i cittadini, da una parte, e l'Inps territoriale, dall'altra, sono stati le vittime designate di una decisione calata dall'alto, volta a testare una riforma ancora in fase di "formazione" e con un quadro normativo in evoluzione. Di fatto, si sta cercando di concretizzare un nuovo approccio alla disabilità e alla non autosufficienza, un tema molto delicato affrontato con un quadro normativo incerto, senza linee guida chiare e definitive, e con procedure online altrettanto precarie.

L'unica certezza è la perdita di capillarità territoriale: l'accentramento delle commissioni mediche presso le due sedi Inps di Perugia e Città di Castello (rispetto alle circa 34 nella provincia di Perugia nel 2024) rappresenta un grave arretramento rispetto al sistema precedente. Il passaggio dalle sedi Asl, capillarmente diffuse sul territorio e quindi più accessibili per gli utenti, a solo due sedi Inps (per alcuni cittadini distanti più di un'ora d'auto) per gestire circa 1.400 richieste di accertamento sanitario al mese è molto preoccupante.

Dai primi dati emergono due elementi: un calo del 30% delle domande rispetto al 2024 – il che significa che meno persone esercitano il diritto di essere sottoposte ad accertamento medico legale –, mentre è ancora presto per avere un dato chiaro rispetto alla percentuale dei riconoscimenti. L'aumento o meno del contenzioso legale sarà il vero termometro della situazione.

* Direttore provinciale Inca Cgil Perugia e Coordinatore Inca Cgil Umbria

Un altro elemento negativo è l'aumento dei costi che il disabile deve obbligatoriamente sostenere per la compilazione e l'invio telematico del certificato introduttivo, oggi più che raddoppiato rispetto al 2024, e per il raggiungimento dell'ambulatorio (auto, taxi, ambulanza ecc.) dove sarà sottoposto ad accertamento medico legale.

D'altro canto, questa sperimentazione ci ha fatto comprendere il valore del ruolo del Patronato nel supportare i cittadini, ma soprattutto nell'interloquire e collaborare con i livelli locali dell'istituto.

Nelle sedi individuate dall'Inps, in collaborazione con il Comitato provinciale Inps – di cui oggi abbiamo la presidenza, e che fin da subito ha seguito e sta seguendo con attenzione questa fase sperimentale – sono state realizzate delle sale d'attesa dedicate, dove è prevista anche la divisione tra minori e adulti. È stata inoltre prevista una calendarizzazione degli orari di visita per agevolare chi proviene da più lontano.

Su nostro suggerimento, e grazie all'aiuto del Comitato Inps, è stato predisposto un canale parallelo per gestire le visite urgenti e motivate (ad esempio, il caso del familiare che deve assistere il disabile e non può aspettare mesi per avere diritto ai permessi); oggi vengono definite in circa 30 giorni. Lo stesso ottimo risultato è stato ottenuto per i malati oncologici, che vedono concludere l'iter in circa 30 giorni.

Riteniamo deludente, invece, il confronto con l'Associazione dei medici di famiglia, che si sono mostrati distratti rispetto al problema dei certificati e poco coordinati. Al contrario, è stato e continua a essere ottimo il rapporto strutturato con i singoli medici di famiglia che hanno compreso appieno il valore della collaborazione con il Patronato.

Inoltre, l'esclusione del Patronato nella fase iniziale dell'istruttoria della domanda ha fatto venir meno la nostra azione di tutela e consulenza nei confronti delle persone, impedendoci di sviluppare tutto quell'aspetto dei diritti inespressi, sia previdenziali che di tutele generali.

È ancora lunga la strada per arrivare a un percorso corretto che metta al centro il disabile nell'esercizio dei propri diritti, ma siamo nella giusta direzione.

Salerno

■ Norberto Gagliardi*

La sperimentazione della riforma sulla disabilità nella provincia di Salerno è stata affrontata con non poche difficoltà. Tuttavia, la collaborazione tra l'Inca e la Cgil ha consentito la definizione di un nuovo modello organizzativo, grazie anche alla stipula di convenzioni medico-legali che hanno introdotto servizi e agevolazioni innovative per le persone con disabilità.

Come più volte evidenziato, le richieste di accertamento sanitario, rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, hanno subito una drastica riduzione. I costi troppo elevati per ottenere un certificato medico continuano a gravare sulle persone con disabilità e sulle loro famiglie.

Grazie alle convenzioni stipulate con i medici, è stato possibile garantire tariffe inferiori fino al 40% rispetto a quelle normalmente applicate dai medici di medicina generale: un risultato importante che mette al centro la tutela di tutte e tutti. Diverse convenzioni sono state attivate per coprire l'intero territorio provinciale: nelle aree in cui è presente il medico convenzionato, si registra un numero consistente di pratiche aperte; al contrario, nelle zone in cui tale figura è carente, si osserva un calo marcato. Questo modello potrebbe rappresentare una strategia utile anche per le altre province.

Un ulteriore elemento positivo è rappresentato dalla proficua collaborazione con la sede provinciale dell'Inps, che ha consentito di affrontare efficacemente molte delle criticità legate alla fase sperimentale. È tuttavia rilevante notare che, nel primo semestre del 2025, il numero complessivo di nuove domande ha registrato una riduzione significativa rispetto allo stesso periodo del 2024. Il totale delle pratiche aperte dall'Inca riflette questo stesso andamento, in linea con i dati dell'Inps.

Permangono comunque diverse criticità. In particolare, la piattaforma dedicata alla raccolta dei dati socioeconomici risulta spesso non funzionante. Altra proble-

* Direttore provinciale Inca Cgil Salerno

matica è l'impossibilità, per gli utenti, di visualizzare i verbali. Notevoli difficoltà si sono registrate anche nell'ambito del collocamento mirato, soprattutto nei primi giorni della sperimentazione.

I medici di medicina generale, inoltre, segnalano che i tempi necessari per la compilazione della nuova domanda sono eccessivi. Considerando il carico di lavoro già presente, spesso non riescono a trasmettere le richieste nei tempi previsti.

Nella provincia di Salerno si è tenuta anche un'importante iniziativa: il convegno dal titolo "Progetto di vita: un diritto per tutti. La riforma sulla disabilità dalla sperimentazione all'attuazione nella Regione", promosso dal Comitato regionale e dalla Direzione regionale Inps Campania. L'evento ha visto la partecipazione di numerosi protagonisti del settore, tra cui l'Inps, a cui la riforma ha attribuito il ruolo di "accertatore unico". Tra i relatori anche l'Inca Cgil, rappresentata dal Presidente nazionale Michele Pagliaro. Un'occasione per fare il punto su una sperimentazione sì locale, ma che interesserà tutta Italia.

Sassari

■ Donatella Piana*

Anche in Sardegna la riforma della disabilità ha palesato fin da subito tutti i limiti di una norma scritta, sì, con buone intenzioni, ma non supportata da risorse umane, organizzative, logistiche in grado di realizzarla. L'esperienza dei due territori della regione coinvolti nella sperimentazione (Sassari ed Olbia) non restituiscono dati confortanti.

Fin da subito si sono manifestate tutte le incertezze dell'Istituto previdenziale nel non riuscire a subentrare alle Asl di riferimento nei tempi e con le modalità previste dalla legge. Problemi di carattere logistico (sedi Inps non idonee ad accogliere i soggetti disabili con limitazioni motorie), carenza di medici formati sulla specifica materia hanno reso impossibile rispettare i tempi della riforma, attivando, di fatto, il servizio a marzo inoltrato e accumulando già tre mesi di lavoro arretrato.

Questo elemento ha determinato la scelta dell'Inps di procedere con la valutazione dei casi potenzialmente più evidenti sulla base della documentazione acquisita agli atti, evitando così le convocazioni a visita in presenza, nel tentativo di recuperare, per quanto possibile, il tempo sino a quel momento perso.

La domanda è: “tutti questi elementi insieme (recupero dell'arretrato, carenza di medici formati a dovere, valutazione sugli atti) possono determinare giudizi, se non frettolosi, quantomeno incompleti?”. Noi crediamo di sì. Citiamo il caso di un paziente affetto da “adenocarcinoma localmente avanzato al polmone sinistro (...)”. L'accertamento avviene il 27 maggio. Nel certificato definitivo (ex verbale) viene riportata una programmata chemioterapia che, però, sarebbe iniziata il 6 giugno, ovvero 10 giorni dopo la chiusura dell'accertamento. Il paziente ottiene “solo” il 100%, senza accompagnamento, nonostante gli effetti della chemioterapia siano oggi più che evidenti. È un caso? La valutazione può considerarsi comunque corretta? L'esperienza maturata sino ad oggi con le nostre Asl fa sor-

* Direttrice provinciale Inca Cgil Sassari

gere qualche dubbio, quantomeno sul fatto che la valutazione potesse essere sospesa in attesa di avere un resoconto definitivo sul tipo di terapia, sul dosaggio, sulla sua durata.

Un secondo aspetto molto preoccupante è rappresentato dalla decrescita delle domande presentate. L'analisi specifica dei numeri ci dice che le fasce economicamente più deboli fanno ancora fatica ad accedere alla prestazione a causa del costo ancora elevato del certificato introduttivo, che varia dai 150 ai 200 euro nei casi più fortunati (con sporadiche punte oltre i 200), costo per molti insostenibile, con la conseguente rinuncia alla richiesta dell'accertamento. L'Inca viene chiamato in causa giornalmente dai propri assistiti affinché sopperisca, in qualche modo, a questo "mercato" indiscriminato dei certificati introduttivi. Nel frattempo, a fare le spese di questa riforma sono proprio i soggetti più fragili che, nelle intenzioni, avrebbero dovuto trarne i maggiori benefici.



Trieste

■ Gianni Bertossi*

Preoccupazione politica e organizzativa, ma anche senso di responsabilità per restare, in un passaggio così critico, un punto di riferimento per molte persone che avrebbero potuto trovarsi in difficoltà. È questo lo spirito con cui sul territorio di Trieste l'Inca e la Confederazione tutta hanno affrontato fin dalla primavera del 2024 l'arrivo della riforma e il dispiegamento degli effetti dei decreti attuativi.

In questo percorso, è stato importante anche il confronto con le rappresentanze dei medici di medicina generale, dal quale risultava chiaro quanto fosse complessa la riforma e il rischio che l'attuazione fosse troppo superficiale e frettolosa. A partire dal fatto, incomprensibile, di fare i test sulle piattaforme informatiche per i medici e per i Patronati a riforma avviata.

È stata la consapevolezza della complessità della riforma e del nostro mandato di rappresentanza che ha portato Inca e Camera del lavoro, sentiti Cisl e Uil, a chiedere un confronto con il Prefetto, chiedendo con successo che si facesse promotore di un tavolo di confronto interistituzionale con Inps, Azienda sanitaria e, dal prossimo incontro, anche con i servizi sociali del Comune.

Sul fronte più organizzativo dell'Inca, eravamo consapevoli che, per come era concepito l'avvio della riforma, vi sarebbero stati problemi e fin da gennaio abbiamo dato la possibilità a coloro che sarebbero rimasti "sprovvisti" di un medico certificatore di poter contare sugli uffici Inca per assolvere a tale compito. Come altrettanto attenta e presente è stata l'informazione data alle cittadine e ai cittadini nelle nostre sedi e presso quelle dello Spi.

Per quanto nel corso del tempo il numero di certificati inviati mensilmente si sia stabilizzato e abbia raggiunto quelli dell'anno precedente, rimangono alcune criticità. Uno dei punti centrali è stato evidenziato al Prefetto fin dall'inizio, ovvero

* Direttore provinciale Inca Cgil Trieste

che la tempistica e le modalità di attuazione della riforma hanno creato difficoltà e determinato perdita di diritti nei confronti delle cittadine e dei cittadini.

L'impegno di Inca, a Trieste, è stato e rimarrà quello di affrontare con serietà questo passaggio, attraverso il confronto costante con la Cgil, con l'Inca nazionale, anche attraverso un continuo aggiornamento formativo.



*La posizione della Cgil
e dello Spi*



Disabilità e invecchiamento: vertenzialità per cambiare una riforma sul futuro del Paese

■ Tania Scacchetti*

L'emergenza invecchiamento è la preoccupazione che al momento più interessa il nostro sistema economico e di welfare. La progressiva rapida crescita del numero di persone over 65 nel nostro Paese impone la riconsiderazione delle politiche e dei servizi dedicati espressamente a questa fascia di cittadini.

Certamente l'allungamento della vita è un aspetto positivo, foriero di nuove opportunità, a cui hanno contribuito anche le lotte sociali e sindacali, che hanno migliorato le condizioni e la speranza di vita. Ed è altrettanto vero che, soprattutto prima della pandemia, molti indicatori di salute mostravano un contenimento del manifestarsi di condizioni di morbilità o disabilità, e quindi un graduale spostamento verso età progressivamente più avanzate dell'insorgere di condizioni di salute compromesse.

Un traguardo messo in discussione dalla crisi pandemica da Coronavirus, che ha colpito in particolare la popolazione anziana. Ma ad aggravare ulteriormente la situazione è stato – come ha più volte ribadito l'Oms – il sovrapporsi dell'altra grande "epidemia: quelle delle malattie croniche". Così, in termini assoluti, il numero di persone anziane che necessitano di cura e di assistenza sembra destinato ad aumentare a causa del crescente invecchiamento della popolazione. Un invecchiamento che però rischia di essere anche un peggioramento delle condizioni di vita, se non accompagnato da un'attività di prevenzione e cura delle patologie croniche.

I dati Istat indicano chiaramente che la presenza di cronicità e multimorbilità hanno un forte impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e di conseguenza sulla qualità della vita, in particolare fra le persone molto anziane.

* Segretaria Spi Cgil

La non autosufficienza, che indica la condizione in cui le persone hanno difficoltà a svolgere autonomamente una o più funzioni della vita quotidiana e che per questo per lunghi periodi di tempo hanno bisogno di assistenza residenziale o domiciliare, si pone infatti al margine estremo di una condizione di difficoltà di movimento o di ridotta autonomia che riguarda comunque una parte consistente degli anziani.

Per queste semplici ragioni come Spi abbiamo ritenuto importanti e significative le riforme che nel Pnrr guardavano la disabilità e la non autosufficienza, con l'obiettivo, nella prima, di promuovere l'autonomia, l'inclusione e la partecipazione delle persone con disabilità alla vita sociale, lavorativa e relazionale, superando un approccio sostanzialmente assistenziale e, con la seconda, di migliorare la qualità della vita delle persone anziane e la loro inclusione sociale. Assicurando così il diritto di ogni persona anziana di vivere e di essere curata a casa propria o ricoverata in un luogo familiare e amichevole.

Entrambe le riforme derivano da una delega del Pnrr, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di persone vulnerabili. La riforma degli anziani (la Legge 33/2023) tiene conto della disabilità, soprattutto per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti.

La riforma della disabilità è rivolta principalmente agli under 65: a sua volta, considera per il momento anche gli anziani over 65 e over 70, con una *valutazione di base espressa dall'Inps* che deve tenere conto della loro condizione di non autosufficienza per erogare prestazioni molto importanti (invalidità, indennità di accompagnamento ecc.)

In sintesi, le due riforme si dovrebbero intrecciare con l'obiettivo di creare un sistema di welfare più inclusivo e attento ai bisogni delle persone anziane e con disabilità.

Ad oggi occorre tuttavia mettere in evidenza che a fronte di obiettivi di cambiamento "epocale" e di svolta, la vita reale degli anziani con disabilità (come di tutte le persone con disabilità) e delle loro famiglie continua ad essere una corsa ad ostacoli, con diritti non sempre esigibili, con servizi insufficienti e, in molti casi, con costi crescenti.

All'obiettivo ambizioso di promuovere l'autonomia delle persone con disabilità e di dare piena attuazione ai diritti di cittadinanza si stanno contrapponendo gli esiti di una sperimentazione, oggi rivolta a nove province a cui se ne aggiungeranno altre undici entro la fine dell'anno, che mette in evidenza le grandi criticità in termini di governance contraddittoria (la sperimentazione sulla valutazione di

base fatta da Inps per le misure di natura statale e la valutazione multidimensionale territoriale per il Piano di assistenza individuale e il Progetto di vita), di accesso, tempi ed esigibilità delle risposte.

La novità più rilevante della Legge 227/2022 e del suo decreto attuativo consiste innanzitutto nella definizione della condizione di disabilità e poi certamente nella valutazione di base, effettuata da una Commissione Inps, valida per ogni accertamento di invalidità civile attualmente previsto dalle normative, e che deve tener conto sia degli aspetti specificatamente sanitari che dell'aspetto sociale, cioè della relazione fra le difficoltà fisiche o psichiche e il contesto in cui la persona vive e le barriere che possono impedire la partecipazione.

A questo si aggiunge poi la valutazione multidimensionale territoriale per accesso al Pai (Piano di assistenza individuale) e al Progetto di vita, vero fulcro della riforma, che ambisce a garantire l'autodeterminazione della persona e il suo protagonismo e che, però, soprattutto per l'assenza di adeguate risorse sul personale, per i ritardi nell'attuazione del Pnrr e per la scarsa integrazione fra sociale e sanitario rimane sostanzialmente inattuato.

Tutto bello sulla carta, ma la sperimentazione in corso indica senza possibilità di contraddittorio che il nuovo sistema rischia di essere solo un labirinto burocratico, che sta determinando un crollo delle domande, una forte differenziazione territoriale e di conseguenza l'incapacità di garantire risposte, anziché renderle più veloci e certe.

Del resto attuare riforme senza risorse aggiuntive e senza alcun confronto con le parti sociali non è un buon biglietto da visita. Per queste ragioni lo Spi, insieme a Cgil e Inca, è protagonista di una **grande campagna di informazione e di verticalità** e denuncia perché in gioco c'è la dignità delle persone più fragili oltre che la garanzia dei loro diritti. Insieme a Patronato e Cgil abbiamo indicato alcuni possibili terreni di lavoro, dalla semplificazione del certificato medico introduttivo alla necessità di potenziare la rete Inps territoriale, dal rafforzamento degli organici al coinvolgimento territoriale di Patronati e organizzazioni per informare e costruire percorsi certi in tempi ragionevoli.

Abbiamo necessità che queste riforme non siano trattate come mera propaganda per coprire ancora una volta i tagli al welfare, quindi ai diritti delle persone. In una società in cui aumentano cronicità e fragilità e in cui le risposte pubbliche rischiano di essere sempre più di carattere residuale a vantaggio della privatizzazione dei servizi, battersi per la dignità e per il rispetto e la tutela delle persone anziane significa battersi per una società più giusta.

Disabilità e lavoro: dal progetto di vita alla realtà negata

■ Maria Grazia Gabrielli*

Nel progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, previsto dal Decreto legislativo 62/2024, il ruolo del lavoro non può che avere un'importanza significativa. Nelle aree di intervento del progetto di vita c'è, appunto, la formazione e il lavoro. Inoltre, troviamo un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità come componente dell'unità di valutazione dimensionale incaricata a elaborare il progetto di vita.

Il lavoro diventa un punto centrale anche ai fini dell'inclusione e partecipazione. Un passaggio importante che dovrebbe tradurre il diritto fondamentale previsto nell'art. 4 della nostra Costituzione e dovrebbe dare piena attuazione alla “Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità”, alla “Carta di diritti fondamentali dell'Unione Europea” e alla “Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030”.

Il condizionale è amaramente d'obbligo perché il primo ostacolo frapposto tra il diritto e la sua esigibilità è che la sfida posta dalla riforma si è arenata ancor prima di partire, come più volte abbiamo denunciato e continuiamo a denunciare.

Se il cuore della riforma con il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato è ancora arenato, in un cono d'ombra vive la Legge n. 68/1999, normativa cardine sul tema del lavoro, che ha come finalità la promozione dell'inserimento e dell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità.

Una legge su cui si è aperto da tempo un dibattito relativo alla necessità di una revisione o per alcuni anche superamento che, come Cgil, non condividiamo. Continuiamo invece a sostenere la validità della Legge 68/1999 per la conquista che ha rappresentato in termini di diritti e di civiltà e sosteniamo la necessità di una piena attuazione del collocamento mirato, ovvero “quella serie di strumenti

* Segretaria Cgil

tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone in base alle loro capacità lavorative, così da inserirle nel posto adatto, attraverso forme di sostegno, analisi del lavoro, soluzione dei problemi connessi agli ambienti lavorativi”.

La discussione dovrebbe essere orientata quindi in un'altra direzione e necessiterebbe di essere affrontata con urgenza a partire, ad esempio, dall'investimento in termini assunzionali, di risorse economiche e di competenze per rafforzare e qualificare il loro ruolo finalizzato a costruire realmente un collocamento mirato.

Un altro punto critico da affrontare è quello introdotto dal Decreto legislativo 151/2015. Dalla disciplina sul collocamento mirato, infatti, è stato eliminato qualsiasi riferimento all'avviamento numerico delle persone con disabilità, se non in casi sporadici, qualora il datore di lavoro non rispetti i termini indicati. È stata generalizzata la richiesta nominativa rispetto alla norma precedente, modifica che la Cgil ha criticato sin da subito, e che ha suscitato perplessità anche da una parte della dottrina che ne ha ravvisato possibili rischi di discriminazione, soprattutto per quelle persone con disabilità più gravi e complesse che necessitano di maggior attenzione per una corretta inclusione lavorativa.

58

A queste priorità da affrontare per attuare fino in fondo la Legge 68/99 parla lo stesso monitoraggio dei dati sull'occupazione delle persone con disabilità che meriterebbe una capacità di aggiornamento più tempestiva. Infatti, i dati ancora oggi disponibili si riferiscono al periodo pandemico da cui ne sono fortemente condizionati pur restando significativi perché mostrano una tendenza costante negli anni. Le persone con disabilità in cerca di una occupazione, quindi iscritte agli elenchi competenti per il collocamento mirato, risultavano 794.937 nel 2020, diminuite a 774.507 nel 2021. La presenza di donne iscritte agli elenchi è inferiore agli uomini in entrambe le annualità, 331.238 nel 2020 e 323.350 nel 2021.

Risultano occupati solo il 12% di coloro che hanno una limitazione grave e il 28,9% di coloro che hanno una limitazione non grave, il tasso di “ritiro dal lavoro” è molto elevato, 48,4% tra le persone con gravi limitazioni e 38,9% tra quelle con limitazioni non gravi.

Le assunzioni nel 2020, per i datori pubblici e privati, sono state 32.778 di cui 13.695 donne, e nel 2021 41.323, di cui donne solamente 17.777.

La tipologia di contratto prevalente è quella a tempo determinato, con il 59% delle registrazioni in entrambe le annualità.

I dati – molto più dettagliati – compresi nella ricerca dell'Inapp restituiscono la fotografia dei punti di difficoltà da rimuovere per costruire, su presupposti diversi,

l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità: il mancato collegamento tra scuola e lavoro, le disparità sociali e territoriali esistenti nel nostro paese, le scarse risorse per le politiche attive del lavoro, alcune riforme che negli anni hanno messo in crisi il sistema del collocamento mirato, e, non ultima, la mancanza di confronto tra le istituzioni e le parti sociali, la costruzione anche dal versante delle imprese private e pubbliche di una cultura dell'inclusione per evitare che si preferisca pagare le sanzioni piuttosto che ottemperare alle scoperture e dove la forma dell'appalto a cooperative e associazioni diventa più funzionale e più agevole dell'impegno all'assunzione diretta delle persone con disabilità.

In questa cornice, ancora di più, continuiamo ad esprimere preoccupazione sull'utilizzo delle risorse derivanti dal Pnrr che potevano costituire una straordinaria possibilità di rimuovere i fattori che determinano e alimentano la cronicizzazione del rischio di marginalità. Nell'ambito del programma Gol "Garanzia per l'occupabilità dei lavoratori", ad esempio, dei potenziali beneficiari con vulnerabilità solo il 4,5% delle persone con disabilità ha avuto una presa in carico.

Accesso al lavoro sta insieme alla continuità e al consolidamento della propria esperienza lavorativa che realizza un progetto di vita autonomo e partecipato e questa è l'altra sfida ancora non raggiunta. Un percorso in cui le imprese e le diverse istituzioni hanno una responsabilità importante, ma il tema degli Accomodamenti ragionevoli – che meritano una loro trattazione dedicata – parla anche al ruolo contrattuale e negoziale nei luoghi di lavoro che il sindacato può e deve assumere con più forza per determinare un cambiamento positivo sulla direttrice dell'inclusività, dei diritti, del benessere delle persone nel lavoro.

C'è un terreno di opportunità e di concretezza su cui agire e strumenti dedicati su cui indirizzare le scelte, ma che ancora una volta il Ministero competente e il Governo decidono di non intraprendere, ignorando il confronto con il sindacato e preferendo la propaganda su una epocale riforma della disabilità che nei fatti non c'è. La strada sindacale per l'affermazione dei diritti e l'inclusione a partire dal lavoro per le persone con disabilità è necessaria e va percorsa fino in fondo per un modello sociale senza ostacoli.

Riforma della disabilità e welfare: un'opportunità da non perdere... e non disperdere

■ Daniela Barbaresi*

La Legge delega 227/2021 prefigura un nuovo sistema di welfare a supporto delle persone con disabilità, dando attuazione a quanto previsto dalla Riforma 1.1 del Pnrr (Missione 5 – Componente 2) che prevedeva, appunto, l'adozione di una legge quadro per le disabilità “nell’ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell’autonomia delle persone con disabilità”.

Al centro della riforma va evidenziata l'importanza della libertà individuale e quella di scelta che deve avere la persona con disabilità, pilastro della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Tuttavia, l'impianto della legge delega non è stato coerentemente ripreso in tutta la sua complessità dal D.lgs. 62/2024, che ad oggi trova enormi difficoltà nella sua applicazione, a partire dalla “Valutazione di base”, ma ancor più dal “Progetto di vita”. Il D.lgs. 62/2024 individua nel “progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato” lo strumento deputato a garantire “l’effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali”, tra cui “la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un’adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali”. Inoltre, riceve ampio riconoscimento il principio di autodeterminazione: il progetto personalizzato non solo deve essere “diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte”, ma deve anche essere elaborato “con la partecipazione della persona con disabilità e di chi la rappresenta”.

Il Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato è riconosciuto come diritto fondamentale delle persone con disabilità, e deve garantire la loro autodeterminazione.

* Segretaria Cgil

Viceversa, oggi siamo di fronte ad un sistema di welfare che, nel suo assetto ordinario, in rari casi interviene efficacemente, poiché troppo spesso scarica il carico assistenziale sulle famiglie.

In molti territori è l'offerta disponibile di servizi che chiede alle persone di adattarsi, e non – come invece dovrebbe essere – la domanda che determina l'attivazione un'adeguata gamma di servizi. Questo è un problema strutturale di un welfare che non mette al centro la persona, ed è poco flessibile rispetto alla personalizzazione dei servizi.

Troppo spesso si fa confusione, tra i progetti di vita che troviamo già in essere (es.: L. 328/2000) in alcuni territori, e il progetto di vita della riforma della disabilità. Il progetto di vita individuale partecipato e personalizzato potrebbe veramente rappresentare la conquista dei pieni diritti di cittadinanza per le persone con disabilità.

La titolarità del progetto di vita, la sua attivazione, redazione e monitoraggio spettano alla persona con disabilità, attore attivo e partecipe alla costituzione e implementazione del progetto che deve essere sostenibile nel tempo, ovvero garantire continuità di strumenti, risorse, interventi, benefici, prestazioni, servizi e accomodamenti ragionevoli; garanzia che deve avvenire a partire dalla costruzione trasparente del budget di progetto.

Questo pone molta attenzione al contesto di riferimento, mettendo al centro la persona con disabilità, i suoi bisogni, le sue necessità, i suoi desideri, al fine della piena inclusione. Troppo spesso però, le intenzioni sono rimaste buoni propositi, mentre frequentemente le fasce più vulnerabili della popolazione sono rimaste con un contenitore vuoto in mano.

Ad oggi moltissimi degli attori istituzionali e non solo non hanno ancora chiaro la portata della innovazione necessaria e il cambio di passo che li attende. Dagli incontri svolti finora dalle compagne e compagni dei territori con le amministrazioni locali, abbiamo capito che sono ancora troppi i problemi che impediscono la realizzazione dei progetti di vita previsti dalla riforma, primo fra tutti la mancanza di risorse adeguate. I fondi nazionali per sostenere il cambio di prospettiva sono esigui, e si delega l'onere maggiore alle amministrazioni locali che, come ben sappiamo, sono già in sofferenza. È utile ricordare che l'integrazione socio-sanitaria è spesso il punto più delicato del sistema dei servizi e conseguentemente degli interventi dedicati alle fragilità.

Le Regioni dovranno rapidamente trovare la giusta strada, per dare risposte concrete, attuando e promuovendo atti di programmazione mirati a costruire risposte

di sistema a problemi complessi, incentivando con adeguate risorse, gli ambiti territoriali sociali.

Il D.Lgs. 62/2024 aveva previsto un anno di sperimentazione, estesa poi a 24 mesi, quindi la Riforma della disabilità partirà a pieno regime su tutto il territorio nazionale solo dal 1° gennaio 2027.

Il prolungamento della sperimentazione, deciso dal Governo, creerà ulteriori difficoltà in situazioni locali già particolarmente sguarnite di servizi e strumenti. Spesso i tempi dilazionati, assecondando l'inerzia di alcune amministrazioni locali e il rinvio di alcune scelte. L'effettiva entrata in vigore del decreto avrebbe consentito di accelerare in maniera decisa il cambio di prospettiva a cui l'intero sistema si sta orientando.

Le persone con disabilità e le loro famiglie dovranno attendere un anno in più per la piena attuazione del progetto di vita, ma, viste le premesse, forse, i tempi prestabiliti non basteranno. Il traguardo per una piena inclusione è ancora molto lontano. La riforma ha bisogno di concretezza, di risorse certe, di uno sforzo e un impegno maggiore, nonché di un grande lavoro condiviso e di partecipazione.