

INPS



ACCADEMIA

NUMERO 0 | DICEMBRE 2025 | GENNAIO 2026

RASSEGNA DI MEDICINA LEGALE PREVIDENZIALE E ASSISTENZIALE



La rivista è curata dal Coordinamento Generale Medico Legale, in collaborazione con la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS e la Direzione Centrale Comunicazione

DIRETTORE RESPONSABILE:
Cristina Deidda (fino al 31/12/2025) - Vito La Monica

DIRETTORE EDITORIALE:
Salvatore Santangelo

DIRETTORE SCIENTIFICO:
Raffaele Migliorini

COMITATO SCIENTIFICO:
Grazia Alecce, Fulvio Antonietti, Giovanni Bianco, Carlo Blasi, Lea Cinzia Caprioli, Andrea Cavalli, Nunzia Cannovo, Cristina Catalano, Alessio Coletti, Carlo De Collibus, Lucia Amanda Danna, Marcello Epifanio, Giuseppe Fatigante, Paola Giallonardo, Mariacristina Gervasi, Gaetano Manfredonia, Fabrizio Meus, Vito Misciagna, Roberto Muscatello, Nicola Pergola, Corrado Pietrantuono, Francesco Reali, Leonardo Sammartano, Antonio Sapone, Alessio Sullo, Antonio Soddu, Nicola Salvatore Tarantino, Silvio Vagnarelli, Lucia Zanardi

COMITATO DI REDAZIONE:
Assunta Capozzella, Chiara Merulli, Maria Reale, Carmina Sacco, Maurizio Vaccaro

PROGETTO GRAFICO:
Valeria Valdiserri

SEGRETERIA:
Daniela Angelini, Fiorella Chiapparelli, Marco Ferroni, Sonia Tilia

CONTATTI
Per informazioni e contributi editoriali: Email: StudiRicerche.MedicoLegale@inps.it
Indirizzo: Largo Jose Maria Escrivà de Balaguer, 11 - 00142 Roma - Telefono: 06 59057382

INDICE

EDITORIALE Valeria Vittimberga, <i>Direttore Generale</i>	5
EDITORIALE <i>Direttore centrale Formazione e Accademia INPS</i>	9
EDITORIALE Raffaele Migliorini, <i>Coordinatore Generale Medico Legale</i>	13
Commissione Medica di Verifica INPS di Roma in tema di l.335/95 a due anni dall’inizio dell’operatività Antonello Molinaro, Teresa Grazia Stamerra, Gerardo Anastasio, Mazzamurro Anna, Assunta Capozzella, Consuelo Alfano	17
Il Contenzioso Giudiziario Medico Legale di competenza Inps in ambito Assistenziale e Previdenziale degli iscritti all’assicurazione Generale Obbligatoria (Ago): ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (Parte 1) Cristina Catalano, Arianna Giovannetti, Lucilla Mugnaini, Barbara Romano, Fabio Colaiuda	27
Il Contenzioso Giudiziario Medico Legale di competenza Inps in ambito Previdenziale dei dipendenti pubblici: ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (Parte 2) Cristina Catalano, Arianna Giovannetti, Lucilla Mugnaini	35
Disturbi Mentali (ICD-IX). Analisi delle prestazioni previdenziali INPS dal 2017 al 2024 Alessandro di Luca, Elisa Bonanni, Pasquale Petruzzo, Andrea Cavalli	45
Valutazione di base della disabilità ex D.Lgs 62/2024: finalità, criteri e procedimento Giuseppe Fatigante, Alessandra Premate, Antonietta Decina, Caterina A. Sansotta, Stefania Fagnoli, Monica P. Ravoni	73
Disturbi specifici dell’apprendimento (DSA) in Italia: analisi comparativa delle tutele scolastiche e assistenziali e riflessi medico-legali Francesca Filloramo, Alessandro di Luca	103
La persona anziana non autosufficiente: il quadro normativo e l’apporto della Medicina Legale Angelo Moroni, Raffaele Migliorini, Assunta Capozzella, Maurizio Vaccaro	115
L’International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) nella valutazione della disabilità a fini assistenziali - L’esperienza dell’Australia Serenella Serinelli	127
Considerazioni medico-legali sul concetto di inabilità a proficuo lavoro Chiara Merulli, Maria Reale, Carmina Sacco, Daniela Angelini, Alessio Sullo	151

CONOSCENZA, TRASPARENZA E INNOVAZIONE: IL VALORE DELLA RICERCA PER IL WELFARE DEL FUTURO

Valeria Vittimberga

Direttore Generale INPS

La ripresa della “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale” segna un momento di grande rilevanza per l’INPS e per la comunità scientifica che opera nell’ambito della medicina legale, della previdenza e dell’assistenza. Con questa iniziativa, l’Istituto riafferma il proprio ruolo non solo come Ente erogatore di prestazioni, ma come presidio di conoscenza, ricerca e confronto metodologico, consapevole che la produzione e la condivisione di sapere scientifico sono strumenti indispensabili per garantire equità, sostenibilità e qualità dei servizi in un contesto di trasformazione sociale ed economica. La medicina legale previdenziale e assistenziale è oggi chiamata a confrontarsi con sfide complesse: l’evoluzione normativa, la riforma della disabilità, l’integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, la gestione di nuove vulnerabilità e l’adeguamento dei criteri valutativi alle evidenze scientifiche più recenti.

A queste sfide si aggiunge la necessità di coniugare rigore scientifico e innovazione tecnologica, per rendere i processi più trasparenti, i dati più accessibili e le decisioni più verificabili. La trasparenza, principio cardine dell’INPS, non è solo un requisito amministrativo: è un valore scientifico, che si traduce in metodologie solide, evidenze condivise e dialogo aperto tra professionisti. In questo senso, la “casa di vetro” che immaginiamo non è solo un modello organizzativo, ma anche un paradigma di rigore metodologico e di responsabilità nella produzione e diffusione del sapere. L’innovazione tecnologica rappresenta oggi una leva fondamentale per la ricerca e la pratica medico-legale, consentendo di migliorare l’analisi dei dati, la tracciabilità dei processi e la qualità delle valutazioni. La digitalizzazione, intesa come strumento di supporto alla conoscenza, favorisce la standardizzazione dei criteri, la trasparenza delle procedure e l’accessibilità delle informazioni, elementi indispensabili per garantire equità e rigore scientifico. In questo quadro, la ricerca assume un ruolo strategico: analizzare i fenomeni, individuare criticità, proporre soluzioni basate su dati ed evidenze.

La “Rassegna” sarà il luogo in cui queste istanze trovano voce, favorendo la circolazione di idee, buone pratiche e contributi scientifici, in coerenza con la missione dell’Istituto di essere presidio di legalità e innovazione. Il welfare del futuro deve essere capace di intercettare i bisogni al loro nascere, promuovere la dignità delle persone, accompagnare e sostenere i percorsi di vita. Per realizzare questo obiettivo occorrono competenze integrate, capacità di analisi e strumenti tecnologici avanzati. La medicina legale, con il suo ruolo di garanzia e tutela, è parte essenziale di questa trasformazione. La “Rassegna” si propone di accompagnare questo processo, offrendo un punto di incontro tra ricerca, pratica professionale e istituzioni. In tale prospettiva, la collaborazione con il mondo accademico e con i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e di altri enti è imprescindibile: l’INPS, attraverso la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS, promuove percorsi di formazione continua, seminari e progetti di ricerca congiunti,

consapevole che la qualità delle valutazioni medico-legali dipende dalla condivisione di criteri, dall'aggiornamento costante e dall'integrazione delle competenze.

La Rassegna sarà anche uno strumento per valorizzare questa rete, favorendo la co-progettazione di studi, la diffusione di linee guida e la definizione di standard comuni, in un'ottica di trasparenza e accountability. Il ritorno della Rassegna accompagna riforme cruciali per il Paese – dalla nuova definizione e valutazione della disabilità alle tutele per chi affronta malattie oncologiche, invalidanti o croniche – e lo fa con un approccio aperto: chiamando a raccolta competenze diverse, applicando standard chiari di selezione dei contenuti e peer review, promuovendo la tutela dell'integrità scientifica e la trasparenza dei conflitti di interesse. Il numero zero è un invito a partecipare: a ricercatori, professionisti, operatori pubblici che vorranno contribuire con idee, dati, casi, buone pratiche e domande.

È così che si costruisce fiducia: unendo la responsabilità di un grande Istituto, la forza della rete accademica e professionale, e l'energia di una comunità che riconosce nella conoscenza condivisa il primo diritto di cittadinanza.

L'INPS è qui per questo: per trasformare l'innovazione in servizi migliori, la trasparenza in fiducia, la prossimità in equità.

LA RASSEGNA DI MEDICINA LEGALE PREVIDENZIALE E ASSISTENZIALE IN FORMATO DIGITALE

Direttore centrale Formazione e Accademia INPS ()*

Nell'ambito della digitalizzazione della pubblica amministrazione, motore di sviluppo di tutto il Paese, si collocano i processi di innovazione digitale dell'Istituto che mettono al centro cittadini e imprese. In tale contesto è stato avviato il progetto INPS di rinnovare la Rassegna di medicina legale previdenziale ed assistenziale, dandole una veste interamente digitale.

Il nuovo formato consentirà la messa a disposizione e la diffusione più ampia possibile della Rassegna, non solo verso la comunità scientifica che opera nell'ambito della medicina legale, della previdenza e dell'assistenza, naturale destinataria della stessa, ma anche verso tutti coloro che, dipendenti di pubbliche amministrazioni, cittadini o imprese, siano interessati ai contenuti della stessa.

Con grande piacere presento, quindi, il numero 0 della rivista digitale "La Rassegna di Medicina legale previdenziale e assistenziale", uno spazio di confronto scientifico e culturale pensato per valorizzare il patrimonio di competenze dell'Istituto e promuovere una riflessione aggiornata sui temi della salute, della prevenzione e della medicina legale e previdenziale.

La rivista ha l'obiettivo di favorire la diffusione della conoscenza, il dialogo interdisciplinare e l'innovazione, in coerenza con la missione dell'INPS di coniugare tutela dei diritti, qualità dei servizi e sviluppo del capitale umano. In questo percorso, la formazione continua e la ricerca rappresentano leve strategiche per affrontare le sfide poste dall'evoluzione demografica, tecnologica e sociale.

La rivista è curata dal Coordinamento Generale Medico Legale, in collaborazione con la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS e la Direzione Centrale Comunicazione; all'interno della Direzione centrale Formazione e Accademia INPS è l'Accademia INPS, quale Polo di formazione e di promozione della cultura previdenziale, avviato nell'anno 2024, ad occuparsi della Rassegna.

Obiettivo dell'Accademia è, infatti, quello di promuovere la cultura della sicurezza sociale e dei valori qualificanti lo Stato sociale italiano; ciò nella consapevolezza del valore della cultura, inteso nella sua accezione più ampia, e nella considerazione dell'importanza di contribuire alla formazione delle persone per il ruolo che le stesse assumono nella società, stimolando e rielaborando interessi e conoscenze al fine di accrescere sia la specifica formazione individuale, sia il proprio patrimonio di conoscenze.

La Rivista si pone, quindi, come strumento di formazione e di accrescimento delle conoscenze e delle competenze delle persone, ed in particolar modo per lo sviluppo professionale del personale della pubblica amministrazione, collocandosi al centro del processo di rinnovamento della P.A

Al suo interno sarà possibile trovare esperienze, dati, riflessioni giuridiche e bioetiche, sempre interpretate dalla prospettiva medico-legale, come indicato da Raffaele Migliorini, Coordinatore generale medico Legale e Direttore scientifico della pubblicazione, frutto dei contributi che, sotto la guida del Comitato scientifico, con cadenza trimestrale il personale dell'Istituto, soprattutto Medici, ma anche Dirigenti e funzionari studiosi delle materie trattate, vorrà offrire.

Rivolgo, infine, un sentito ringraziamento al Comitato scientifico, alla redazione e a tutti gli autori che hanno contribuito a questo progetto, augurando che lo stesso possa diventare un punto di riferimento autorevole per la comunità scientifica e professionale.

() Dal primo gennaio 2026 il Direttore centrale Formazione e Accademia INPS è Vito La Monica*

UN NUOVO INIZIO, LA STESSA MISSIONE

Raffaele Migliorini

*Coordinatore Generale Medico Legale INPS
Direttore Scientifico della Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale*

Dietro ogni norma c'è una vita, dietro ogni valutazione c'è una storia. Il welfare cambia, e con esso cambia il modo di tutelare le persone. La medicina legale oggi non è più solo tecnica: è responsabilità, ascolto, equità. Con questa Rassegna vogliamo aprire uno spazio vivo, dove professionisti, istituzioni e cittadini si incontrano per condividere conoscenza e costruire fiducia. Non sarà una semplice rivista, ma un laboratorio di idee e di metodo, perché il cambiamento non si racconta soltanto: si accompagna, passo dopo passo.

Questo è il numero zero. È il ritorno di una voce che per qualche tempo è rimasta in silenzio. Una voce che vuole parlare con chiarezza, con rigore, ma anche con umanità. Perché dietro ogni articolo non ci sono solo norme e procedure: ci sono persone che ogni giorno affrontano sfide concrete, e professionisti che cercano di dare risposte giuste in tempi giusti.

Negli ultimi anni abbiamo attraversato trasformazioni profonde. Dal 2017, con il D.Lgs. 75, è nato il Polo Unico per le visite mediche di controllo: una riforma che ha unificato competenze e introdotto un sistema digitale integrato per gestire le assenze per malattia. Nel 2023 abbiamo accolto una sfida ancora più complessa: subentrare alle Commissioni mediche di verifica del MEF per gli accertamenti sul personale delle Pubbliche Amministrazioni.

Non è stato un semplice trasferimento di fascicoli, ma un impegno per garantire tempi certi e qualità delle decisioni in un ambito ad alta sensibilità sociale. Nel 2024 è arrivata la riforma della disabilità: ridefinizione della condizione di "persona con disabilità", valutazione di base affidata all'INPS e successiva valutazione multidimensionale per il Progetto di vita personalizzato e partecipato. È un cambio di paradigma: dall'etichetta alla misurazione dei bisogni e dei sostegni, in coerenza con la Convenzione ONU. Dal 2025 la sperimentazione è partita in nove province, con mappe e tempistiche definite per un roll out ordinato. Infine, con la Legge 106/2025, il legislatore ha rafforzato la conciliazione tra salute e lavoro per chi affronta patologie oncologiche, invalidanti o croniche: congedi straordinari, permessi retribuiti, accesso prioritario al lavoro agile. Tutte queste riforme hanno un filo comune: semplificare, omogeneizzare, responsabilizzare.

Questa crescita di competenze non cancella ciò che i medici dell'INPS fanno da sempre: valutare i requisiti sanitari previsti dalla L. 222/84, verificare l'indennizzabilità della certificazione di malattia, accertare i requisiti per assegni familiari e altre prestazioni a sostegno del reddito. È la continuità che dà senso al nuovo: tutto converge in un unico profilo istituzionale, che garantisce decisioni eque, tempestive e trasparenti.

Perché una Rassegna oggi?

Perché dietro ogni decisione c'è un metodo, e il metodo è ciò che non si vede ma regge la qualità: criteri chiari, tracciabilità, linguaggio rispettoso.

La Rassegna sarà il luogo dove confluiscano esperienze, dati, riflessioni giuridiche e bioetiche, sempre interpretate dalla prospettiva medico-legale. Racconteremo la riforma della disabilità non solo con definizioni, ma con storie: cosa significa per una persona essere valutata in modo unitario, in una sola seduta collegiale, usando WHODAS e ICF come alfabeti condivisi tra clinica e valutazione.

Affronteremo, con la stessa prospettiva, l'evoluzione dell'invalidità pensionabile e le novità introdotte dal Decreto PA 2025 per il pubblico impiego, che ha uniformato i criteri alla Legge 222/1984 e introdotto l'assegno ordinario di invalidità anche per i dipendenti pubblici. Approfondiremo le regole sulla malattia, dalla certificazione telematica alla gestione delle indennità, fino alle modifiche sui periodi di comporto. Analizzeremo le prassi per le visite fiscali, gli accertamenti di inidoneità al lavoro e le misure di conciliazione salute-lavoro: non basta elencare norme, occorre accompagnare aziende e lavoratori nell'interpretazione corretta, chiarire nodi applicativi e tradurre la norma in pratiche coerenti.

Rigore e chiarezza: insieme si può

Un approccio scientifico solido – criteri espliciti, evidenze, audit – accorcia la distanza tra Istituto e cittadino.

La digitalizzazione non serve a “fare più in fretta”, ma a fare meglio: tracciando passaggi, riducendo errori, uniformando prassi.

Nel primo anno ci concentreremo su tre assi: raccontare la sperimentazione della riforma della disabilità con onestà; approfondire la qualità valutativa INPS; riflettere su etica, comunicazione e diritti, perché le parole sono azioni e un lessico aggiornato è garanzia di rispetto.

Un metodo aperto

La medicina legale è interdisciplinare. La Rassegna cercherà contaminazioni buone: con la medicina del lavoro, la clinica, la statistica, il diritto, la comunicazione pubblica. Accoglieremo contributi originali, rassegne, casi complessi, ma anche guide operative, infografiche, check list: strumenti utili per chi ogni giorno deve decidere e spiegare. Costruiremo percorsi formativi, perché la competenza è la più forte politica di equità. Saremo rigorosi: standard chiari di selezione, peer review proporzionata, trasparenza nei conflitti di interesse, tutela della proprietà intellettuale. Ogni articolo collocherà analisi e proposte dentro un orizzonte normativo chiaro. Così la Rassegna diventerà un archivio vivo di prassi e interpretazioni, utile a professionisti e cittadini.

Questa rivista vuole essere una casa comune per chi crede che la tutela non sia solo norme, ma relazione di fiducia tra persone e istituzioni. L'augurio è che il suo ritorno dia nuova linfa all'Istituto e al Paese: più consapevolezza, più equità, più prossimità. L'invito è a partecipare: con idee, studi, casi, domande. Perché il sapere condiviso è la risorsa più preziosa per costruire un welfare moderno, inclusivo, sostenibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62. Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n.111 del 14-05-2024
2. Legge 18 luglio 2025, n. 106. Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n.171 del 25-07-2025
3. Decreto-legge 21 giugno 2022, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 4 agosto 2022, n. 122. Soppressione delle Commissioni mediche di verifica operanti nell'ambito del MEF e trasferimento delle funzioni all'INPS. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*
4. Decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202 (Milleproroghe), convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15. Proroga dei termini per l'attuazione della riforma della disabilità e ampliamento della fase sperimentale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*
5. Decreto legislativo 27 maggio 2017, n. 75. Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche e istituzione del Polo Unico per le visite fiscali. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n.130 del 07-06-2017
6. Legge 12 giugno 1984, n. 222. Revisione della disciplina della invalidità pensionabile. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n.165 del 16-06-1984
7. Decreto-legge 14 marzo 2025, n. 25. Disposizioni urgenti in materia di reclutamento e funzionalità delle pubbliche amministrazioni. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 61 del 14-03-2025

Commissione Medica di Verifica INPS di Roma in tema di L.335/95 a due anni dall'inizio dell'operatività

Antonello Molinaro¹
Teresa Grazia Stamerra¹
Gerardo Anastasio¹
Mazzamurro Anna¹
Assunta Capozzella²
Consuelo Alfano³

¹ Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Commissione Medica di Verifica

² Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - UOC Studi e Ricerche

³ Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile Commissione Medica di Verifica

Corresponding Author: Alfano Consuelo, consuelo.alfano@inps.it

ABSTRACT

La legge 4 agosto 2022, n. 122 ha trasferito le competenze delle Commissioni Mediche di Verifica (CMV) dal MEF all'INPS, con decorrenza dal 1° giugno 2023, riguardanti gli accertamenti di inabilità e inidoneità lavorativa del personale del pubblico impiego.

Obiettivi: Analizzare la procedura per il riconoscimento dei benefici previsti dalla L. 335/95 (art. 2, comma 12 e art. 1, comma 41) per i dipendenti pubblici, i loro eredi e gli orfani maggiorenni inabili, e descrivere i risultati osservati nei primi due anni di operatività delle CMV presso l'INPS di Roma.

Metodi: Revisione delle istanze pervenute alla CMV INPS di Roma dal giugno 2023 al maggio 2025 e analisi dei requisiti contributivi, delle certificazioni mediche presentate e delle patologie riconosciute ai fini del beneficio.

Risultati: Sono state analizzate 4.136 istanze totali, di cui 528 (12,76%) relative ai benefici ex art. 2, comma 12 e 518 (12,52%) relative agli orfani maggiorenni inabili (art. 1, comma 41). Le patologie prevalenti sono risultate di natura psichiatrica e oncologica, con una prevalenza psichiatrica e genetica per gli orfani maggiorenni inabili (OMI).

Conclusioni: I primi due anni di attività della CMV INPS di Roma evidenziano un significativo impatto delle domande finalizzate al riconoscimento dei benefici della legge 335/95, con un aumento di richieste con prevalenza di patologie psichiatriche. Questi dati possono supportare futuri interventi di policy e miglioramento delle procedure di accertamento.

INTRODUZIONE

La legge 4 agosto 2022, n. 122, che ha convertito il decreto-legge 21 giugno 2022, n. 73, ha disposto il trasferimento delle funzioni delle Commissioni Mediche di Verifica (CMV) operanti presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) all'INPS, con decorrenza dal 1° giugno 2023.

Ciò riguarda specificamente gli accertamenti di inabilità e inidoneità lavorativa del personale del settore pubblico, con esclusione del Comparto Sicurezza, gli accertamenti medico-legali sui familiari superstiti e l'equo indennizzo per la Polizia locale.

PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI

L'analisi si concentra sui benefici previsti dalla L. 335/95, con particolare riferimento:

- **all'art. 2, comma 12:** l'istanza inoltrata in riferimento al citato articolo è vincolata ad una anzianità contributiva di almeno 5 anni, di cui almeno 3 nei cinque anni precedenti la decorrenza del trattamento pensionistico. Elemento importante di tale procedura, che riguarda esclusivamente il dipendente pubblico, è il fatto che l'accertamento medico legale, atto a riconoscere lo stato di "totale inabilità", ovvero assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa" del dipendente stesso, deve essere richiesto dal dipendente, in altri termini, a differenza dell'accertamento finalizzato al riconoscimento dell'inidoneità al servizio-in applicazione del D.LGS 30.3.2001 n. 165 ex art. 55 octies, che rimanda al decreto attuativo di cui al DPR 171/2011, dove tale richiesta può essere inoltrata direttamente dall'Amministrazione di appartenenza, nel caso di cui ci occupiamo (L. 335/95 appunto), deve essere il dipendente stesso a farne richiesta. Tale istituto è regolato anche dalla circolare 24.10.1997 n. 57 pubblicata sulla G.U. 257 del 4.11.1997 con i relativi allegati(mod. 1): domanda all'Amministrazione di appartenenza finalizzata all'accertamento di tale stato "inabilitante assoluto e permanente", sottoscritta dal dipendente, deve essere corredata da idonea certificazione medica (Certificato medico per la concessione della Pensione di Inabilità' (Mod. 2) comprensiva di obiettività riscontrata e che attesti la "assoluta e permanente impossibilità del dipendente a svolgere qualsiasi attività lavorativa", attività lavorativa che va oltre la propria "specifica" formazione e quindi va oltre la propria "inidoneità al servizio" e oltre la propria inidoneità a "proficuo lavoro". Inoltre, l'infermità da cui deriva la "totale inabilità" non deve essere dipendente da causa di servizio e deve risultare ascrivibile alla prima categoria tabella A ex DPR 834/81. In altri termini, la propria inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa non consente al dipendente di essere ricollocato in altro ambito lavorativo, anche al di fuori della Pubblica Amministrazione, ovvero attività in ambito privato. Qualora ciò non fosse osservato si può procedere alla revoca del beneficio da parte dell'ente Previdenziale. L'avvenuto riconoscimento della L.335/95 consente al dipendente il pensionamento anticipato, con un "contributo integrativo" di tipo "figurativo", di massimo 40 anni contributivi calcolato fino all'età anagrafica di 60 anni. La predetta "pensione di inabilità" è "reversibile" agli eredi. Invece il dipendente non dovesse essere visitato per sopraggiunto decesso, sono i familiari che debbono inoltrare "istanza di riassunzione" del procedimento, per far sì che la Commissione, possa esprimere "per tabulas" il giudizio medico legale richiesto. I benefici di cui all'articolo 2 comma 12 inoltre possono essere richiesti anche dal dipendente pubblico che è stato giudicato "inidoneo in maniera assoluta e permanente al servizio ai sensi dell'articolo 55 octies D.LGS 30.3.2001 n. 165 entro due anni dal provvedimento di dispensa per le sole infermità oggetto della inidoneità e non per quelle sopravvenute.

- **L'articolo 1 comma 41:** analizza la condizione degli Orfani Maggiorenni Inabili (OMI), che possono ottenere i benefici della pensione del genitore "Dante causa" ed a carico dello stesso al momento del decesso di quest'ultimo. I figli maggiorenni devono in questa condizione giuridica, essere riconosciuti nella "assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa" al momento del decesso del lavoratore o pensionato deceduto. In questo caso la CMV INPS deve valutare analizzando la documentazione medica prodotta e facente riferimento ad un escursus temporale coincidente o il più possibile prossimo all'epoca del decesso del "Dante causa", unitamente alla valutazione dello "stato attuale", naturalmente a conferma dello stato invalidante e della permanenza menomativa dell'orfano stesso. La condizione di "assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa" comunque può anche essere sottoposta all'istituto della "revisione", ove ne ricorrano i presupposti. Condizione quest'ultima che può rendere solo temporaneo il percepimento del beneficio economico, naturalmente questo in base alla gravità della patologia sofferta e della concreta stabilizzazione e permanenza della menomazione. Tale norma si applica anche all'articolo 2 comma 12 della medesima legge.

RISULTATI

Presso la CMV INPS di Roma, a due anni dal trasferimento delle competenze, sono state esaminate 4.136 istanze pervenute in procedura. Di queste, 528 hanno riguardato la L. 335/95 ex art. 2, comma 12 (12,76%) e 518 l'art. 1, comma 41 (12,52%). Le patologie più frequentemente riconosciute ai fini del beneficio sono di natura psichiatrica e oncologica, con prevalenza psichiatrica e genetica per i casi di OMI.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'analisi dei dati evidenzia la significativa importanza delle istanze connesse ai benefici di cui alla legge 335/95 pari a circa il 30% delle domande pervenute.

Dall'analisi dei dati relativi all'art.2 comma 12 si è ricavata che l'età media dei richiedenti è prossima ai 60 anni con ridotta concessione di benefici "figurativi previdenziali" che spettano al dipendente solo nel caso di età inferiore ai 60 anni e se lo stesso non ha già raggiunto i 40 anni di contribuzione o 80% della base pensionabile.

Dall'analisi dei dati relativi all'art. 1 comma 41 si ricava che l'età ha un range compreso tra 20 e 70 anni con distribuzione non prevalente per fasce di età. Peraltro, in questi casi non ricorre la condizione di "benefici previdenziali figurativi" in ragione che l'accoglimento è determinato dalla sola condizione di inabilità a qualsiasi attività lavorativa alla data dell'exitus del dante causa.

È da segnalare che 94 pratiche sono state definite agli atti in considerazione che la documentazione acquisita e quella presente nei database INPS ne hanno consentito tale definizione in considerazione che, pur trattandosi di istituti giuridici diversi quale invalidità civile e inabilità a proficuo lavoro, l'Istituto si era già pronunciato sulla invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento e handicap grave ed eventuale applicazione del DM 07/08/2007. Ciò ha consentito al cittadino, peraltro già in condizione di disagio connesso alla condizione di salute, di evitare un aggravio derivante dal sottoporsi ad un nuovo accertamento sanitario presso l'Istituto.

Tabella 1 - Pratiche per categoria

Categoria	Pervenuti	Definiti	Accolta	Non Accolta	% Accolta	% Non Accolta
Legge 335/95 Art. 2 Comma 12	528	440 (1)	163	277 (2)	30.8	69.2
Legge 335/95 Art. 1 Comma 41	518 (3)	397 (4)	349	48	87.9	12.1

¹⁾ La differenza fra pervenute e definite (n. 88) è dovuta a varie condizioni: mancata presentazione a visita (assente), mancato perfezionamento amministrativo della domanda, duplicazione di domanda, rinuncia del dipendente, exitus; in quest'ultimo caso si è proceduto alla riassunzione della domanda, qualora presente specifica istanza degli eredi.

²⁾ In tali pratiche non accolte sono comprese:

- n. 8 domande erroneamente inserite dall'amministrazione quale L. 335/95 ma in realtà domande di accertamento/verifica della idoneità al servizio
- n. 66 sono state giudicate con PML di temporanea inidoneità in modo assoluto con successiva rivedibilità in attuale corso di definizione
- le restanti n. 203 sono così distribuite: n. 1 definita con PML di piena idoneità, n. 18 definite con PML di inidoneità alla mansione (nelle sue diverse specifiche) e n. 184 definite ai sensi EX ART. 55-OCTIES del D.LGS. 30 marzo 2001, n. 165

³⁾ La differenza fra pratiche pervenute e definite (pari a n. 121) è dovuta alla mancata presentazione a visita dell'OMI (assente), exitus, duplicazione di domanda, rinuncia per beneficio già in godimento

⁴⁾ Di cui n. 94 definite agli atti con accoglimento

Grafico 1 - Legge 335/95 - Distribuzione pervenuti

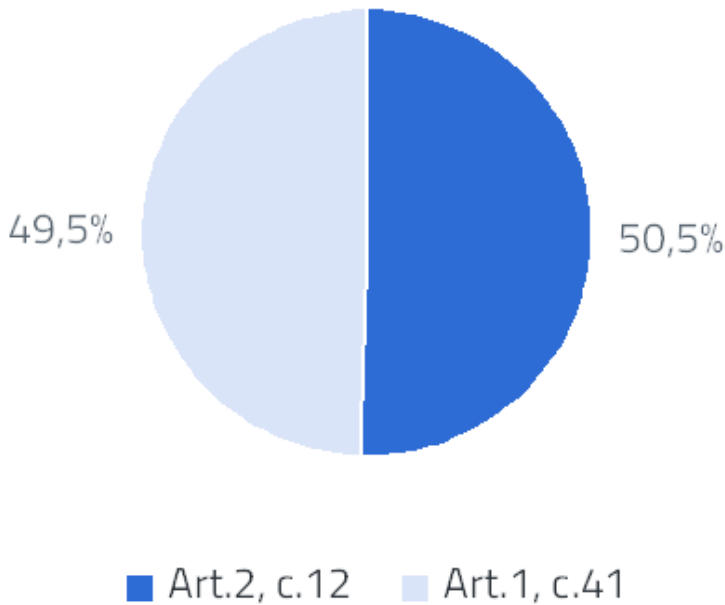


Grafico 2 - Legge 335/95 - Definiti

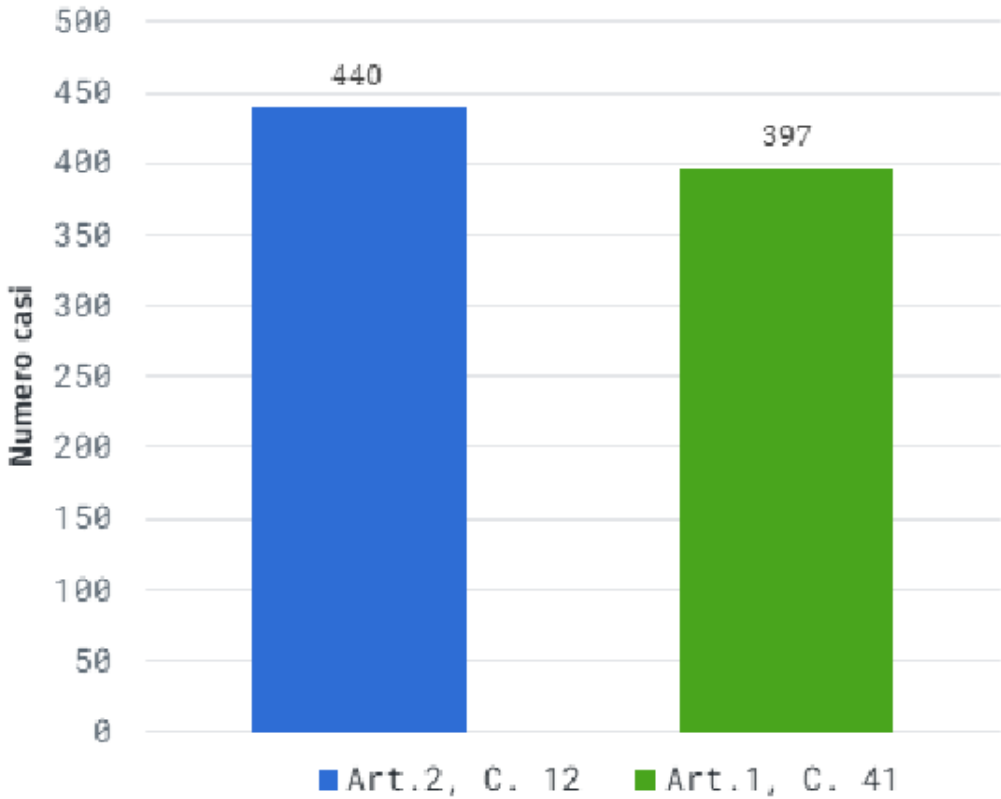


Grafico 3 - Legge 335/95 - Art.2, Comma 12

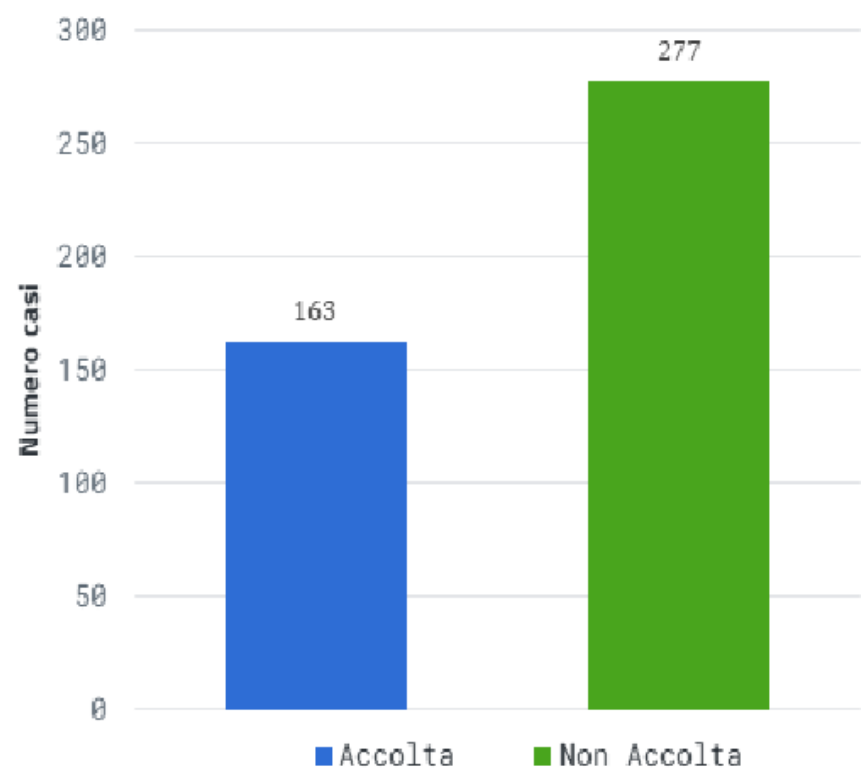


Grafico 4 - Legge 335/95 - Art.1, Comma 41

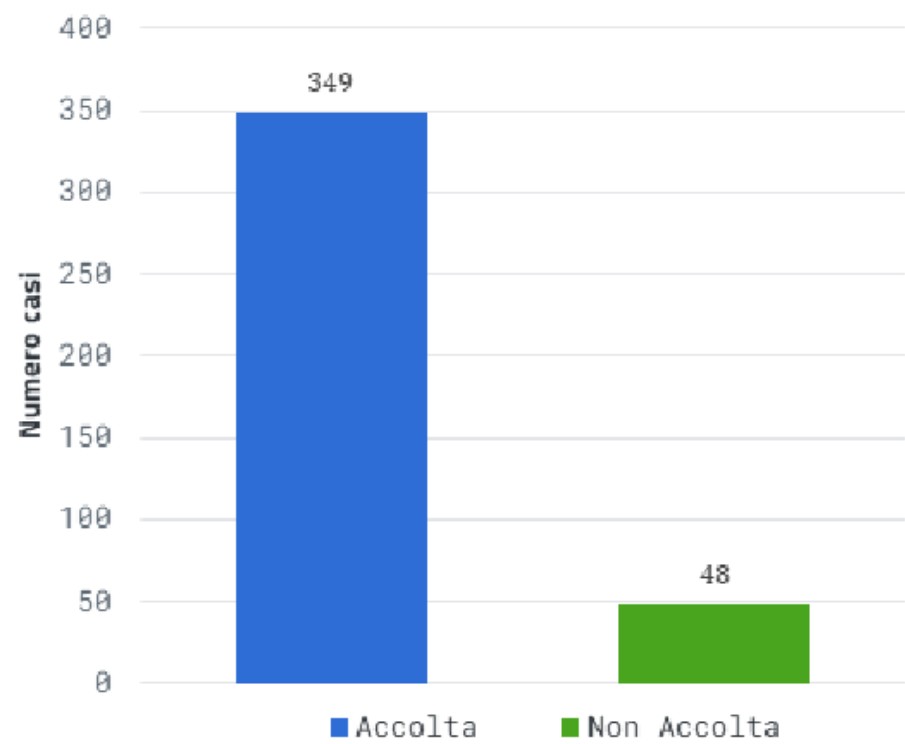
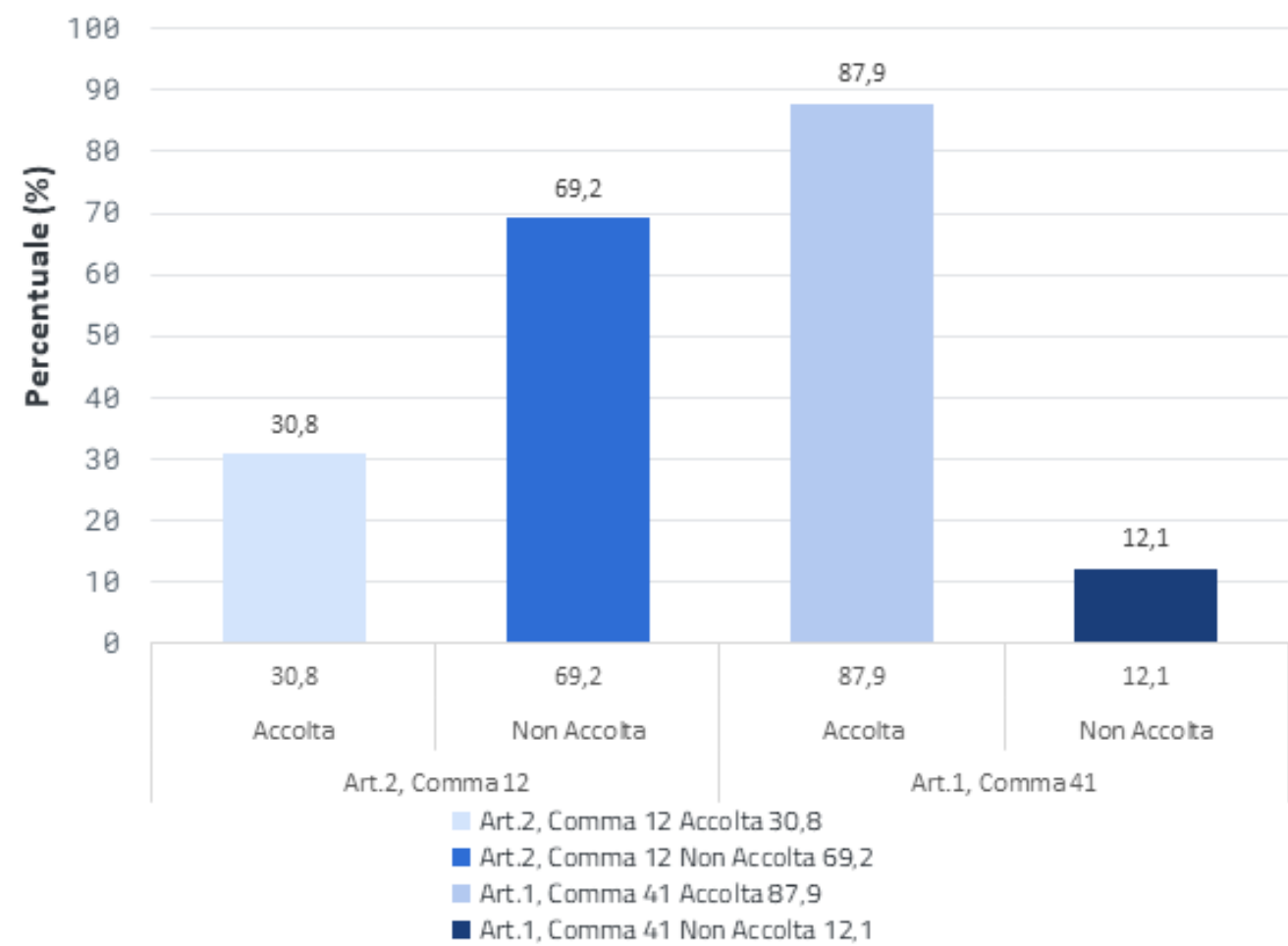


Grafico 5 - LEGGE 335/95 – Pratiche Accolte VS Non Accolte



BIBLIOGRAFIA

1. Circolare MEF n. 978/2017
2. Messaggio INPS n. 1834 del 18/05/2023
3. Informativa n. 01 MEF – Ragioneria Generale dello Stato, 23/05/2023
4. SIMLA. Commissioni Mediche di Verifica (CMV) del Ministero Economia e Finanze: storia, competenze e guida ai giudizi di idoneità. Disponibile su: <https://www.simplaweb.it>

Il contenzioso giudiziario medico legale di competenza INPS in ambito assistenziale e previdenziale degli iscritti all'assicurazione generale obbligatoria (AGO): ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (parte 1)

Cristina Catalano¹
Arianna Giovannetti²
Lucilla Mugnaini²
Barbara Romano³
Fabio Colaiuda⁴

¹Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile UOC Contenzioso Giudiziario Medico Legale

²Coordinamento Generale Medico Legale INPS - UOC Contenzioso Giudiziario Medico Legale

³Direzione Provinciale INPS Latina - Responsabile Centro Medico Legale.

⁴Filiale Metropolitana INPS Roma Tuscolano - Centro Medico Legale.

Corresponding Author: Cristina Catalano, cristina.catalano@inps.it

INTRODUZIONE

Le controversie giudiziarie medico legali, in materia previdenziale e assistenziale di competenza INPS – sia in qualità di ente erogatore, sia quale soggetto valutatore – hanno raggiunto un volume ed una varietà di tematiche tale da rendere necessario l'avvio di specifici percorsi formativi integrativi.

Tale esigenza formativa risulta ulteriormente rafforzata dall'ingresso di nuovi medici, sia dipendenti che convenzionati, chiamati a svolgere il ruolo di Consulenti Tecnici d'Ufficio per conto dell'Istituto, ai quali è richiesto un aggiornamento omogeneo e qualificato rispetto agli orientamenti medico-legali e giurisprudenziali più recenti.

L'obiettivo è duplice: da un lato, assicurare il corretto riconoscimento dei diritti legittimi dell'utenza; dall'altro, garantire un elevato standard qualitativo nell'attività di consulenza tecnica svolta in rappresentanza dell'Istituto. Ed è in quest'ottica che l'attività medico-legale del Consulente deve fondarsi su un rigorismo medico-legale, inteso come adesione stringente ai principi di obiettività, imparzialità e coerenza giuridico-scientifica, mediante l'adozione di un metodo strutturato.

Tale metodo deve garantire l'interpretazione del dato biologico in chiave giuridica mediante un approccio razionale, completo, scientificamente fondato e orientato alla corretta applicazione del quadro normativo di riferimento.

METODOLOGIA

La metodologia adottata per la redazione del presente contributo si fonda sulla necessità di delimitare con precisione il quadro normativo di riferimento all'interno del quale si colloca il contenzioso giudiziario medico-legale di competenza INPS. Una corretta analisi del ruolo del Consulente Tecnico di Parte richiede infatti di individuare preliminarmente il perimetro normativo entro cui si sviluppano gli accertamenti sanitari in materia assistenziale e previdenziale (AGO), tenendo conto sia dell'evoluzione storica che delle più recenti modifiche legislative.

In questa prospettiva metodologica, il primo elemento considerato riguarda il sistema processuale applicabile alle controversie in ambito assistenziale e previdenziale. Si è pertanto richiamata la disciplina del rito del lavoro – regolato dagli artt. 409 e ss. c.p.c. – e la competenza del Tribunale ordinario individuata in base alla residenza dell'interessato, quali presupposti imprescindibili per comprendere il contesto istituzionale all'interno del quale operano i consulenti tecnici. L'analisi si è quindi estesa all'istituto dell'Accertamento Tecnico Preventivo Obbligatorio (ATPO) ex art. 445-bis c.p.c., condizione di procedibilità delle controversie che implicano un accertamento sanitario, richiamandone l'ambito di applicazione e le ipotesi escluse.

Nell'ottica di ricostruire metodologicamente la cornice entro cui matura il ruolo del CTP, si è inoltre ritenuto necessario includere il, seppur sintetico, riferimento ai principali interventi normativi che hanno progressivamente attribuito all'INPS competenze centrali nell'accertamento dei requisiti sanitari. A tale fine, è stato richiamato l'art. 20 del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102, attraverso il quale l'Istituto è stato per la prima volta investito della funzione di verifica della permanenza dei requisiti sanitari già riconosciuti agli invalidi civili, ciechi e sordi civili. La ricostruzione comprende anche il successivo passaggio avviato dal DECRETO 29 gennaio 2009 con l' "Attuazione di un piano straordinario di verifica delle invalidità civili" e successivamente dettato dal comma 6-bis dell'articolo 25 del decreto-legge n. 90/2014, quando le revisioni assistenziali sono divenute di competenza esclusiva INPS su tutto il territorio nazionale, nonché l'ulteriore ampliamento di attribuzioni previsto dalla normativa vigente, che a breve affiderà all'Istituto l'intero processo valutativo assistenziale.

Sempre in un'ottica metodologica orientata a delimitare con chiarezza il campo dell'indagine, si è ritenuto opportuno includere le più recenti innovazioni normative che influenzeranno significativamente l'operatività medico-legale. Tra queste, in un'ottica futura, riveste particolare rilievo il D.L. n. 25/2025, convertito nella Legge n. 69/2025, che estende al settore pubblico – con la sola esclusione delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco – l'applicazione dei criteri valutativi della legge 12 giugno 1984, n. 222, già vigenti per il settore privato negli accertamenti relativi a invalidità, inabilità e inidoneità lavorativa. Tale innovazione, pur orientata a superare storiche disparità valutative tra pubblico e privato, introduce nuove variabili interpretative che il presente studio considera fondamentali per comprendere la direzione evolutiva del sistema.

RISULTATI

L'analisi del quadro normativo e procedurale evidenzia, in primo luogo, che sia l'attività consulenziale in ambito assistenziale sia quella previdenziale (AGO) richiedono oggi un aggiornamento continuo delle competenze medico-legali. Dallo studio delle fonti emerge infatti un sistema in evoluzione, in cui le innovazioni legislative

e regolamentari incidono in maniera significativa sui processi valutativi. Tra i risultati più rilevanti individuati rientrano gli effetti della riforma assistenziale introdotta con il D.Lgs. 62/2024 e quelli derivanti dal Decreto 10 aprile 2025, n. 94, che ha ridefinito passaggi procedurali e criteri operativi, imponendo ai professionisti un adeguamento costante dei propri strumenti valutativi. Coevo è anche il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 11 marzo 2022, n. 43, che adotta le Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità.

Parallelamente, la ricognizione delle normative e delle procedure in uso ha messo in evidenza la crescente centralità dei sistemi digitali utilizzati nell'accertamento medico-legale. L'introduzione e l'estensione delle procedure informatiche, con nuove funzionalità integrate nei portali istituzionali, rappresentano un risultato di grande rilevanza per l'organizzazione del lavoro consulenziale: esse richiedono infatti una formazione dedicata e un utilizzo competente degli strumenti digitali, rivelatisi essenziali per la consultazione documentale, la tracciabilità degli atti e la trasparenza dell'intero processo valutativo in un'ottica di interoperabilità.

Dalla ricostruzione normativa emerge inoltre un risultato metodologicamente significativo: l'esigenza per il medico incaricato della consulenza tecnica di coniugare il rigorismo medico-legale con la capacità di applicare correttamente tanto le disposizioni storiche quanto le più recenti innovazioni legislative. In questo contesto, l'analisi conferma come l'uniformità valutativa, la tutela dei diritti degli assistiti e il rispetto degli obiettivi istituzionali rappresentino esiti fondamentali dell'attività consulenziale.

DISCUSSIONE

a. L'Accertamento Tecnico Preventivo Obbligatorio (ATPO) ex art. 445-bis c.p.c. e il decreto di omologa.

L'art. 38 comma 1, n. 1 lett. b) del D.L. n. 98/2011, coordinato con la legge di conversione n. 111/2011, ha introdotto nel codice di procedura civile l'articolo n. 445-bis, il quale sancisce, per le controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, accertamento ex art. 3 L. 104/1992 e disabilità ex L. 68/99, nonché in materia di prestazioni previste dalla Legge n. 222/84, l'obbligatorietà dell'accertamento tecnico preventivo ai fini della verifica delle condizioni sanitarie adottate a sostegno delle pretese che si intendono far valere in giudizio. Ne consegue che l'espletamento del suddetto accertamento diventa condizione di procedibilità della domanda medesima ai fini del riconoscimento in giudizio dei diritti in materia di invalidità. Il procedimento per l'accertamento tecnico preventivo, la cui "ratio" è la deflazione del contenzioso e la velocizzazione del processo, non soltanto è obbligatorio, ma è anche potenzialmente in grado di sostituire l'intero giudizio di merito, considerato che quest'ultimo è previsto soltanto come "eventuale" per il caso di contestazioni delle Parti, in relazione alle conclusioni a cui è pervenuto il Consulente Tecnico d'Ufficio.

b. L'esercizio dell'autotutela o della resistenza in giudizio.

A seguito della comunicazione dell'atto introduttivo del giudizio di ATPO, il Dirigente medico dell'UOC/UOS competente, o il suo delegato, provvede alla valutazione circa la sussistenza di motivazioni medico-legali che configurino i presupposti per l'esercizio dell'autotutela o della resistenza in giudizio. Nel caso in cui il medico della UO riscontri elementi che inducano a ritenere proponibile l'esercizio dell'autotutela, ai sensi della circolare INPS n. 146/2006 e della deliberazione del C.d.A. INPS 27 settembre 2006, n. 275, sarà possibile attivare in COGISAN la procedura di proposta motivata di autotutela, inviando gli atti per la valutazione medico-legale alla Commissione Medica Superiore (nel caso di accertamenti medico-legali di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità sia ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68, sia

della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, oggi modificata dal Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62) ovvero al Dirigente medico dell'UOC/UOS competente (nel caso di controversie in materia di prestazioni di cui alla Legge n. 222/84).

Il medico della UO trasmetterà il verbale provvisorio e le relative motivazioni per l'esercizio dell'autotutela. Allorché la CMS o il Dirigente medico dell'UOC/UOS competente abbia riscontrato gli estremi per agire in autotutela, il relativo verbale definitivo sarà acquisito dal medico della UO in COGISAN e dovrà essere reso disponibile in tempo utile per la prima udienza, al fine di formalizzare la cessata materia del contendere. Nel caso in cui il medico della UO non riscontri elementi idonei per l'esercizio dell'autotutela, procederà alla registrazione in procedura COGISAN del parere di resistenza in giudizio. Contestualmente, sarà possibile, per il tramite della procedura dedicata, inviare una relazione medico legale preliminare al Funzionario incaricato di procedere alla costituzione in giudizio.

c. Le attività peritali

Dopo avere acquisito in procedura COGISAN la data di inizio delle operazioni peritali, il Dirigente medico dell'UOC/UOS provvede ad assegnare a un medico dell'Istituto l'incarico di partecipare, in qualità di Consulente Tecnico di Parte (CTP), alle operazioni peritali relative all'Accertamento Tecnico Preventivo Obbligatorio (ATPO), inserendone il nominativo in procedura. Ai sensi dell'art. 38, comma 8, della legge n. 111/2011, il medico legale dell'Istituto è autorizzato a partecipare, di diritto, alle operazioni peritali, in deroga all'art. 201, comma 1, c.p.c.. Il CTP così nominato è tenuto a partecipare alle operazioni peritali assegnate e ad aggiornare tempestivamente la procedura COGISAN, registrando la propria partecipazione e riportando le valutazioni medico-legali desunte. È fortemente consigliato, prima della partecipazione, prendere visione della storia documentale dell'interessato tramite il portale INPS (tra cui funzioni "consultazione pratica" o "DB integrato"), per acquisire informazioni utili al contraddittorio e alla formulazione di un giudizio conclusivo integrato. Tale operazione permette al consulente di avere una visione complessiva dei benefici eventualmente già riconosciuti all'interessato (ad esempio, la coesistenza di riconoscimenti per cecità civile e invalidità), nonché di individuare situazioni particolari come l'avvenuto svolgimento di una visita di revisione successiva alla data di notifica del ricorso.

A seguito della ricezione della bozza di relazione tecnica da parte del CTU, il CTP dell'Istituto, qualora ne ricorrano i presupposti, deve redigere osservazioni critiche da registrare in COGISAN e da trasmettere al CTU entro il termine fissato dal Giudice. La trasmissione può avvenire tramite il Portale del CTU, in modalità automatica, qualora la bozza sia stata ricevuta tramite tale canale, oppure mediante PEC generata automaticamente da COGISAN, se in possesso dell'indirizzo PEC del CTU.

Conclusa la fase di accertamento, il Tribunale assegna alle Parti un termine per dichiarare l'eventuale opposizione alle conclusioni del CTU. In mancanza di opposizione, il Giudice può procedere all'omologa dell'accertamento sanitario con decreto non impugnabile, salvo il potere di disporre un rinnovo della consulenza. Ai fini della procedibilità della causa di merito, la parte dissenziente deve depositare un ricorso motivato, indicando le ragioni del dissenso a pena di inammissibilità. È importante sottolineare che, in tema di ATPO ex art. 445-bis c.p.c., le sole osservazioni critiche del CTP non equivalgono a formale dissenso, e dunque non rendono proponibile il ricorso contro il decreto di omologa emesso in assenza di opposizioni (Cass. civ. n. 2163/2021). Pertanto, qualora la relazione definitiva del CTU non recepisca le osservazioni critiche del CTP INPS, o le motivazioni addotte a confutazione non siano convincenti, il consulente dell'Istituto dovrà redigere un parere

medico-legale motivato ai fini dell'eventuale dichiarazione di dissenso. Tale parere dovrà essere registrato in COGISAN e comunicato tempestivamente al Funzionario dell'Istituto costituito in giudizio, affinché possa valutare la presentazione del ricorso introduttivo di merito nei termini previsti. Infine, nelle fasi successive all'omologa dell'accertamento o in caso di apertura del giudizio di merito, il CTP potrà essere nuovamente incaricato di presenziare alle ulteriori operazioni peritali eventualmente disposte dal Giudice, qualora la parte abbia depositato il ricorso contenente motivi di dissenso. Anche in tali circostanze, il medico dovrà aggiornare COGISAN con gli esiti della nuova consulenza e mantenere costante il raccordo con il funzionario legale dell'Istituto. In un'ottica di coerenza tecnica, efficacia difensiva e tutela dell'interesse pubblico, è essenziale che il consulente dell'INPS continui a operare secondo criteri di rigorosa documentazione, evidenza medico-legale e piena tracciabilità della propria attività professionale all'interno della procedura informatizzata.

d. Il giudizio di merito post ATPO e la sentenza.

Nei casi di mancato accordo, la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del CTU nominato in fase di ATPO deve depositare, entro il termine perentorio di trenta giorni dalla formulazione della dichiarazione di dissenso, il ricorso introduttivo del giudizio di merito, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione. Il giudizio di merito si conclude con una sentenza inappellabile, così come disposto dall'art. 445-bis, comma 6 c.p.c.

CONCLUSIONI

L'analisi svolta evidenzia come il contenzioso giudiziario medico-legale in ambito assistenziale e previdenziale rappresenti un settore in costante evoluzione, nel quale il ruolo del Consulente Tecnico di Parte dell'INPS assume una funzione centrale non solo sul piano valutativo, ma anche sul piano istituzionale e formativo. L'approfondimento del quadro normativo, delle procedure processuali e degli strumenti operativi oggi disponibili dimostra che l'efficacia dell'azione del CTP dipende in maniera determinante dalla capacità di integrare conoscenze tecnico-scientifiche, aggiornamento normativo e corretto utilizzo delle piattaforme digitali messe a disposizione dall'Istituto.

Il percorso ricostruito mette in luce la necessità di un approccio metodologico fondato sul rigorismo medico-legale, sulla tracciabilità degli atti e sulla piena consapevolezza delle responsabilità correlate all'esercizio della funzione consulenziale. Al tempo stesso, emerge chiaramente come l'uniformità valutativa e la qualità delle attività peritali costituiscano obiettivi imprescindibili per garantire l'effettività dei diritti degli assistiti, la riduzione del contenzioso e il rafforzamento dell'azione difensiva dell'INPS.

In un contesto caratterizzato da riforme normative, ampliamento delle competenze istituzionali e crescente digitalizzazione dei processi, il CTP è chiamato a sviluppare una professionalità capace di coniugare autonomia tecnico-giuridica, aggiornamento continuo e capacità di operare all'interno di procedure sempre più strutturate. La partecipazione consapevole e qualificata alle attività di ATPO, la corretta gestione delle osservazioni critiche, il raccordo costante con i funzionari legali e la piena padronanza dei sistemi informatici costituiscono competenze imprescindibili per un esercizio responsabile ed efficace della funzione.

Promuovere una cultura tecnico-professionale fondata su competenza, rigore e consapevolezza significa, contribuire direttamente alla tutela dell'interesse pubblico, alla qualità dell'azione amministrativa e al corretto riconoscimento dei diritti sociali e previdenziali, in linea con la missione istituzionale dell'INPS.

BIBLIOGRAFIA

1. Catalano C., M. Gianfelice, A. Cavalli. Massimario Giurisprudenziale Medico-legale per i consulenti tecnici di parte INPS, in Rassegna di Medicina legale Previdenziale Supplemento al n.1 del 2002 pagg 5-114. C
2. Catalano C., G. Vitiello, La consulenza tecnica medico-legale nelle prestazioni erogate dall'INPS. Giuffrè 2004
3. Catalano C., F. De Luca. G. Vitiello, Elementi di medicina legale previdenziale INPS. Giuffrè editore. 2006
4. Catalano C., G. Vitiello, La consulenza tecnica medico-legale previdenziale con rassegna di giurisprudenza. Giuffrè editore. 2007
5. Brunetti, M. (2020). L'accertamento dell'inabilità al lavoro: quadro normativo, ruolo del medico, margini di discrezionalità. Medicina e Diritto, 76, 55–72
6. Vitiello G., Catalano C., Vitiello N., G. Alecce, L. Mugnaini, Inabilità ed idoneità nel pubblico impiego. Ledizioni, 2023

Il Contenzioso Giudiziario Medico Legale di competenza INPS in ambito Previdenziale dei dipendenti pubblici: ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (parte 2)

Cristina Catalano¹
Arianna Giovannetti²
Lucilla Mugnaini²

¹Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile UOC Contenzioso Giudiziario Medico Legale

²Coordinamento Generale Medico Legale INPS - UOC Contenzioso Giudiziario Medico Legale

INTRODUZIONE

La recente evoluzione del sistema previdenziale italiano ha determinato cambiamenti profondi nella struttura e nelle funzioni dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), con ricadute dirette sull'ambito medico-legale e, in particolare, sul contenzioso previdenziale del personale pubblico. Un primo snodo decisivo si è verificato nel 2011, quando – con l'assorbimento di INPDAP ed ENPALS a seguito del D.L. 201/2011, convertito in L. 214/2011¹ – l'INPS è divenuto unico ente gestore delle prestazioni pensionistiche per lavoratori pubblici e privati, superando la precedente frammentazione organizzativa e assumendo piena titolarità nei rapporti giuridici connessi alle prestazioni erogate. Tale assetto ha attribuito all'Istituto non solo il ruolo di erogatore, ma anche il diritto-dovere di rappresentare e difendere in giudizio le proprie determinazioni.

Un'ulteriore trasformazione di rilievo si è verificata nel 2023, con la soppressione delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze, disposta dall'art. 45 del D.L. 73/2022, convertito in L. 122/2022. Dal 1° giugno 2023², le competenze sugli accertamenti sanitari relativi al personale delle pubbliche amministrazioni sono state definitivamente trasferite all'INPS, che diventa così il soggetto istituzionalmente responsabile delle valutazioni medico-legali in materia di idoneità, inabilità e invalidità nel pubblico impiego. Questo ampliamento delle funzioni comporta che l'Istituto sia oggi non soltanto gestore delle prestazioni, ma anche parte processuale obbligata nei giudizi innanzi alla Corte dei conti riguardanti pensioni di invalidità, di inabilità e di reversibilità. In tale quadro normativo e organizzativo profondamente rinnovato, il ruolo del Consulente Tecnico di Parte (CTP) medico-legale dell'INPS assume una valenza determinante. Comprendere le trasformazioni intervenute e le conseguenti ricadute operative è condizione indispensabile per esercitare una consulenza tecnica efficace, consapevole e allineata al nuovo assetto istituzionale dell'Istituto.

¹ Vedi anche Rapporto annuale INPS 2011

² Ministero dell'Economia e delle Finanze - Decreto 31 maggio 2023 - Soppressione delle commissioni mediche di verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze e trasferimento delle funzioni all'Istituto nazionale della previdenza sociale. G.U. 29 giugno 2023, n. 150

METODOLOGIA

La definizione del corretto ambito giuridico entro cui si colloca il contenzioso previdenziale dei dipendenti pubblici costituisce un passaggio preliminare necessario per circoscrivere con precisione la materia oggetto di analisi. A tal fine, occorre anzitutto individuare il giudice cui l'ordinamento attribuisce la competenza sulle controversie relative ai trattamenti pensionistici pubblici: la Corte dei conti. Essa esercita una giurisdizione esclusiva su tutte le controversie concernenti pensioni, assegni e trattamenti previdenziali dei dipendenti pubblici, siano essi a carico dello Stato o degli enti previdenziali confluiti nell'INPS³. Tale organo, autonomo e indipendente, è dotato di funzioni di controllo e giurisdizionali, con competenza che si estende alla sussistenza del diritto alla pensione, alla misura, alla decorrenza e agli accessori, quali riscatto, ricongiunzione e recupero di somme. In altre parole, il procedimento davanti alla Corte dei conti si caratterizza per un iter autonomo, con un ricorso che si propone direttamente alla sezione giurisdizionale regionale competente, e la possibilità per il giudice contabile di esercitare poteri istruttori analoghi a quelli del giudice ordinario. Ricordiamo a tal riguardo, infatti, l'ammissibilità della consulenza tecnica d'ufficio anche nei giudizi previdenziali dinanzi alla Corte dei conti, come chiarito dalla L. 21 luglio 2000, n. 205, la quale ha eliminato ogni distinzione tra il contenzioso pensionistico devoluto alla giurisdizione contabile e quello devoluto al giudice ordinario, prevedendo un esplicito richiamo alle norme del rito del lavoro – in particolare agli articoli 420 e 421 c.p.c. Sicché, allo scopo di delimitare correttamente il perimetro operativo del consulente tecnico che interviene in tali controversie, è imprescindibile distinguere con chiarezza l'iter giurisdizionale innanzi alla Corte dei conti rispetto a quello dinanzi al Tribunale ordinario. Il criterio metodologico dirimente è il *petitum* sostanziale, cioè l'oggetto effettivo della domanda giudiziale. Quando il nucleo della controversia riguarda direttamente il diritto alla pensione o la sua quantificazione, la giurisdizione appartiene alla Corte dei conti; quando invece la questione principale attiene al rapporto di lavoro e il trattamento pensionistico ne costituisce solo una conseguenza indiretta, la competenza è del Tribunale ordinario (Il procedimento segue le regole del rito del lavoro, con la possibilità di successivo trasferimento della causa alla Corte dei conti qualora emerga che il vero oggetto della domanda sia la pensione stessa⁴) Tale distinzione, consolidata nella giurisprudenza di legittimità, trova fondamento negli artt. 13 e 62 del R.D. 1214/1934⁵ e nell'art. 386 c.p.c.⁶, e rappresenta il criterio metodologico fondamentale per orientarsi tra i diversi ambiti giurisdizionali. Nel delineare con precisione l'ambito di operatività del CTP INPS, è inoltre necessario richiamare il ruolo costituzionale della Corte dei conti. Ai sensi dell'art. 103 Cost., essa esercita giurisdizione nelle materie di contabilità pubblica e in quelle attribuitele dalla legge, tra cui rientrano le controversie pensionistiche dei dipendenti pubblici. A completamento del quadro, si segnala l'introduzione del D.L. n. 25/2025, recante "Disposizioni urgenti in materia di reclutamento e funzionalità delle pubbliche amministrazioni", recentemente convertito nella Legge n. 69/2025, pubblicata in Gazzetta Ufficiale. Tale norma introduce un'importante innovazione, disponendo che, ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, inabilità e inidoneità al lavoro e al servizio e dei conseguenti effetti previdenziali, saranno applicabili le disposizioni previste dalla legge 12 giugno 1984, n. 222, già vigenti per il settore privato⁷.

3 Corte Costituzionale, 10 maggio 2002, ord. n.185.

4 Cassazione, Sezioni Unite, ordinanza del 11 novembre 2018, n. 29396.

5 Regio Decreto 12 luglio 1934, n. 1214; D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 174 (Codice di Giustizia Contabile); Costituzione della Repubblica Italiana, art. 100.

6 L'articolo 386 del Codice di Procedura Civile riguarda gli effetti della decisione sulla giurisdizione. Essa determina l'oggetto della domanda e, quando il giudizio prosegue, non pregiudica le questioni sulla pertinenza del diritto e sulla proponibilità della domanda.

7 Resterà tuttavia escluso dall'ambito di applicazione di tali disposizioni il personale delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

RISULTATI

Dall'analisi del quadro giuridico e procedurale emerge con chiarezza che il contenzioso previdenziale dei dipendenti pubblici si colloca in un ambito giurisdizionale specifico e fortemente delimitato, in cui la Corte dei conti rappresenta il giudice naturale e competente per tutte le controversie aventi a oggetto il trattamento pensionistico pubblico. In questo contesto, il perimetro dell'attività medico-legale dell'INPS risulta definito in modo netto: la Corte esercita una giurisdizione esclusiva su tutte le controversie relative ai trattamenti pensionistici dei dipendenti pubblici, siano essi a totale carico dello Stato oppure a carico degli enti previdenziali confluiti prima nell'INPDAP e successivamente nell'INPS.

L'analisi condotta consente pertanto di individuare alcuni risultati essenziali ai fini dell'impostazione tecnico-giuridica del ruolo del CTP. In primo luogo, la Corte dei conti è competente a giudicare la sussistenza del diritto alla pensione in tutte le sue forme — pensioni privilegiate, ordinarie e di guerra — nel settore civile come in quello militare. Il giudizio verte sull'accertamento del diritto soggettivo al trattamento pensionistico, che può riguardare il riconoscimento originario della prestazione, il riesame di un diniego, la revoca o modifica di un trattamento già in godimento. Tale accertamento può richiedere la qualificazione dell'infermità quando essa costituisce presupposto necessario per l'attribuzione della prestazione. Ne deriva che la Corte è chiamata a esercitare una valutazione con profili insieme giuridici e medico-legali, avvalendosi delle competenze tecniche necessarie a stabilire la ricorrenza dei requisiti previsti dalla legge.

Un ulteriore risultato emerso riguarda le funzioni delle sezioni giurisdizionali regionali, che dispongono di poteri istruttori analoghi a quelli del giudice ordinario, confermando la piena autonomia e specializzazione del rito contabile pensionistico. Ne consegue che la Corte dei conti rappresenta, in senso sostanziale e non solo formale, il giudice specializzato per tutte le controversie in cui il trattamento pensionistico pubblico costituisce il nucleo centrale della domanda, garantendo uniformità interpretativa e tutela specialistica nell'ambito della previdenza pubblica.

A ciò si aggiunge un ulteriore e significativo risultato connesso all'aggiornamento normativo più recente: il già menzionato D.L. n. 25/2025, convertito nella L. n. 69/2025, che introduce un principio di omogeneizzazione dei criteri medico-legali tra settore pubblico e privato e, al tempo stesso, apre questioni nuove e complesse in tema di valutazione delle inidoneità. Questa novità legislativa rappresenta una sfida importante ed innovativa anche per lo stesso CTP, orientata a uniformare e superare le disparità storiche tra settore pubblico e settore privato in materia di accertamenti medico-legali per il riconoscimento delle prestazioni pensionistiche per inabilità, pur destando non poche perplessità in tema di valutazione delle relative inidoneità.

Nel loro insieme, questi elementi costituiscono il risultato più significativo dell'analisi condotta: la definizione chiara e strutturata dell'ambito giurisdizionale, dei criteri di competenza e delle implicazioni valutative che regolano l'attività del CTP INPS nel contenzioso previdenziale dei dipendenti pubblici.

DISCUSSIONE

A. I collegi medico legali in materia di pensioni pubbliche che riguardano la giurisdizione esclusiva della Corte dei conti

La Corte nell'ottica di acquisire un parere tecnico squisitamente medico e dunque mediante consulenze tecniche, ha facoltà di avvalersi di Collegi o Uffici Medico-Legali o nominare singoli Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU). L'obiettivo principale è quello di ottenere un parere tecnico-scientifico scientificamente affidabile e giuridicamente appropriato che supporti la decisione giuridica, garantendo una valutazione accurata delle condizioni sanitarie del ricorrente e della loro rilevanza in riferimento ai quesiti posti. A tal fine è possibile riscontrare in giudizio l'interpello dei diversi collegi:

1. Collegio Medico-Legale del Ministero della Difesa, con le sue prime tre Sezioni presso lo Stato Maggiore della Difesa, la quarta sezione distaccata presso la Corte dei conti di Roma e la quinta sezione distaccata presso la sede della Corte dei conti per la Sicilia a Palermo;
2. Ufficio Medico-Legale del Ministero della Salute: nella maggioranza dei casi, la Corte può richiedere consulenze a Collegi, come quelli del Ministero della Salute o della Difesa, soprattutto quando le competenze specifiche richieste rientrano nell'ambito di queste istituzioni;
3. singoli Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU): professionisti esterni nominati dalla Corte per fornire pareri su aspetti specifici del caso.

Il Collegio Medico-Legale, l'Ufficio Medico-Legale ed i CTU hanno la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti specialistici qualora ritengano necessario approfondire determinati aspetti clinici o, diversamente, di assumersi la responsabilità della valutazione medico legale sulla scorta della documentazione presentata in atti, spesso connessa a richieste di valutazioni "ora per allora" che giustificano l'inconferenza di valutazione cliniche attuali aggiuntive, poco dirimenti. Tali visite, qualora ritenute necessarie, devono essere autorizzate dalla Corte e svolte nel rispetto delle normative vigenti, garantendo il contraddittorio tra le parti.

Seppur apparentemente ultroneo, si precisa che l'Accertamento Tecnico Preventivo (ATP) in materia previdenziale, disciplinato dall'art. 445-bis c.p.c., secondo il dettato normativo e la prassi giurisprudenziale, non è previsto né esperibile davanti alla Corte dei conti, ma esclusivamente davanti al giudice ordinario (tribunale del lavoro) giacché individua espressamente il giudice del lavoro come l'unico competente a ricevere l'istanza di ATP in materia di previdenza pubblica, non rientrando lo stesso nella giurisdizione contabile. Di conseguenza, in tema di previdenza pubblica nelle procedure gestite dalla Corte dei conti non si assisterà mai all'avvio di un Accertamento Tecnico Preventivo (ATP).

B. Le attività peritali

Nel quadro delle controversie giurisdizionali in materia pensionistica di competenza della Corte dei conti, il Consulente Tecnico di Parte (CTP) medico-legale assume un ruolo specialistico di rilievo, agendo quale ausiliario tecnico-scientifico della parte resistente rappresentata dall'INPS. In tali procedimenti, la consulenza medico-legale costituisce un supporto essenziale al corretto esercizio della funzione difensiva, soprattutto (ma non solo) nelle vertenze relative a trattamenti pensionistici di natura ordinaria o privilegiata, con riferimento alla valutazione delle cause di servizio, della pensione di reversibilità o della sussistenza dei requisiti per il riconoscimento di contributi figurativi. Il CTP medico-legale opera all'interno di un sistema processuale a composizione tecnica, in cui le questioni di fatto – in particolare quelle riguardanti la condizione sanitaria del ricorrente, la sua evoluzione clinica, la compatibilità con l'attività lavorativa prestata e i presupposti normativi

per l'accesso al beneficio richiesto – vengono sottoposte a verifica peritale da parte del Giudice contabile, mediante l'ausilio, come già anticipato, di un Collegio peritale o di un Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU).

A seguito della notifica dell'atto introduttivo del giudizio o della nomina del CTU e previa regolare nomina, il CTP potrà partecipare alle attività peritali. Sebbene come anzidetto, in ambito contabile non si applichi l'Accertamento Tecnico Preventivo ex art. 445-bis c.p.c., la partecipazione del medico dell'Istituto riveste comunque un'importanza strategica, poiché consente una corretta valutazione anche ex ante dei presupposti medico-legali del trattamento oggetto di contestazione. Il CTP è tenuto a presenziare alle operazioni peritali, fornendo – anche su richiesta del Funzionario legale costituito – osservazioni tecniche coerenti con la documentazione sanitaria e previdenziale acquisita e parte integrante del fascicolo.

È raccomandato che, anche in sede contabile, il consulente medico INPS proceda preventivamente all'analisi del fascicolo, integrata a quella effettuabile tramite il portale istituzionale, così da ricostruire il quadro anamnestico-previdenziale dell'interessato, valutare eventuali accertamenti pregressi ed esaminare eventi sanitari successivi all'evento dannoso oggetto del contenzioso.

Alla bozza di consulenza tecnica trasmessa dal collegio/CTU, il medico dell'Istituto, se riterrà opportuno, potrà formulare osservazioni critiche scritte, da condividere con l'Ufficio legale e – se previsto – trasmetterle formalmente al CTU entro il termine assegnato dal Giudice. Sebbene tali osservazioni non abbiano la valenza di formale dissenso, esse rappresentano comunque un contributo tecnico rilevante, utile a sostenere la posizione dell'Ente e da allegare, ove opportuno, alle memorie difensive o produrre nel contraddittorio tecnico-giuridico dinanzi alla Sezione giurisdizionale della Corte.

Al termine della consulenza tecnica, se la relazione definitiva del CTU contiene valutazioni non condivise dall'Istituto, il CTP potrà redigere un parere medico-legale motivato, da registrare nelle apposite procedure interne e trasmettere al Funzionario responsabile del contenzioso, il quale potrà – in base al contenuto – sollevare contestazioni formali o richiedere approfondimenti in sede di udienza. Qualora emergano vizi metodologici o lacune istruttorie rilevanti, l'Ufficio legale potrà chiedere al Giudice contabile la rinnovazione della perizia o la nomina di un nuovo collegio o di un nuovo CTU.

C. La funzione trasversale del CTP: rigore, autonomia e lealtà istituzionale

Appare quanto mai evidente come la collaborazione strutturata e costante tra medico legale dell'Istituto e Ufficio legale costituito in giudizio sia dunque fondamentale per garantire una tutela piena e qualificata dell'interesse pubblico, nei giudizi ordinari come anche nei giudizi contabili, attraverso una partecipazione del CTP che sia tecnicamente fondata, documentata, tempestiva e coerente con le regole procedurali proprie del rito di riferimento.

In questo contesto, il CTP fornisce un parere specialistico strutturato, volto a rappresentare in modo tecnico, oggettivo e coerente con la documentazione in atti, le ragioni dell'Istituto. Il supporto viene esercitato attraverso l'esame della documentazione sanitaria, amministrativa e giuridica, la partecipazione attiva alle operazioni peritali, l'eventuale predisposizione di note osservative o critiche alla bozza di CTU, nonché mediante un'interlocuzione costante con l'Avvocatura, in un'ottica di collaborazione interprofessionale orientata alla strategia difensiva. Il consulente, infatti, non si limita a reagire alla relazione d'ufficio, ma partecipa in maniera proattiva alla costruzione del quadro tecnico-probatorio, anticipando criticità e proponendo – nei limiti delle

sue attribuzioni – elementi valutativi e ipotesi alternative basate su fonti clinico-scientifiche e su criteri medico-legali consolidati.

È possibile affermare perciò che uno degli aspetti centrali dell'attività del CTP sia rappresentato proprio dalla fase preparatoria: prima della consulenza tecnica d'ufficio, quel momento in cui il consulente analizza con attenzione tutta la documentazione disponibile, valuta eventuali incongruenze, confronta dati anamnestici e certificazioni sanitarie e contribuisce alla definizione di una linea tecnica coerente con la posizione dell'Ente. Un siffatto studio preliminare consente una partecipazione informata, critica e consapevole alle operazioni peritali, ed è spesso determinante per la qualità e la fondatezza del contraddittorio.

A ciò si aggiunga come la possibilità di addivenire, nel corso della consulenza tecnica d'ufficio, a visioni tecnicamente condivise con il CTU rappresenta l'espressione sinergica della professionalità e dell'onestà intellettuale del CTP, unita ed integrata a quella del collegio peritale o del CTU: ove non vi siano divergenze sostanziali o le valutazioni del consulente d'ufficio risultino metodologicamente corrette, può non risultare necessario redigere note critiche. Tale scelta – che non deve mai derivare da automatismi o da logiche di opportunità – va valutata caso per caso, tenendo conto sia della fondatezza tecnica della CTU sia della compatibilità con gli interessi legittimi dell'Ente rappresentato.

L'attività del CTP deve svolgersi non solo nel rigoroso rispetto dei limiti normativi previsti dal Codice di Procedura Civile, dal Codice Civile, dalla normativa sulla protezione dei dati personali e dai regolamenti interni dell'INPS, ma anche tenendo conto delle peculiarità del giudizio contabile e dei profili di responsabilità deontologica, civile e penale connessi all'esercizio della professione medico-legale.

In particolare, il CTP è tenuto ad agire secondo i principi stabiliti dal Codice di Deontologia Medica e dai criteri propri della medicina legale, che impongono autonomia di giudizio, riservatezza, imparzialità e rigore metodologico.

Tali requisiti non rappresentano soltanto obblighi etici, ma costituiscono anche presupposti indispensabili per garantire la correttezza tecnica, la credibilità istituzionale e la tutela giuridica dell'attività peritale svolta, nell'ambito di un contraddittorio tecnico efficace e nel pieno rispetto della funzione pubblica affidata all'Ente. È essenziale che il CTP mantenga sempre un approccio professionale improntato alla terzietà tecnico-scientifica, anche se formalmente incaricato da una parte. Solo una valutazione indipendente e fondata su criteri oggettivi e riproducibili può infatti contribuire in modo efficace al processo decisionale del giudice, e rafforzare – piuttosto che indebolire – la credibilità della posizione difensiva dell'Ente.

In buona sostanza, il CTP, nell'interfacciarsi con l'Avvocatura e il CTU, deve valorizzare un approccio collaborativo, dialettico e non conflittuale, ponendosi come interlocutore qualificato e leale. La sua funzione è tanto tecnica quanto istituzionale: coadiuvare l'Ente nella gestione di un contenzioso che, pur riguardando diritti soggettivi individuali, si inserisce in un più ampio quadro di equilibrio tra la tutela della salute del cittadino e la sostenibilità del sistema previdenziale pubblico.

CONCLUSIONI

Alla luce del quadro normativo, istituzionale e processuale delineato, emerge con chiarezza come il ruolo del Consulente Tecnico di Parte (CTP) medico-legale INPS si afferma oggi come snodo essenziale nella tutela della legalità e della correttezza tecnica nei procedimenti giudiziari in materia previdenziale. La sua funzione trasversale – esercitata nel rispetto di rigore scientifico, autonomia professionale e lealtà istituzionale – assume un valore strategico nella difesa dell'interesse pubblico, contribuendo alla costruzione di un contraddittorio tecnico fondato, equilibrato e coerente con i principi costituzionali.

La sinergia operativa tra il CTP ed Avvocatura dell'Istituto, unitamente all'interazione dialettica con il Consulente Tecnico d'Ufficio, nonché la capacità del CTP di partecipare consapevolmente al contraddittorio, di suggerire letture critiche fondate e di contribuire alla costruzione di un impianto probatorio solido, rappresenta un valore aggiunto decisivo non solo per la posizione dell'Ente, ma per la qualità complessiva del giudizio e ciò non solo rafforza l'efficacia difensiva, ma incarna pienamente la missione dell'INPS quale soggetto pubblico che agisce nell'interesse collettivo. Questa collaborazione interprofessionale, se ispirata a correttezza, trasparenza e responsabilità, si traduce in una difesa tecnica avanzata, capace di coniugare tutela dei diritti e sostenibilità del sistema.

Guardando al futuro, è auspicabile un investimento sempre maggiore in formazione condivisa, aggiornamento interdisciplinare e valorizzazione delle competenze del CTP, affinché il contributo del medico-legale INPS possa continuare ad essere motore di qualità giuridica, efficienza istituzionale e fiducia dei cittadini nel sistema di protezione sociale. La funzione pubblica, di cui l'Istituto è espressione, passa anche da qui: dalla competenza e dall'integrità di chi opera ogni giorno, con scienza e coscienza, al servizio dello Stato.

BIBLIOGRAFIA

1. Catalano C., M. Gianfelice, A. Cavalli. Massimario Giurisprudenziale Medico-legale per i consulenti tecnici di parte INPS, in Rassegna di Medicina legale Previdenziale Supplemento al n.1 del 2002 pagg 5-114. C
2. Catalano C., G. Vitiello, La consulenza tecnica medico-legale nelle prestazioni erogate dall'INPS. Giuffrè 2004
3. Catalano C., F. De Luca. G. Vitiello, Elementi di medicina legale previdenziale INPS. Giuffrè editore. 2006.
4. Catalano C., G. Vitiello, La consulenza tecnica medico-legale previdenziale con rassegna di giurisprudenza. Giuffrè editore. 2007
5. Ferrari G., L'invalidità per causa di servizio e l'equo indennizzo nel pubblico impiego, Milano, Giuffrè, 2007
6. Corte dei conti, Sezione del controllo sugli enti. Determinazione del 20 dicembre 2018, n. 132. Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Inps) 2017. URL: http://www.corteconti.it/attivita/uffici_centrali/sezione_controllo_enti/2018/
7. Brunetti, M. (2020). L'accertamento dell'inabilità al lavoro: quadro normativo, ruolo del medico, margini di discrezionalità. Medicina e Diritto, 76, 55-72
8. Cavagnetto A, Malanot M. Causa di servizio ed equo indennizzo, pensione privilegiata e benefici per le vittime del dovere (forze armate e forze di polizia). Normativa, iter e casi pratici, Key Editore, 2023
9. Vitiello G., Catalano C., Vitiello N., G. Alecce, L. Mugnaini, Inabilità ed idoneità nel pubblico impiego. Ledizioni, 2023

Si ritiene parte integrante della presente bibliografia tutta la normativa nazionale ed europea di riferimento in materia assistenziale e previdenziale, sia pubblica sia privata, rilevante ai fini medico-legali. A questa si aggiungono i messaggi, le circolari e le linee guida emanati dall'INPS, nonché le direttive e le circolari tecniche del Ministero della Difesa e di altri Enti competenti, ove pertinenti ai profili valutativi, amministrativi e contenziosi di interesse medico-legale.

Disturbi Mentali (ICD-IX). Analisi delle prestazioni previdenziali INPS dal 2017 al 2024

Alessandro di Luca¹
Elisa Bonanni¹
Pasquale Petruzzo¹
Andrea Cavalli²

¹Coordinamento Generale Medico Legale INPS - UOC Prestazioni Medico Legali Pensionistiche Previdenziali
²Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile UOC, Prestazioni Medico Legali Pensionistiche Previdenziali
Corresponding Author: Andrea Cavalli, andrea.cavalli@inps.it

ABSTRACT

Il contributo esamina in modo sistematico l'incidenza dei Disturbi Mentali, codificati secondo l'ICD-IX (290–319), nelle principali prestazioni previdenziali INPS tra il 2017 e il 2024. Sulla base di un'estrazione SIGAS relativa alle sole pratiche con esito medico-legale positivo (prime istanze e ricorsi) per Assegno ordinario di invalidità (AOI), Pensione di inabilità (PI) e Pensione di reversibilità/indiretta (PR). Su 1.089.625 domande totali e 292.393 riconoscimenti, 46.076 (16%) presentano almeno una diagnosi di Disturbo Mentale, con predominanza maschile (58,9%) e massima concentrazione nella classe 50–64 anni (62,3%). Per prestazione, prevale la PR (56,05%), seguita dall'AOI (34,37%) e dalla PI (9,58%). Le modalità diagnostiche evidenziano, per l'AOI, la prevalenza del codice 296.3 Depressione maggiore, episodio ricorrente; per la PI una dicotomia di genere (290.1 Demenza presenile nei maschi, 296.3 Depressione maggiore, episodio ricorrente nelle femmine); per PR la prevalenza del 318.1 Ritardo mentale grave. I risultati, in linea con le evidenze nazionali e internazionali, documentano il rilievo previdenziale dei Disturbi Mentali e suggeriscono che interventi di prevenzione, diagnosi tempestiva e presa in carico possano produrre benefici clinici e sociali, oltre a un effetto di contenimento sulle spese per prestazioni.

The contribution systematically examines the incidence of Mental Disorders, coded according to ICD-IX (290–319), in the main INPS social security benefits between 2017 and 2024. The analysis is based on a SIGAS extraction referring only to cases with a positive medico-legal outcome (first applications and appeals) for the Ordinary Disability Allowance (AOI), Disability Pension (PI), and Survivor's/Indirect Pension (PR). Out of 1,089,625 total applications and 292,393 recognitions, 46,076 (16%) include at least one diagnosis of a Mental Disorder, with a predominance of males (58.9%) and the highest concentration in the 50–64 age group (62.3%). By type of benefit, PR is the most frequent (56.05%), followed by AOI (34.37%) and PI (9.58%). Diagnostic patterns show, for AOI, the predominance of code 296.3 Major depression, recurrent episode; for PI, a gender dichotomy (290.1 Presenile dementia in males, 296.3 Major depression, recurrent episode in females); and for PR, the predominance of 318.1 Severe intellectual disability. The results, consistent with national and international evidence, highlight the social-security relevance of Mental Disorders and suggest that prevention efforts, timely diagnosis, and comprehensive care may yield clinical and social benefits, as well as help contain expenditure on benefits.

Parole chiave:
Disturbi Mentali - ICD IX - Prestazioni Previdenziali
Mental Disorders - ICD-IX - Social Security Benefits

INTRODUZIONE

Il presente contributo ha lo scopo di analizzare in modo puntuale il fenomeno relativo ai *Disturbi Mentali* nelle prestazioni previdenziali più frequentemente richieste all'INPS. Nel dettaglio, le prestazioni esaminate sono quelle ove è presente una diagnosi di *Disturbo Mentale* come da codifica ICD-IX (attualmente utilizzata in procedura SIGAS). Il fenomeno non è stato mai analizzato dettagliatamente e offre la possibilità d'inserire, in un contesto più ampio, la valutazione opera dei Centri Medico Legali e di dettagliare l'esatto ruolo della Previdenza in Italia (e di riflesso in Europa e nel mondo). Il lavoro apre altresì uno spunto su come l'INPS s'interfaccia nell'ambito delle emergenze sanitarie correlate ai Disturbi Mentali, offrendo agli assicurati un efficace supporto economico e previdenziale, così come previsto dalle norme previdenziali.

METODOLOGIA

Al fine di poter analizzare le prestazioni erogate in ambito previdenziale, in una più ampia revisione statistica, la UOC "Prestazioni Medico Legali Pensionistiche Previdenziali", del "Coordinamento Generale Medico Legale" INPS, ha chiesto un'estrazione informatica alla "Direzione Centrale Tecnologia, Informatica e Innovazione". L'estrazione è stata impostata secondo i seguenti parametri:

- **Fonte SIGAS** (*Sistema Informativo Globale delle Attività Sanitarie - Applicazione per la gestione delle informazioni medico sanitarie presso i C.M.L.*). Trattasi della procedura informatica in uso nell'Istituto per l'elaborazione delle domande in ambito previdenziale.
- **Arco temporale: 2017-2024.** La scelta dell'arco temporale è stata condizionata da una modifica del sistema di archiviazione informatico introdotta a fine 2016, che non consentirebbe l'estrazione di un campione omogeneo in data antecedente al 2017. Si è optato per chiudere l'intervallo con l'anno 2024 per non includere frazioni dell'anno corrente.
- **Prestazioni previdenziali con accoglimento medico-legale.** Sono state selezionate le prestazioni previdenziali di competenza dell'Area "Prestazioni Medico Legali Pensionistiche Previdenziali", ovvero Assegno ordinario di invalidità (AOI), Pensione di inabilità (PI) e Pensioni di reversibilità ai superstiti e indiretta (PR) a favore di figli superstiti inabili alla data del decesso del genitore assicurato. Le prestazioni prese in considerazione sono state unicamente le prime istanze e i ricorsi per prime domande, che hanno dato luogo al riconoscimento del requisito sanitario.
- **Codici nosologici.** L'indagine ha riguardato unicamente le posizioni in cui, nella sezione "Codici nosologici infermità invalidanti" del Modello SS4, era presente almeno un codice ICD-IX relativo ai *Disturbi Mentali* (290-319). È importante rimarcare che conseguentemente, il numero delle prestazioni e il numero delle diagnosi non è sovrapponibili, in quanto per un singolo caso è possibile che siano indicati più codici ICD-IX rientranti nella criteriologia indicata.
- **Numero totale delle domande in ambito previdenziale (pervenute e riconoscimenti).** È stato parallelamente chiesto il numero totale delle domande pervenute nel periodo oggetto di studio, al fine di poter confrontare il fenomeno e di poterlo valutare nel più ampio panorama delle prestazioni sia richieste che riconosciute.

L'analisi dei dati ricevuti ha previsto una suddivisione del dato per singolo anno d'interesse. Dall'analisi del Codice Fiscale si è risaliti al genere (maschio e femmina) e all'anno di nascita. Confrontando l'anno di nascita con i vari anni di riconoscimento si è proceduto alla suddivisione in fasce d'età, calcolato al momento del riconoscimento della prestazione. La selezione delle cinque fasce d'età è stata eseguita sul modello delle

relazioni annuali dell'Istituto: fino a 24, 25-34, 35-49, 50-64 e oltre 65. Le prestazioni sono state ulteriormente suddivise per le tre categorie di prestazione (Assegno ordinario di invalidità, Pensione di inabilità e Pensioni di reversibilità e indiretta ai superstiti inabili). Da ultimo, le prestazioni sono state suddivise per codice nosologico ICD-IX (prendendo in considerazione solo i codici da 290 a 319) ed è stata altresì eseguita l'analisi della moda statistica globale e suddivisa per: prestazione, genere e fascia di età. Le analisi sono state eseguite utilizzando Microsoft Excel.

PANORAMICA IN AMBITO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE DEI DISTURBI MENTALI

L'OMS definisce la salute mentale come *"uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità"* (Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. WHO, 2004 http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).

I *Disturbi Mentali* presi in considerazione ai fini della valutazione in ambito previdenziale INPS sono classificati sulla base dell'ICD-IX e descritti nel capitolo V: *Disturbi Mentali* (290-319) della Classificazione Internazionale delle Malattie, 9ª revisione, Modifiche cliniche (dall'inglese International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification – ICD-IX-CM) dell'OMS. I disturbi inclusi in questo capitolo sono: *290-299 Psicosi, inclusi gli Stati Psicotici Organici 290-294; 300-316 Disturbi Nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici; 317-319 Ritardo mentale.*

Secondo l'OMS, le donne tendono a essere più colpite: si stima che soffra di *Disturbi Mentali* il 14,8% della popolazione femminile rispetto al 13% di quella maschile.

I disturbi d'ansia risultano i più diffusi (4,4% della popolazione), seguiti dalla depressione (4%), dai problemi legati alla disabilità intellettiva (1,2%) e dall'ADHD (1,1%) (World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022) (World Health Organization. Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization; 2025) (World Health Organization. World mental health today: latest data. Geneva: World Health Organization; 2025).

In Italia, un cittadino su cinque soffre di almeno un *Disturbo Mentale*; tra i più comuni figurano ansia e depressione. Oltre 5.8 milioni di persone, in età lavorativa, presentano *Disturbi Mentali* o comportamentali e solo una su cinque ha un'occupazione; il numero di giornate di lavoro perse è circa triplo rispetto a chi non ne soffre, mentre la perdita di produttività è quantificabile in 18.5 miliardi di euro (<https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-salute-mentale-nelle-varie-fasi-della-vita/>).

Sono marcate le differenze tra fasce d'età e generi: *"I disturbi depressivi e d'ansia sono più comuni tra le donne rispetto agli uomini nel corso della vita, mentre gli uomini hanno maggiori probabilità di presentare disturbi dello sviluppo intellettuale (idiopatici), disturbi dello spettro autistico, disturbi della condotta e ADHD"*; si legge nel rapporto Headway (Headway 2023 A new roadmap for Mental Health in Italy. Brussels, 25 ottobre 2023) (Headway. "Headway – Mental health Index 4.0" Report. Brussels, September 2024).

Nel periodo 2017-2024 la media del tasso di occupazione in Italia, secondo ISTAT, è stata del 68,3% per i maschi e del 56,2% per le femmine (<https://www.istat.it/comunicato-stampa/occupati-e-disoccupati-dati->

provvisori-dicembre-2024/). Ciò contribuisce a spiegare gli scostamenti tra i dati rilevati nei suddetti rapporti dell'OMS e quelli riscontrati nella presente analisi.

Con riferimento al contesto europeo, la necessità di adottare misure in materia di salute mentale è stata sottolineata da recenti indagini istituzionali, che hanno evidenziato come il 46% dei cittadini dell'Unione abbia sperimentato disagi psichici negli ultimi dodici mesi (indagine condotta nel 2023). La situazione, già critica prima della pandemia da COVID-19 - quando un europeo su sei soffriva di problematiche di salute mentale con un costo pari al 4% del PIL dell'UE - è stata dapprima segnalata in una comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, che ha dato luogo successivamente a un'iniziativa di tracciamento a livello comunitario dei progressi compiuti dagli Stati membri, sulla base dell'operatività concordata nella "Communication on a comprehensive approach to mental health" (2023). I profili dei singoli Paesi mostrano un andamento non omogeneo (ad esempio, una maggiore prevalenza della depressione nelle donne rispetto agli uomini), in generale coerente con i dati disponibili per l'Italia (Cerdas S. RELAZIONE sulla salute mentale. Relazione - A9-0367/2023. Parlamento Europeo 17.11.2023. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_IT.html) (Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels, 7.6.2023 COM(2023) 298 final https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf) (Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health. 13.05.2024) (https://health.ec.europa.eu/publications/tracking-framework-implementation-commission-communication-comprehensive-approach-mental-health_en).

RISULTATI

Quadro generale (2017-2024)

Nel periodo 2017–2024 sono state presentate 1.089.625 domande (prime istanze e ricorsi per prime domande) per prestazioni previdenziali INPS riferite ad AOI, PI e PR; di queste, 292.393 hanno ottenuto esito positivo rispetto al requisito sanitario. Tra i riconoscimenti, 46.076 (circa 16%) presentano almeno una diagnosi classificata come Disturbo Mentale (ICD-IX 290–319) [Tabella 1 – Grafici 1,2, 3]. All'interno di quest'ultima categoria, i codici fiscali neo-inseriti sono 43.041 (93,41%), mentre 3.035 domande (6,59%) si riferiscono a soggetti già presenti (verosimilmente per domande ripetute). Il tasso di "penetrazione" dei *Disturbi Mentali* tra i riconoscimenti (≈15,8%, arrotondato al 16%) non è trascurabile, a conferma del peso previdenziale del fenomeno. L'alta quota di codici fiscali di nuovo inserimento (93%) suggerisce che i casi ripetuti siano limitati: il fenomeno è diffuso più che ricorrente sulle stesse persone, almeno per la finestra temporale osservata.

Tabella 1

Rapporto tra numero di domande e riconoscimenti anni 2017-2024		
Totale numero domande prestazioni previdenziali	Riconoscimenti totali	Totale riconoscimenti con <i>Disturbi Mentali</i>
1.089.625	292.393	46.076

Grafico 1 Confronto tra numero di domande e riconoscimenti 2017-2024

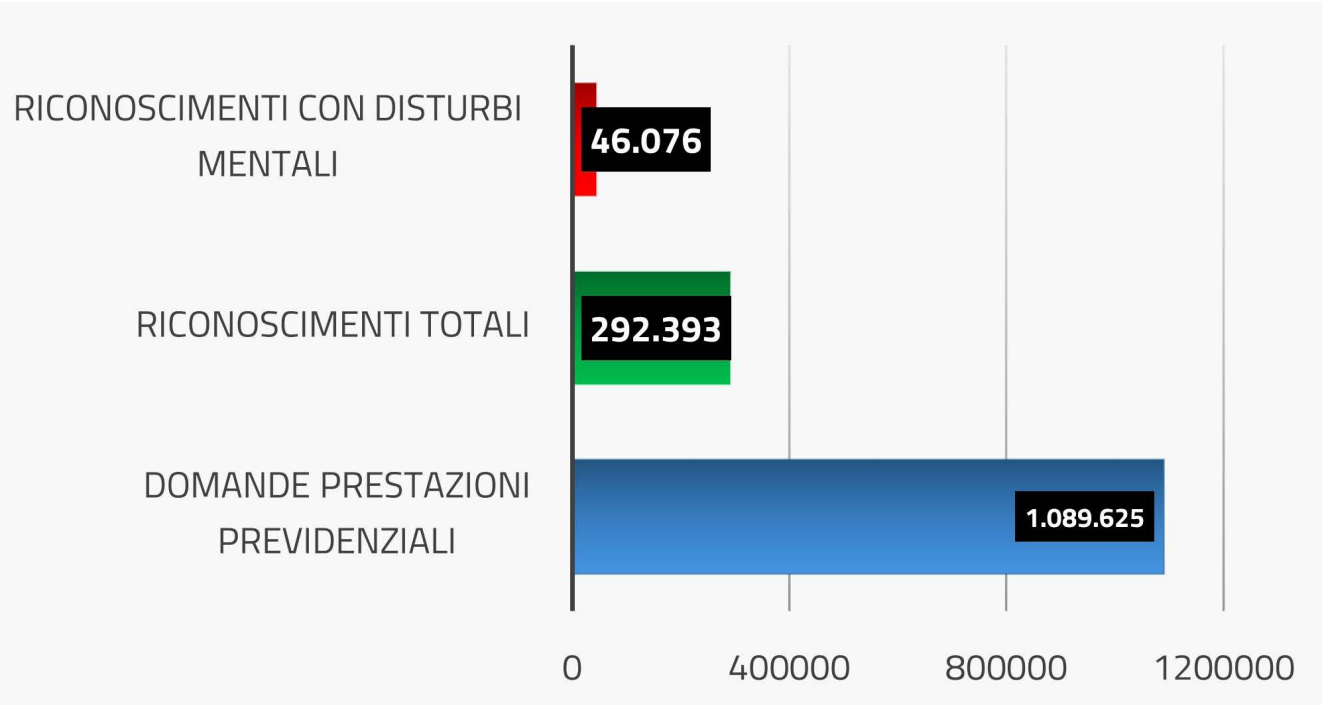


Grafico 2 Percentuale riconoscimenti Disturbi Mentali su domande totali 2017-2024

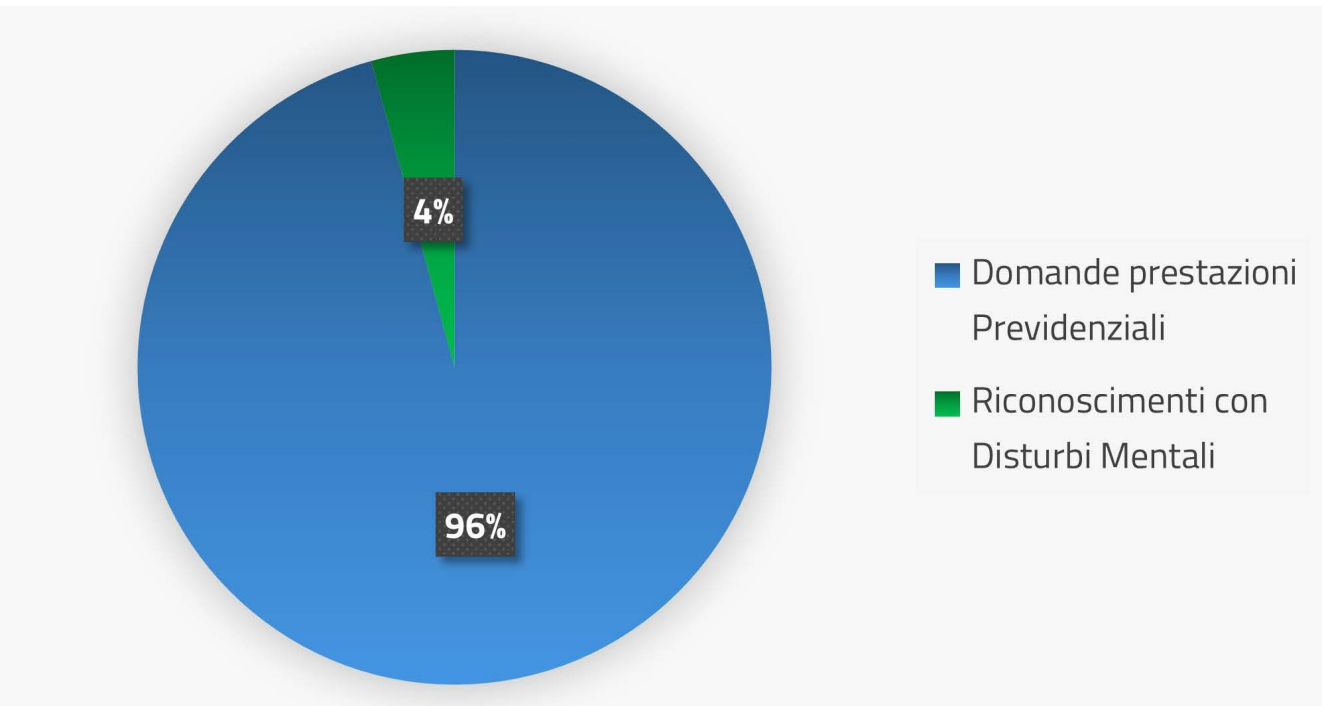
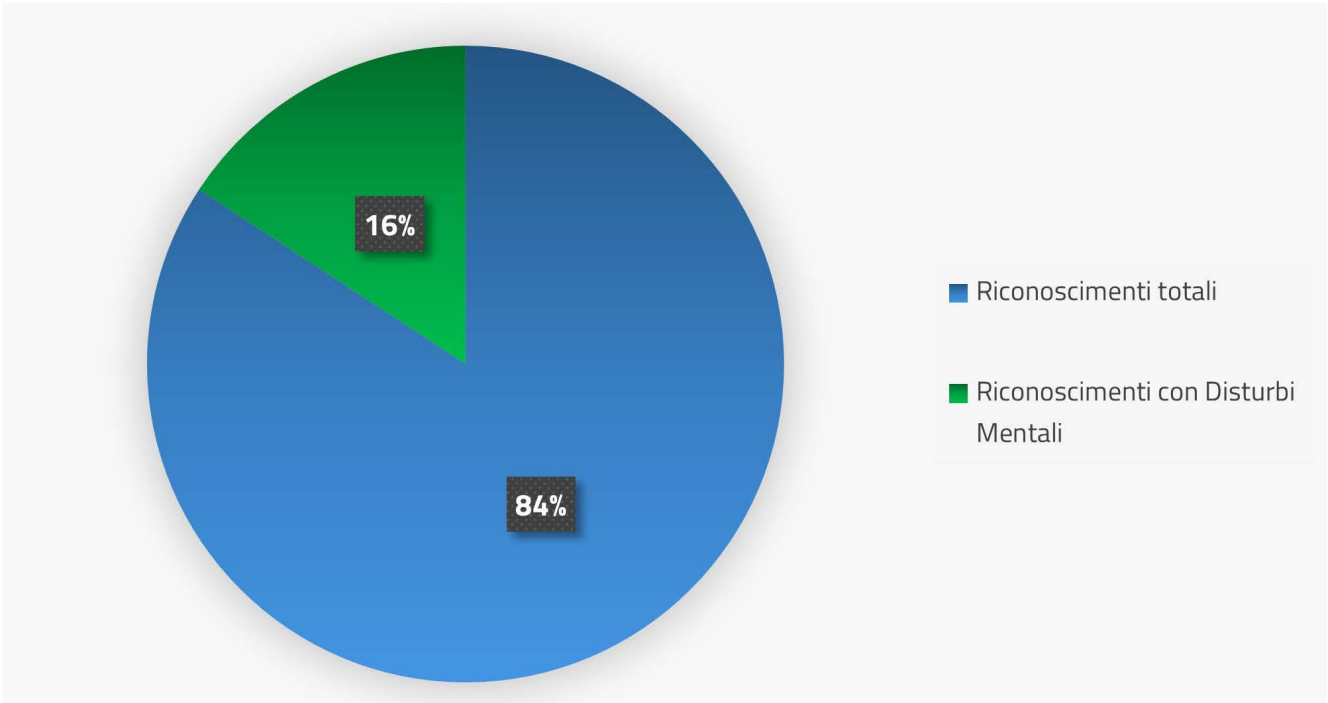


Grafico 3 Percentuale accoglimenti Disturbi Mentali su riconoscimenti totali 2017-2024



Andamento temporale dei riconoscimenti con *Disturbi Mentali*

Nell'intero periodo considerato i *Disturbi Mentali* rappresentano il 16% del totale. L'andamento è stato anche suddiviso per i relativi anni oggetto di studio, mostrando una sostanziale stabilità del fenomeno con un massimo di 6.094 nel 2019; successivamente nel 2020 i dati mostrano una flessione negativa con 5.432 casi (-10.86% rispetto al 2019); dal 2021 al 2024 viene mostrata una ripresa variabile **[Tabella 2 – Grafico 4]**.

In dettaglio la media annua dei riconoscimenti relativi ai *Disturbi Mentali* nel periodo 2017-2019 risulta essere 5.990. Il 2020 è un anno del tutto peculiare per il ridotto numero di riconoscimenti, anomalo rispetto ai dati precedenti e successivi e verosimilmente legato alla pandemia da COVID-19. Successivamente, la media annua dei riconoscimenti nel periodo 2021-2024 è di 5.668, mostrando comunque valori inferiori rispetto al triennio 2017-2019.

Schematicamente è possibile esporre così il fenomeno:

- Media annua 2017-2019: 5.990 (fase pre-pandemica "baseline").
- 2020: -10,86% vs 2019 (shock da pandemia plausibile driver).
- Media annua 2021-2024: ≈5.669 (-5,37% vs media 2017-2019).

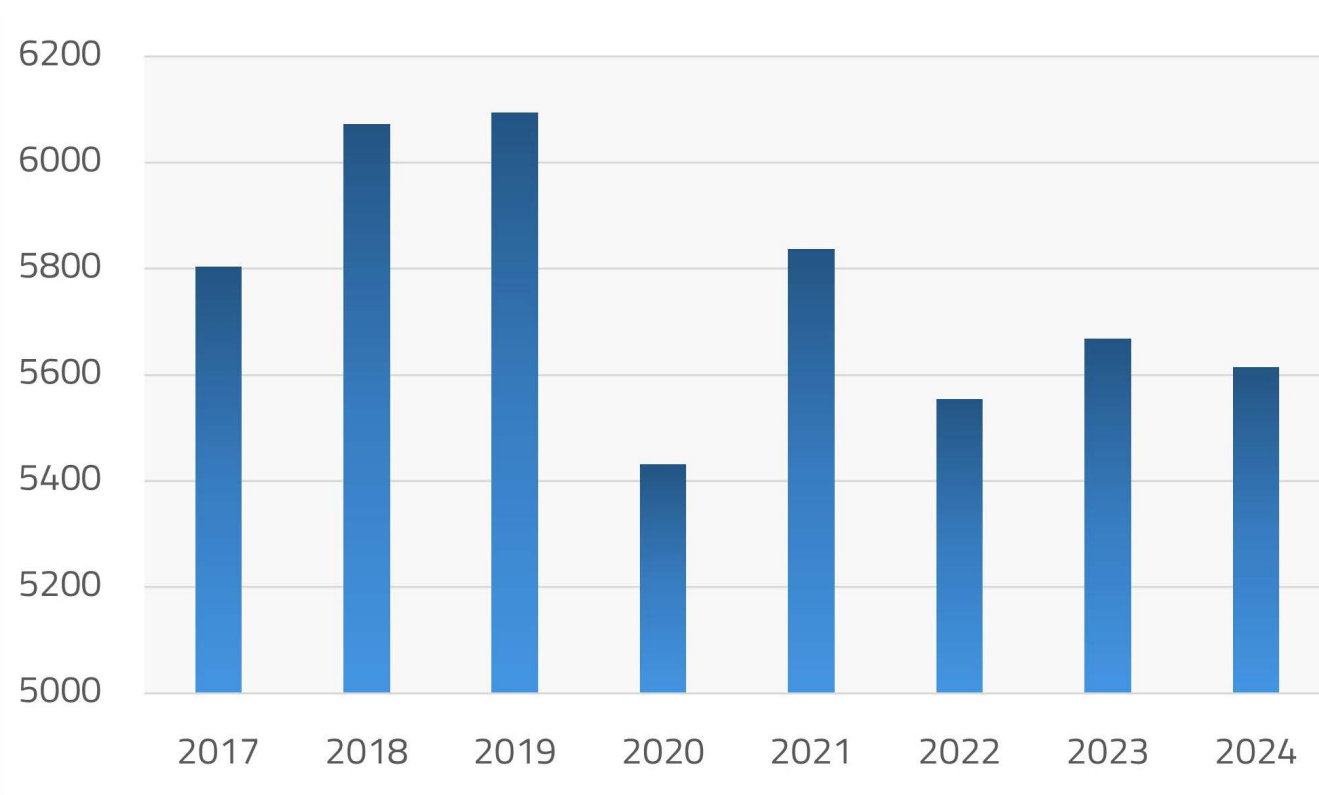
Il "gradino" 2020 indica uno shock esogeno (verosimilmente COVID-19) seguito da assestamento su livelli leggermente inferiori alla baseline, senza però evidenza di trend discendente strutturale o di una ripresa: la curva sembra stazionaria con modesta variabilità.

La ripresa incompleta può riflettere: cambiamenti organizzativi/valutativi, effetti ritardati nella domanda/istruttoria, o composizione diversa dei richiedenti (per età/prestazione).

Tabella 2

Distribuzione riconoscimenti per anno	
Anno	Disturbi Mentali
2017	5.804
2018	6.072
2019	6.094
2020	5.432
2021	5.837
2022	5.554
2023	5.668
2024	5.615
Totale	4.6076

Grafico 4 Riconoscimenti con *Disturbi Mentali* suddivisi per anno [N.B. il grafico enfatizza la differenza di riconoscimenti tra gli anni – mostra unicamente il gradiente superiore a 5.000 unità]



Distribuzione per genere

I riconoscimenti con Disturbi Mentali risultano prevalenti nei maschi: 27.138 (58,9%) vs 18.938 (41,1%) nelle femmine **[Grafico 5]**. La quota di genere resta stabile negli anni **[Grafico 6]**. La prevalenza maschile contrasta con molte statistiche epidemiologiche, che vedono maggiore incidenza femminile per ansia/depressione, suggerendo come la composizione per prestazione e per età, in ambito previdenziale (più che l'incidenza clinica "pura") ne condizioni l'esito: ad es. maggiore presenza maschile nella fascia d'età 50-64 e tassi di occupazione storicamente più alti nei maschi.

Grafico 5 Riconoscimenti con Disturbi Mentali suddivisi per Genere

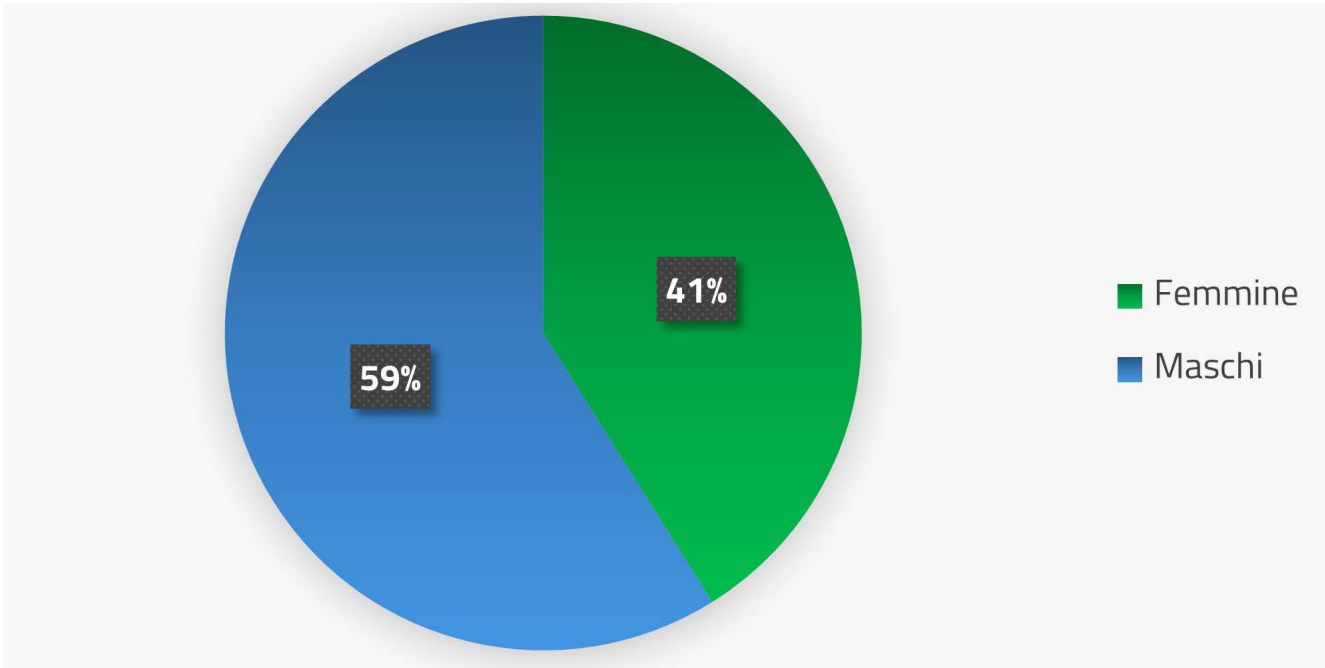
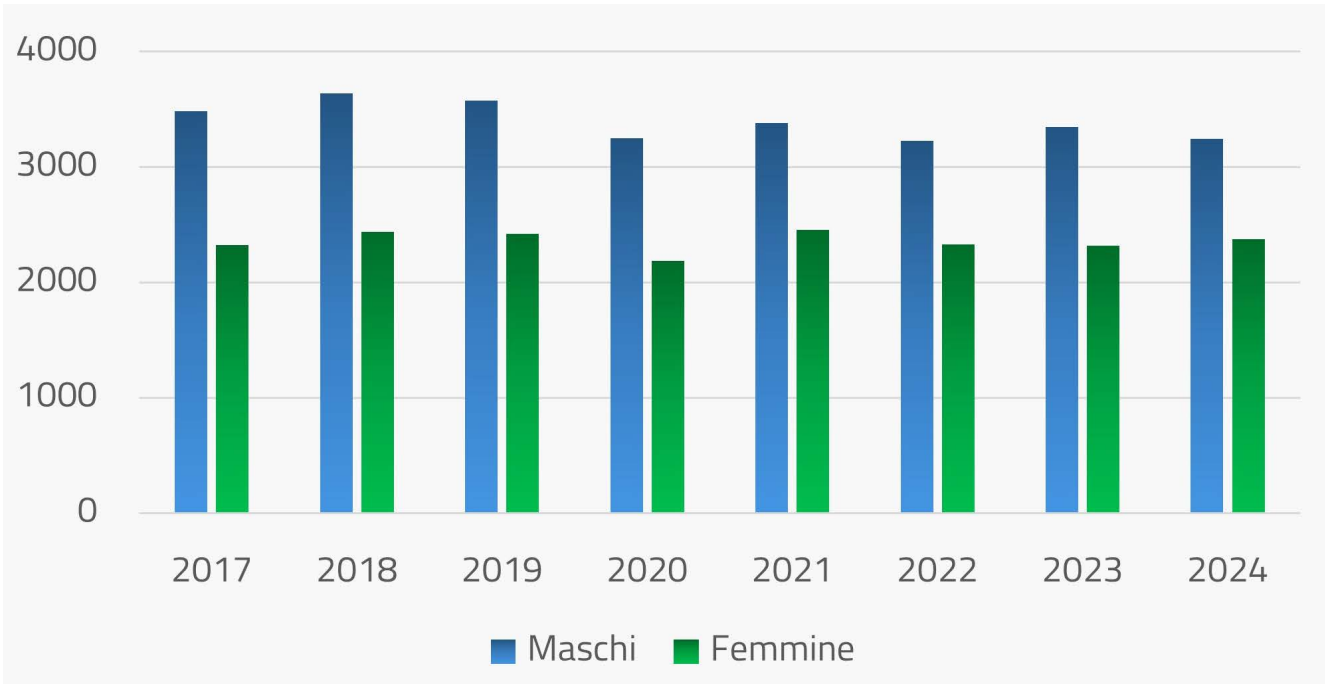


Grafico 6 Andamento annuale dei riconoscimenti con Disturbi Mentali suddivisi per genere.



Distribuzione per età

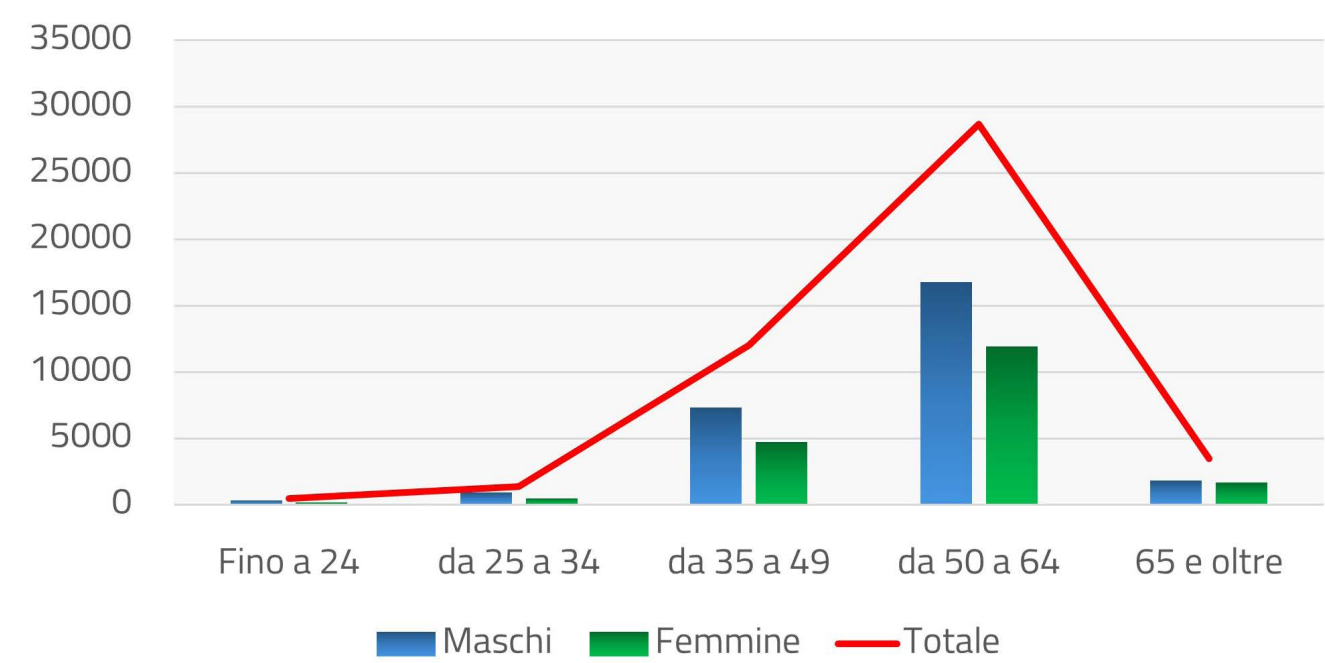
Riguardo la distribuzione del numero dei riconoscimenti dei Disturbi Mentali per fasce di età, si rileva una scarsa rappresentazione del dato nelle persone giovani (età pari o inferiore ai 34 anni) e in quelle di età pari o superiore a 65 anni. La distribuzione numerica dei casi presenta un incremento nella fascia compresa tra i 35 e i 49 anni (12.045 di cui 7.331 di genere maschile e 4.714 di genere femminile), con raggiungimento del plateau nella successiva fascia da 50 a 64 anni, per un numero pari a 28.695, di cui 16.753 maschi e 11.942 femmine **[Tabella 3 e Grafico 7]**.

Si deduce, quindi, che la distribuzione è sbilanciata sull'età lavorativa medio-avanzata: scarsa rappresentazione ≤34 anni e ≥65 anni; incremento 35–49 (12.045; 26,1%) e plateau in 50–64 (28.695; 62,3%). La massima concentrazione 50–64 è coerente con l'età di maggior rappresentatività delle menomazioni rispecchianti il requisito sanitario. La scarsa quota giovanile non implica una bassa incidenza clinica, ma può riflettere barriere di accesso o mancata eleggibilità (ridotta anzianità contributiva; quadri clinici meno gravemente invalidanti), o ancora under-coding di diagnosi nei giovani in sede previdenziale.

Tabella 3

Riconoscimenti con <i>Disturbi Mentali</i> suddivisi per genere e per fasce di età				
Genere	Maschi	Femmine	Totale	%
Totali	27.138	18.938	46.076	100%
Fino a 24	308	168	476	1,03%
da 25 a 34	915	468	1.383	3,00%
da 35 a 49	7.331	4.714	12.045	26,14%
da 50 a 64	16.753	11.942	28.695	62,28%
65 e oltre	1.831	1.646	3.477	7,55%

Grafico 7 Riconoscimenti con Disturbi Mentali suddivisi per genere e per fasce di età



Ripartizione per prestazione

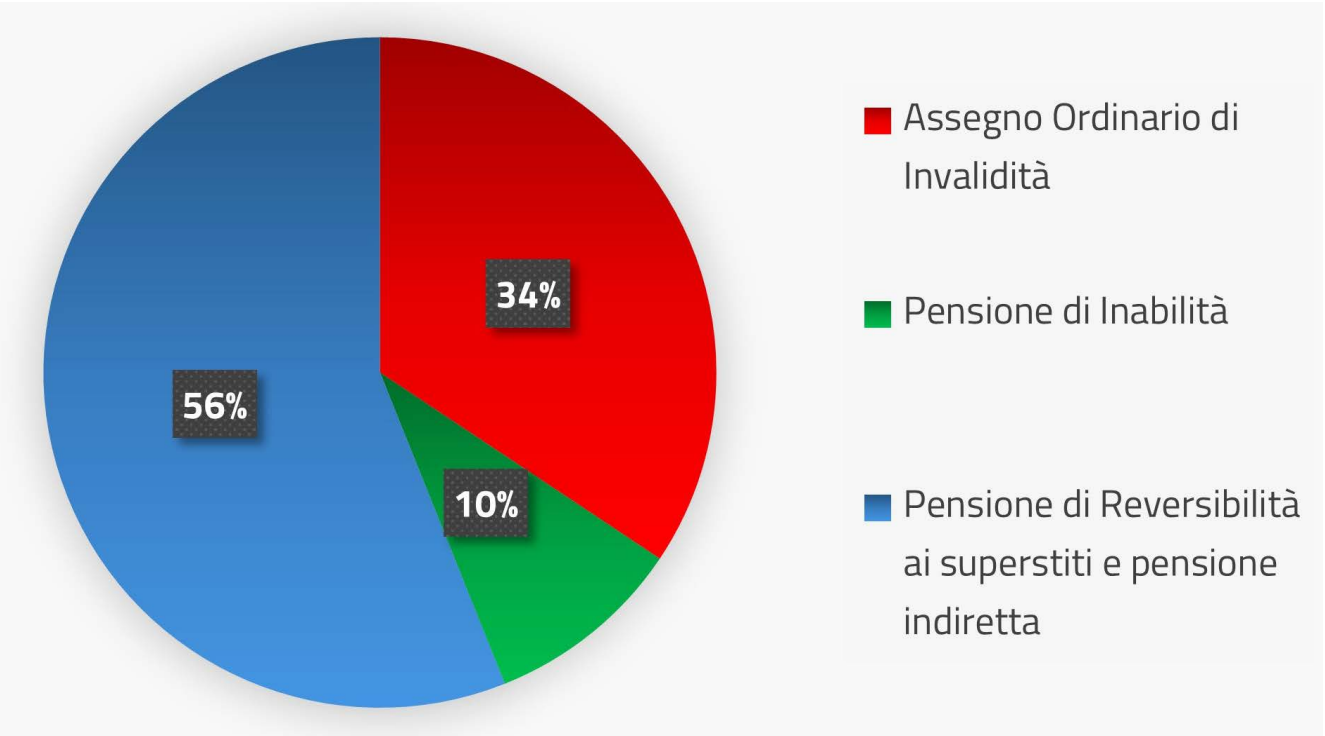
Dall'esame dei sette anni di prestazioni previdenziali presi in considerazione, è emersa una netta prevalenza, rispetto ai Disturbi Mentali, del riconoscimento al diritto alla Pensione di Reversibilità/Pensione indiretta (PR) a favore di figli superstiti inabili alla data del decesso del genitore assicurato per un numero pari a 25.827 (56,05%).

Per quanto concerne i riconoscimenti al diritto all'Assegno Ordinario di Invalidità, essi rappresentano il secondo insieme più rappresentativo con 15.838 elementi (34,37%); residuale appare il dato relativo alla Pensione di Inabilità che incorpora solo il 9,58% del fenomeno (per un numero pari a 4.412 casi) **[Tabella 4 e Grafico 8]**. Quindi, l'AOI costituisce la componente nei lavoratori attivi più rilevante (oltre un terzo dei casi), mentre la PI resta residuale (<10%), coerente con l'elevata soglia del requisito sanitario richiesto.

Tabella 4

Riconoscimenti per prestazione		
Assegno Ordinario di Invalidità	Pensione di Inabilità	Pensione di Reversibilità ai superstiti e pensione indiretta
15.838	4.412	25.827
34,37%	9,58%	56,05%

Grafico 8 Distribuzione dei riconoscimenti con Disturbi Mentali suddivisi per prestazione 2017-2024



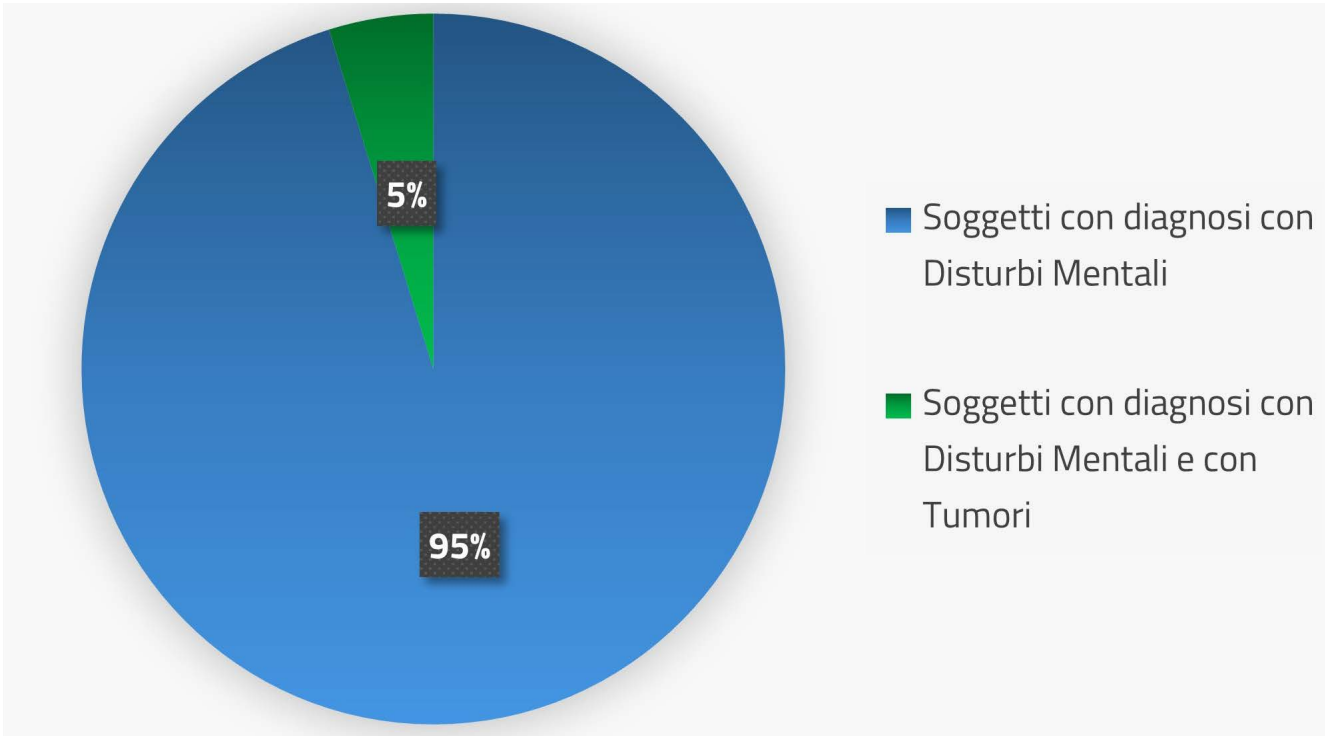
Comorbilità con neoplasie (ICD-IX 140–239)

Si è proceduto, infine, ad esaminare anche una possibile contemporaneità tra diagnosi di Disturbi Mentali e di Tumori (codici ICD-IX 140-239) esistendo in letteratura una documentata incidenza del 47% rispetto alla comorbilità inerente ai disturbi di natura reattiva a fattori stressanti (depressione ed ansia).

Pur a fronte di evidenze di letteratura che indicano comorbilità psichiche elevate (fino al ~47% per disturbi reattivi come depressione/ansia in pazienti oncologici), l'analisi rileva solo ~5% di co-presenza di codici oncologici e Disturbi Mentali (Shalata W, Gothelf I, Bernstine T, Michlin R, Tourkey L, Shalata S, Yakobson A. Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. Cancers (Basel). 2024 Aug 12;16(16):2827. doi: 10.3390/cancers16162827. PMID: 39199598; PMCID: PMC11352929) **[Grafico 9]**. Tale discrepanza può essere spiegata da una moltitudine di fattori: i richiedenti, spesso, presentano unicamente la diagnosi oncologica come principale e omettono le diagnosi secondarie; avviene che i malati oncologici, anche se manifestano disturbi di natura psichica, non sempre giungono all'attenzione di uno psichiatra, data l'urgenza e la priorità di trattare la neoplasia da cui risultano affetti e spesso, anche se trattati farmacologicamente per una depressione o per ansia, non sono provvisti di documentazione sanitaria a sostegno del dato anamnestico, né questo viene enfatizzato nella raccolta anamnestica. La discrepanza tra i dati è quindi verosimilmente attribuibile a tre fattori principali: 1) focus documentale sulla diagnosi oncologica principale; 2) mancata formalizzazione di diagnosi psichiatriche (p. es. trattamento sintomatico senza documentazione specialistica); 3) priorità clinica al trattamento della neoplasia.

Si ritiene, quindi, che i predetti risultati, nella cornice degli accertamenti previdenziali, siano scarsamente rappresentativi del fenomeno e che non possano essere presi in considerazione a fini statistici.

Grafico 9 Diagnosi con Disturbi Mentali e con Tumori



Assegno Ordinario di Invalidità (AOI)

Nel periodo 2017–2024 sono stati rilevati 15.838 riconoscimenti di AOI, nei quali, è presente almeno un codice ICD-IX relativo ai Disturbi Mentali. Si osserva una netta prevalenza del genere maschile (8.906, 56%) rispetto al femminile (6.932, 44%) [Tabella 5 e Grafico 10].

La distribuzione per età rispecchia il profilo generale: la fascia 50–64 anni risulta la più rappresentata (69,16%), seguita dalla 35–49 (24,21%) [Tabella 5 e Grafico 11]. La forte concentrazione nella fascia 50–64 è coerente con l’età in cui più facilmente si consolidano pregiudizi permanenti (dal punto di vista medico legale) e un’anzianità contributiva sufficiente a soddisfare i requisiti per l’AOI.

La prevalenza maschile (56%) può riflettere differenze occupazionali/storiche nella platea assicurata e/o una maggiore codifica di quadri severi nei maschi in sede previdenziale.

Le fasce giovani risultano poco rappresentate: ciò non implica bassa incidenza clinica, ma verosimilmente minor eleggibilità (requisiti contributivi) e/o quadri patologici meno invalidanti ai fini dell’AOI.

Tabella 5

Riconoscimenti di Assegno Ordinario d'Invalidità con <i>Disturbi Mentali</i> suddivisi per genere e per fasce di età				
Genere	Maschi	Femmine	Totale	%
Totali	8.906	6.932	15.838	100%
Fino a 24	12	3	15	0,09%
da 25 a 34	187	107	294	1,86%
da 35 a 49	2.243	1.591	3.834	24,21%
da 50 a 64	6.086	4.867	10.953	69,16%
65 e oltre	378	364	742	4,68%

Grafico 10 Riconoscimenti di AOI con Disturbi Mentali suddivisi per genere

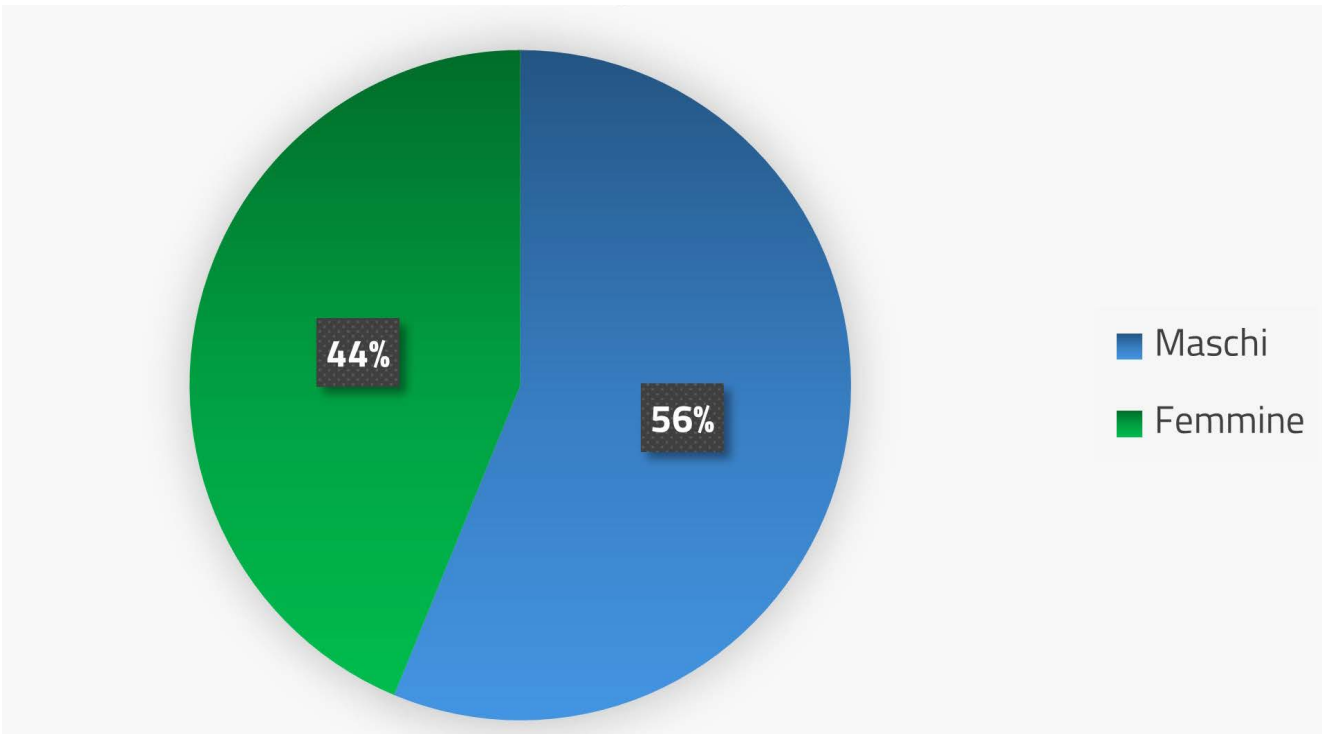
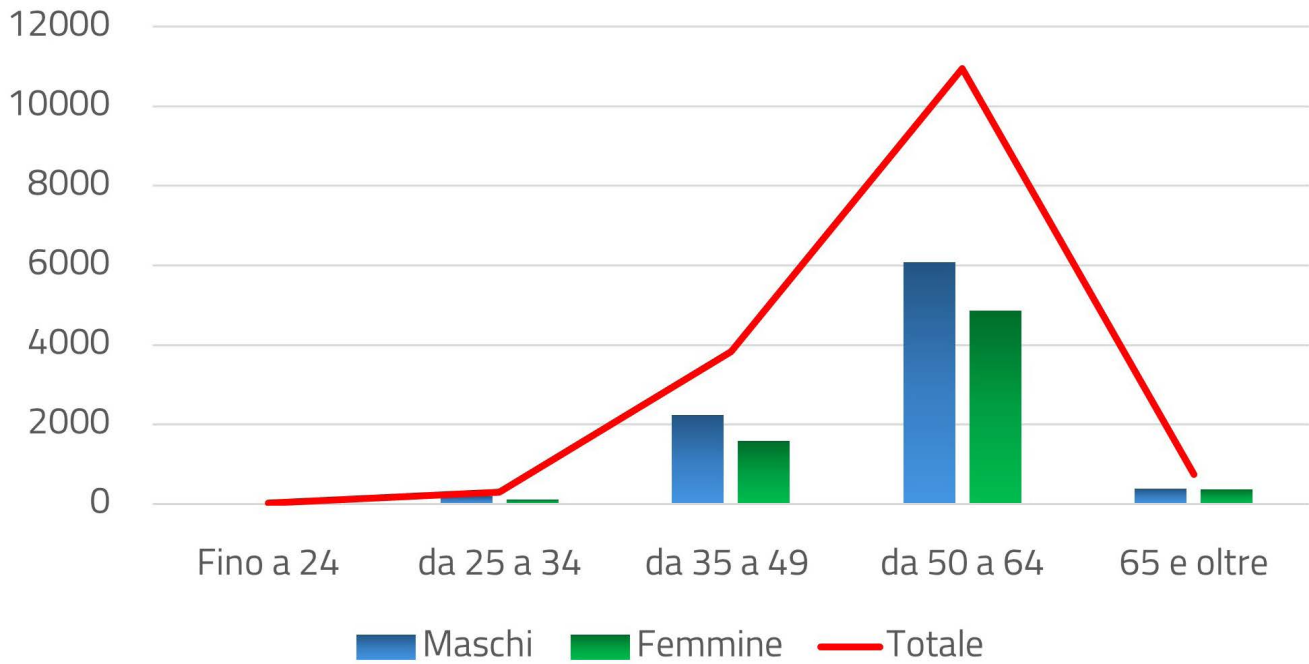


Grafico 11 Riconoscimenti di AOI con Disturbi Mentali suddivisi per genere e per fasce di età



Rispetto all'analisi eseguita sulla moda diagnostica, nell'insieme delle diagnosi associate ai riconoscimenti AOI (n = 16.446; valore superiore ai 15.838 casi, in quanto, una pratica può riportare più codici), il codice più frequente è il 296.3 – *Depressione maggiore, episodio ricorrente* [Tabella 6]. La distribuzione per genere è allineata al totale e in riferimento ai codici nosologici attribuiti ai riconoscimenti di AOI, il codice più riportato è stato il 296.3 relativo a “*Depressione maggiore, episodio ricorrente*” presente per 16.446 ripetizioni, rispettando le proporzioni di genere già riscontrate nel dato generale relativo all'AOI. È utile sottolineare come il codice nosologico 296.3 sia anche essere il codice diagnostico più utilizzato per ciascun genere. La moda resta stabile nelle femmine (296.3 in tutte le fasce). Nei maschi emergono due scostamenti nelle età più giovani: ≤24 anni: 296.4.2 – *Disturbo bipolare, episodio maniacale moderato* (campione comunque esiguo); 25–34 anni: 295 – *Psicosi schizofreniche* [Tabella 7].

Tabella 6

AOI - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e divisa per genere					
Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
16.446	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	9.261	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	7.185	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>

Tabella 7

AOI - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e divisa per genere e fasce di età						
Fasce d'età	Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
fino a 24	18	296.4.2 <i>Disturbo bipolare, episodio maniacale, moderato</i>	15	296.4.2 <i>Disturbo bipolare, episodio maniacale, moderato</i>	3	/
25-34	319	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>	201	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>	118	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>
35-49	4.126	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	2.397	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	1.729	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>
50-64	11.230	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	6.269	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	4.961	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>
oltre 65	753	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	379	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>	374	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>

Si evidenzia, quindi, che la *Depressione maggiore*, episodio ricorrente (296.3) è la diagnosi trainante dell'AOI, soprattutto nelle fasce centrali e mature: coerente con quadri persistenti e con ricadute funzionali sul lavoro. Nei maschi più giovani, la moda che vira su *Psicosi schizofreniche* e su *Disturbo bipolare*, episodio maniacale, moderato riflette la maggiore gravità e cronicità dei disturbi a esordio giovanile che, quando presenti, riescono a superare la soglia medico-legale dell'AOI pur a fronte di minori anzianità contributive. La stabilità della moda nelle femmine (296.3 in tutte le età) suggerisce una continuità del profilo clinico che porta all'AOI, con minori oscillazioni per tipologia diagnostica.

Pensione di Inabilità (PI)

La PI sebbene rappresenti circa il 10% dei riconoscimenti dei requisiti sanitari, nella sua distribuzione per genere, fascia d'età e moda diagnostica mostra elementi di rilievo.

Il profilo generale è in linea con quanto osservato per l'AOI, ma con una prevalenza maschile ancora più marcata (66%) **[Tabella 8 e Grafico 12]**. La fascia 50–64 anni concentra la quota maggiore dei riconoscimenti (3.220; 72,98%), a scapito soprattutto della 35–49 (857; 19,42%). Nella 50–64, i maschi risultano quasi il doppio delle femmine (2.122 vs 1.098) **[Tabella 8 e Grafico 13]**. La concentrazione 50–64 indica che la PI viene riconosciuta soprattutto in età lavorativa medio-avanzata, quando i pregiudizi sono più spesso gravi e con caratteristiche di permanenza (in termini medico legali).

La marcata prevalenza maschile (≈65,6%) potrebbe riflettere differenze occupazionali/contributive storiche, ma anche una maggiore presenza di quadri neurocognitivi e psicotici nei maschi che superano la soglia di inabilità assoluta. Le fasce giovani sono scarsamente rappresentate: ciò è coerente con i criteri rigorosi della PI e con la minore probabilità che, in giovane età, i disturbi determinino un'incapacità assoluta e permanente allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa (ex art. 2 della L. 222/84).

Tabella 8

Riconoscimenti di Pensione di Inabilità con <i>Disturbi Mentali</i>				
suddivisi per genere e per fasce di età				
Genere	Maschi	Femmine	Totale	%
Totali	2.895	1.517	4.412	100%
Fino a 24	2	1	3	0,07%
da 25 a 34	45	13	58	1,31%
da 35 a 49	554	303	857	19,42%
da 50 a 64	2.122	1.098	3.220	72,98%
65 e oltre	172	102	274	6,21%

Grafico 12 Riconoscimenti di PI con Disturbi Mentali suddivisi per genere

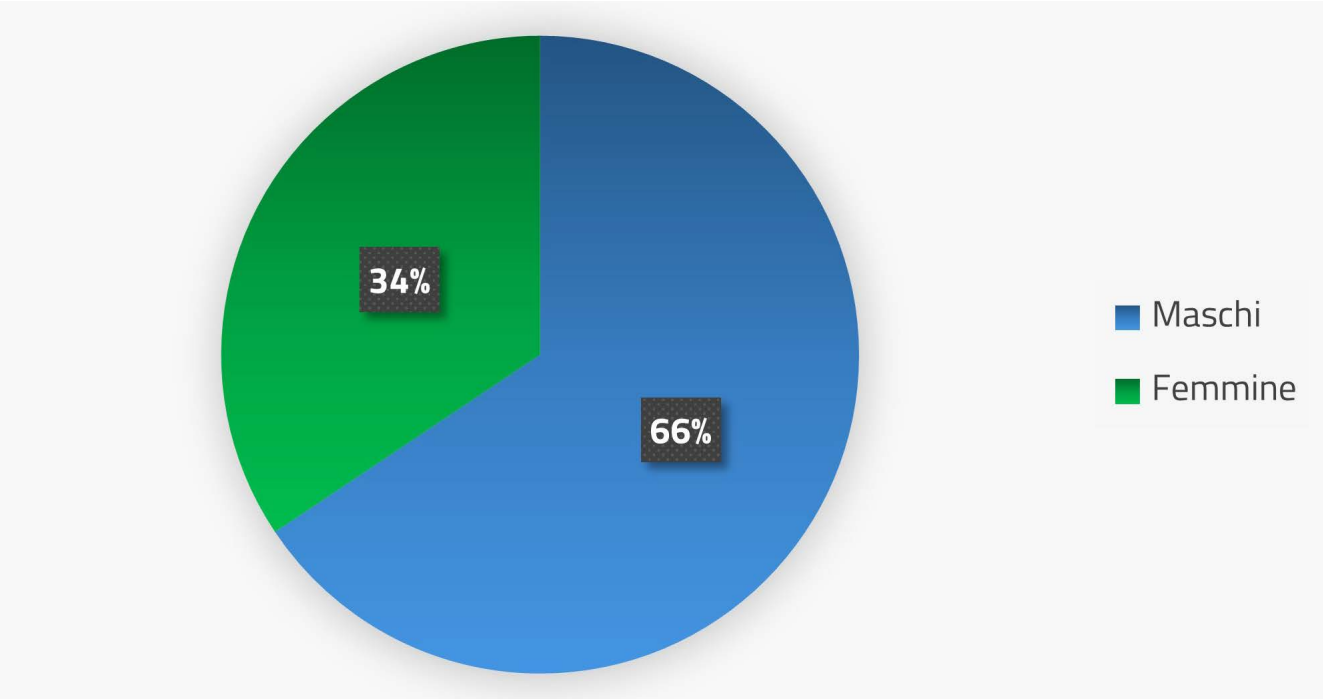
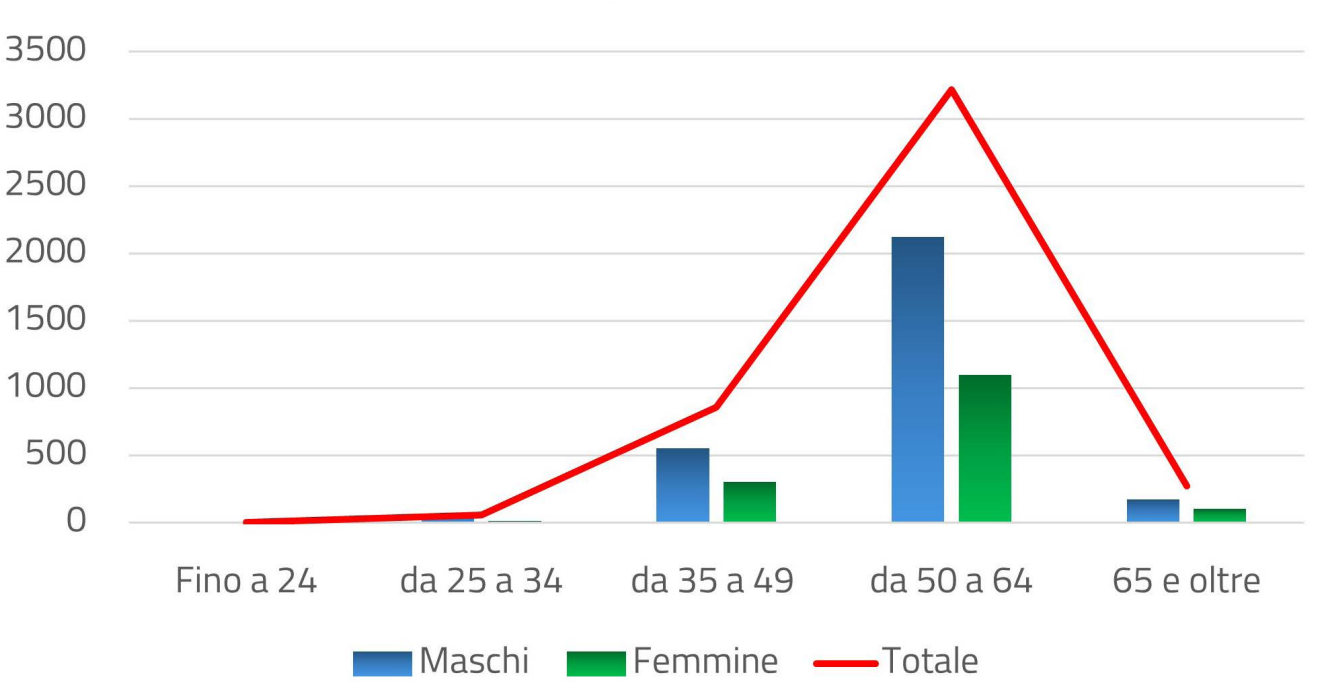


Grafico 13 Riconoscimenti di PI con Disturbi Mentali suddivisi per genere e fasce di età



Nella PI la moda diagnostica presenta differenze sostanziali tra i generi, ovviamente la moda prevalente nella globalità del dato rispecchia quella del genere maschile che è il codice 290.1 *Demenza presenile* mentre nelle femmine la moda ricalca la medesima codifica presente nell'AOI ovvero il codice 296.3 *Depressione maggiore, episodio ricorrente* [Tabella 9].

Il “primato” del 290.1 è coerente con l’età prevalente 50–64 (quadro “presenile”), e con il requisito di inabilità assoluta: i disturbi neurocognitivi hanno elevata ricaduta funzionale. Nelle femmine, la *Depressione maggiore, episodio ricorrente* (296.3) come moda suggerisce un percorso di cronicità/gravità funzionale tale da configurare una condizione di inabilità, pur con un’età mediana verosimilmente più bassa rispetto ai casi neurocognitivi.

Tabella 9

PI - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e divisa per genere					
Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
4.622	290.1 <i>Demenza presenile</i>	3.005	290.1 <i>Demenza presenile</i>	1.617	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>

Nel dettaglio inerente la moda relativa alla suddivisione dei codici per genere per fascia d’età, i codici appaiono variegati. Nelle fasce d’età comprese tra 25 e 49 anni, il codice 295 *Psicosi schizofreniche* risulta prevalente a livello totale, nelle femmine nella fascia 25–34 e nei maschi nella fascia 35–49. Occorre specificare che nei maschi in fascia 25–34 il codice più utilizzato è comunque stato il 295.3 *Psicosi schizofreniche, tipo paranoide*. Il codice più utilizzato nel genere femminile, nella PI, risulta anche essere il più utilizzato nel medesimo genere nella fascia 35–49. Per quanto concerne le rimanenti fasce di età, il dato è risultato essere il medesimo sia nella totalità degli assicurati che separatamente nei due generi equivalente al 290.1 *Demenza presenile*.

Nei soggetti presenti nella fascia d’età 25–49 anni: prevale il cluster *Psicosi schizofreniche* (295), con una specificazione *Tipo paranoide* (295.3) nei maschi compresi nella fascia 25–34; nelle femmine presenti nella fascia 35–49 riemerge il codice relativo alla *Depressione maggiore, episodio ricorrente* (296.3) [Tabella 10].

Ciò suggerisce che, nelle età centrali, i quadri che portano alla PI siano tipicamente psicotici oppure depressivi gravi e ricorrenti. Nei soggetti di età ≥50 anni: la dominanza del codice *Demenza presenile* 290.1 è attesa per la progressione dei disturbi neurocognitivi; l’etichetta *Presenile* (ICD-IX) è coerente con la fascia <65 e rimane prevalente anche >65, come categoria ombrello per compromissioni cognitive maggiori.

Tabella 10

PI - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e divisa per genere e fasce di età						
Fasce d'età	Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
fino a 24	2	/	2	/	/	/
25-34	69	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>	51	295.3 <i>Psicosi schizofreniche, tipo paranoide</i>	18	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>
35-49	920	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>	584	295 <i>Psicosi schizofreniche</i>	336	296.3 <i>Depressione maggiore, episodio ricorrente</i>
50-64	3352	290.1 <i>Demenza presenile</i>	2193	290.1 <i>Demenza presenile</i>	1159	290.1 <i>Demenza presenile</i>
oltre 65	279	290.1 <i>Demenza presenile</i>	175	290.1 <i>Demenza presenile</i>	104	290.1 <i>Demenza presenile</i>

Pensione di Reversibilità ai superstiti e pensione indiretta a favore di figli superstiti inabili alla data del decesso del genitore assicurato (PR)

La PR rappresenta la quota più ampia di riconoscimenti con *Disturbi Mentali*, con 25.826 casi (56,05%) e 27.033 codici diagnostici ICD-IX attribuiti. Anche in questo ambito il genere maschile è maggioritario (15.337 casi) rispetto al femminile (10.489) **[Tabella 11 e Grafico 14]**.

La concentrazione maggiore si osserva nella fascia 50–64 anni (56,23% del totale), seguita dalla 35–49 (28,48%); tutte le altre fasce presentano incidenze <10% **[Tabella 11 e Grafico 15]**. L'*odds ratio* maschi/femmine è ~1,46 (15.337/10.489): la prevalenza maschile è marcata, ma meno intensa che nella PI. Il baricentro nella fascia di età 50–64 è fortissimo e omogeneo per genere: coerente con assetti familiari e contributivi che determinano il diritto alla PR per i superstiti con inabilità; la seconda fascia (35–49) consolida il quadro.

La distribuzione per età suggerisce che una parte rilevante dei beneficiari sia costituita da figli adulti con disabilità (anche di lunga durata), che maturano il diritto alla PR alla morte del genitore assicurato/pensionato.

Tabella 11

Riconoscimenti Reversibilità ai superstiti e pensione indiretta con <i>Disturbi Mentali</i> suddivisi per genere e per fasce di età				
Genere	Maschi	Femmine	Totale	%
Totali	15.337	10.489	25.826	100%
Fino a 24	294	164	458	1,77%
da 25 a 34	683	348	1.031	3,99%
da 35 a 49	4.534	2.820	7.354	28,48%
da 50 a 64	8.545	5.977	14.522	56,23%
65 e oltre	1.281	1.180	2.461	9,53%

Grafico 14 Riconoscimenti di PR con Disturbi Mentali suddivisi per genere

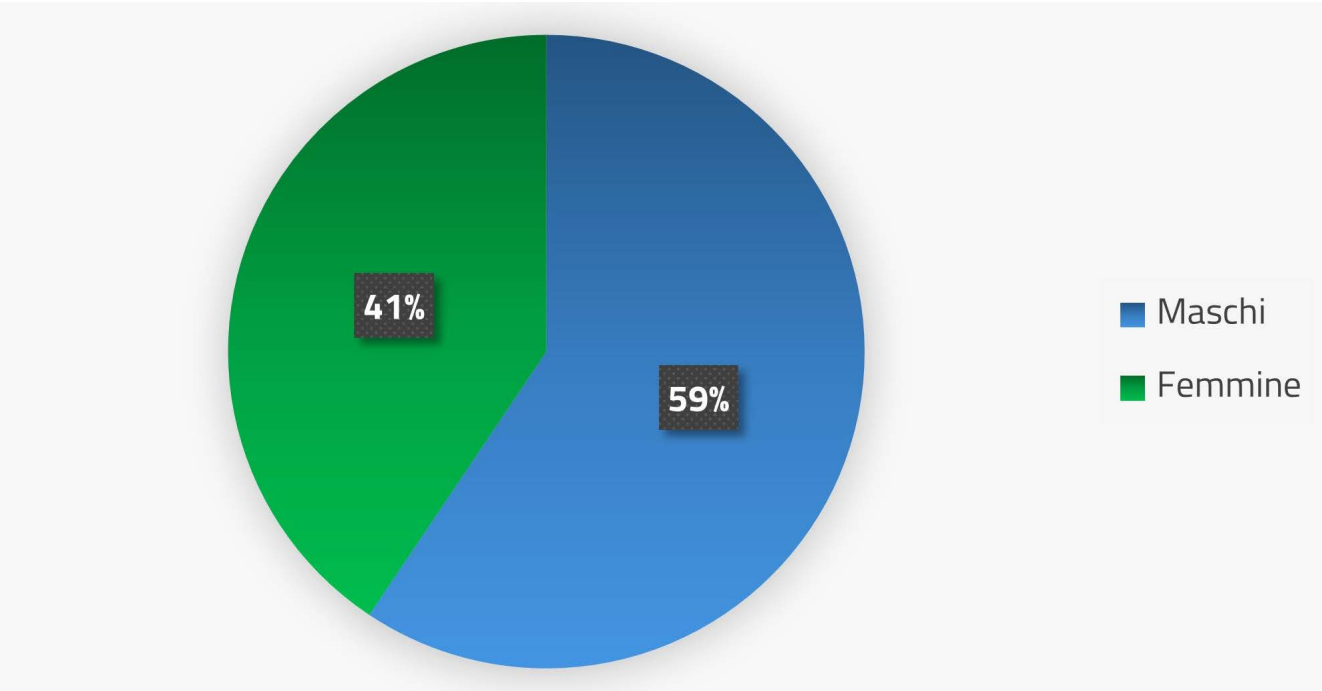
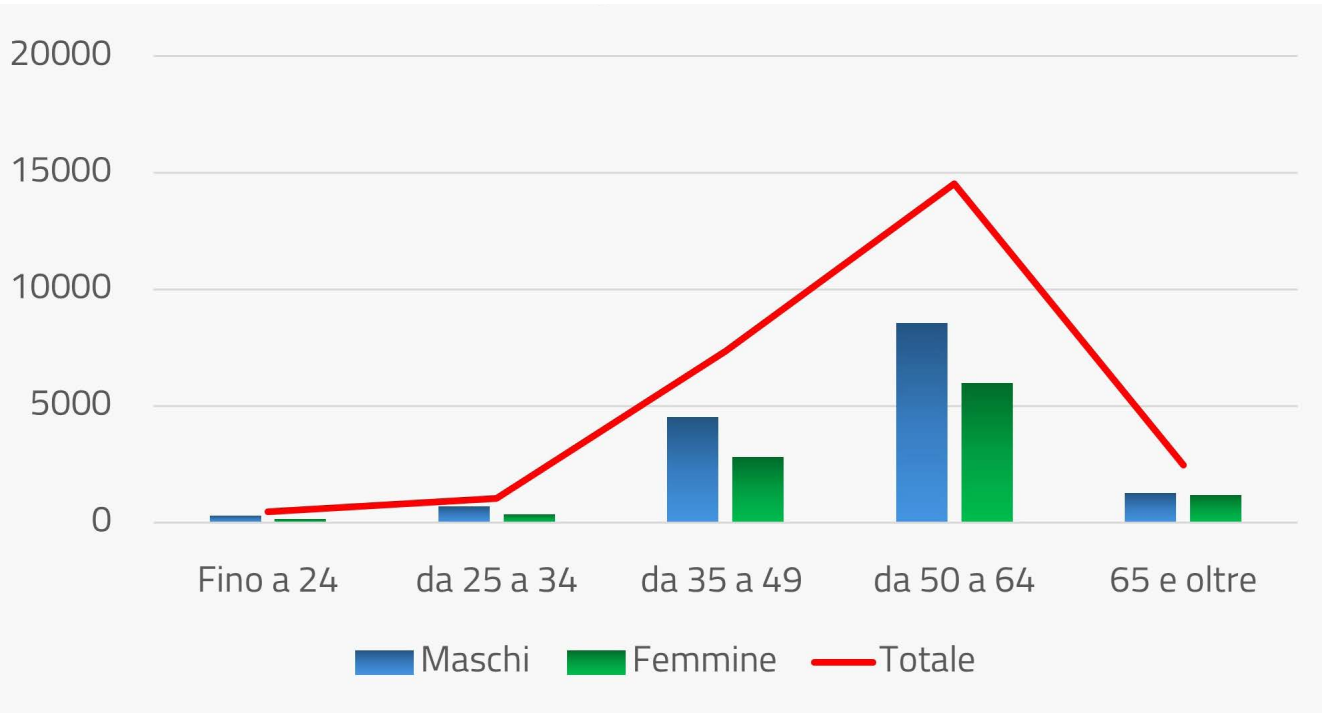


Grafico 15 Riconoscimenti di PR con Disturbi Mentali suddivisi per genere e fasce di età



La moda nelle PR relativa al codice diagnostico è risultata omogenea sia nei due generi sia in tutte le fasce d'età, indicando come prevalente il codice ICD-IX 318.1 *Ritardo mentale grave* [Tabella 12]. Rilevante, dal punto di vista statistico, anche la fascia d'età prevalente dei soggetti al momento della domanda amministrativa.

La fascia d'età prevalente nelle PR è 50-64 che coincide, rispetto alle aspettative di vita correnti con un'età compatibile con quella che dovrebbe avere un figlio (necessitante di tale prestazione) alla morte di un genitore già pensionato [Tabella 13]. L'uniformità della moda 318.1, in tutti gli incroci età per genere, indica un possibile "effetto soglia": per accedere alla PR come superstite inabile, vengono prevalentemente codificate condizioni di grave disabilità intellettiva.

Tabella 12

PR - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e suddivisa per genere					
Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
27.033	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	16.134	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	10.899	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>

Tabella 13

PR - Moda codice nosologico ICD-IX nelle diagnosi con <i>Disturbi Mentali</i> totale e suddivisa per genere e fasce di età						
Fasce d'età	Totale numero diagnosi	Moda totale	Numero diagnosi nei maschi	Moda nei maschi	Numero diagnosi nelle femmine	Moda nelle femmine
fino a 24	475	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	312	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	163	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>
25-34	1.102	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	730	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	372	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>
35-49	7.780	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	4.817	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	2.963	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>
50-64	15.208	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	8.977	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	6.231	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>
oltre 65	2.468	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	1.298	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>	1.170	318.1 <i>Ritardo mentale grave</i>

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

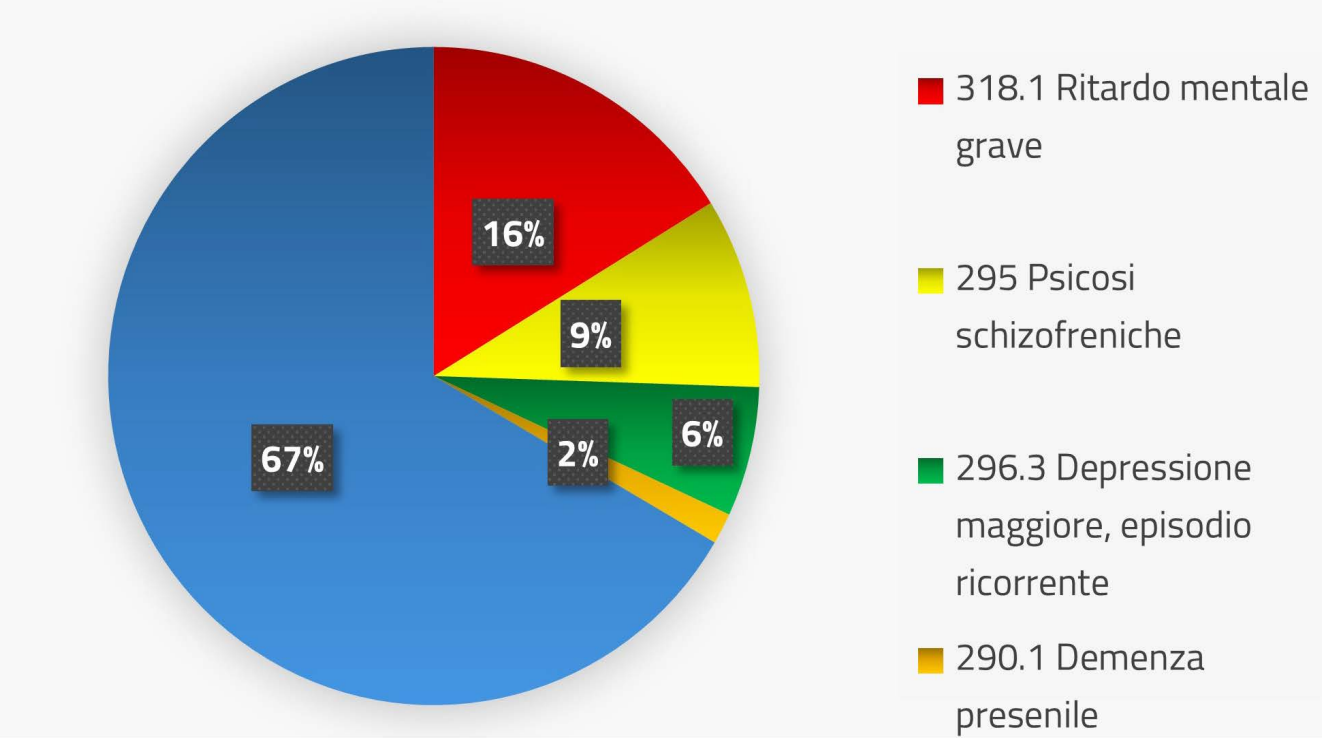
Dallo studio condotto emerge come i *Disturbi Mentali* rappresentino una quota significativa dei codici diagnostici associati ai riconoscimenti delle prestazioni previdenziali considerate. L'importanza della salute psichica è ormai ampiamente riconosciuta a livello mondiale, europeo e nazionale, con una crescente mobilitazione di fondi e risorse umane da parte delle istituzioni (da Silva AG, Serpa AL, Nardi AE, Kessler FHP, Pinheiro MI, Bezerra JC, Malloy-Diniz LF. Mental illnesses and their impact on the Brazilian workforce: an analysis of the cost of sick leave and pensions. *Braz J Psychiatry*. 2021 Nov-Dec;43(6):567-569. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1652. PMID: 33759947; PMCID: PMC8639015).

L'indagine sui dati INPS ha consentito di confermare i trend già descritti in letteratura internazionale, sottolineando come l'emergenza sanitaria, legata ai Disturbi Mentali, sia oggi un tema di assoluta attualità e richieda una costante attenzione.

Un ulteriore elemento, emerso dall'analisi, riguarda la possibilità di catalogare in modo più accurato le diagnosi prevalenti in ambito previdenziale **[Grafico 16]**. Tra queste spicca il *Ritardo mentale grave* (ICD-IX 318.1), risultato come la diagnosi più frequente, circostanza spiegabile con il suo peso nella prestazione più rappresentata, ossia la pensione di reversibilità/indiretta per superstiti con inabilità. Degno di nota è anche il riscontro di una corrispondenza statistica: la percentuale di riconoscimenti con *Disturbi Mentali* sul totale (16%) coincide con la percentuale di riconoscimenti in cui la diagnosi prevalente (318.1) ricorre all'interno del gruppo dei *Disturbi Mentali* stessi.

In coerenza con la letteratura, nel novero dei Disturbi Mentali, quelli che maggiormente contribuiscono alla disabilità sono la depressione, l'ansia e la schizofrenia. Nella presente analisi si è osservata una significativa presenza di diagnosi di depressione e schizofrenia, mentre la quasi assenza di disturbi d'ansia è interpretabile come effetto di un loro inquadramento in quadri clinici più complessi (sindrome ansioso-depressiva) o come manifestazioni prevalentemente sintomatiche non codificate come diagnosi primaria (Alsamiri YA, Hussain MA, Alsamani OA, Al Bulayhi AA. Promoting mental health and wellbeing as means to prevent disability: a review. *Front Public Health*. 2024 Nov 1;12:1425535. doi: 10.3389/fpubh.2024.1425535. PMID: 39555044; PMCID: PMC11563790).

Grafico 16 Frequenza dei Codici ICD-IX sul totale dei riconoscimenti con Disturbi Mentali dal 2017 al 2024



La distribuzione per età conferma la prevalenza dei riconoscimenti nella fascia 50–64 anni, dato per altro in linea con quelli clinici forniti dal Ministero della Salute che segnalano, per la classe 55–64, i tassi specifici per età più elevati (62,5 per 10.000 abitanti), mentre i valori minimi si riscontrano oltre i 75 anni (29,2 per 10.000 nei maschi; 35,2 per 10.000 nelle femmine). Per i giovanissimi (18–24 anni) si rilevano invece tassi insolitamente elevati (74,2 per 10.000 nei maschi; 98,6 per 10.000 nelle femmine), a conferma della precocità di insorgenza di molte patologie psichiche.

Dal punto di vista socioprofessionale, la stessa analisi indica che solo il 26,3% dei soggetti trattati possiede un'occupazione, mentre il 14,1% risulta disoccupato e l'8,4% già pensionato (Ministero della Salute – Ex DGSISS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale. Anno 2023). Tali dati rafforzano l'evidenza che i disturbi psichici insorgono spesso in età coincidente con l'ingresso nel mondo del lavoro e che una diagnosi e presa in carico tardive costituiscono un importante fattore prognostico negativo, sia sul piano clinico che su quello lavorativo e sociale (Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, Cost KT, Courtney DB, Georgiades K, Merikangas KR, Henderson JL, Polanczyk GV, Rohde LA, Salum GA, Szatmari P. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 2024 Apr 1;81(4):347-356. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5051. PMID: 38294785; PMCID: PMC10831630).

Il principale insegnamento che si trae da questa indagine è che, mostrato il peso dei Disturbi Mentali nell'ambito delle prestazioni previdenziali, diventa necessario rafforzare le strategie di prevenzione e cura. Ciò consentirebbe non solo di limitare le conseguenze disabilitanti delle patologie psichiche, ma anche di ottenere un significativo risparmio per il sistema previdenziale, con ricadute positive sull'intera collettività.

BIBLIOGRAFIA

1. Alsamiri YA, Hussain MA, Alsamani OA, Al Bulayhi AA. Promoting mental health and wellbeing as means to prevent disability: a review. *Front Public Health*. 2024 Nov 1;12:1425535. doi: 10.3389/fpubh.2024.1425535. PMID: 39555044; PMCID: PMC11563790
2. Cerdas S. RELAZIONE sulla salute mentale. Relazione - A9-0367/2023. Parlamento Europeo 17.11.2023. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_IT.html
3. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels, 7.6.2023 COM(2023) 298 final https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf
4. da Silva AG, Serpa AL, Nardi AE, Kessler FHP, Pinheiro MI, Bezerra JC, Malloy-Diniz LF. Mental illnesses and their impact on the Brazilian workforce: an analysis of the cost of sick leave and pensions. *Braz J Psychiatry*. 2021 Nov-Dec;43(6):567-569. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1652. PMID: 33759947; PMCID: PMC8639015
5. Headway. "Headway – Mental health Index 4.0" Report. Brussels, September 2024
6. Headway. Headway 2023 A new roadmap for Mental Health in Italy. Brussels, 25 ottobre 2023
7. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-salute-mentale-nelle-varie-fasi-della-vita/>
8. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/occupati-e-disoccupati-dati-provvisori-dicembre-2024/>
9. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, Cost KT, Courtney DB, Georgiades K, Merikangas KR, Henderson JL, Polanczyk GV, Rohde LA, Salum GA, Szatmari P. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 2024 Apr 1;81(4):347-356. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5051. PMID: 38294785; PMCID: PMC10831630
10. Ministero della Salute – Ex DGSIS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale. Anno 2023
11. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. WHO, 2004 http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
12. Shalata W, Gothelf I, Bernstine T, Michlin R, Tourkey L, Shalata S, Yakobson A. Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. *Cancers (Basel)*. 2024 Aug 12;16(16):2827. doi: 10.3390/cancers16162827. PMID: 39199598; PMCID: PMC11352929
13. Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health. 13.05.2024. https://health.ec.europa.eu/publications/tracking-framework-implementation-commission-communication-comprehensive-approach-mental-health_en
14. World Health Organization. Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization; 2025
15. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022
16. World Health Organization. World mental health today: latest data. Geneva: World Health Organization; 2025

Valutazione di base della disabilità ex D.LGS 62/2024: finalità, criteri e procedimento

Giuseppe Fatigante¹
Alessandra Premate²
Antonietta Decina²
Caterina A. Sansotta²
Stefania Fagnoli²
Monica P. Ravoni²

¹Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile UOC Prestazioni Medico Legali Assistenziali

²Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma – UOC Prestazioni Medico Legali Assistenziali

Corresponding Author: Giuseppe Fatigante, giuseppe.fatigante@inps.it

ABSTRACT

Il lavoro illustra la riforma della disabilità introdotta dalla Legge delega 227/2021 e dal Decreto Legislativo attuativo 62/2024 nonché il ruolo centrale dell'INPS nella nuova valutazione di base.

La riforma introduce nuove e più inclusive definizioni di disabilità e rilevanti cambiamenti nella modalità di accertamento della condizione di disabilità, mentre è rimasto immutato il complesso dei correlati benefici normativi e delle prestazioni economiche.

L'INPS diviene titolare unico dell'accertamento attraverso la «Valutazione di base», che prende avvio con la trasmissione del nuovo certificato introduttivo e si conclude con il rilascio del certificato unico della condizione di disabilità, che apre la strada alla successiva "Valutazione multidimensionale" degli Ambiti Territoriali Sociali finalizzata all'elaborazione del Progetto di vita.

Gli autori propongono spunti di riflessione sulle finalità della riforma, sugli aspetti tecnici e procedurali della nuova valutazione di base, sui processi di riconoscimento della condizione di disabilità nonché sulle novità riguardanti i parametri di valutazione introdotti dal DM 94/2025.

Vengono illustrati i criteri per accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e delle funzioni corporee, il profilo di funzionamento nei domini dell'attività e della partecipazione della Classificazione ICF e l'utilizzo del questionario WHODAS 2.0 quale strumento integrativo e partecipativo nella valutazione di base.

Parole chiave: Disabilità - Valutazione di Base - ICF – Whodas

INTRODUZIONE ALLA RIFORMA

Dopo oltre quindici anni dal recepimento della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, sottoscritta dall'Italia nel 2007 e ratificata nel 2009 (L. 18/2009), la legge 22 dicembre 2021 n. 227 (Revisione e riordino delle disposizioni in materia di disabilità) ha delegato il governo a disciplinare la materia della "valutazione di base e multidimensionale" secondo principi e criteri direttivi informati, tra l'altro, a:

- una nuova definizione della condizione di disabilità e del relativo procedimento accertativo;
- la distinzione in due fasi fra la valutazione di base (per i sostegni legislativi statali) e la successiva valutazione multidimensionale (per l'elaborazione dei progetti personali), nonché la separazione dei percorsi valutativi per le persone anziane da quelli previsti per minori e adulti.
- l'affidamento a un unico soggetto pubblico dell'esclusiva competenza della valutazione di base della condizione di disabilità;
- l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla 54^a Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, e della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità, ai fini della valutazione della condizione di disabilità;
- la semplificazione degli aspetti procedurali e organizzativi, anche attraverso l'unificazione in un'unica procedura, della "valutazione di base", finalizzata al riconoscimento dei livelli di sostegno ex articolo 3 della legge 104/1992 e comprensiva anche degli accertamenti della condizione di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e per l'inclusione scolastica e lavorativa;
- la previsione di una successiva "valutazione multidimensionale" della disabilità, per la realizzazione di un progetto personalizzato e di vita indipendente.

Alla legge delega 227/2021 è stata data attuazione con il decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62, recante la "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato", entrato in vigore il 30 giugno 2024, il quale:

- ha individuato nell'INPS il soggetto pubblico titolare esclusivo della nuova procedura;
- ha ridefinito il concetto di "condizione di disabilità" e di "persona con disabilità";
- ha illustrato i processi relativi alla nuova "valutazione di base" e alla successiva "valutazione multidimensionale" della disabilità, entrambi strutturati secondo criteri di tempestività, trasparenza, informatizzazione e archiviazione digitale.,

A seguito della legge delega n. 227/2021 e del decreto legislativo 62/2024 è stato dunque introdotto nella legislazione un **nuovo concetto di disabilità**, non più concepito secondo il "modello medico" che vedeva la disabilità come un problema individuale legato a un deficit di salute da curare, ma seguendo il nuovo **"modello biopsicosociale"** nel quale la disabilità è il risultato dell'interazione complessa tra fattori biologici (condizione di salute) e fattori ambientali e individuali che possono ostacolare (barriere di carattere materiale e sociale) la piena partecipazione e realizzazione della persona con disabilità nella vita sociale. Si è passati quindi dalla valutazione di "minorazioni" congenite o acquisite (L. 118/71) a una nuova valutazione del "funzionamento" della persona con disabilità, descritto (secondo le categorie ICF) quale risultante dello "stato di salute" (condizionato da "compromissioni durature" di strutture o di funzioni corporee) in interazione con determinanti di contesto ambientale e fattori personali.

Si tratta quindi di un cambio di visione della disabilità, per cui si parte non più dal deficit individuale, ma da ciò che la persona è in grado di fare e da quanto l'ambiente influisce sul suo funzionamento.

Tuttavia, questa importante riforma della normativa della disabilità si è innestata su un sistema di prestazioni economiche e di benefici normativi, stratificatosi da 50 anni a oggi, che è rimasto per ora immutato.

Per questo motivo la valutazione della disabilità è stata divisa in 2 momenti distinti: la **valutazione di base** per il riconoscimento dei sostegni di natura statale (pensioni di invalidità civile, indennità di accompagnamento, agevolazioni fiscali, congedi e permessi di lavoro, ecc.) e la **valutazione multidimensionale** finalizzata agli interventi di titolarità di Asl ed Enti Locali (per favorire l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita).

Questa distinzione in due fasi della valutazione della condizione di disabilità era già prevista nella «Azione specifica 1» delle Proposte programmatiche del «2° Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità» (DPR 12 ottobre 2017).

La **valutazione di base** e la **valutazione multidimensionale** sono dunque due fasi del processo di accertamento della disabilità e dei bisogni della persona: la valutazione di base è un primo accertamento funzionale che definisce soprattutto la condizione della persona, mentre la valutazione multidimensionale è una fase successiva e più approfondita, svolta da un'équipe multidisciplinare, che individua i bisogni complessi e gli obiettivi esistenziali per elaborare un Progetto di Vita personalizzato:

- **Valutazione di base (affidata all'INPS):** procedimento volto ad accertare, attraverso l'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione (WHODAS), la condizione di disabilità ai fini dell'accesso agli interventi, benefici e sostegni di natura statale, in relazione alla necessità di sostegno lieve, medio, elevato o molto elevato;
- **Valutazione multidimensionale (affidata agli Ambiti Territoriali Sociali):** procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e facilitatori in essi presenti, ed a definire, anche in base ai suoi desideri, aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il «Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato».

Il Decreto 62/2024 ha introdotto anche importanti **modifiche terminologiche in materia di disabilità**, prevedendo che alcune parole siano sostituite da una terminologia più appropriata e inclusiva e quindi:

- a) la parola «handicap» è stata sostituita da «condizione di disabilità»;
- b) le parole «persona handicappata», «portatore di handicap», «persona affetta da disabilità», «disabile» e «diversamente abile» sono state sostituite da «persona con disabilità»;
- c) le parole «con connotazione di gravità» e «in situazione di gravità», riferite alle persone con disabilità, sono state sostituite dalle seguenti: «con necessità di sostegno elevato o molto elevato» e le parole «disabile grave» sono state sostituite da «persona con necessità di sostegno intensivo».

Pertanto, il **decreto 62/2024 ha modificato il testo dell'articolo 3 della legge n. 104/1992** recependo la definizione di persona con disabilità contenuta nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ma l'impianto della norma è rimasto sostanzialmente invariato.

La persona con disabilità, infatti, ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore modulate in relazione alla necessità di sostegno individuata con la valutazione di base e distinta in due livelli:

1. “necessità di sostegno”, di livello lieve o medio (commi 1 e 2 dell’art. 3 della L. 104);
2. “necessità di sostegno intensivo”, di livello elevato o molto elevato (comma 3 dell’art. 3 della L. 104), che ricorre sempre ove la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un “intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione”, determinando priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

I «**sostegni**», come definiti dall’Art 2 comma 1 lettera h) del Dlgs 62, sono «*i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell’accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale*»

In definitiva, il compito della Commissione INPS di Unità di Valutazione di Base è duplice:

1. individuare, ai sensi del nuovo art. 3 della L. 104/1992, il livello di necessità di sostegno o di sostegno intensivo (Legge 104/92) della persona con disabilità:
 - il Sostegno è Intensivo quando vi è necessità di un intervento assistenziale:
 - a) Permanente, quando la sua durata si protrae nel tempo
 - b) Continuativo, quando è costante o con frequenza ricorrente
 - c) Globale, quando interessa attività della sfera individuale (attività quotidiane, mobilità, cura della propria persona) e attività della sfera relazionale (relazionarsi con gli altri, comunicare, partecipare ad attività sociali)
2. riconoscere tutte le eventuali prestazioni economiche e i benefici normativi di competenza INPS.

Tabella 1. Riforma della Disabilità: confronto tra Prima e Dopo il D. Lgs. 62/2024

1.Definizione di Disabilità	
Prima della riforma	Dopo la riforma
Riferimento, nella legislazione precedente, a concetti superati (“persona handicappata”)	Allineamento della legislazione alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità
Definizione basata su menomazioni fisiche o psichiche	Definizione basata sull’interazione tra compromissioni durature e barriere ambientali
Terminologia frammentata: “handicap”, “invalidità”, “diversamente abile”	Unificazione del linguaggio: “persona con disabilità”
2.Valutazione della Disabilità	
Prima della riforma	Dopo la riforma
Valutazioni separate per invalidità civile, handicap,	Valutazione di base unitaria e multidisciplinare
Diverse commissioni mediche (ASL, INPS, ecc.)	Competenza esclusiva dell’INPS e certificazione semplificata
Criteri valutativi con visione puramente sanitaria	Valutazione biopsicosociale con uso di classificazioni internazionali IDC e ICF e del questionario Whodas
3.Progetto di vita e inclusione sociale	
Prima della riforma	Dopo la riforma
Servizi frammentati sul territorio e non coordinati	Introduzione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato
Limitata autodeterminazione	Coordinamento tra servizi sanitari, sociali, scolastici e di formazione e lavoro, con la piena partecipazione, nella definizione di obiettivi e interventi, della persona con disabilità (centralità della persona e dei suoi desideri)
Poca attenzione al contesto abitativo/sociale	Il Progetto individua interventi anche nell’ambito della casa e dell’habitat
4.Digitalizzazione e semplificazione	
Prima della riforma	Dopo la riforma
Procedure cartacee e complesse (prima del subentro, nel 2007, dell’INPS nelle competenze del MEF)	Informatizzazione e archiviazione telematica dei dati
Tempi e iter burocratici lunghi	Snellimento delle procedure e certificati polifunzionali

Invero la riforma, per la sua complessità, ha richiesto un’**introduzione graduale** attraverso una **fase di sperimentazione**, non prevista dalla Legge Delega, ma contenuta negli articoli 33 e 40 del decreto legislativo 62/2024.

In particolare l’articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 62/2024, come modificato dall’art. 19 quater del decreto-legge 202/2024, convertito dalla legge 21 febbraio 2025 n. 15 (Decreto Milleproroghe 2025), ha previsto l’entrata in vigore delle norme sulla valutazione di base e multidimensionale su tutto il territorio nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2027 con una fase sperimentale iniziata il 1 gennaio 2025 in nove province pilota (art. 9 co.1 del DL 71/2024 convertito in L. 106/2024): Brescia, Trieste, Forlì-Cesena, Firenze, Perugia, Frosinone, Salerno, Catanzaro e Sassari (di cui all’art 9 del D.L. 71/2024), a cui si sono aggiunte dal 30 settembre 2025 altre 11 province (art. 19 quater, co.1, della L.15/2025): Alessandria, Lecce, Genova, Isernia, Macerata, Matera, Palermo, Teramo, Vicenza, Provincia autonoma di Trento, Aosta.

La sperimentazione si applica a tutte le persone con disabilità aventi domicilio in una delle Province di cui all’articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 71/2024 e all’articolo 19 quater, comma 3, del decreto-legge 202/2024. Pertanto, qualora il domicilio e la residenza dell’interessato non coincidano, la sperimentazione si applica se la persona è domiciliata in una delle Province in sperimentazione.

La necessità di dilatare i tempi di introduzione della riforma è dipesa dalle novità procedurali e soprattutto dall’attesa della definizione della nuova criteriologia valutativa.

Infatti, l’art. 12 del Dlgs 62 prevedeva l’emanazione, entro il 30 novembre 2024, di un decreto del Ministero della salute di regolamentazione della valutazione di base che doveva contenere importanti elementi innovativi tra i quali:

- i criteri per accertare l’esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e delle funzioni corporee in base all’ICF;
- i criteri per accertare se le compromissioni sono di lunga durata;
- i criteri per distinguere le 4 fasce dell’intensità di sostegno e di sostegno intensivo;
- le nuove tabelle percentuali di invalidità civile, in sostituzione di quelle del DM 5/2/1992;
- l’elenco delle particolari condizioni patologiche, non reversibili, per le quali sono esclusi i controlli nel tempo (aggiornamento del Dm 2/8/2007);
- i criteri per stabilire gli eccezionali casi in cui il richiedente può chiedere l’accertamento sulla sola base degli atti;
- i criteri per stabilire gli eccezionali casi in cui è ammessa la revisione della valutazione della condizione di disabilità (“di regola dopo sue anni”);
- ecc.

La scadenza di emanazione del decreto, inizialmente prevista per il 30 novembre 2024 (art. 2 co.1 del Dlgs. 62), è stata poi prorogata al 30 novembre 2025 (art. 9 co.7 -ter del D.L. 71/2024 convertito dalla L. 106/2024) e infine rimandata al 30 novembre 2026 (L. 15/2025, art. 19quater, co.2, lettera b).

Intanto, l’articolo 9, comma 7 bis, del decreto-legge 31 maggio 2024 n. 71, convertito dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, ha circoscritto inizialmente la «sperimentazione valutativa» a tre patologie:

- disturbi dello spettro autistico

- diabete di tipo 2
- sclerosi multipla

ma il relativo decreto ministeriale, n. 94 del 10 aprile 2025, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale soltanto in data 27 giugno 2025.

Successivamente, l’articolo 19 quater, comma 3, del decreto-legge n. 202/2024 ha previsto, per tutti i territori della sperimentazione, l’ampliamento della valutazione di base alle disabilità connesse a:

- artrite reumatoide
- cardiopatie
- broncopatie
- malattie oncologiche

i cui parametri applicativi di valutazione sono stati codificati da un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal Ministero della salute e sono ora in corso di approvazione da parte degli altri Ministeri competenti.

In attesa quindi dell’adozione del regolamento attuativo del Ministero della Salute, l’INPS ha potuto iniziare il 1° gennaio 2025 la sperimentazione in 9 province introducendo da subito soltanto le «novità procedurali» della riforma:

- Certificato medico introduttivo,
- nuova Composizione e funzionamento delle Unità di valutazione di base,
- Certificato unico che attesta la condizione di disabilità.

Le principali innovazioni operative sono state delineate nel messaggio Hermes 4465 del 27/12/2024 e sono state applicate a tutte le patologie, quindi anche ai casi la cui disabilità non sia connessa a una patologia in sperimentazione valutativa.

CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO

Tra gli elementi innovativi della riforma, l’elemento cardine iniziale è il **nuovo certificato medico introduttivo**, che incorpora anche la “domanda amministrativa” e costituisce l’unica istanza per l’avvio del procedimento di accertamento della valutazione di base (messaggio Hermes INPS n. 3874 del 20/11/2024 e n. 4014 del 28/11/2024).

La trasmissione avviene esclusivamente in modalità telematica tramite il portale INPS e il certificato è destinato anche nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), come previsto dall’articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 62/2024. Il messaggio INPS n. 4364 del 19/12/2024, in applicazione dell’art. 8, commi 1 e 2 del Dlgs 62, ha indicato le modalità di profilazione dei medici abilitati alla certificazione, che sono suddivisi in due categorie:

1. Medici di strutture pubbliche in servizio presso:

- le aziende sanitarie locali
- le aziende ospedaliere
- gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- i centri di diagnosi e cura delle malattie rare

- *devono dichiarare la struttura di appartenenza e possedere firma digitale*

2. Medici di altre tipologie:

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Specialisti ambulatoriali SSN
- Medici in quiescenza
- Liberi professionisti
- Medici di strutture private accreditate

- *devono attestare una specifica formazione ECM in materia di classificazioni internazionali dell'OMS, di promozione della salute, di accertamenti sanitari di base oppure di prestazioni assistenziali (anche se non terminata al momento della abilitazione alla piattaforma dei medici certificatori) e possedere firma digitale*

Il successivo messaggio INPS n. 4512/2024 ha chiarito che, su espressa indicazione del Ministero della Salute (Delibera N. 9/2024 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua), il requisito della formazione di cui al citato comma 2 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 62/2024, per i medici di medicina generale, per i pediatri di libera scelta, per gli specialisti ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale, per i medici in quiescenza iscritti all'albo, per i liberi professionisti e per i medici in servizio presso strutture private accreditate, si intende soddisfatto con la realizzazione del Dossier formativo di gruppo della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) relativo al triennio 2023/2025.

Considerate le difficoltà inizialmente incontrate dai medici certificatori, il messaggio INPS n. 662/2025 ha comunicato che l'apposizione della firma digitale, a conclusione dell'iter di compilazione e trasmissione del nuovo certificato medico introduttivo all'INPS, pur rappresentando la condizione per l'inserimento dello stesso nel Fascicolo Sanitario Elettronico, è da considerarsi temporaneamente opzione facoltativa.

Il nuovo certificato medico introduttivo contiene:

- i dati anagrafici dell'interessato completi di codice fiscale, cittadinanza, estremi del documento di riconoscimento, anagrafica e codice fiscale di eventuali figure di tutela, codice identificativo tessera sanitaria;
- in caso di soggetti minori, i dati anagrafici di un eventuale altro genitore e/o l'indicazione del genitore unico, genitore affidatario, tutore curatore, completi di codice fiscale ed estremi del documento di riconoscimento;
- i dati riguardanti il domicilio dell'interessato ai fini della convocazione a visita;
- la diagnosi codificata in base al sistema dell'International Classification of Diseases (ICD), il decorso e la prognosi;
- la documentazione relativa all'accertamento diagnostico (allegazione obbligatoria);
- l'eventuale segnalazione di una malattia neoplastica in atto (cfr. legge 9 marzo 2006, n. 80);
- la segnalazione di intrasportabilità, ove ne ricorrano i presupposti, con conseguente richiesta di visita domiciliare da trasmettere entro 7 giorni dalla data di convocazione a visita;
- l'eventuale segnalazione che una o più infermità per le quali si richiede il riconoscimento dello stato invalidante potrebbero dipendere da fatto illecito di terzi (cfr. art. 41 della legge 4 novembre 2010, n. 183);
- l'eventuale segnalazione di patologie di cui al Decreto 2 agosto 2007 del Ministro dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministro della Salute, e all'articolo 25, comma 6, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114;
- l'eventuale segnalazione di una patologia di competenza dell'Associazione Nazionale di Famiglie e Persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS).

La versione dell'ICD utilizzata è ancora la 9, su indicazione del Ministero della Salute, pur essendo disponibile la versione 10 e, ancora in corso di traduzione dalla lingua inglese, la versione 11. L'ICD-9 è anche la versione indicata dal Decreto del Ministero della Salute 7/9/2023 per il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Una volta compilato (ed eventualmente firmato digitalmente) il certificato introduttivo, il medico provvede a trasmetterlo all'Istituto tramite la procedura messa a disposizione nel sito istituzionale www.inps.it. La ricevuta di trasmissione del certificato deve essere stampata dal medico certificatore e consegnata all'interessato, che deve apporvi la propria firma (la copia firmata viene conservata dal medico certificatore)

La novità più importante del nuovo certificato medico introduttivo è che è unico per tutte le richieste di sostegni (prestazioni economiche o benefici normativi) che possono essere riconosciuti a seguito della valutazione di base.

L'eventuale indicazione della finalità della richiesta della VDB (ad esempio, per cecità o sordità) serve esclusivamente a indirizzare verso la Commissione più adatta all'accertamento (per la presenza di figure specialistiche), evitando eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, ma non è vincolante in quanto la Commissione VDB è «totipotente» per il riconoscimento di tutte le prestazioni o benefici di legge.

Inoltre, altra novità importante è che al certificato medico introduttivo deve essere obbligatoriamente allegata, da parte del medico, la documentazione sanitaria correlata alle patologie poste in diagnosi e quindi utile ai fini della valutazione di base.

Peraltro, con il consenso dell'assistito, tutti gli esercenti le professioni sanitarie (pubblici e privati) che intervengono «nel processo di cura dell'assistito», compreso il medico di base (cui compete il compito di redigere il "patient summary") possono accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente (Decreto del Ministro della Salute del 7 settembre 2023).

In ogni caso l'interessato, sino a 7 giorni prima della visita di valutazione di base, ha facoltà di trasmettere ulteriore documentazione medica o sociale, rilasciata da una struttura pubblica o privata accreditata (art 6 comma 3 del decreto legislativo 62/2024).

Al medico certificatore è stata data la possibilità di inviare, entro la data di generazione della convocazione a visita da parte della procedura informatica INPS, un ulteriore "certificato medico integrativo" del precedente (vedi messaggio INPS n. 1980/2025) che può essere utilizzato per:

- integrare o aggiornare diagnosi e prognosi precedentemente indicate nel certificato medico introduttivo qualora nel tempo siano intervenuti cambiamenti significativi;
- aggiungere nuove patologie emerse successivamente alla redazione del certificato medico introduttivo;
- presentare attestazione di intrasportabilità non indicata nel certificato medico introduttivo.

Alla trasmissione del **certificato medico introduttivo** segue la convocazione a visita per la valutazione di base, che è la modalità ordinaria di accertamento in quanto, ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettera m) del Dlgs 62, sono da considerarsi "eccezionali" i casi in cui il richiedente può chiedere la definizione sulla sola base degli atti.

La convocazione avviene con raccomandata A/R che contiene la data, l'orario e il luogo della visita. Nella lettera viene, inoltre, segnalata la necessità di recarsi a visita muniti di un documento di riconoscimento in corso di validità, la possibilità di richiedere una nuova convocazione nei casi in cui sia accertata l'indisponibilità a presenziare nel giorno e nell'orario fissato e l'avvertenza che l'assenza a visita, qualora non giustificata, viene considerata a tutti gli effetti come rinuncia alla valutazione (messaggio Hermes n. 4465 del 27/12/2024).

I dati della convocazione a visita (data, orario e luogo) possono essere visualizzati dall'interessato all'interno del "Portale della disabilità".

La lettera contiene anche l'avvertenza che, durante la valutazione di base, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto (Dlgs 62/2024, art. 9, comma 6). Sono da segnalare quindi le novità della convocazione unica (decisa dall'istituto nella sua piena autonomia organizzativa) rispetto alla precedente possibilità della doppia convocazione (art. 5 del Decreto Ministero Tesoro 5 agosto 1991, n. 387) e dell'assistenza alla visita del Cittadino da parte non più solo di un medico di fiducia (comma 4 dell'art. 1 della L. 295/1990) ma, in alternativa, anche di uno psicologo.

LA COMMISSIONE DI UNITÀ DI VALUTAZIONE DI BASE

La condizione di disabilità è determinata a seguito di un unico procedimento accertativo nell'ambito della valutazione di base, che riguarda contemporaneamente i livelli di sostegno e di sostegno intensivo (art. 3 della legge 104/1992), l'invalidità civile, la cecità civile, la sordità civile, l'inclusione lavorativa di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, e l'inclusione scolastica di cui al decreto legislativo 12 aprile 2017, n. 66.

L'accertamento viene svolto dalle nuove Commissioni denominate Unità di Valutazione di Base (UVB) secondo la composizione prevista dall'articolo 4 della legge n. 104/1992, come sostituito dall'articolo 9, comma 3, del decreto legislativo n. 62/2024.

In particolare, le UVB si compongono di:

- Due medici INPS;
- Un professionista sanitario rappresentante delle Associazioni di categoria (ANMIC, UICI, ENS, ANFFAS) individuato in relazione alle specifiche condizioni di disabilità oggetto della valutazione;
- Una figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali (già «operatore sociale» delle Commissioni L.104 e L.68).

Le UVB sono presiedute da un medico dell'INPS specializzato in medicina legale e, in assenza, da un medico con almeno tre anni di esperienza in accertamenti assistenziali o previdenziali in ambito INPS. In ogni caso, almeno uno dei componenti deve essere un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini.

Nel caso di minori, le UVB sono composte da due medici nominati dall'INPS, dal componente individuato dalle associazioni di categoria e da una figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali.

Le UVB sono presiedute da un medico dell'INPS specializzato in medicina legale e, nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'Istituto può nominare, 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. In ogni caso, almeno uno dei medici nominati dall'Istituto deve essere in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute del minore.

La valutazione di base viene definita con la partecipazione di almeno tre componenti, al cui numero può concorrere anche il professionista sanitario nominato dalle associazioni di categoria, se presente. Nella Commissione al completo, con quattro componenti, in caso di parità di voti, il voto del presidente vale doppio. Nel corso della valutazione di base, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto.

È interessante notare che, in sede di esame della bozza di decreto, il Consiglio di Stato (Affare n. 100-2024 del 30/1/2024 - Parere su schema D.Lgs. 'disabilità') aveva osservato che *«Con riferimento alla disciplina dell'ipotesi che la commissione deliberi con solo 3 componenti ... si sottopone all'Amministrazione la valutazione della possibilità di garantire che almeno uno dei componenti sia un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini » (comma 2) e, nel caso di minori, sia un medico "in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona" (comma3). Tanto al fine di garantire, anche nella commissione in composizione ridotta, le garanzie specialistiche previste per il funzionamento della commissione in via ordinaria».*

Tuttavia, il Governo, nella stesura definitiva del decreto legislativo, ha disatteso la richiesta del Consiglio di Stato e quindi non è specificato, nel caso di Commissione ridotta e 3 membri, di quale dei componenti della Commissione a 4 completa sia possibile fare a meno.

Inoltre, la denominazione di «professionista sanitario» (e non «medico»), riferita al rappresentante delle Associazioni di categoria può determinare equivoci interpretativi in quanto la successiva Legge «Lorenzin» n. 3 dell'11 gennaio 2018 ha riformato le professioni sanitarie istituendo gli albi di 17 professioni sanitarie e inserendo la professione di Psicologo nell'ambito di quelle sanitarie

Ad ogni modo, la complessità della costituzione della Commissione di Unità di Valutazione di Base richiederà verosimilmente un intervento legislativo volto a semplificarne la composizione.

Infine, non va trascurata la considerazione che la Commissione UVB rappresenta un «collegio perfetto» che può deliberare solo con la presenza di tutti i membri (il cosiddetto «plenum»).

Tuttavia, alla luce delle pronunce giurisprudenziali (vedi, ad esempio, Tar Lazio, sez. III bis, 14 novembre 2018, n. 10964) è possibile distinguere, nell'ambito dell'operato della Commissione, tra una attività di valutazione discrezionale (per la quale è necessario che tutti i componenti diano il loro contributo) e una preliminare attività istruttoria (nella quale il principio di collegialità può essere derogato).

Pertanto, è ammissibile una distribuzione dei compiti tra i componenti, per l'acquisizione dei dati anamnestici - obiettivi - documentali e per la somministrazione del Whodas, purché sempre all'interno della stessa Commissione.

CERTIFICATO DEFINITIVO ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI DISABILITÀ

L'esito della valutazione di base si conclude con un **“certificato” unico e complessivo, polifunzionale e totipotente**, che sostituisce i verbali già previsti per ciascuna tipologia di invalidità (cfr. gli artt. 5 e 13 del decreto legislativo n. 62/2024).

In esso sono individuate la necessità e l'intensità dei sostegni, secondo la nuova valutazione di cui all'articolo 3 della legge 104/1992, che prevede quattro “livelli di intensità dei sostegni”: lieve, media, elevata e molto elevata.

A seguire, il Certificato (ex verbale) riconosce gli eventuali «sostegni» (prestazioni economiche e benefici normativi) di competenza dell'INPS:

- invalidità civile
- cecità e sordità civile
- inclusione scolastica (D.Lgs. 66/2017)
- collocamento mirato (L. 68/1999)
- requisiti art. 4 del D.I. n. 5/2012 (agevolazioni fiscali per la mobilità)

Il certificato della condizione di disabilità, in quanto «unico e complessivo», rende talora necessario il ricorso, nella sezione «Invalidità Civile», allo strumento del cosiddetto **«doppio giudizio medico-legale»** introdotto dal Messaggio INPS n° 4449 del 9/11/2017.

La formulazione del doppio giudizio consiste nella indicazione di:

1. un giudizio medico-legale complessivo riferito a tutte le minorazioni in diagnosi, ivi comprese quelle già riconosciute per la tutela della cecità e della sordità ovvero come dipendenti da causa di guerra, di servizio o di lavoro;
2. un ulteriore giudizio medico-legale, espresso ai soli fini della invalidità civile per la eventuale liquidazione delle relative prestazioni economiche.

In questo modo, in caso di incompatibilità dei benefici assistenziali con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per cause di guerra, di lavoro o di servizio, il 1° giudizio complessivo formulato nel certificato consente la sua utilizzazione anche per quei benefici non correlati all'erogazione di prestazioni economiche, ma alla sola individuazione di una percentuale di invalidità utile per diverse finalità:

- collocamento mirato e formazione delle relative graduatorie,
- graduatorie per l'assegnazione di abitazioni di edilizia pubblica,
- esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria,
- concessione di protesi, benefici fiscali, agevolazioni per i trasporti pubblici,
- APE sociale, benefici diversi attribuiti da specifiche norme regionali

Resta fermo, per il Cittadino, il diritto di opzione per il trattamento economico più favorevole tra quelli tra loro incompatibili (art. 3, co. 1, della L. 407/1990) (rif. Cassazione Lavoro 10 febbraio-11 marzo 2016, n. 4868).

NUOVA MODALITÀ DI ACCERTAMENTO VALUTATIVO

Con l'emanazione del **Decreto Legislativo n. 94 del 10 aprile 2025**, il Ministero della Salute, in collaborazione con altri enti istituzionali, ha avviato una fase sperimentale -per ora limitata a 3 patologie: diabete di tipo 2, sclerosi multipla e disturbi dello spettro autistico- che mira a rivoluzionare il modo in cui viene valutata la condizione di disabilità, abbandonando definitivamente il modello puramente medico-legale in favore di un approccio bio-psico-sociale, ispirato alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2001).

La disabilità, secondo questa nuova visione, non è più intesa come menomazione psico-fisica che deriva dalla perdita di capacità fisica o mentale o da un deficit sensoriale, ma come il risultato dell'interazione tra la condizione di salute di una persona e i fattori ambientali e sociali che ne influenzano la partecipazione alla vita quotidiana.

Il decreto 94/2025 si inserisce in questo contesto, proponendo nuovi criteri di valutazione, più articolati e aderenti alla realtà vissuta dalle persone.

Ai fini dell'accertamento dell'invalidità civile, infatti, la percentualizzazione rimane anche nella nuova valutazione, ma si basa non più sulla **“capacità lavorativa generica”**, propria delle tabelle del Dm 5/2/1992, bensì viene ricondotta al concetto più generale e pertinente della **“capacità di svolgere azioni in molteplici domini”** propri della classificazione ICF.

Si passa quindi dalla figura di **“homo faber”** a quella più generale e inclusiva di **“homo civis”**.

Il concetto di “capacità”, che viene assunto ai fini tabellari dell'invalidità civile, è quello di ICF ed è inteso come “abilità di svolgere attività in un ambiente standard” senza l'influenza di fattori ambientali come barriere o facilitatori, diversamente quindi dalla “performance” per la quale si intende l'effettivo svolgimento dell'attività in un contesto reale, tenendo conto dell'ambiente e delle sue influenze.

Rimane fermo che la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), mentre nell'ambito dell'invalidità civile dei minori e degli anziani, sono sempre verificate le “difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”, ai fini della legge 289 del 1990 e della legge 118/1971.

Pertanto:

- i minori ai quali sia stata certificata la condizione di disabilità prima del compimento dei 16 anni (età per l'accesso al lavoro ai sensi dell'articolo 1, comma 622, della legge 27 dicembre 2006 n. 296), al compimento della suddetta età possono attivare, un procedimento di accertamento dell'invalidità civile, di cui agli articoli 12 e 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118, ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68;
- per i minori con disabilità ai quali sia stata certificato il diritto all'indennità di frequenza di cui alla legge 11 ottobre 1990, n. 289, rimane valida la previsione di cui all'articolo 25, comma 5, del decreto-legge 24 giugno 2014 n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, ai sensi del quale ai “Ai minori già

titolari di indennità di frequenza, che abbiano provveduto a presentare la domanda in via amministrativa entro i sei mesi antecedenti il compimento della maggiore età, sono riconosciute in via provvisoria, al compimento del diciottesimo anno di età, le prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni”, fermo restando, al raggiungimento della maggiore età, “l’accertamento delle condizioni sanitarie e degli altri requisiti previsti dalla normativa di settore.” (circolare INPS n. 10/2015 e messaggio n. 1766 del 4 giugno 2025).

In buona sostanza, la “valutazione di base” della condizione di disabilità, da una parte è propedeutica alla successiva “valutazione multidimensionale” finalizzata al Progetto di Vita, dall’altra rimane comunque correlata al riconoscimento di tutte le prestazioni assistenziali, economiche e normative, di natura statale (D. Lgs 62/2024, Art. 5 “Finalità, ambito, principi ed effetti della valutazione di base”).

In pratica la Commissione INPS di «Unità di Valutazione di Base” deve compiere 2 operazioni valutative:

- individuare il livello di necessità di sostegno (Art. 3 della Legge 104) della persona con disabilità;
- riconoscere tutte le eventuali prestazioni economiche e i benefici normativi di competenza INPS.

L’accertamento sanitario avviene in un’unica procedura, che comprende la definizione del livello di sostegno e altresì gli accertamenti della condizione di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e disabilità ai sensi del decreto legislativo 66/2017 (inclusione scolastica) e della legge 68/1999 (inclusione lavorativa).

Gli standard valutativi utilizzati sono gli ICD (per formulare la diagnosi medica), l’ICF (per descrivere il funzionamento e la partecipazione) e il WHODAS 2.0 (quale strumento integrativo e partecipativo della valutazione).

Il WHODAS 2.0 è un questionario che misura il livello di difficoltà percepito da una persona nello svolgere determinate attività, basandosi sui principi della classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Lo strumento, nella versione a 36 domande, esplora sei aree chiave, o “domini”:

- Attività cognitive (comprendere e comunicare)
- Mobilità
- Cura di sé
- Relazionarsi con le persone
- Attività della vita quotidiana (e attività lavorative o scolastiche)
- Partecipazione alla vita sociale

Le risposte, che vanno da “Nessuna difficoltà” a “Moltissima difficoltà o non posso farlo”, permettono di calcolare un punteggio totale che esprime il grado di disabilità percepita, su una scala da 0 a 100.

La nuova criteriologia valutativa introdotta dal D.M. Salute 10 aprile 2025 n. 94 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27/6/2025), che contiene i criteri sperimentali per l’accertamento della disabilità nei casi di diabete di tipo 2, disturbi dello spettro autistico e sclerosi multipla, si basa su 3 paradigmi:

- **applicazione dei nuovi riferimenti percentuali tabellari di invalidità civile**
- **descrizione del profilo di funzionamento secondo la classificazione ICF**
- **somministrazione del Whodas (esclusi i minori)**

La sperimentazione si articola inizialmente su tre patologie emblematiche per complessità e impatto sociale: disturbi dello spettro autistico, diabete mellito di tipo 2 e sclerosi multipla.

Per ciascuna di esse, il decreto definisce criteri clinici e funzionali specifici, integrando strumenti diagnostici validati a livello internazionale.

Il DM 94 contiene per le 3 patologie in sperimentazione valutativa, precise indicazioni aggiuntive per l’allegazione documentale al certificato medico introduttivo:

- per il Diabete tipo 2:
 - Emoglobina glicata (A1c) recente
 - Relazione sullo stato della condizione diabetica, completa della terapia antidiabetica in atto, del controllo glicemico e delle eventuali complicanze, con datazione non superiore ai 12 mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo
- per i disturbi dello spettro autistico:
 - Certificazione specialistica
 - Score report delle Vineland-II per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo
- per la sclerosi multipla:
 - Certificazione specialistica neurologica
 - RMN encefalo (risonanza magnetica nucleare dell’encefalo).
 - Scala EDSS con punteggio aggregato e disaggregato per sistemi funzionali.

Tale tipologia di documentazione sanitaria da allegare è assolutamente necessaria per consentire alla Unità di Valutazione di Base di operare con congruità e tempestività e per una corretta applicazione dei nuovi indicatori tabellari di invalidità civile.

Ai fini dell’invalidità civile, le nuove tabelle con percentuali del DM 94/2025, che sostituiscono quelle del DM 5/2/1992, sono state costruite su criteri clinici e funzionali validati a livello internazionale.

Nel caso dell’autismo, ad esempio, la valutazione si basa su tre livelli di gravità, determinati dai bisogni di supporto, e si avvale di strumenti come il DSM 5-TR e le scale VABS-II del funzionamento adattativo, ampiamente riconosciuti nella letteratura scientifica.

Per la sclerosi multipla, il decreto adotta la scala EDSS (Expanded Disability Status Scale), che consente di quantificare il livello di disabilità neurologica in modo preciso e standardizzato.

Per il diabete di tipo 2, il grado di disabilità, in ambito di invalidità civile, viene valutato tenendo conto del compenso glicemico (HbA1c) e delle eventuali complicanze differenziate secondo una classificazione, che va da forme lievi a medie e a gravi, sulla base di precisi parametri clinicamente obiettivabili.

PROFILO DI FUNZIONAMENTO SECONDO ICF

Il “profilo di funzionamento” descrive l’interazione di un individuo con l’ambiente secondo il modello bio-psico-sociale dell’ICF.

Sostituisce la vecchia “valutazione diagnostico-funzionale” necessaria per l’inclusione scolastica e per quella lavorativa.

Inoltre è strumento previsto dal D.Lgs. 62/2024 per la valutazione della necessità di sostegni continuativi limitatamente ai domini della mobilità e dell’autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana (indennità di accompagnamento ex L. 18/1980).

Secondo il modello bio-psico-sociale lo stato di “funzionamento” e lo stato di “disabilità” sono il risultato di un’interazione complessa tra fattori biologici della persona e fattori ambientali, anche di tipo psicologico e sociale.

Il termine “funzionamento” descrive gli effetti positivi dell’interazione tra una persona e il contesto nel quale vive, mentre il termine “disabilità”, al contrario, descrive gli effetti negativi dell’interazione tra un individuo con un problema di salute e i fattori contestuali.

La Classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), approvata dalla 54th World Health Assembly il 22 maggio 2001, rappresenta uno strumento innovativo accettato da 191 Paesi come standard internazionale per misurare e classificare salute, funzionamento e disabilità.

Le informazioni fornite dall’ICF consentono, ad opera di un esperto (medico, operatore sociale, ecc.), di descrivere una condizione di disabilità (come effetto quindi di un’interazione “negativa” tra persona e contesto ambientale), in termini di:

- compromissioni di STRUTTURE anatomiche (codici “s” per “structure”)
- compromissioni di FUNZIONI fisiologiche (codici “b” per “body”)
- limitazioni e restrizioni di ATTIVITA’ e PARTECIPAZIONE (codici “d” per “domain”), cioè l’insieme di azioni o compiti comunemente svolti nei vari ambiti della vita, raggruppati in 9 “domini”: Apprendimento / Compiti generali della vita / Comunicazione / Mobilità / Cura della propria persona / Ambiti di Vita domestica / Relazioni interpersonali / Aree di vita fondamentali / Ambiti della vita sociale e di comunità.

La descrizione che ne deriva utilizza codici alfanumerici: ad esempio, nel caso dell’articolazione dell’anca, si potranno utilizzare i codici “struttura” s75001, “funzione” b7201, “attività e partecipazione” (deambulazione) d450.

Per descrivere poi i “livelli” del funzionamento o della disabilità nell’ICF, si usano i cosiddetti “qualificatori” che, nell’ambito dei domini della componente “Attività e Partecipazione”, sono a loro volta distinti in “capacità” e in “performance”. Il qualificatore “capacità” descrive l’abilità dell’individuo con problemi di salute nell’eseguire un compito o un’azione in un ambiente standard (ad esempio un ambulatorio specialistico).

Il qualificatore “performance” descrive l’abilità dell’individuo con problemi di salute nell’eseguire un compito o un’azione nell’ambiente di vita reale ed effettivo, in relazione quindi ai fattori ambientali che possono favorire oppure ostacolare il funzionamento.

Per quantificare un problema di capacità si usa il termine “limitazione”, per la performane quello di “restrizione”. La precisa acquisizione del significato dei termini ICF di “capacità” e “performance” e di “limitazione” e “restrizione” consentono di comprendere correttamente l’esatta natura del procedimento valutativo di base della disabilità, quale è descritto dal Dlgs 62 nell’Articolo 5 comma 3, nell’Articolo 10 comma 1 e nell’Articolo 12 comma 2, soprattutto per quanto riguarda la necessaria distinzione da operare nella fase valutativa, pur nella loro interattività, tra la persona (con problemi di salute) e l’ambiente (fatto di barriere ma anche di possibili facilitatori).

Tuttavia, la Classificazione ICF non è uno strumento di misura della condizione di disabilità utilizzabile per finalità medico-legali, in quanto la scala di valutazione di gravità:

- difficoltà NESSUNA (assente, trascurabile...) 0-4%
- difficoltà LIEVE (leggera, piccola...) 5-24%
- difficoltà MEDIA (moderata, discreta...) 25-49%
- difficoltà GRAVE (notevole, estrema...) 50-95%
- difficoltà COMPLETA (totale...) 96-100%

presenta delle percentuali che in realtà “devono essere calibrate nei diversi domini rispetto alla norma espressa in valore percentile” e non hanno quindi valore di graduazione di punti di invalidità.

La finalità principale della classificazione ICF rimane quella di fornire un linguaggio standard e unificato per descrivere la salute e le condizioni ad essa correlate (funzionamento e disabilità della persona), migliorare la comunicazione tra i professionisti sanitari e altri stakeholder e fornire una base scientifica per lo studio della salute e della disabilità come interazione tra l’individuo e il suo contesto.

Esistono alcuni strumenti per la codifica pratica dell’ICF:

- **check-list:** selezione di categorie salienti di Funzioni e Strutture corporee e di Attività e Partecipazione, che permette un utilizzo veloce e comunque affidabile della classificazione ICF;
- **core set:** checklist basate sull’ICF che descrivono specifiche condizioni di salute.

Nel DM 94/2025, a proposito del diabete di tipo 2, del disturbo dello spettro autistico e della sclerosi multipla, si è invece utilizzato il metodo della **mappatura semantica** delle scale di gravità delle 3 patologie, apponendo per ciascun livello di gravità uno specifico codice ICF con i relativi qualificatori.

È da notare che i codici ICF del DM 94 sono soltanto quelli dei domini “b” (Funzioni), “s” (Strutture) e “d” (Attività e Partecipazione), mancando del tutto invece i domini “e” (Environmental Factors) relativi ai “Fattori Ambientali” che possono influenzano il funzionamento della persona, a dimostrazione quindi della loro estraneità nella Valutazione di base della condizione di disabilità.

Pertanto, la sola mappatura semantica delle scale di gravità delle tre patologie in sperimentazione valutativa non consente, in caso di comorbidità, di descrivere compiutamente il profilo di funzionamento della persona.

IL WHODAS 2.0 NELLA VALUTAZIONE DI BASE

Il questionario WHODAS 2.0 viene utilizzato, a supporto della valutazione funzionale delle Unità di Valutazione di Base, per contribuire a misurare il livello di disabilità e di funzionamento in diverse aree della vita quotidiana, basandosi sul modello biopsicosociale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) ed è utilizzato nella valutazione di base come strumento integrativo e partecipativo della valutazione.

Il WHODAS 2.0 misura, attraverso la somministrazione di una serie di domande, il livello di difficoltà percepito dalla persona nel compiere determinati compiti o azioni, derivati dall'ICF e raggruppati in 6 domini: Comprendere e comunicare / Mobilità / Cura di Sé / Relazionarsi con le persone / Attività della vita quotidiana / Partecipazione alla vita sociale.

Le risposte alle domande del questionario, codificate da 1 a 5 esprimono il «livello di difficoltà» percepito dall'intervistato nel funzionamento rispetto a determinate attività o compiti:

1= "Nessuna"; 2= "Poca"; 3= "Moderata"; 4= "Molta"; 5= "Moltissima o non posso farlo".

È fondamentale che la persona, nel rispondere, si riferisca sempre alla difficoltà che ha percepito negli ultimi 30 giorni.

Dai risultati delle risposte un algoritmo calcola un punteggio totale in una scala da 0 a 100 (dove 0 = nessuna disabilità e 100 = disabilità totale).

Nel somministrare il questionario l'intervistatore deve rispettare una rigorosa neutralità per evitare di influenzare la risposta, ad esempio interpretandola o addirittura suggerendola e occorre sempre garantire all'intervistato la privacy necessaria ad assicurargli la massima serenità nel rispondere alle domande.

Le Versioni disponibili per il WHODAS 2.0 sono

- 36 item: versione completa, più dettagliata (utilizzata nella valutazione di base)
- 12 item: versione breve, utile per screening rapidi
- 24+12 Item che è un ibrido tra la versione a 12 item e di quella a 36 item

Il tempo medio per completare l'intervista nella versione a 36 item somministrata da un intervistatore è di 20 minuti.

Il decreto legislativo 62/2024, attuativo della legge delega sulla disabilità n. 223/2021, ha inserito il questionario WHODAS 2.0 tra gli adempimenti della Commissione per la Valutazione di Base, ad eccezione dei minori.

Nel corso della visita per la valutazione di base il questionario viene somministrato dall'operatore afferente alle aree psicologiche o sociali, al Cittadino richiedente la Valutazione di base per il riconoscimento della disabilità e dell'invalidità civile oppure al "Proxy" (familiare, amico o caregiver) quando questi non è in grado di rispondere.

Nella Valutazione di Base non è ammessa la Autosomministrazione del WHODAS.

Il D.Lgs.62/2024 ha previsto che pure il Medico Certificatore, qualora intenda chiedere l'accertamento sulla sola base degli atti, debba includere nel certificato introduttivo anche il WHODAS compilato, unitamente alla documentazione medica.

Il WHODAS 2.0 è strumento «integrativo e partecipativo» della Valutazione di Base della condizione di Disabilità e infatti viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile.

A tal fine la percentuale di invalidità civile individuata dalla Commissione U.V.B., può essere maggiorata con un procedimento di "scaling" come segue:

- moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%. Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32, escludendo le 4 domande sull'attività lavorativa presenti nel Dominio 5 (Attività della vita quotidiana).

Inoltre, ai sensi del DM 94/2025, nel caso di diabete tipo 2, disturbo dello spettro autistico o sclerosi multipla, il sostegno intensivo, elevato o molto elevato (corrispondente all'art. 3, comma 3, della L. 104/92), può essere riconosciuto alle persone con un punteggio complessivo del WHODAS 2.0 a 36 item pari o superiore al valore di 40.

Trattandosi in ogni caso di uno strumento che misura la percezione "soggettiva" della condizione di disabilità (con risposte che afferiscono più alla "performance" che alla "capacità" del soggetto di compiere, con varia difficoltà, determinate azioni o compiti) e considerato però che, nella valutazione di base, ai sensi del DM 94/2025, il punteggio del WHODAS può avere un peso nella determinazione del «livello di sostegno» e può comportare una maggiorazione della percentuale di invalidità civile, il questionario deve essere sempre utilizzato quale "strumento integrativo e di partecipazione della persona" per cui il relativo punteggio deve ritenersi soltanto come indicativo, lasciando alla valutazione della Commissione esaminatrice la definizione dell'effettivo livello di sostegno della persona con disabilità. Infatti il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato e l'U.V.B., nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale o ulteriori approfondimenti diagnostici, in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 6 del D.lgs 62/2024, l'integrazione documentale o gli ulteriori approfondimenti diagnostici possono disposti sia nei casi in cui siano necessari per il riconoscimento di una maggiore intensità dei sostegni sia qualora ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza.

In tale ipotesi i termini sono sospesi per sessanta giorni, prorogabili, su richiesta, di ulteriori sessanta. (cfr. l'art. 6, commi 6 e 8, del Decreto legislativo 62/2024) e in ogni caso il procedimento di valutazione di base deve concludersi con l'emissione di un certificato che attesta la condizione di disabilità anche in

assenza delle integrazioni richieste e in tal caso la valutazione di base sarà formulata sulla base della documentazione già in possesso della Commissione.

Rispetto alla versione a 36 item, il WHODAS a 12 item è senz'altro più indicata per valutazioni veloci del funzionamento complessivo, riuscendo comunque a coprire l'81% di varianza della versione a 36 item. Pertanto, fermo restando la necessità di una modifica del DM 94/2025 che prevede solo la versione a 36 item, quando la valutazione sperimentale si allargherà alle altre patologie di cui all'art. 19 quater, co.3, della L.15/2025 (artrite reumatoide, cardiopatie, broncopatie e malattie oncologiche), la versione a 12 item potrebbe risultare più adatta in casi particolari, quali la somministrazione agli ultra70enni, ai proxy o durante la visita domiciliare ed anche quando è il medico certificatore che deve somministrare il questionario per chiedere, nel certificato introduttivo, la valutazione su atti.

INVALIDITÀ CIVILE - COMORBILITÀ

La parziale introduzione della riforma relativamente alla nuova metodologia valutativa, che per ora ha riguardato soltanto le tre patologie del diabete di tipo 2, dei disturbi dello spettro autistico e della sclerosi multipla, ha reso necessario, in caso di comorbilità, la coesistenza del nuovo e del vecchio criterio valutativo.

Questa modalità di sperimentazione ha suscitato molte critiche ma non era oggettivamente possibile immaginare una diversa soluzione.

Pertanto, occorre distinguere tre ipotesi:

1. se la disabilità è connessa **esclusivamente** a una o più delle patologie di cui all'articolo 9, comma 7 bis, del decreto-legge 71/2024 (disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla) e, in futuro, all'articolo 19 quater, comma 3, del decreto-legge 202/2024 (artrite reumatoide, cardiopatie, broncopatie e malattie oncologiche), **trovano applicazione i nuovi criteri della valutazione di base;**
2. se la disabilità è connessa esclusivamente a una o più **patologie diverse** da quelle di cui alla lettera a), **trovano applicazione solo i criteri e le modalità di accertamento previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992;**
3. se la disabilità è connessa a una o più delle patologie di cui alla lettera a) in **comorbilità** con altre patologie, **la valutazione di base si applica solo alle prime, mentre per le altre continuano a trovare applicazione i criteri e le modalità di accertamento previsti dal dm 5/2/1992.**

In quest'ultimo caso (comorbilità), la percentualizzazione viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una **valutazione complessiva**, non tenendo conto delle condizioni di salute valutate tra lo 0 e il 10 per cento, purché non concorrenti tra loro;
- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il **calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard** e quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard, sino a considerarle tutte.

LIVELLI DI SOSTEGNO (L. 104 ART. 3)

L'individuazione dei **“livelli di sostegno”** costituisce il cardine della nuova valutazione di base ed è quindi il primo giudizio che compare nel nuovo certificato definitivo attestante la condizione di disabilità. I sostegni vengono attribuiti dalla Commissione U.V.B. tenendo conto della valutazione nei domini ICF sull'attività e sulla partecipazione della persona, considerando anche i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori. I **“sostegni”**, come definiti dall'art 2 comma 1 lettera h) del Dlgs 62, sono “i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale”.

In ambito di valutazione di base, i “sostegni” sono le prestazioni economiche (a cominciare dall'invalidità civile) e i benefici normativi di natura statale affidati alla competenza dell'INPS.

I **“livelli di sostegno”** si distinguono in 2 livelli e 4 fasce e sono correlati all'art. 3 della legge 104/92:

- **“Sostegno”: “Lieve” o “Medio”** -> comma 1 (e 2) dell'art. 3 della legge 104/92
- **“Sostegno Intensivo”: “Elevato” o “Molto Elevato”** -> comma 3 dell'art. 3 della legge 104/92

Il **“sostegno intensivo”**, che determina la priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici, è caratterizzato dalla **necessità di un intervento assistenziale** permanente, continuativo e globale:

- **permanente**, quando la sua durata si protrae nel tempo;
- **continuativo**, quando è costante o con frequenza ricorrente;
- **globale**, quando interessa attività della sfera individuale (attività quotidiane, mobilità, cura della propria persona) e della sfera relazionale (relazionarsi con gli altri, comunicare, partecipare ad attività sociali).

Le **4 fasce di livelli di sostegno** possono essere attribuite, da parte dell'U.V.B., in relazione alla condizione personale (“di salute”) e alle possibili barriere ambientali (“potenziale restrizione di partecipazione”), in quanto la Commissione non esamina “in loco” il contesto ambientale della persona con disabilità e ricava le informazioni indirettamente tramite il questionario Whodas:

- **Sostegno Lieve:** sono sostegni caratterizzati da una durata ‘intermittente’ di natura episodica o a breve termine (presenza di sostegni per periodi di transizione nell'arco della vita; ad esempio: se si cerca o si è perso un lavoro);
- **Sostegno Medio:** sono sostegni caratterizzati da una maggiore continuità nel tempo in uno o più contesti (ad esempio, una formazione per l'inserimento lavorativo circoscritta nel tempo, sostegni transitori nel periodo tra la scuola e la vita adulta);
- **Sostegno Elevato:** sono sostegni caratterizzati da continuità nel tempo ed intensità elevata in uno o due contesti di vita (ad esempio: casa e scuola);
- **Sostegno Molto Elevato:** sono sostegni caratterizzati da continuità nel tempo ed intensità elevata, erogati praticamente in tutte le aree della vita (potendo includere anche misure di sostegno alle funzioni vitali).

Il **DM 94/2025** contiene precise indicazioni per la determinazione dei livelli di sostegno nelle tre patologie in sperimentazione valutativa:

- DIABETE TIPO 2

sostegno intensivo: punteggio WHODAS 2.0 ≥ 40

- **DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

sostegno intensivo: persona minore con livello 2 o 3 secondo DSM 5-TR o con un livello di funzionamento adattativo basso e moderatamente basso secondo VABS-II e, nel caso di persona autistica adulta, con punteggio WHODAS 2.0 $\geq$ 40

- **SCLEROSI MULTIPLA**

sostegno intensivo: persona con punteggio EDSS $\geq$ 5 o con punteggio WHODAS 2.0 $\geq$ 40

Risulta evidente che, nel caso della persona con diabete di tipo 2 e della persona adulta con disturbo dello spettro autistico, manca un chiaro riferimento a scale di gravità clinica sicché la valutazione è condizionata dal punteggio del WHODAS 2.0, che però rimane pur sempre un test di autopercezione soggettiva della propria condizione di disabilità. E' necessario quindi ribadire ancora una volta che il giudizio finale deve essere lasciato alla discrezionalità valutativa della Commissione di Unità di Valutazione di Base, in relazione all'esito dell'accertamento clinico-documentale.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E NON AUTOSUFFICIENZA

I requisiti della **indennità di accompagnamento** sono rimasti immutati rispetto alla L. 18/1980 e alla L. 508/1988: impossibilità di deambulare o di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

Il D.Lgs. 62/2024 recita, all'art. 10 comma 1 lettera d), che il procedimento valutativo di base comprende "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", peraltro senza un riferimento esplicito "in termini di capacità secondo l'ICF", come invece è riportato subito dopo (in relazione all'invalidità civile) per gli altri "domini relativi all'attività e alla partecipazione". In effetti il DM 94/2025 contiene in coda 2 schede tecniche con la codifica in ICF dell'Indice di Barthel (scheda tecnica 1) e con la codifica in ICF della Scala IADL delle attività strumentali della vita quotidiana (scheda tecnica 2), senza però qualificatori di "performance".

Tuttavia, esaminando il testo del DM 94/2025, relativamente alle tre patologie in sperimentazione valutativa, si osserva che:

- per il diabete di tipo 2 viene fatto un esplicito richiamo alla giurisprudenza della Corte di Cassazione (sulla "opportunità di considerare anche la capacità della persona di rendersi conto della portata dei singoli atti") e alla sentenza n. 346/1989 della Corte Costituzionale (per la quale, nelle pluriminorazioni, la cecità parziale può concorrere, con altre affezioni invalidanti, al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento);
- nei minori con disturbo dello spettro autistico viene data indicazione di riconoscere l'indennità di accompagnamento nei casi di livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o di livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II), in linea con precedenti linee guida INPS;
- per la sclerosi multipla viene fatto riferimento alla scala EDSS senza esplicita indicazione del livello di gravità che può determinare automaticamente il diritto all'indennità di accompagnamento.

Riguardo alla condizione di **NON AUTOSUFFICIENZA**, il DM 94/2025 la riconosce, per le tre patologie in sperimentazione, in 2 condizioni:

- titolarità dell'indennità di accompagnamento
- necessità di sostegno intensivo (art. 3, comma 3, legge 104/1992)

Ciò è in parziale contrasto con l'Allegato 3 del DPCM 159 del 5/12/2013, dove soltanto l'indennità di accompagnamento rientra nella categoria della Non Autosufficienza, mentre il comma 3, art. 3, l.104 è configurato come Disabilità Grave.

Appare quindi più logico ritenere che la Non Autosufficienza, in relazione all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992, avrebbe dovuto essere circoscritta al livello di sostegno intensivo "molto elevato". Purtroppo, a parte l'articolo 2 del D.Lgs. 29/2024 sulle persone anziane, manca ancora a livello nazionale una definizione uniforme e condivisa di "non autosufficienza".

REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ

L'esito della valutazione di base è attestato da un certificato che ha una validità non limitata nel tempo e che solo eccezionalmente può avere una validità relativa riportata nel certificato stesso (art. 6, comma 7, del decreto legislativo n. 62/2024).

D'altra parte, però la stessa "duratura compromissione" ossia la compromissione di strutture o di funzioni corporee che, in interazione con barriere di diversa natura, può determinare una condizione di disabilità ostacolando la piena ed effettiva attività e partecipazione nei diversi contesti di vita, è una condizione che persiste nel tempo, ma per la quale è comunque "possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo" (art. 2, comma 1, lettera e).

Il regolamento del Ministro della salute, di cui all'articolo 12 del Dlgs 62, avrebbe dovuto prevedere "i criteri per stabilire gli eccezionali casi nei quali la revisione della condizione di disabilità è ammessa al termine della scadenza indicata nel certificato..., di regola dopo due anni e secondo procedimenti semplificati fondati anche sull'impiego della telemedicina o sull'accertamento agli atti" (art. 12, comma 2, lettera d).

Per il momento il DM 94/2025, relativamente alle tre patologie in sperimentazione valutativa, ha previsto che:

- **il diabete mellito di tipo 2**, anche se "in parte prevenibile attraverso interventi sull'ambiente di vita e modifica degli stili di vita non salutari", è tuttavia patologia che "nel tempo determina, attraverso le complicanze, progressive e gravi compromissioni delle funzioni e delle strutture del corpo umano e pertanto è da considerarsi condizione non soggetta a revisione";
- **il disturbo dello spettro autistico** è una condizione non soggetta a revisione, tranne nei minori "in cui vi sia un disturbo dello spettro autistico di Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole";
- **la sclerosi multipla** è una condizione non soggetta a revisione.

EFFICACIA PROVVISORIA DELLE PRESTAZIONI

Già il D.L. n. 324/1993 convertito in Legge n. 423/1993 (Circ. INPS n. 32/2006) prevedeva la possibilità della **certificazione provvisoria della L. 104/1992** nel caso di mancato rilascio della certificazione di disabilità grave (ai sensi dell'art. 3, comma 3) entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, per cui l'interessato può presentare un certificato rilasciato da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la ASL, che attesti la situazione di gravità.

L'art. 25 co.4 della L. 114-2014 ha successivamente ridotto il periodo di attesa da 90 a 45 giorni. Anche il D.Lgs. 62/2024 prevede all'art. 7 che, nelle more della formulazione del giudizio, è ammissibile **l'efficacia provvisoria delle prestazioni** sulla base di un certificato rilasciato da un medico specialista nella patologia denunciata ovvero da medici specialisti nelle patologie denunciate (Circolare 3 marzo 2006, n. 32) nel certificato medico introduttivo.

In coerenza con quanto previsto dal paragrafo 5 della Circolare INPS n. 53 del 29 aprile 2008, l'interessato deve allegare alla richiesta di certificato provvisorio una copia del certificato medico introduttivo e la dichiarazione liberatoria con la quale si impegna alla restituzione delle prestazioni che, a procedimento definitivamente concluso, risultassero indebite.

Il DM 94/2025 regola, per le tre patologie in sperimentazione valutativa, la possibilità di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base, prevedendo che:

- per il **diabete di tipo 2**, in quanto malattia cronica, il diritto di accedere provvisoriamente ai sostegni può essere ammesso “in caso di improvviso grave scompenso metabolico o di acuzie di complicanze o comorbidità”;
- per il **disturbo dello spettro autistico**, il diritto sussiste se la patologia è certificata da una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata;
- per la **sclerosi multipla** l'efficacia provvisoria delle prestazioni è ammessa se la documentazione allegata riporta un EDSS ≥ 6 .

ACCERTAMENTO SU ATTI

La valutazione di base di norma deve essere effettuata su visita e non potrebbe essere diversamente considerato che elementi fondanti sono la somministrazione del questionario WHODAS 2.0 e la definizione del profilo di funzionamento mediante lo strumento della classificazione ICF.

L'accertamento sulla base degli atti è ammesso soltanto eccezionalmente su richiesta dell'interessato (art. 12, comma 2, lettera m, del D.Lgs. 62/2024) oppure nei casi pure eccezionali di revisione della condizione di disabilità (art. 12, comma 2, lettera d).

In attesa del regolamento del Ministro della salute ex art. 12 Dlgs 62, nel frattempo il DM 94/2025 ha definito gli eccezionali casi per i quali, nelle attuali tre patologie in sperimentazione valutativa, è possibile la valutazione per tabulas senza il ricorso alla visita diretta e comunque su richiesta dell'istante e a fronte di documentazione sanitaria probante, recente e rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN:

- **diabete di tipo 2:** documentazione allegata attestante diabete in terapia insulinica, con livello di gravità 5 per complicanze (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche) di grado grave;
- **disturbi dello spettro autistico:** livelli di gravità secondo i criteri diagnostici del DSM-5 TR, oppure schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form, oppure eventuali comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche;
- **sclerosi multipla:** marcata compromissione funzionale (esame neurologico, scala clinica EDSS ≥ 6 , esami neuroradiologici).

La richiesta di valutazione su atti va presentata mediante la biffatura della relativa voce nel certificato medico introduttivo e in questo caso il medico certificatore, oltre alla allegazione obbligatoria della documentazione sanitaria, deve anche somministrare nei soggetti adulti il questionario WHODAS, per il quale l'Istituto ha predisposto un opportuno vademecum scaricabile sul sito internet dell'INPS insieme a tre file tutorial.

Ad ogni modo, se il punteggio del WHODAS, ai sensi di DM 94/2025, può avere un peso nella determinazione del “livello di sostegno” (ex art. 3 della L. 104/92) e può comportare una maggiorazione della percentuale di invalidità civile, tuttavia le condizioni di salute, indicate dal decreto per una possibile valutazione su atti, sono già di per sé così gravi e manifeste da rendere il punteggio del questionario di fatto meno condizionante la valutazione stessa.

INCLUSIONE SCOLASTICA

L'inclusione scolastica rappresenta uno dei sostegni riconosciuti dalla valutazione di base della condizione di disabilità.

Il certificato definitivo rilasciato dall'INPS al termine dell'accertamento di valutazione di base costituisce un documento fondamentale per gli studenti con disabilità, necessario per accedere ai supporti come l'insegnante di sostegno e l'assistente educativo.

Tuttavia, nel DM 94/2025 risulta insufficiente il raccordo con il **DM Salute 14.9.2022** (Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva).

Infatti, premesso che, a seguito del Decreto legislativo 13 aprile 2017 n. 66, il “**profilo di funzionamento**” ha sostituito la “**diagnosi funzionale**” e il “**profilo dinamico funzionale**”, è comunque opportuno che il profilo di funzionamento redatto dalla Commissione INPS di U.V.B. debba contenere una valutazione preliminare tesa ad evidenziare non soltanto eventuali “limitazioni della capacità” ma anche la “potenziale restrizione della partecipazione” e debba svilupparsi nei 4 domini indicati dal suddetto decreto: Apprendimento, Comunicazione, Relazioni e socializzazione e, infine, Autonomia personale e sociale.

Resta inteso che il Profilo di funzionamento (articolo 5, comma 3 e comma 4, Dlgs 66/2017), delineato preliminarmente nella valutazione di base, viene poi completato dalla Unità di valutazione multidisciplinare del SSN, che opera insieme ai Genitori (o Tutore) e al Dirigente scolastico ovvero docente specializzato sul sostegno didattico.

INCLUSIONE LAVORATIVA

Analogamente nel DM 94/2025 risulta carente il raccordo con il **DM Lavoro n. 43 dell'11/3/2022** (Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità). Il “**profilo di funzionamento**” secondo ICF della valutazione di base sostituisce la “**diagnosi funzionale**” e il “**profilo socio-lavorativo**” del DPCM 13 gennaio 2000, mentre rimane indispensabile che la Commissione U.V.B. rediga la “**relazione conclusiva**” nella quale vengono formulati suggerimenti per forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona con disabilità.

Al contrario dell'inclusione scolastica che ha avuto uno sviluppo procedurale ben delineato negli ultimi anni, l'inclusione lavorativa ha bisogno invece ancora di importanti interventi normativi e organizzativi in ordine a:

- allineamento del DM 43/2022 al D.lgs 62/2024;
- istituzione completa, in ogni Regione, dei Comitati Tecnici dei Centri per l'Impiego, di cui alla Legge 68/1999;
- piena valorizzazione, nelle aziende e nella Pubblica Amministrazione, della figura professionale del Disability Manager, che facilita l'inserimento e l'integrazione delle persone con disabilità sul posto di lavoro.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO DI VITA

Nelle sedi INPS dove si sta sperimentando il nuovo sistema di valutazione di base, la persona che ha ottenuto il riconoscimento della **disabilità** - oppure il suo rappresentante legale - viene informata, al termine della visita della Commissione U.V.B., che ha il diritto, in aggiunta ai benefici economici e ai sostegni già previsti, di attivare un **“progetto di vita” individuale, personalizzato e partecipato**, anche per tutte le patologie e non solo per quelle indicate nel Decreto 94/2025 (autismo, sclerosi multipla, diabete di tipo II).

Dopo aver ricevuto questa informazione, la persona può autorizzare la Commissione a inviare telematicamente il Certificato attestante la condizione di disabilità, oltre che nel **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, anche all'**Ente responsabile per l'attivazione del Progetto di vita**, che corrisponde generalmente all'Ambito Territoriale Sociale (ATS) del Comune di residenza. L'ATS è un insieme di enti locali (come Comuni, Province, ASL) che si occupano di assistenza sociale, come previsto dalla legge n. 328/2000. In alternativa, **l'ente** può essere **diverso se indicato da una legge regionale**. Le Regioni possono infatti stabilire altri luoghi dove presentare la domanda, come il Comune di residenza o i Punti Unici di Accesso (PUA), definiti dagli enti locali o regionali. La persona con disabilità può anche avviare autonomamente il procedimento, presentando in qualsiasi momento una **richiesta libera** all'ATS competente o all'ente regionale designato.

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

La proposizione di un progetto di vita era invero già contenuta in norme precedenti:

- Legge n. 328/2000 (Legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali)
- Legge n. 134/2015 (diagnosi, cura e abilitazione delle persone con spettro autistico)
- Legge n. 112/290216 (Durante e dopo di noi)
- Decreto legislativo n. 66/2017 (promozione dell'inclusione scolastica degli alunni con disabilità)

Dopo l'uscita del D.Lgs. 62/2024 diverse Regioni hanno iniziato a emanare le proprie **Linee guida regionali operative sui Progetti di Vita**: la Campania (dgr 282/2025), l'Umbria (dgr 558/2025), il Veneto (dgr 670/2025), ecc., mentre il Friuli-Venezia-Giulia aveva già la L.R. 16/2022 e la Toscana ha aggiornato la L.R. 66/2008 con la nuova L.R. 35/2025. Alcuni A.T.S. hanno già comunicato all'INPS che la trasmissione della certificazione di disabilità deve essere limitata alle persone fino a 70 anni e quindi è prevedibile che si renda presto necessario un intervento legislativo chiarificatore.

Il Progetto di vita consiste in un atto di pianificazione nel quale vengono individuati i vari interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di cui necessita la persona con disabilità, nonché le modalità della loro realizzazione.

Il progetto deve essere creato insieme alla persona e viene sostenuto dallo strumento finanziario e di risorse (umane, professionali, tecnologiche e strumentali) del “budget di progetto”.

Il procedimento, ai sensi dell'art. 23 del Dlgs 62, deve essere avviato entro quindici giorni dalla presentazione dell'istanza o dalla trasmissione del certificato UVB e deve concludersi entro novanta giorni.

Esempi pratici di progetto di vita possono essere l'organizzazione di percorsi di accompagnamento verso la scuola o l'università, l'avviamento allo svolgimento di un lavoro specifico, un percorso di co-abitazione dove la persona possa iniziare a emanciparsi dalla famiglia o un piano personalizzato per una persona con disabilità grave che mira a garantirne l'autonomia e la qualità della vita dopo la scomparsa dei genitori. Nell'elaborazione del progetto di vita il ruolo del medico è meno preminente rispetto ad altre figure professionali di area sociale.

Nettamente differente è infatti la composizione della Unità di Valutazione di Base (dove il Presidente è un medico preferenzialmente specialista in medicina legale) rispetto alla Unità di Valutazione Multidimensionale (in cui il rappresentante designato dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario per l'integrazione socio-sanitaria può essere un professionista sanitario e non necessariamente un medico).

D'altronde la stessa valutazione funzionale della persona, quando è finalizzata al Progetto di vita, non riguarda più le strutture e le funzioni corporee, oggetto della valutazione di base, quanto piuttosto l'analisi dei fattori ambientali e l'esame delle competenze della persona e del suo coinvolgimento nelle situazioni della vita reale.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRA70ENNI

Occorre infine precisare brevemente che le persone anziane ultra70enni Non Autosufficienti rientrano in una normativa diversa e dovranno essere invece indirizzate ai PUA (Punti Unici di Accesso), collocati nelle Case di Comunità delle Aziende sanitarie locali, per la valutazione multidimensionale unificata (VMU), effettuata dalle Unità di valutazione multidimensionale unificata di tipo geriatrico.

Infatti, accanto alla Riforma della disabilità (Legge delega n. 227 del 22/12/2021 e Decreto legislativo attuativo n. 62 del 3/5/2024), è stata sviluppata una Riforma “gemella” riguardante le persone anziane non autosufficienti (Legge delega n. 33 del 23/3/2023 e Decreto legislativo attuativo n. 29 del 15/3/2024).

L'armonizzazione delle due riforme è stata affidata a un Decreto del Ministero della salute che avrebbe dovuto essere emanato entro 12 mesi dall'entrata in vigore del D.Lgs. 29/2024 pubblicato sulla G.U. del 18.3.2024 (quindi a marzo 2025), ma la cui scadenza di pubblicazione è stata poi prorogata, dal D.Lgs. 93/2025, al novembre 2025.

La definizione di “persona anziana non autosufficiente” contenuta nell'articolo 2 del Dlgs 29 presenta invero una forte connotazione socio-sanitaria più che medico-legale.

Trattasi infatti di “persona anziana che,

- anche in considerazione dell’età anagrafica e delle disabilità pregresse,
- presenta gravi limitazioni o perdita dell’autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale,

valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell’Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali, in coerenza con quanto previsto”.

Ai fini del riconoscimento dei benefici statali erogati dall’INPS, la persona anziana ultra70 enne che appare non autosufficiente dovrà essere indirizzata ai PUA (Punti Unici di Accesso) dove una Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata procederà, tramite appositi strumenti valutativi geriatrici, all’eventuale riconoscimento della sussistenza della condizione di Non Autosufficienza e, in tal caso, la UVMU procederà alla definizione del PAI (Progetto di assistenza individuale) e del relativo “budget di cura e assistenza”.

Come corollario della valutazione geriatrica, considerati i bisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana non autosufficiente, la UVMU potrà anche riconoscere i benefici statali erogati dall’INPS, compresa l’indennità di accompagnamento, trasmettendo all’Istituto, per i provvedimenti di competenza, il verbale con le risultanze della valutazione geriatrica attestante la condizione di non autosufficienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Ciamarra P., Porzio A., Tettamanti C., Corbi G., Gimigliano F., Argo A., Campobasso C. P., Leggi delega in materia di disabilità e non autosufficienza e decreti attuativi: nuovi scenari valutativi per medici legali e spunti di riflessione, Riv. It. Med. Leg., 1-2/2024, 367-398
2. Definizione ai fini ISEE della condizione di disabilità media, grave e di non autosufficienza (articolo 1, comma 1, lett. l); articolo 6, comma 3, lett. b); articolo 10, comma 7, lett. c).
3. <https://www.reteclassificazioni.it> a cura della Regione Friuli Venezia Giulia oppure nella sua versione internazionale al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-%28-whodas-2.0%29/>
4. ICF versione breve. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, Editore Erickson, TN, 2004
5. Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology, 33(11), 1444–1452 <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.33.11.1444>
6. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2). Western Psychological Services
7. Messaggio Hermes INPS n. 5544 del 23/06/2014 - Autismo: linee guida medico-legali
8. Messaggio Hermes n. 2600 del 27-12-2024 “Riforma della disabilità. Decreto legislativo n. 62/2024. Certificato medico introduttivo. Prime istruzioni operative per l’avvio della seconda fase sperimentale”
9. Messaggio Hermes n. 4465 del 27-12-2024 “Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62. Avvio della sperimentazione a decorrere dal 1° gennaio 2025 nelle Province di Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste. Prime istruzioni operative.”
10. Norelli G.A., Focardi M., Bianchi I., Pinchil V., La disabilità in una accezione unitaria: propedeutica ad un futuro possibile nella valutazione del danno alla persona, Riv. It. Med. Leg., 3-4/2024, 495-507
11. Scorretti, C., La definizione medico legale di “disabilità” ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, Riv. It. Med. Leg., 2/2022, 323-344
12. SIMLA, “Definizione di persona con disabilità e ruolo dello specialista in Medicina legale nei processi valutativi nella prospettiva della legge 227/21. Position paper della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)”, <https://www.simlaweb.it/disabilita-position-paper-simla/>, 9 novembre 2023
13. Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization

Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) in Italia: analisi comparativa delle tutele scolastiche e assistenziali e riflessi medico-legali

Francesca Filloramo¹
Alessandro di Luca²

¹ Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - UOC Audit

² Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - UOC Prestazioni Medico Legali Pensionistiche Previdenziali

Corresponding Author: Filloramo Francesca, francesca.filloramo@inps.it

ABSTRACT

Il lavoro ripercorre l'evoluzione normativa che ha collocato la tutela dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) in ambito scolastico e sviluppa un'analisi comparativa dei dati del Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM), dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e dell'Osservatorio sull'Invalidità Civile dell'INPS. I dati del MIM mostrano una prevalenza di studenti con certificazione di DSA più elevata nelle regioni settentrionali, mentre le rilevazioni dell'INPS mostrano una maggiore concentrazione di indennità di frequenza nel Mezzogiorno, delineando una distribuzione opposta rispetto all'emersione scolastica dei DSA.

In assenza di differenze epidemiologiche rilevabili, tale discrepanza appare riconducibile alla minore effettività delle tutele scolastiche nel Mezzogiorno, come suggerito dagli indicatori ISTAT, che documentano criticità organizzative più marcate - discontinuità del sostegno, limitata specializzazione del personale, carenze di ausili e minore accessibilità edilizia - con conseguente ricorso compensativo al canale assistenziale.

Questa asimmetria può generare un ricorso compensativo al canale assistenziale, con incremento improprio degli oneri di sistema e potenziale distorsione della funzione medico-legale dell'indennità di frequenza, che deve rimanere riservata alle compromissioni funzionali globali e alle situazioni in plurimorbilità.

È pertanto necessario rafforzare la piena attuazione della Legge 170/2010, garantendo PDP ancorati ai criteri del DSM-5, e preservare l'autonomia dei criteri valutativi INPS, evitando automatismi tra certificazione scolastica e tutele economiche.

This study retraces the legislative evolution that has progressively positioned the protection of Specific Learning Disorders (SLD) within the educational system and provides a comparative analysis of data from the Ministry of Education and Merit (MIM), the National Institute of Statistics (ISTAT), and the INPS Civil Disability Observatory. MIM data show higher prevalence rates of students with certified SLD in northern regions, whereas INPS data reveal a higher concentration of attendance allowance beneficiaries in southern regions, outlining a territorial distribution

opposite to the educational identification of SLD. In the absence of identifiable epidemiological differences, this discrepancy appears to reflect reduced effectiveness of school-based protections in southern Italy, as suggested by ISTAT indicators documenting more pronounced organizational weaknesses—including discontinuity in teaching staff, limited teacher specialization, insufficient assistive tools, and lower structural accessibility—which may lead to compensatory reliance on the welfare system.

Such asymmetry may result in an improper shift toward the assistential pathway, increasing systemic burdens and potentially distorting the medico-legal purpose of the attendance allowance, which should remain reserved for cases of global functional impairment and multimorbidity. Strengthening the full implementation of Law 170/2010—ensuring Individualized Educational Plans (IEPs) aligned with DSM-5 criteria—and preserving the autonomy of INPS medico-legal standards, while avoiding automatic links between school certification and economic benefits, is therefore necessary.

Parole chiave:

Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) - L. 170/2010 - Analisi comparativa MIM–INPS - Disomogeneità territoriale - Indennità di Frequenza.

Specific Learning Disorders (SLD) - Law 170/2010 - MIM–INPS comparative analysis - Territorial disparities - Attendance allowance.

INTRODUZIONE

I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) sono inquadrati dal DSM-5 come disturbi del neurosviluppo a compromissione selettiva delle abilità scolastiche (lettura, espressione scritta, calcolo) in soggetti con intelligenza nella norma e in assenza di deficit sensoriali, condizioni neurologiche maggiori o privazione educativa. La diagnosi richiede una valutazione multiprofessionale che integri risultati oggettivi a prove standardizzate (con prestazioni significativamente inferiori a quelle attese per età e scolarità), documentazione di persistenza ≥6 mesi nonostante interventi mirati condotti con adeguata intensità e monitoraggio, ed esclusione di cause alternative (disabilità intellettiva, deficit sensoriali, patologie neurologiche o privazione educativa). All'interno dell'unica categoria di DSA si applicano specificatori per dominio (lettura, espressione scritta, calcolo) e un giudizio di gravità (lieve, moderata, grave) formulato secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019).

Fino al 2010, in assenza di una disciplina specifica, gli alunni con disturbi dell'apprendimento erano ricondotti nell'alveo generale della Legge 104/1992, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione e i diritti delle persone con handicap". Le tutele risultavano pertanto aspecifiche, poiché parametricate a condizioni di disabilità di altra natura (intellettiva, motoria, sensoriale, pluridisabilità, disturbi neuropsichiatrici) e poco adatte a garantire un'effettiva personalizzazione dei bisogni propri dei DSA. La svolta ordinamentale si è concretizzata con la Legge n. 170 dell'8 ottobre 2010, che ha riconosciuto ufficialmente i DSA e ne ha collocato la tutela primaria nell'ambiente scolastico. Ai sensi della legge, gli istituti scolastici sono tenuti a garantire strumenti compensativi e misure dispensative idonei ad assicurare pari opportunità di apprendimento, da formalizzare in un Piano Didattico Personalizzato (PDP) deliberato collegialmente sulla base della diagnosi clinica e calibrato sul profilo funzionale dell'alunno.

Diversamente dalla L. 104/1992, la Legge 170/2010 non prevede "oneri a carico della finanza pubblica" (art. 9) e chiarisce che la diagnosi di DSA non comporta automaticamente il riconoscimento della disabilità ai sensi della L. 104/1992, né il diritto al docente di sostegno: la tutela è primariamente didattica e si attua tramite PDP, strumenti compensativi e misure dispensative (Repubblica Italiana, 2010). Il successivo Decreto Ministeriale 12 luglio 2011 (Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA), fornisce indicazioni operative e strumenti concreti per l'attuazione della Legge 170/2010, specificando le responsabilità delle scuole e dei docenti e chiarendo modalità di predisposizione, attuazione e verifica dei PDP (Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, 2011).

Con la Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 sui Bisogni Educativi Speciali (BES), seguita dalla Circolare Ministeriale n. 8/2013 e dalla Nota Ministeriale n. 2563/2013, il Ministero ha introdotto una cornice generale di inclusione che ricomprende - nell'area dello svantaggio scolastico - alunni con difficoltà di apprendimento, sviluppo o comportamento non rientranti nella L. 104/1992, né tipizzati dalla L. 170/2010, definendo strumenti di intervento e organizzazione territoriale per garantire il diritto all'istruzione e favorire il successo formativo. Tale cornice consente la personalizzazione didattica anche in assenza di diagnosi clinica, subordinandola a una motivazione pedagogica documentata e alla delibera collegiale, richiamando tuttavia alla necessità di evitare automatismi e derive medicalizzanti e di fondare le decisioni su osservazioni pedagogiche rigorosamente documentate (Ministero dell'Istruzione, 2012; Ministero dell'Istruzione, 2013a; Ministero dell'Istruzione, 2013b). La Direttiva, quindi, non modifica la natura giuridica dei DSA, né estende automaticamente a tutti i BES le previsioni specifiche della L. 170/2010: per i DSA, la tutela resta quella propria - PDP, accomodamenti

e valutazioni eque - mentre eventuali canali assistenziali seguono criteri autonomi e non sovrapponibili alla certificazione DSA. Ne deriva un quadro concettuale nel quale i DSA sono tenuti distinti dalla disabilità e il loro trattamento è ricompreso, in via principale, nel perimetro della scuola.

Il presente lavoro analizza l'emersione scolastica dei DSA in Italia sulla base del Focus Statistico del Ministero dell'Istruzione e del Merito (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024), integrando tali dati con gli indicatori organizzativi dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2024) e con la distribuzione territoriale delle indennità di frequenza rilevate dall'Osservatorio sull'Invalidità Civile dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS, 2025).

Il confronto tra geografia educativa e geografia assistenziale consente di individuare eventuali scostamenti tra i due livelli di tutela e di sviluppare una riflessione critica sulle ricadute clinico-didattiche, medico-legali e organizzative, con l'obiettivo di prevenire medicalizzazioni improprie dei bisogni educativi e promuovere maggiore equità, appropriatezza e coerenza nel sistema di inclusione scolastica e nelle tutele sociali.

METODOLOGIA

L'analisi si fonda su tre fonti istituzionali ufficiali. La prima è costituita dal Focus Statistico del Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM), pubblicato nel settembre 2024, che fornisce le prevalenze nazionali e territoriali degli studenti con certificazione di DSA per gli anni scolastici 2021/2022 e 2022/2023, nonché la distribuzione per ordine di scuola (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024). Questi dati rappresentano il principale indicatore dell'emersione scolastica del fenomeno.

La seconda fonte comprende gli indicatori di contesto dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativi all'anno scolastico 2023/2024, riguardanti continuità didattica, presenza di docenti non specializzati, dotazioni di ausili e accessibilità edilizia (ISTAT, 2024). Sebbene tali indicatori derivino dalla rilevazione sulla popolazione con riconoscimento ex Legge 104/1992, essi rappresentano un valido indicatore indiretto della capacità organizzativa delle scuole e possono incidere, anche indirettamente, sull'effettiva applicazione dei PDP per gli studenti con DSA.

La terza fonte è rappresentata dai dati dell'Osservatorio sull'Invalidità Civile dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), che forniscono per l'anno 2025 i volumi assoluti e la distribuzione territoriale dei riconoscimenti di indennità di frequenza per i minori (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025). Tali informazioni consentono di ricostruire la geografia assistenziale del fenomeno.

L'approccio metodologico prevede il confronto tra il livello di intercettazione scolastica dei DSA (MIM), le condizioni strutturali dei contesti territoriali (ISTAT) e l'accesso alle prestazioni economiche (INPS), con l'obiettivo di individuare eventuali disallineamenti tra tutela educativa e tutela assistenziale. La distinzione medico-legale tra diagnosi didattica e valutazione funzionale consente di interpretare correttamente la divergenza tra dati scolastici e assistenziali: la certificazione di DSA attiene a difficoltà circoscritte dell'apprendimento, mentre l'accesso alle prestazioni economiche richiede compromissioni funzionali globali e plurimorbilità. Questa differenza di finalità e criteri permette di contestualizzare le variazioni territoriali osservate, evitando letture fuorvianti del fenomeno.

RISULTATI

I dati del *Focus Statistico* del Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM, 2024) documentano una prevalenza nazionale degli studenti con certificazione di Disturbo Specifico dell'Apprendimento pari al 5,7% nell'anno scolastico 2021/2022 e al 6,0% nell'anno scolastico 2022/2023, per un totale di 354.569 studenti certificati nel biennio considerato (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024).

La distribuzione per ordine di scuola conferma un gradiente crescente lungo il percorso formativo, con valori più elevati nella scuola secondaria di secondo grado. Sul piano territoriale, nell'a.s. 2022/2023 la prevalenza risulta pari al 7,9% nel Nord-Ovest, al 6,7% nel Nord-Est, al 6,1% nel Centro e al 2,8% nel Mezzogiorno (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024), evidenziando una marcata disomogeneità nell'accesso alla valutazione clinico-diagnostica e nell'implementazione della L. 170/2010.

Figura 1. Prevalenza degli studenti con DSA per macroarea geografica (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024).



Gli indicatori di contesto dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per l'a.s. 2023/2024 mostrano differenze significative nella capacità organizzativa delle scuole, con maggiori criticità nelle regioni meridionali, dove si rilevano maggiore discontinuità didattica, presenza più elevata di docenti non specializzati, dotazioni di ausili meno complete e minore accessibilità edilizia (ISTAT, 2024). Tali elementi descrivono un quadro strutturale più fragile rispetto alle regioni del Nord.

Sul versante assistenziale, i dati dell'Osservatorio sull'Invalidità Civile dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS, 2025) evidenziano una distribuzione delle indennità di frequenza non sovrapponibile alla geografia scolastica dei DSA. Il Mezzogiorno assorbe il 40,3% dei riconoscimenti (93.163 prestazioni), mentre il Nord-Ovest e il Nord-Est registrano rispettivamente il 22,0% (50.845 prestazioni) e il 12,2% (28.183 prestazioni), pur presentando le prevalenze scolastiche più elevate (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025).

Figura 2. Distribuzione territoriale dei minori con indennità di frequenza (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025).



Il confronto integrato delle tre fonti mette in evidenza una inversione sistematica tra l'emersione scolastica dei DSA e l'accesso alle prestazioni assistenziali: le macro-aree settentrionali, caratterizzate da una maggiore intercettazione diagnostica e da un apparato scolastico più strutturato, registrano un ricorso relativamente contenuto all'indennità di frequenza, mentre il Mezzogiorno, pur evidenziando prevalenze scolastiche inferiori, concentra la quota più elevata di benefici economici (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024; ISTAT, 2024; INPS, 2025).

DISCUSSIONE

L'integrazione dei dati provenienti dal Ministero dell'Istruzione e del Merito, dall'Istituto Nazionale di Statistica e dall'Osservatorio sull'Invalidità Civile dell'INPS evidenzia un disallineamento sistematico tra l'emersione scolastica dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento e il ricorso alle prestazioni assistenziali. Le macroaree settentrionali, che presentano le prevalenze più elevate di studenti con certificazione di DSA (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024), mostrano contestualmente un minor utilizzo dell'indennità di frequenza (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025). Al contrario, il Mezzogiorno evidenzia la situazione opposta: prevalenze scolastiche più basse e una quota significativamente più alta di riconoscimenti assistenziali.

In assenza di differenze epidemiologiche note che possano giustificare tale divergenza, la lettura più plausibile rimanda a fattori organizzativi e di sistema. Gli indicatori ISTAT relativi all'a.s. 2023/2024 mostrano infatti che le regioni meridionali sono caratterizzate da maggiore discontinuità didattica, presenza più elevata di docenti non specializzati, minore disponibilità di ausili e accessibilità edilizia complessivamente inferiore (ISTAT, 2024). Questi elementi rappresentano variabili contestuali in grado di incidere sull'effettiva applicazione della Legge 170/2010 e sulla qualità dei Piani Didattici Personalizzati, condizionando la capacità delle scuole di intercettare e gestire in modo efficace i bisogni educativi degli studenti con DSA.

Da un punto di vista medico-legale, i risultati confermano la necessità di mantenere una chiara distinzione tra la diagnosi didattica e la valutazione funzionale richiesta per l'accesso alle prestazioni economiche. La diagnosi di DSA, in coerenza con la classificazione del DSM-5, attesta una compromissione circoscritta delle abilità scolastiche e orienta verso interventi educativi documentabili (American Psychiatric Association, 2013; Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, 2011). Tale diagnosi non implica automaticamente una compromissione globale dell'attività e della partecipazione, né la necessità di interventi terapeutico-riabilitativi continuativi, criteri invece richiesti per l'indennità di frequenza (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025).

La divergenza territoriale osservata suggerisce che, nelle regioni caratterizzate da minore effettività delle tutele scolastiche, possa attivarsi un ricorso compensativo al canale assistenziale. Questo fenomeno - già descritto in letteratura come effetto di spostamento tra tutele educative e prestazioni economiche - rischia di determinare un incremento improprio degli oneri di sistema e di ridefinire la funzione dell'indennità di frequenza, che deve invece rimanere circoscritta alle situazioni di plurimorbilità e compromissione funzionale globale.

Sul piano operativo, i risultati evidenziano l'importanza di rafforzare la qualità procedurale dei PDP, garantendo obiettivi misurabili, monitoraggi periodici e riesami sistematici, nonché una maggiore omogeneità territoriale nella capacità delle scuole di attuare la normativa. Sul versante assistenziale, appare necessario preservare l'autonomia dei criteri medico-legali INPS, evitando automatismi tra certificazione scolastica e riconoscimento delle prestazioni e circoscrivendo l'indennità di frequenza ai casi in cui i requisiti previsti siano effettivamente soddisfatti. L'allineamento tra quadro normativo scolastico, criteri diagnostici internazionali e criteri valutativi assistenziali costituisce un elemento essenziale per garantire coerenza, equità e appropriatezza nella tutela dei minori con DSA.

CONCLUSIONI

Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono inquadrati, nelle classificazioni internazionali, come disturbi specifici del neurosviluppo caratterizzati da una compromissione circoscritta delle abilità scolastiche, in assenza di deficit cognitivi o neurologici maggiori (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). In coerenza con tale definizione, l'ordinamento italiano ha progressivamente collocato la tutela dei DSA in ambito scolastico, con la Legge 170/2010 e con le Linee guida del 2011 che hanno posto il Piano Didattico Personalizzato quale strumento centrale per garantire accomodamenti ragionevoli, misure dispensative e una valutazione equa (Repubblica Italiana, 2010; Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, 2011).

La successiva Direttiva sui Bisogni Educativi Speciali ha esteso la possibilità di personalizzazioni anche in assenza di diagnosi clinica, richiamando tuttavia alla prudenza per evitare derive medicalizzanti (Ministero dell'Istruzione, 2012; 2013a; 2013b).

I dati più recenti mostrano che la prevalenza scolastica dei DSA presenta un andamento lineare e privo di accelerazioni patologiche, con un gradiente crescente per ordine di scuola e differenze territoriali che vedono il Nord caratterizzato dalle percentuali più elevate (Ministero dell'Istruzione e del Merito, 2024). Gli indicatori di contesto dell'ISTAT confermano la presenza di criticità organizzative più marcate nel Mezzogiorno - quali minore continuità didattica, carenze nelle dotazioni e maggiore quota di docenti non specializzati - che possono incidere sull'attuazione omogenea della normativa (ISTAT, 2024). Parallelamente, la distribuzione territoriale delle indennità di frequenza mostra una concentrazione delle prestazioni nel Mezzogiorno, a fronte di una emersione scolastica più contenuta (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025).

In assenza di differenze epidemiologiche note, la divergenza tra geografia educativa e geografia assistenziale appare coerente con un possibile ricorso compensativo al canale assistenziale nelle aree caratterizzate da minore effettività delle tutele scolastiche. Tale fenomeno, oltre a determinare un incremento improprio degli oneri di sistema, rischia di alterare la funzione medico-legale dell'indennità di frequenza, che deve essere riservata alle condizioni caratterizzate da compromissione funzionale globale e, spesso, da plurimorbilità, e non può derivare automaticamente dalla sola certificazione scolastica di DSA (INPS – Osservatorio sull'Invalidità Civile, 2025).

Per garantire equità, appropriatezza e coerenza del sistema, appare necessario agire in tre direzioni complementari. Sul piano clinico-didattico, occorre rafforzare la piena attuazione della Legge 170/2010, assicurando PDP ancorati ai domini del DSM-5, con obiettivi misurabili, monitoraggi periodici e riesami documentati. Sul piano medico-legale, è fondamentale preservare l'autonomia criterioale del sistema INPS: le prestazioni economiche devono essere riservate a comprovate compromissioni globali (spesso in plurimorbilità) secondo criteri INPS omogenei evitando sovrapposizioni tra diagnosi scolastica e tutele economiche e circoscrivendo l'indennità di frequenza ai casi in cui i requisiti previsti risultino effettivamente soddisfatti. Sul piano organizzativo, infine, è necessario potenziare la capacità progettuale delle scuole, la continuità didattica e le dotazioni materiali, riducendo le disparità territoriali che alimentano il ricorso improprio al binario assistenziale.

Un allineamento stabile tra criteri diagnostici internazionali, attuazione scolastica della normativa e criteri medico-legali delle prestazioni assistenziali, rappresenta la condizione per un sistema più equo, efficiente e sostenibile, in grado di rispondere in modo rigoroso e differenziato ai bisogni degli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing
2. INPS - Osservatorio sull'Invalidità Civile. (2025). Prestazioni di indennità di frequenza riconosciute ai minori - dati 2025. Istituto Nazionale Previdenza Sociale
3. ISTAT. (2024). Alunni con disabilità - Anno scolastico 2023/2024. Tavole di dati. Istituto Nazionale di Statistica
4. ISTAT. (2024). Infografica accessibile - Inclusione scolastica alunni con disabilità 2023/2024. Istituto Nazionale di Statistica
5. ISTAT. (2024). L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità – A.S. 2023/2024. Istituto Nazionale di Statistica
6. Ministero dell'Istruzione. (2012). Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012: Strumenti d'intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica
7. Ministero dell'Istruzione. (2013a). C.M. n. 8 del 6 marzo 2013: Indicazioni operative sui BES
8. Ministero dell'Istruzione. (2013b). Nota n. 2563 del 22 novembre 2013: Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali
9. Ministero dell'Istruzione e del Merito. (2024). Alunni con disturbi specifici di apprendimento (DSA) - Anni scolastici 2021/2022 e 2022/2023. Focus statistico
10. Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca. (2011). Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento (DSA)
11. Repubblica Italiana. (2010). Legge 8 ottobre 2010, n. 170. Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 244, 18 ottobre 2010.
12. World Health Organization. (2019). International classification of diseases (11th rev.): Disorders of intellectual development and neurodevelopmental disorders. WHO

La persona anziana non autosufficiente: il quadro normativo e l'apporto della medicina legale

Angelo Moroni¹
Raffaele Migliorini²
Assunta Capozzella³
Maurizio Vaccaro³

¹ Coordinamento generale medico legale INPS Roma - Già Responsabile Unità Operativa Studi e Ricerche

² Coordinatore Generale Medico Legale INPS - Roma

³ Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - UOC Studi e Ricerche.

ABSTRACT

Gli autori espongono alcune considerazioni sul tema della non autosufficienza, soffermandosi in particolar sul rapporto con le prestazioni di carattere nazionale erogate da INPS. Viene sottolineato come il legislatore nell'ambito della recente riforma, abbia scelto di non intervenire su tali misure, lasciandone inalterata la disciplina. Il tema scelto dalla presente pubblicazione è particolarmente complesso perché supera i consueti ambiti medico legali e coinvolge una molteplicità di attori istituzionali e sociali.

Deve essere, inoltre, considerata la portata sociale dell'argomento: secondo il 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care (2023) " ... «anziani non autosufficienti» comprendiamo le persone di età superiore o uguale a 65 anni con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell'indagine europea Ehis1 . La popolazione non autosufficiente viene stimata applicando la percentuale di anziani con gravi limitazioni funzionali alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da Istat. Seguendo questo metodo, per il 2023 la stima degli anziani non autosufficienti supera per la prima volta la soglia psicologica dei 4 milioni, attestandosi a 4.027.488 individui..."

Particolarmente importante, a nostro avviso, è l'apporto dato dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza che ha curato la pubblicazione del libro ALLA RICERCA DEL FUTURO. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. 2024 MAGGIOLI EDITORE. Ovviamente la pubblicazione riflette il pensiero, a volte critico, di autorevoli studiosi della materia; nondimeno, appare particolarmente importante prendere atto del punto di vista di organizzazioni di cittadinanza sociale, società scientifiche, rappresentanti delle persone coinvolte e dei familiari, rappresentanti di società che offrono servizi e di pensionati, perché, in primo luogo, trattano la materia da decenni e, inoltre, ben rappresentano il caleidoscopio della Non Autosufficienza.

Riteniamo che sia importante premettere che occorre superare, ma non abbandonare, il consueto habitus mentale del medico legale; come vedremo, l'ultimo fine dell'impianto normativo è il care multidimensionale della persona anziana non autosufficiente il che significa che è necessario saper integrare diversi linguaggi e competenze.

IMPIANTO NORMATIVO:

La seguente tabella, tratta dal libro sopracitato Alla ricerca del futuro, riassume il cammino della riforma della Non autosufficienza:

Tabella 1.2- Il cammino della riforma

Periodo	Esito	Influenza del patto
Gennaio 2021 Aprile 2021	Inserimento della riforma nel PNRR	Molto alta
Maggio 2021 Marzo 2023	Legge Delega (33/2023)	Alta
Aprile 2023 Marzo 2024	Decreto attuativo (29/2024)	Molto bassa

Sempre tratta dalla stessa fonte, riportiamo due tabelle che riassume ciò che si deve ricomporre in un sistema unico e gli obiettivi e gli argomenti della riforma:

Tabella 1.3 – L’assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti in Italia

Soggetto titolare	Misure
Stato	Indennità di accompagnamento, Legge 104/1992, agevolazioni fiscali/contributive
Regioni	Servizi e interventi sociosanitari (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)
Comuni	Servizi e interventi sociali (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)

Tabella 1.5 - La riforma: obiettivi e argomenti

OBIETTIVO (Parte del volume)	ARGOMENTI
La costruzione di un sistema unitario (Prima parte) Problema: la caotica frammentazione del settore Area tematica: il “come”, cioè la regolazione e la governance dei rapporti tra gli attori	• Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani • La valutazione unificata della non autosufficienza; • Il monitoraggio
La definizione di nuovi modelli d’intervento (Seconda parte) Problema: i modelli non adeguati alla non autosufficienza di oggi Area tematica: il “cosa”, cioè il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari	• I servizi domiciliari • I servizi residenziali • L’indennità di accompagnamento • Le assistenti familiari • I caregiver familiari
L’ampliamento dell’offerta (Terza parte) Problema: l’inadeguatezza degli attuali stanziamenti pubblici dedicati Area tematica: il quanto, cioè l’estensione dell’offerta	• Il reperimento di nuove risorse

La Legge delega 33/2023 prevede organi di regia e di attuazione quali il CIPA e SNAA: ...
3. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza...
...definizione del **Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)**, come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all’assistenza degli anziani non autosufficienti, di Stato, regioni e comuni, che mantengono le titolarità esistenti...

Il Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 definisce con l'art 21 compiutamente l'SNAA:...

2. I soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA sono le amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS). La coerenza della programmazione si realizza mediante il concorso di ciascun livello dell'articolazione funzionale, in base alle rispettive competenze, agli strumenti e alle risorse finanziarie disponibili, secondo il seguente riparto:

- a) a livello centrale, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge 23 marzo 2023, n. 33, adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;
- b) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni singoli o associati in ATS e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma, che adottano i propri piani assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e delle associazioni rappresentative delle persone anziane, anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità;
- c) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario..

Il CIPA adotta con cadenza triennale il Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della persona anziana non autosufficiente che stabilisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP); dai piani nazionali derivano piani regionali e locali. L'SNAA cura la programmazione integrata di tutti gli enti coinvolti compreso INPS.

Descritto a grandi linee l'impianto normativo, veniamo alla definizione di Non autosufficienza:

Il DECRETO LEGISLATIVO 15 marzo 2024, n. 29: *“Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33” all'art. 2 riporta le definizioni in materia:*

Art. 2

Definizioni e disposizioni di coordinamento

1. Ai fini del presente decreto sono adottate le definizioni di cui all'articolo 1 della legge 23 marzo 2023, n. 33, nonché le seguenti:

- a) «persona anziana»: la persona che ha compiuto 65 anni;
- b) «persona grande anziana»: la persona che ha compiuto 80 anni;
- c) «persona anziana non autosufficiente»: la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di

fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

d) «specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente»: lo specifico bisogno assistenziale valutato e graduato, all'esito della valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27.

L'art 2, finalmente, disegna un campo definitorio che fino ad allora non era particolarmente chiaro. A tal proposito si pensi a quanto riportato dal Piano Nazionale per la Non autosufficienza 2022-2024 (PNNA 2022-2024) ove si afferma che per individuare i livelli essenziali delle prestazioni da garantire è necessario identificare la condizione di non autosufficienza, per la quale **a oggi non è presente nell'ordinamento una definizione unica e condivisa.**

Il riferimento al PNNA 2022-2024 è utile anche per comprendere pienamente la complessità del tema. Si legge, infatti, nella presentazione:

Naturalmente il PNNA 2022-2024 deve affrontare anche i profondi cambiamenti provocati nel tessuto sociale dagli effetti della prolungata pandemia, con tutto quello che comporta per i sistemi locali di assistenza. In questi due anni è emersa con estrema chiarezza la correlazione indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il ben-essere delle persone, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, tanto da rendere non più eludibile l'obiettivo della costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale.

È di tutta evidenza che si intenda adottare un punto di vista che supera la classica visione medico legale incentrata unicamente sulla menomazione della persona e che si voglia costruire un sistema integrato di servizi che ricomprenda l'intera filiera delle istituzioni interessate a livello nazionale, regionale, locale.

Deve essere, inoltre, rimarcato quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.* Si ritiene che sia particolarmente importante conoscere i modelli dell'assistenza territoriale previsti nel decreto perché necessariamente l'accertamento della Non Autosufficienza si svilupperà nelle strutture disegnate nel decreto. Riportiamo la tabella 2 del decreto 77 che stratifica il rischio del bisogno socio assistenziale:

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento.
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/ fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo di servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extraospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali

Emerge, dunque, un modello che supera la classica visione basata sullo schema accertamento medico legale, al più integrato dall'apporto di un operatore sociale, al quale consegue l'erogazione di prestazioni per lo più monetarie e scollegato dai servizi erogati a livello regionale e comunale.

Alcune osservazioni circa l'interpretazione letteraria della definizione di Non Autosufficienza messa a confronto con quanto prevede la norma circa la sussistenza dei requisiti di cui all'indennità di accompagnamento:

- a) In primo luogo, occorre notare come il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento sia legato a requisiti intrinseci alla persona quali l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, il bisogno di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita o la cecità assoluta. Nella definizione di non autosufficienza è evidente che il campo di visione sia allargato. Vengono citate, infatti,... *specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali, ... bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale...*
- b) Ne discende che, in linea teorica, la non autosufficienza rappresenterebbe un insieme al cui interno è ricompreso il sottoinsieme dell'indennità di accompagnamento; si deve notare che il Piano nazionale della non autosufficienza 2022-2024 cita come target: ... *Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, ... (per) Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, ai fini esclusivamente del presente Piano, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.*
- c) In ogni caso il DECRETO 10 aprile 2025, n. 94- Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione- afferma che: ... *È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della condizione di non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito: 1 titolarità dell'indennità di accompagnamento 2. Necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera personale e di relazione*

Sul tema riteniamo che sia particolarmente importante portare a compimento quanto previsto dall'art 27 del DECRETO LEGISLATIVO 15 marzo 2024, n. 29:

Art. 27

Valutazione multidimensionale unificata

1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), gli ATS e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano alla persona anziana, avente i requisiti previsti dal comma 2, l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto, alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3, e lettera b), della legge 22 dicembre 2021, n. 227, nonché l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i PUA che hanno la sede operativa presso le articolazioni del SSN denominate «Case della comunità».

Avendo particolare riguardo a comma 7 dell'articolo laddove si prevede l'emanazione di un nuovo atto normativo che definisca ... *i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24,*

informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021.

In altri termini, riteniamo che solo l'adozione di uno strumento condiviso, validato dal sistema di linee guida nazionale, e immesso in una piattaforma informatica comune consenta l'integrazione auspicata dei diversi linguaggi degli attori citati all'art. 1 (SSN, ATS, INPS). L'art. 27 disciplina, inoltre, il nucleo della valutazione multidimensionale unificata; in particolare, il comma 9, 10 e il comma 11 e il comma 12 chiariscono i possibili esiti della valutazione:

9. All'esito della valutazione multidimensionale unificata, quando non sussistono i presupposti di cui ai commi 10 e 11, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria.

10. Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, viene esclusa la condizione di non autosufficienza ed è rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Nella valutazione di cui al primo periodo, l'UVM tiene conto anche, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 3, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e degli indicatori sintetici di cui al comma 11, all'uopo elaborati. Restano ferme le funzioni e le competenze dell'INPS di cui all'articolo 20, commi 2, primo periodo e 4, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

11. Quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale, da trasmettere all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza. Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

- a) graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;*
- b) supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo 34. (ndr, PRESTAZIONE UNIVERSALE)*

12. Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, emergono fabbisogni di cura e assistenza, può procedersi alla redazione del PAI.

Il Legislatore, molto opportunamente, ha previsto una fase di sperimentazione dell'attività della unità di valutazione multidimensionale unificata con il DECRETO LEGISLATIVO 30 aprile 2025, n. 93- Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4, e 5 della legge 23 marzo

2023, n. 33 che ha aggiunto un comma 8 bis e 8 ter all'art. 27:

8-bis.

((Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro il 30 novembre 2025, al fine di introdurre in maniera graduale la valutazione multidimensionale unificata, sono definite le modalità e i territori coinvolti per una prima sperimentazione della durata di dodici mesi a decorrere dal 1° gennaio 2026, riferita alle disposizioni sulla valutazione multidimensionale unificata di cui al presente articolo, da avviare a campione prevedendo la partecipazione di una provincia per regione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 41. Ai fini della sperimentazione il Ministero della salute si avvale del supporto dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.))

8-ter.

((Le disposizioni previste dal decreto di cui al comma 7 si applicano nei territori interessati dalla sperimentazione di cui al comma 8-bis a decorrere dal 1° gennaio 2026 e, sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2027.))

A oggi, in attesa dell'emanazione del Decreto di cui al comma 7 dell'art. 27, si possono formulare alcune considerazioni:

- È evidente che l'intero impianto normativo della Non Autosufficienza, sopra appena abbozzato, ha come obiettivo il care multidimensionale della persona anziana non autosufficiente. L'obiettivo viene perseguito attraverso la redazione del Progetto individualizzato di Assistenza Integrata (PAI). Si tratta di un processo per definizione multidimensionale, quindi multidisciplinare, nel quale devono convergere diverse competenze compresa quella medico legale. Deve essere aggiunto, quindi, che la componente medico legale deve, necessariamente, essere capace di superare la convinzione di rappresentare da sola l'unica porta d'accesso ai benefici previsti per le persone anziane non autosufficienti. Si tratta, piuttosto, di adattarsi a comprendere nuovi linguaggi tradizionalmente non praticati dalla disciplina e di saper collaborare con gli altri attori previsti dall'impianto normativo;
- C'è da osservare che, comunque, il Legislatore ha scelto la logica della ricomposizione lasciando inalterate le competenze e i criteri circa le prestazioni di rango nazionale fatta salva la scelta definitiva dell'adozione di un modello bio-psico-sociale in tema di disabilità. Ne discende, a nostro parere, che resta ineludibile l'apporto della technicalità medico legale in sede di valutazione multidimensionale unificata. Si pensi, ad esempio, alla complessità accertativa prevista da riconoscimenti di rango nazionale come quelli relativi alla cecità.

Concludendo, in attesa anche delle considerazioni da parte della classica dottrina medico legale accademica, riteniamo che sia necessario che il corpo medico legale INPS si dimostri capace di accostarsi alla materia con la necessaria umiltà e con la consapevolezza che debba essere evitata, in ogni modo, la tentazione di ritenersi competenti a tutto tondo in tema di Non Autosufficienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 30 marzo 1971, n. 118. Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili. GU Serie Generale n. 82 del 02-04-1971
2. Legge 11 febbraio 1980, n. 18. Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili. GU Serie Generale n. 44 del 14-02-1980
3. Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. GU Serie Generale n. 39 del 17-02-1992 – Suppl. Ordinario n. 30
4. Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. GU Serie Generale n. 202 del 30-08-1997
5. Testo coordinato del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, coordinato con la legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102. Provvedimenti anticrisi e proroga di termini. GU Serie Generale n. 179 del 04-08-2009 – Suppl. Ordinario n. 140
6. DPCM 5 dicembre 2013, n. 159. Regolamento sulla revisione dell'ISEE. GU Serie Generale n. 19 del 24-01-2014. Entrata in vigore: 08/02/2014
7. Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale. GU Serie Generale n. 64 del 17-03-2017. Entrata in vigore: 01/04/2017
8. Legge 22 dicembre 2021, n. 227. Delega al Governo in materia di disabilità. GU Serie Generale n. 309 del 30-12-2021. Entrata in vigore: 31/12/2021
9. Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022. GU Serie Generale n. 310 del 31-12-2021 – Suppl. Ordinario n. 49. Entrata in vigore: 01/01/2022
10. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. GU Serie Generale n. 144 del 22-06-2022. Entrata in vigore: 07/07/2022
11. DPCM 3 ottobre 2022. Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. GU Serie Generale n. 294 del 17-12-2022
12. Legge 23 marzo 2023, n. 33. Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. GU Serie Generale n. 76 del 30-03-2023
13. Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. GU Serie Generale n. 65 del 18-03-2024. Entrata in vigore: 19/03/2024
14. Decreto legislativo 30 aprile 2025, n. 93. Disposizioni integrative e correttive al d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29. GU Serie Generale n. 147 del 27-06-2025. Entrata in vigore: 12/07/2025
15. Decreto 10 aprile 2025, n. 94. Regolamento sui criteri per l'accertamento della disabilità per autismo, diabete tipo 2 e sclerosi multipla. GU Serie Generale n. 147 del 27-06-2025. Entrata in vigore: 12/07/2025.
16. Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, 2024, Maggioli Editore
17. Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. Il settore Long Term Care tra connessioni , interdipendenza e necessità di integrazione. 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care, 2023Essity

L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) nella valutazione della disabilità a fini assistenziali - L'esperienza dell'Australia

Serenella Serinelli

INPS - Coordinamento Generale Medico-Legale
Corresponding Author: serenella.serinelli@inps.it

ABSTRACT

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health - Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) appartiene alla "famiglia" delle classificazioni internazionali sviluppate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e ha lo scopo di fornire un linguaggio standardizzato per la descrizione e la misurazione del funzionamento e della disabilità. Nel nostro Paese, il Decreto legislativo 62/2024 ha introdotto la valutazione di base, procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità, e ha stabilito che l'intero processo valutativo debba basarsi sugli strumenti dell'ICF. Altri Paesi prima dell'Italia hanno sperimentato l'applicazione dell'ICF nell'ambito delle politiche legislative volte alla tutela della disabilità. Questo articolo si propone di presentare le tabelle di valutazione delle compromissioni psicofisiche elaborate in Australia sulla base dell'ICF ed ivi utilizzate per l'erogazione di un'indennità economica dedicata alle persone con disabilità.

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) belongs to the "family" of international classifications developed by the WHO (World Health Organization) and aims to provide a standardized language for describing and measuring functioning and disability. In Italy, Legislative Decree 62/2024 established that the entire disability assessment process must rely on ICF tools. Other countries, before Italy, have experimented with the use of the ICF as part of legislative policies aimed at protecting people with disabilities. This article presents the tables for the assessment of work-related impairment developed in Australia. The tables are based on the ICF and are used to provide financial compensation for people with disabilities.

Parole chiave

ICF/International Classification of Functioning, Disability and Health - Disabilità - Tabelle - Decreto legislativo 62/2024 - Australia

INTRODUZIONE

L'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health* - Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) appartiene alla "famiglia" delle classificazioni internazionali sviluppate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Introdotta dalla 54° Assemblea Mondiale della Sanità nel 2001 (WHO, 2001) e aggiornata negli anni tra il 2011 ed il 2018 (Frattura et al., 2022), l'ICF ha lo scopo di fornire un linguaggio standardizzato per la descrizione e la misurazione del funzionamento e della disabilità, permettendo quindi di migliorare la comunicazione fra operatori sanitari, ricercatori, amministratori pubblici e popolazione, nonché di confrontare i dati raccolti in Paesi, ambiti sanitari e momenti diversi. L'OMS raccomanda di adoperare questa classificazione insieme all'ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati), utilizzata per codificare le patologie.

L'ICF si fonda su un approccio biopsicosociale: il funzionamento e la disabilità sono visti come il risultato di un'articolata interazione tra condizione di salute della persona e fattori personali e ambientali. In particolare, per l'ICF la disabilità è un termine più ampio che comprende le compromissioni funzionali e strutturali, le limitazioni nelle attività e le restrizioni nella partecipazione, e si riferisce agli aspetti negativi dell'interazione tra una persona con una condizione di salute e i fattori contestuali di quella persona (fattori ambientali e personali). (Rauch et al., 2008; WHO, 2011).

Tale concezione della disabilità trova riconoscimento anche nella UNCRPD ("Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità"), ratificata nel 2006, secondo la quale "la disabilità risulta dall'interazione tra persone con una condizione clinica e barriere attitudinali e ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri". (United Nations, 2006).

L'ICF può essere impiegata in tutti i campi attinenti alla salute, sviluppando di volta in volta degli opportuni protocolli di utilizzo: dalla pratica clinica/riabilitazione a contesti non clinici, come lavoro, istruzione, ricerca e sviluppo tecnologico, assistenza e previdenza sociale, assicurazioni, economia, politiche legislative. (WHO, 2013; Cerniauskaitė et al., 2011; Jelsma, 2009; Leonardi et al., 2022).

Nel nostro Paese, il Decreto legislativo 62/2024 (Gazzetta Ufficiale, 2024) ha introdotto importanti cambiamenti nella definizione di disabilità e nel processo di valutazione della stessa. In particolare, all'art. 5, il Decreto ha introdotto la valutazione di base, procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità, e ha stabilito che l'intero processo valutativo debba seguire le due classificazioni internazionali ICF e ICD. Più specificamente, all'art. 12, il Decreto afferma che "[...] sono individuati, tenendo conto delle differenze di sesso e di età: a) i criteri per accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e delle funzioni corporee in base all'ICF, tenendo conto dell'ICD; [...] e) le tabelle che portano ad individuare [...] una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla durata della compromissione".

Altri Paesi prima dell'Italia hanno sperimentato l'applicazione dell'ICF nell'ambito delle politiche legislative volte alla tutela della disabilità. Questo articolo si propone di presentare le tabelle di valutazione delle compromissioni psicofisiche elaborate in Australia sulla base dell'ICF ed ivi utilizzate per l'erogazione di un'indennità economica dedicata alle persone con disabilità.

CENNI SULLA STRUTTURA DELL'ICF

Prima di approfondire l'applicazione dell'ICF nella valutazione della disabilità in Australia, si ritiene utile richiamare brevemente alcuni aspetti della struttura e dell'utilizzo di tale Classificazione. L'ICF organizza le informazioni in due parti, ciascuna con due componenti:

- Parte 1 – Funzionamento e disabilità:
 - Componente "Funzioni e Strutture del corpo umano"
 - Componente "Attività e partecipazione"
- Parte 2 – Fattori contestuali:
 - Componente "Fattori ambientali"
 - Componente "Fattori personali"

Ciascuna componente consiste di vari domini e, all'interno di ciascun dominio, di categorie e sottocategorie (unità di classificazione), ognuna identificata mediante un codice alfanumerico. I codici dell'ICF sono completi esclusivamente in presenza di un qualificatore, che indica il livello di salute o la gravità del problema in quell'unità.

Ai fini del presente articolo, ci si soffermerà sulla componente "Funzioni e Strutture del corpo umano", oggetto della valutazione delle tabelle elaborate in Australia. Le "Funzioni del corpo umano" sono le funzioni fisiologiche degli apparati e dei sistemi del corpo umano. Per "Strutture del corpo umano" si intendono le parti anatomiche del corpo, come organi, arti e loro componenti. Le compromissioni funzionali e/o strutturali sono problemi nelle funzioni o strutture del corpo umano, come una deviazione significativa o una perdita. Per indicare l'estensione o la grandezza di una compromissione funzionale o strutturale, l'ICF utilizza un qualificatore generico a 5 livelli (da 0 a 4):

- xxx.0 NESSUNA compromissione (assente, trascurabile, ...) 0-4%
- xxx.1 compromissione LIEVE (leggera, minima, ...) 5-24%
- xxx.2 compromissione MODERATA (media, discreta, modesta, ...) 25-49%
- xxx.3 compromissione GRAVE (notevole, estrema, ...) 50-95%
- xxx.4 compromissione COMPLETA (totale, ...) 96-100%

- xxx.8 non specificato (informazioni insufficienti sulla gravità)
- xxx.9 non applicabile

L'ICF NELLA VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ IN AUSTRALIA

La DSP (*Disability Support Pension* - Pensione di supporto per disabili) è la principale indennità economica erogata dal Governo australiano alle persone con disabilità in età lavorativa. La DSP è "intesa a garantire che le persone con disabilità abbiano livelli di reddito adeguati e massime opportunità di partecipare alla società". (FaHCSIA, 2011). Fatte salve alcune condizioni cliniche particolari che danno automaticamente accesso al beneficio (vedi paragrafo successivo), per avere diritto a tale indennità una persona deve presentare una compromissione fisica, intellettuale o psichica permanente, valutata con un punteggio pari o superiore a 20 punti, calcolati secondo delle specifiche tabelle. La condizione clinica/patologia deve inoltre limitare la sua capacità lavorativa a meno di 15 ore a settimana con un salario pari o superiore a quello minimo previsto, o impedirle di essere formata o riqualificata per un lavoro per almeno i 2 anni successivi.

Le tabelle per la valutazione delle compromissioni psicofisiche furono introdotte per la prima volta in Australia nel 1987 per facilitare il processo decisionale in materia di prestazioni assistenziali. (Australian Advisory Committee, 2011). Tali tabelle si basavano su una Guida utilizzata dal DVA (*Department of Veterans Affairs* - Dipartimento per gli Affari dei Veterani) per valutare i tassi di pensione dei veterani di guerra. La Guida DVA era stata a sua volta adattata dalla ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* - Classificazione Internazionale delle Compromissioni, Disabilità e Handicap) pubblicata dell'OMS nel 1980, e dalle *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* dell'*American Medical Association*.

Nel 1990, venne introdotto nelle tabelle un sistema percentualistico per valutare il grado di riduzione della capacità funzionale di una persona causato dalle compromissioni psicofisiche. Una percentuale minima del 20% diventò uno dei criteri essenziali per ottenere la DSP. Nello stesso periodo, l'*Australian Government Health Service* condusse test di affidabilità e validità sulla Guida e furono consultati anche gruppi di assistenza sociale. Furono quindi apportate modifiche alle tabelle e la Guida fu rinominata "Tabelle per la valutazione della compromissione per la pensione di supporto alla disabilità" e incorporata nel *Social Security Act* del 1991.

Nel 1997 vennero apportate ulteriori modifiche alle tabelle, tra cui:

- il principio ispiratore centrale delle tabelle passò da "compromissione della persona nella sua totalità" a "compromissione correlata al lavoro";
- il sistema di valutazione percentuale fu sostituito da un sistema di valutazione a punti;
- la precedente soglia del 20% di compromissione come valore minimo per l'ottenimento della DSP fu sostituita da una soglia minima di 20 punti;
- alcune tabelle vennero eliminate e altre furono aggiunte, arrivando ad un numero totale di 22 tabelle.

Le tabelle rimasero sostanzialmente invariate dal 1997 fino al 2011, quando un Gruppo di lavoro multidisciplinare incaricato dal Governo australiano (Australian Advisory Committee, 2011) le revisionò, evidenziandone una serie di limitazioni (approccio basato principalmente sulle patologie, definizioni poco chiare, criteri di valutazione soggettivi, terminologia obsoleta, valutazione disomogenea delle tecnologie assistive, incongruenze nelle scale di valutazione nelle tabelle, eccessiva complessità di alcune tabelle e insufficienti indicazioni sulla scelta delle tabelle da adoperare).

In particolare, fu ritenuto essenziale un cambio di rotta in relazione al principio cardine della valutazione: poiché non esiste necessariamente una relazione diretta tra una patologia e la capacità di lavorare, occorre

valutare la capacità lavorativa separatamente dalla patologia. Venne quindi proposto di rinnovare le tabelle utilizzando un approccio basato sulla funzione e sulle abilità anziché sulla diagnosi clinica. In particolare, il Gruppo di lavoro multidisciplinare stabilì che le tabelle dovessero essere, ove possibile, allineate con il modello funzionale biopsicosociale e con la struttura dell'ICF, pubblicata alcuni anni prima.

L'attenzione alla capacità funzionale correlata al lavoro nella valutazione delle compromissioni psicofisiche era coerente, oltre che con i principi dell'ICF, anche con le tendenze internazionali verso una concezione più moderna della disabilità e del lavoro. L'Australia era infatti firmataria della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006. (United Nations, 2006). L'articolo 27 della Convenzione riconosceva il diritto al lavoro delle persone con disabilità e impegnava i firmatari a promuovere programmi di riabilitazione professionale, mantenimento del posto di lavoro e reinserimento lavorativo per le persone con disabilità. In tale ottica, un approccio della valutazione delle compromissioni basato sulla funzione aveva maggiori probabilità di identificare le aree funzionali legate al lavoro per cui si rendevano necessari interventi di supporto (come modifiche dei luoghi di lavoro, formazione, sicurezza), rispetto ad una valutazione basata sulla diagnosi e sui sistemi corporei.

In definitiva, le nuove tabelle per la valutazione delle compromissioni psicofisiche proposte e approvate nel 2011 presentavano le seguenti caratteristiche:

- focus sulla capacità funzionale;
- utilizzo di una scala di punteggio omogenea in tutte le tabelle, in modo tale che i deficit funzionali associati alla valutazione - ad esempio - di 20 punti in una tabella fossero il più possibile equivalenti ai deficit funzionali associati alla valutazione di 20 punti nelle altre tabelle (equivalenza funzionale);
- scala di punteggio, terminologia e struttura delle tabelle coerenti, ove possibile, con l'ICF;
- terminologia ed esempi clinici coerenti con la pratica clinica e le conoscenze mediche più aggiornate;
- maggiori indicazioni per i valutatori sulla selezione e l'applicazione delle tabelle;
- struttura e layout delle tabelle semplificati e omogenei;
- riduzione del numero di tabelle (da 22 a 15).

Le tabelle così revisionate furono inserite nella *Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2011*. (Australian Government, 2011).

Nel 2023, le tabelle furono aggiornate con alcune ulteriori modifiche mirate a migliorare la chiarezza, la coerenza e l'allineamento con le pratiche cliniche e riabilitative contemporanee (Australian Department of Social Services, 2023) ed inserite nella *Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023* (Australian Government, 2023). In vigore dal 1° aprile 2023, queste tabelle vengono adoperate per le nuove richieste di DSP presentate a partire da tale data e per le revisioni avviate a partire da tale data.

LA VALUTAZIONE DELLE COMPROMISSIONI PSICOFISICHE PER L'EROGAZIONE DELLA DSP

Ai fini dell'erogazione della DSP, una persona deve possedere dei *requisiti non sanitari* (che riguardano residenza, età e livelli di reddito) e dei *requisiti sanitari* (che si dividono in specifici e generici). (Services Australia, 2024).

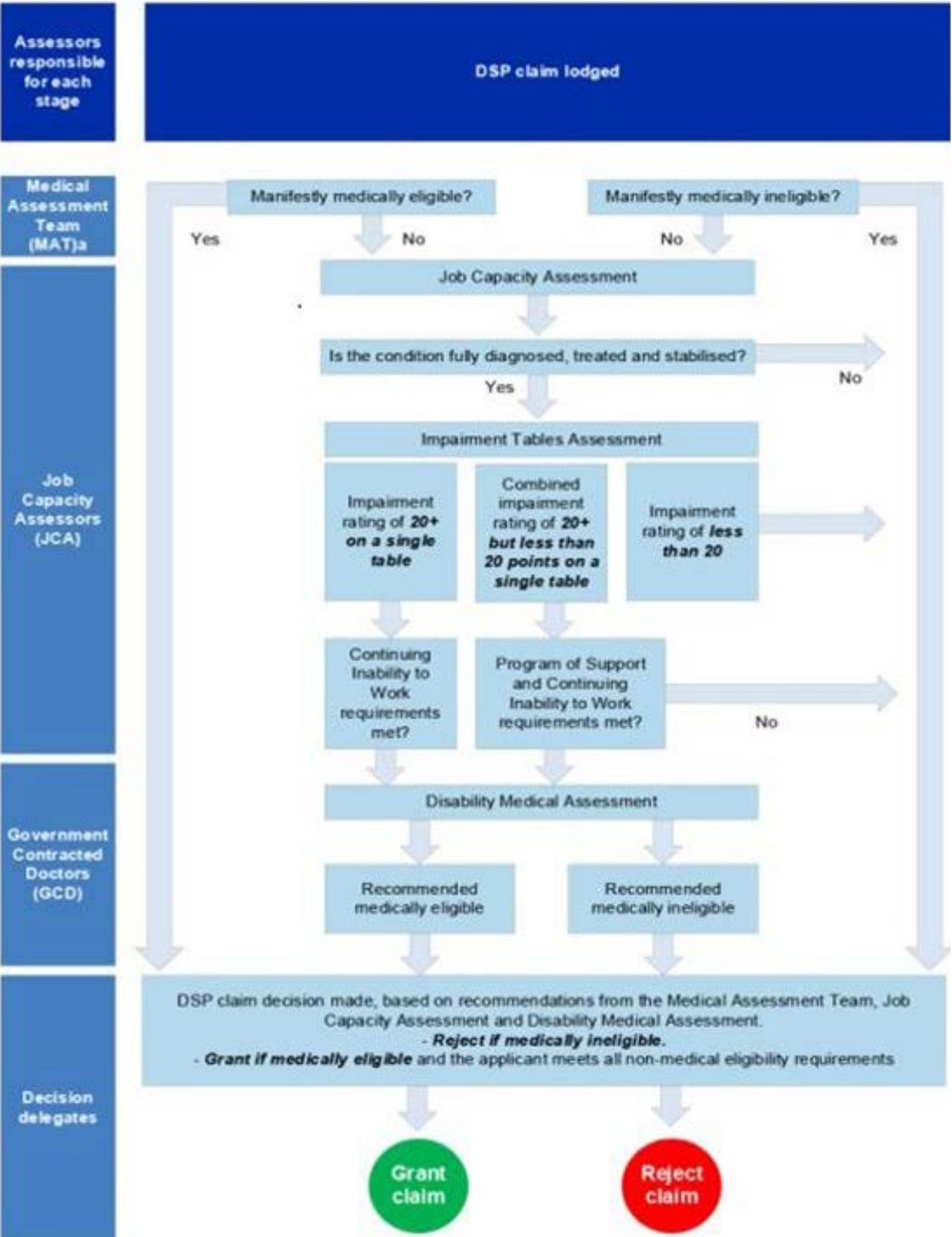
Tra i *requisiti sanitari specifici* si annoverano: cecità permanente; necessità di cure di livello residenziale; malattia terminale con un'aspettativa di vita media inferiore a 2 anni; disabilità intellettiva con un QI inferiore a 70; AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* - Sindrome da Immunodeficienza acquisita); titolarità di un'indennità riconosciuta dal Dipartimento degli Affari dei Veterani. Il possesso di uno di tali requisiti fa sì che una persona sia automaticamente giudicata idonea ad ottenere la DSP (purché possieda anche i requisiti non sanitari).

I *requisiti sanitari generici* sono i seguenti:

- la condizione clinica/patologia da cui è affetta la persona è stata diagnosticata e trattata ed è stabilizzata;
- è altamente probabile che la condizione clinica/patologia persista per più di 2 anni;
- la condizione/patologia determina un livello di compromissione pari o superiore a 20 punti (impatto funzionale di grado severo) secondo le tabelle di valutazione. In particolare, deve verificarsi una delle seguenti condizioni:
 - è stato assegnato un punteggio pari o superiore a 20 punti in una singola tabella;
 - si sono raggiunti 20 o più punti totali sommando i punteggi di più tabelle. In tal caso la persona deve anche partecipare attivamente ad un programma di supporto lavorativo (programma statale che aiuta le persone con disabilità a trovare e mantenere un lavoro);
- la condizione/patologia impedirà alla persona di lavorare per almeno 15 ore a settimana per i successivi 2 anni.

Per valutare i requisiti sanitari, il richiedente deve sottoporsi ad una JCA (*Job Capacity Assessment* – Valutazione della Capacità lavorativa) e ad una DMA (*Disability Medical Assessment* – Valutazione Sanitaria della Disabilità), secondo il processo mostrato nella Figura 1. (Australian Department of Social Services, 2020).

Figura 1: Fasi della valutazione dei requisiti sanitari per la DSP (Australian Department of Social Services, 2020)



Nella JCA (Australian Government, 2025 - 1.1.J.20), eseguita da professionisti della salute qualificati (medici, infermieri, terapisti occupazionali, assistenti sociali, etc.), viene effettuata una prima valutazione dei requisiti sanitari, che viene poi confermata o meno nella DMA. Le valutazioni della DMA vengono effettuate dai GCD (Government-contracted doctors – Medici con contratto governativo), contrattualizzati da Services Australia, un’agenzia del governo australiano che gestisce i programmi di welfare e assistenza sanitaria in Australia. Un GCD è un medico iscritto all’albo, abilitato alla professione medica e opportunamente formato, oppure, qualora la valutazione sia relativa a una condizione di salute mentale, può essere uno psicologo clinico iscritto all’albo, anch’egli formato (Australian Government, 2025 - 1.1.G.40).

Per effettuare le loro valutazioni, i valutatori JCA e i GCD analizzano la documentazione sanitaria del richiedente ed effettuano una visita. Dal 1° luglio 2015, chi richiede la DSP non è più tenuto a presentare un certificato del proprio medico curante (Australian Government, 2025 -3.6.2.10). Deve invece fornire la propria documentazione sanitaria. Ove necessario e applicabile, vengono adoperate le tabelle di valutazione delle compromissioni psicofisiche per assegnare punteggi proporzionali alla gravità dell’impatto funzionale di una condizione in relazione alla performance lavorativa.

Come sopra riportato, le tabelle per la valutazione delle compromissioni psicofisiche attualmente utilizzate in Australia non valutano le singole patologie o condizioni cliniche, ma sono strutturate in modo da fornire un punteggio indicativo di una compromissione funzionale (intesa come riduzione/perdita di una capacità funzionale che risulta da una patologia/condizione clinica). Essendo progettate per misurare il livello di impatto funzionale di una condizione, esse descrivono attività, capacità, sintomi e limitazioni.

La Tabella 1 riporta la lista delle tabelle del 2023 e l’ambito di utilizzo di ognuna di esse, così come presentati sul sito ufficiale del Dipartimento dei Servizi Sociali del Governo australiano (Australian Department of Social Services, 2025).

Tabella 1 – Overview delle Tabelle della Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023.

Tabella	Questa tabella viene utilizzata in caso di impatto funzionale...
Tabella 1: Funzioni che richiedono sforzo fisico e resistenza	quando si svolgono attività che richiedono sforzo fisico o resistenza. Le condizioni valutate nella Tabella 1 sono comunemente associate a compromissioni cardiache o respiratorie, affaticamento o esaurimento, o altre condizioni che influenzano lo sforzo fisico o la resistenza.
Tabella 2: Funzioni degli arti superiori	quando si svolgono attività che richiedono l’uso degli arti superiori. Gli arti superiori si estendono dalla spalla alle dita. Esiste un impatto funzionale sulla capacità di una persona di raccogliere, maneggiare e utilizzare oggetti che incontra nella vita di tutti i giorni.
Tabella 3: Funzioni degli arti inferiori	quando si svolgono attività che richiedono l’uso degli arti inferiori. Gli arti inferiori si estendono dall’anca alle dita dei piedi. Vi è un impatto funzionale sulla capacità di muoversi di una persona: vi sono quindi difficoltà nel camminare, inginocchiarsi, accovacciarsi, stare in piedi, sedersi, alzarsi dalla posizione seduta, usare le scale, usare i mezzi pubblici o un veicolo, utilizzare una sedia a rotelle o ausili per la deambulazione, etc.
Tabella 4: Funzioni del rachide	quando si svolgono attività che coinvolgono il rachide. Vi è un impatto funzionale sulla capacità di muovere il collo o il tronco.
Tabella 5: Funzioni psichiche (salute mentale)	di una condizione mentale diagnosticata (inclusi episodi ricorrenti di compromissione della salute mentale).
Tabella 6: Funzionamento correlato all’uso di alcol, droghe e altre sostanze	di una condizione diagnosticata risultante dall’uso eccessivo di alcol, droghe o altre sostanze nocive o dall’uso improprio di farmaci.
Tabella 7: Funzioni cerebrali	di una condizione diagnosticata correlata alla funzione neurologica o cognitiva.
Tabella 8: Funzioni di comunicazione	di una condizione diagnosticata che colpisce le funzioni comunicative.
Tabella 9: Funzioni intellettive	di una condizione diagnosticata che provoca un basso quoziente intellettivo e che ha avuto origine prima che la persona compisse 18 anni.
Tabella 10: Funzioni digerente e riproduttiva	di una condizione diagnosticata correlata alle funzioni dell’apparato digerente o riproduttivo.
Tabella 11: Udito e altre funzioni dell’orecchio	durante l’esecuzione di attività che coinvolgono la funzione uditiva o altre funzioni dell’orecchio (come l’equilibrio).
Tabella 12: Funzione visiva	durante l’esecuzione di attività che coinvolgono la funzione visiva.
Tabella 13: Funzioni di continenza urofecale	di una condizione diagnosticata correlata all’incontinenza della vescica o dell’intestino.
Tabella 14: Funzioni della pelle	di una condizione diagnosticata correlata a disturbi o lesioni della pelle.
Tabella 15: Funzioni della coscienza	di una condizione diagnosticata dovuta a perdita involontaria di coscienza o stato alterato di coscienza, come l’epilessia, alcune forme di emicrania, attacchi ischemici transitori o tumori cerebrali.

Per ogni tabella, vi sono 5 livelli di compromissione funzionale espressi in punti, secondo una scala adattata dall'ICF dell'OMS:

- 1. nessun impatto funzionale o un minimo impatto funzionale equivalgono a un punteggio di 0 punti;
- 2. un impatto funzionale lieve equivale a un punteggio di 5 punti;
- 3. un impatto funzionale moderato equivale a un punteggio di 10 punti;
- 4. un impatto funzionale severo equivale a un punteggio di 20 punti;
- 5. un impatto funzionale estremo equivale a un punteggio di 30 punti.

- Un punteggio viene assegnato ad una compromissione funzionale solo se (Australian Government, 2023):
- la condizione clinica/patologia è stata diagnosticata da un medico e con l'ausilio di eventuali esami strumentali;
 - la condizione clinica/patologia è stata ragionevolmente sottoposta a trattamento, ove disponibile ed effettuabile;
 - la condizione clinica/patologia è stabilizzata;
 - con elevata probabilità la condizione/patologia e la relativa compromissione persisteranno per almeno due anni.

Ogni tabella è divisa in due colonne. La prima colonna contiene i punteggi. La seconda colonna riporta il livello di impatto funzionale, che viene identificato in base ad alcuni criteri (attività, capacità, sintomi e limitazioni). Le tabelle contengono anche degli esempi, che hanno solo uno scopo illustrativo e non sono vincolanti né esaustivi.

Le Figure 2-4 riportano, a titolo esemplificativo, alcune tabelle originali tratte dalla *Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023*.

Figura 2: Tabella originale relativa alle “Funzioni che richiedono sforzo fisico e resistenza” (tratta dalla Australian Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023).

Points	Descriptors
0	<i>There is no or minimal functional impact on activities requiring physical exertion or stamina.</i> (1) The person: (a) is able to undertake exercise appropriate to their age for at least 30 minutes at a time; and (b) has no or minimal difficulty completing physically active tasks around their home and community; and (c) can undertake personal care activities such as showering or bathing and these activities do not prevent the person from undertaking a full range of activities in the same day.
5	<i>There is a mild functional impact on activities requiring physical exertion or stamina.</i> (1) The person: (a) experiences occasional symptoms such as mild shortness of breath, fatigue, pain, or mild post-exertional malaise, when performing physically demanding activities and, due to these symptoms, the person has mild difficulty: (i) walking or mobilising in a wheelchair or other equivalent assistive technology to local facilities without stopping to rest; or <i>Example:</i> going to local shops or supermarket, larger workplace, education or training campus. (ii) performing physically active tasks or heavier household activities; and <i>Example 1:</i> climbing a flight of stairs or mobilising up a long, sloping pathway or ramp if in a wheelchair. <i>Example 2:</i> vacuuming floors or mowing the lawn. (b) is able to perform most work-related tasks, other than tasks involving heavy manual labour. <i>Example:</i> digging, carrying or moving heavy objects, concreting, bricklaying, or laying pavers.
10	<i>There is a moderate functional impact on activities requiring physical exertion or stamina.</i> (1) The person: (a) experiences frequent symptoms such as moderate shortness of breath, fatigue, pain, or post-exertional malaise, when performing

	day-to-day activities around the home and community and, due to these symptoms, the person has moderate difficulty: (i) walking or mobilising in a wheelchair or other equivalent assistive technology far outside the home and needs to drive or get other transport to local facilities; or <i>Example:</i> going to local shops or supermarket, workplace, education or training campus. (ii) performing day-to-day household activities; or <i>Example:</i> changing sheets, washing and putting away dishes or sweeping paths. (iii) performing personal care activities such as showering or bathing and needs to plan and schedule showering or bathing around other activities to ensure they are not doing too much in any one day; and (b) is able to: (i) use public transport and walk or mobilise in a wheelchair around local facilities such as local shops, workplaces, or a supermarket; and (ii) perform work-related tasks of a clerical, sedentary or stationary nature (i.e. tasks not requiring a high level of physical exertion).
20	<i>There is a severe functional impact on activities requiring physical exertion or stamina.</i> (1) The person: (a) usually experiences symptoms such as severe shortness of breath, fatigue, post-exertional malaise, or pain when performing light physical activities and, due to these symptoms, the person has severe difficulty: (i) walking or mobilising in a wheelchair or other equivalent assistive technology from the carpark, into and around local facilities without assistance; or <i>Example:</i> going to local shops or supermarket, workplace, education or training campus. (ii) using public transport without assistance; or (iii) performing light day-to-day household activities without requiring a long recovery period afterwards; or <i>Example:</i> preparing a simple meal, dusting, folding and putting away laundry or light gardening. (iv) performing personal care activities without assistance; and <i>Example:</i> the activity will cause severe fatigue and the person needs to rest

	before and after showering/bathing, and can undertake minimal to no other activities for the rest of that day. (b) has or is likely to have severe difficulty sustaining work-related tasks of a clerical, sedentary or stationary nature for a shift of at least 3 hours.
30	<i>There is an extreme functional impact on activities requiring physical exertion or stamina.</i> (1) The person: (a) is unable to perform activities requiring physical exertion or stamina; or (b) experiences symptoms such as extreme shortness of breath, extreme fatigue or pain when performing any activities requiring physical exertion or stamina and, due to these symptoms, the person is unable to move around inside the home without assistance; or (c) is unable to undertake personal care activities and needs assistance to use the bathroom or is reliant on bed baths or using wet wipes. Such activities result in severe fatigue; or (d) is bedbound. <i>Note:</i> this impairment rating level includes people who require Oxygen treatment. <i>Example:</i> requiring the use of an Oxygen concentrator during the day or to move around.

Figura 3: Tabella originale relativa alle "Funzioni degli arti superiori" (tratta dalla Australian Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023).

Points	Descriptors
0	<i>There is no or minimal functional impact on activities using upper limbs.</i> (1) The person can pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty.
5	<i>There is a mild functional impact on activities using upper limbs.</i> (1) The person can manage most daily activities requiring the use of the upper limbs, but has mild difficulty with at least 3 of the following: (a) picking up heavier objects; <i>Example: picking up and using large bulky tools such as a leaf blower, or picking up and pouring a full kettle.</i> (b) handling very small objects; <i>Example: picking up coins or picking up and using paper clips or pins.</i> (c) doing up buttons or tying laces; (d) reaching up above head height or out to pick up objects. <i>Example: reaching overhead to retrieve a kitchen appliance, stocking deep or high shelves, hanging heavy washing overhead or changing a ceiling light bulb.</i>
10	<i>There is a moderate functional impact on activities using upper limbs.</i> (1) The person has moderate difficulty carrying out at least 4 of the following: (a) picking up a 1 litre carton full of liquid; (b) picking up a light but bulky object requiring the use of 2 hands together; <i>Example: a cardboard box.</i> (c) holding and using a pen or pencil; (d) doing up buttons, tying shoelaces or doing up a zipper; <i>Example: wearing clothing that goes on over the head to avoid doing up buttons.</i> (e) raising arms to dress or wash hair, or reaching into a cupboard at head height; (f) using a standard computer keyboard, mouse or phone functions; (g) carrying out a function such as grip and twist or pinch and pull. <i>Example 1: unscrewing the lid on a bottle or jar, or turning a tap.</i> <i>Example 2: opening food packaging</i>

20	<i>There is a severe functional impact on activities using upper limbs.</i> (1) At least 3 of the following apply to the person: (a) the person has limited movement or coordination in both upper limbs, has an amputation or nerve damage rendering an upper limb non-functional; (b) the person has severe difficulty handling, moving or carrying most objects without assistance; (c) the person has severe difficulty using a small object; <i>Example: holding and using a fork or spoon, holding and using a pen or pencil.</i> (d) the person has severe difficulty turning the pages of a book without assistance; (e) the person has severe difficulty undertaking any activity that involves reaching overhead. <i>Example: accessing items above shoulder height, brushing hair.</i>
30	<i>There is an extreme functional impact on activities using upper limbs.</i> (1) The person has no function in both of their upper limbs or the person has no upper limbs.

Figura 4: Tabella originale relativa alle “Funzioni psichiche (salute mentale)” (tratta dalla Australian Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023).

Points	Descriptors
0	<i>There is no or minimal functional impact on activities involving mental health function.</i> (1) The person has no or minimal difficulties with at least 4 of the following: (a) self-care and independent living; <i>Example:</i> the person lives independently and attends to all self-care needs without support. (b) social/recreational activities and interpersonal relationships; <i>Example 1:</i> the person goes out regularly to social and recreational events without support. <i>Example 2:</i> the person has no or minimal difficulty forming and sustaining relationships. (c) travel and accessing the community; <i>Example 1:</i> the person is able to travel to and from unfamiliar environments independently. <i>Example 2:</i> the person is able to utilise community facilities, such as local shops or other familiar venues. (d) concentration and task completion; <i>Example 1:</i> the person has no or minimal difficulties concentrating on most tasks. <i>Example 2:</i> the person is able to complete a training or educational course or qualification in the normal timeframe. (e) behaviour, planning and decision-making; <i>Example:</i> the person has no or minimal difficulties in behaviour, planning or decision-making. (f) work/training capacity. <i>Example 1:</i> the person is able to cope with the normal demands of a job that is consistent with their education and training. <i>Example 2:</i> the person is able to perform workplace tasks without posing a risk to the safety of themselves or co-workers due to ongoing mental illness.
5	<i>There is a mild functional impact on activities involving mental health function.</i> (1) The person has mild difficulties with at least 4 of the following: (a) self-care and independent living; <i>Example:</i> the person lives independently but sometimes neglects self-care, grooming or meals.

	(b) social/recreational activities and interpersonal relationships; <i>Example 1:</i> the person is not actively involved when attending social or recreational activities. <i>Example 2:</i> the person has interpersonal relationships that are strained, with occasional tension or arguments. (c) travel and accessing the community; <i>Example 1:</i> the person is sometimes reluctant to travel alone to unfamiliar environments. <i>Example 2:</i> the person is sometimes reluctant to utilise community facilities such as local shops or other familiar venues. (d) concentration and task completion; <i>Example 1:</i> the person has mild difficulty focusing on complex tasks for more than 1 hour. <i>Example 2:</i> the person has mild difficulties completing education or training. (e) behaviour, planning and decision-making; <i>Example 1:</i> the person has unusual behaviours that may disturb other people or attract negative attention and is sometimes more effusive, demanding or obsessive than is appropriate to the situation. <i>Example 2:</i> the person has mild difficulties in planning and organising more complex activities. (f) work/training capacity. <i>Example:</i> the person has occasional interpersonal conflicts or poses some risk to the safety of themselves or co-workers due to ongoing mental illness at work, education or training that requires intervention by a supervisor, manager or teacher or changes in placement or groupings.
10	<i>There is a moderate functional impact on activities involving mental health function.</i> (1) The person has moderate difficulties with at least 4 of the following: (a) self-care and independent living; <i>Example:</i> the person requires some support (that is, an occasional visit by or assistance from a family member or support worker) to live independently and maintain adequate hygiene and nutrition. (b) social/recreational activities and interpersonal relationships; <i>Example 1:</i> the person goes out alone infrequently and is not actively involved in social events. <i>Example 2:</i> the person has moderate difficulty making and keeping friends or sustaining relationships.

	(c) travel and accessing the community; <i>Example 1:</i> the person will often avoid travelling alone to unfamiliar environments. <i>Example 2:</i> the person will often avoid utilising community facilities such as local shops or other familiar venues. (d) concentration and task completion; <i>Example 1:</i> the person has moderate difficulty concentrating on longer tasks, and following along with the task, for more than 30 minutes (such as reading an article, watching a television program or playing a video game). <i>Example 2:</i> the person has moderate difficulty following complex instructions (such as from an operating manual, recipe or assembly instructions). (e) behaviour, planning and decision-making; <i>Example 1:</i> the person has moderate difficulty coping with situations involving stress, pressure or performance demands. <i>Example 2:</i> the person has occasional behavioural or mood difficulties (such as temper outbursts, depression, withdrawal or poor judgement). <i>Example 3:</i> the person's activity levels are noticeably increased or reduced. (f) work/training capacity. <i>Example:</i> the person often has interpersonal conflicts or poses a risk to themselves or co-workers due to ongoing mental illness at work, education or training that requires intervention by supervisors, managers or teachers or changes in placement or groupings.
20	<i>There is a severe functional impact on activities involving mental health function.</i> (1) The person has severe difficulties with at least 4 of the following: (a) self-care and independent living; <i>Example:</i> the person requires regular support to live independently, that is, needs visits or assistance at least twice a week from a family member, friend, health worker or support worker (b) social/recreational activities and interpersonal relationships; <i>Example 1:</i> the person has very limited social contacts and involvement unless these are organised for the person. <i>Example 2:</i> the person often has severe difficulty interacting with other people and usually needs assistance or support from a companion to engage in social interactions. (c) travel and accessing the community; <i>Example 1:</i> the person travels alone only in familiar areas (such as the local shops or other familiar venues). <i>Example 2:</i> the person usually avoids utilising community facilities such as public

	transport. (d) concentration and task completion; <i>Example 1:</i> the person has severe difficulty concentrating on or following along with any task or conversation for more than 10 minutes. <i>Example 2:</i> the person has slowed movements or reaction time due to psychiatric illness or treatment effects. (e) behaviour, planning and decision-making; <i>Example:</i> the person's behaviour, thoughts and conversation are significantly and frequently disturbed. (f) work/training capacity. <i>Example:</i> the person has severe difficulty attending work, education or training on a regular basis over a lengthy period due to ongoing mental illness.
30	<i>There is an extreme functional impact on activities involving mental health function.</i> (1) The person has extreme difficulties with at least 4 of the following: (a) self-care and independent living; <i>Example 1:</i> the person requires continual support with daily activities and self-care. <i>Example 2:</i> the person is unable to live on their own and lives with family or in a supported residential facility or similar, or in a secure facility. (b) social/recreational activities and interpersonal relationships; <i>Example:</i> the person has extreme difficulty interacting with other people and is socially isolated. (c) travel and accessing the community; <i>Example:</i> the person is unable to travel away from their own residence without a support person. (d) concentration and task completion; <i>Example 1:</i> the person has extreme difficulty in concentrating on or following along with any productive task for more than a few minutes. <i>Example 2:</i> the person has extreme difficulty in completing tasks or following instructions. (e) behaviour, planning and decision-making; <i>Example 1:</i> the person has extremely disturbed behaviour which may include self-harm, suicide attempts, unprovoked aggression towards others or manic excitement. <i>Example 2:</i> the person's judgement, decision-making, planning and organisation functions are severely disturbed. (f) work/training capacity. <i>Example:</i> the person is unable to attend work, education or training sessions other than for short periods of time due to ongoing mental illness.

Se una singola condizione causa più compromissioni funzionali, ogni compromissione viene valutata secondo la propria tabella di riferimento, evitando duplicazioni di valutazione. Ad esempio, un ictus può causare varie compromissioni, ed ognuna andrà valutata separatamente: arti superiori e inferiori, funzioni cerebrali, funzioni di comunicazione, funzioni visive. Se invece più condizioni cliniche causano la medesima compromissione funzionale, viene effettuata un'unica valutazione secondo la tabella di riferimento per quella compromissione. È il caso di una patologia cardiaca ed una polmonare coesistenti, che possono causare problemi di tolleranza allo sforzo fisico: viene dunque utilizzata solo la tabella di riferimento per questa compromissione, assegnando un punteggio unico.

Quando si valutano compromissioni funzionali episodiche o fluttuanti (come emicranie, dolore cronico o attacchi ischemici transitori), viene assegnato un punteggio che rifletta l'impatto funzionale complessivo di tali compromissioni, tenendo conto della gravità, della durata e della frequenza degli episodi o delle fluttuazioni, a seconda dei casi.

La disabilità di una persona è valutata quando la persona utilizza o indossa gli ausili, gli strumenti o le tecnologie assistive che possiede e che di solito adopera, o a cui può avere accesso. Inoltre, i sintomi riferiti dalle persone valutate sono considerati solo se corroborati dalla storia clinica.

Per facilitare l'applicazione delle tabelle, il Governo australiano ha elaborato delle linee guida che assistono nell'uso delle stesse (Australian Government, 2025 - 3.6.3) con casistiche esemplificative e con una sezione relativa alle condizioni cliniche/patologie che vanno valutate facendo ricorso a più tabelle (neoplasie, autismo, sclerosi multipla, ictus, obesità, diabete, etc.). (Australian Government, 2025 - 3.6.3.09).

Un'analisi dei tempi necessari (Australian Department of Social Services, 2020) per effettuare le valutazioni per il DSP ha evidenziato un tempo medio di 145 giorni in caso di concessione del beneficio e di 105 giorni in caso di rigetto.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il Decreto legislativo 62/2024 (Gazzetta Ufficiale, 2024) ha stabilito che la valutazione di base della disabilità nel nostro Paese sia improntata agli strumenti e all'approccio biopsicosociale dell'ICF. Questo Decreto rappresenta un cambiamento di paradigma nella presa in carico della disabilità, promuovendo un approccio più inclusivo, personalizzato e partecipativo, basato sui principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Nel mondo, l'ICF viene adoperata principalmente nella pratica clinica, nello sviluppo delle politiche socio-sanitarie e nei settori dell'istruzione (Leonardi et al., 2022). In alcuni Paesi, tra cui l'Australia, si è proceduto ad integrare l'ICF nelle politiche di assistenza sociale dedicate alle persone con disabilità, vale a dire nel medesimo ambito di applicazione introdotto nel nostro Paese.

In linea generale, il sistema assistenziale australiano prevede prestazioni a supporto del reddito e servizi specialistici di sostegno alla disabilità, oltre a servizi generici come sanità, istruzione e alloggi (alcuni dei quali hanno dei programmi specifici per le persone con disabilità). Il sistema è finalizzato a contribuire a sostenere i costi della vita quotidiana, ad aumentare la partecipazione al lavoro e alle attività sociali e a

favorire il funzionamento individuale e familiare delle persone con disabilità (Madden et al., 2011; Australian Department of Social Services, 2015).

Per anni l'ICF in Australia è stata utilizzata per implementare un sistema nazionale di raccolta dati sui servizi di supporto alla disabilità e per indagini sulla popolazione (Anderson et al., 2011). Nel 2011 si è deciso di applicare questa Classificazione anche al sistema di valutazione della disabilità ai fini dell'erogazione di un beneficio economico, il DSP. Sono dunque state create delle tabelle per la valutazione delle compromissioni psicofisiche che ricalcano la struttura dell'ICF, a cui dichiaratamente si ispirano, e che sono basate sul funzionamento della persona.

La Convenzione delle Nazioni Unite del 2006 ha rappresentato per l'Australia un principio ispiratore morale e un quadro di riferimento per una politica integrata e inclusiva. L'ICF, a sua volta, ha fornito una struttura lineare per l'inquadramento del funzionamento e della disabilità, coerente con le idee della Convenzione e utile per la misurazione e la valutazione, non solo per la raccolta di dati. Applicando congiuntamente la Convenzione delle Nazioni Unite e l'ICF, il Governo australiano ha creato uno strumento per riconoscere e valutare la condizione di disabilità della persona, contribuendo a migliorare e semplificare la principale prestazione a supporto del reddito prevista in Australia e favorendo altresì l'inclusione lavorativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson P., Madden R. (2011). Design and quality of ICF-compatible data items for national disability support services. *Disabil. Rehabil.*; 33(9):758-69
2. Australian Advisory Committee. (2011). Final Report Submitted to the Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Review of the Tables for the Assessment of WorkRelated Impairment for Disability Support Pension. Disponibile al seguente link*: <https://www.afdo.org.au/wp-content/uploads/2021/06/2011-Review-of-Impairment-Tables-for-DSP.pdf>
3. Australian Department of Social Services. (2015). A New System for Better Employment and Social Outcomes. Disponibile al seguente link*: https://melbourneinstitute.unimelb.edu.au/assets/documents/hilda-bibliography/other-publications/2015/dss001_14_final_report_access_2.pdf
4. Australian Department of Social Services. (2020). Evaluation of the revised Disability Support Pension (DSP) assessment process. Final evaluation report. Disponibile al seguente link*: https://www.dss.gov.au/system/files/resources/evaluation-report-efficacy-2015-changes-disability-support-pension-assessment-process_1.pdf
5. Australian Department of Social Services. (2023). Summary table of changes to the DSP Impairment Tables legislative instrument. Disponibile al seguente link*: <https://www.dss.gov.au/system/files/resources/attachment-b-table-changes-impairment-tables.pdf>
6. Australian Department of Social Services. (2025). Disability Support Pension Impairment Tables. Disponibile al seguente link*: <https://www.dss.gov.au/income-support-payments/disability-support-pension/disability-support-pension-impairment-tables>
7. Australian Government. (2011). Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2011. Disponibile al seguente link*: <https://www.legislation.gov.au/F2011L02716/latest/text>
8. Australian Government. (2023). Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2023. Disponibile al seguente link*: <https://www.legislation.gov.au/F2023L00188/latest/text>
9. Australian Government. (2025). 1.1.G.40. Government-contracted doctors (DSP). Social Security Guide. Version 1.331. Disponibile al seguente link*: <https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/1/1/g/40>
10. Australian Government. (2025). 1.1.J.20. Job capacity assessor. Social Security Guide. Version 1.331. Disponibile al seguente link*: <https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/1/1/j/20#:~:text=Job%20capacity%20assessor-,Definition,doctors>
11. Australian Government. (2025). 3.6.2.10. Medical & other evidence for DSP. Social Security Guide. Version 1.331. Disponibile al seguente link*: <https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/3/6/2/10>
12. Australian Government. (2025). 3.6.3. Guidelines to the Tables for the assessment of work-related impairment for DSP. Social Security Guide. Version 1.331. Disponibile al seguente link*:

<https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/3/6/3>

13. Australian Government. (2025). 3.6.3.09. Case examples of conditions that may be assessed across multiple tables. Social Security Guide. Version 1.331. Disponibile al seguente link*: <https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/3/6/3/09>
14. Cerniauskaitė M., Quintas R., Boldt C., Raggi A., Cieza A., Bickenbach J., Leonardi M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: Its use, implementation and operationalisation. *Disabil. Rehabil.*; 33:281–309
15. FaHCSIA - Australian Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. (2011). Characteristics of Disability Support Pension Recipients
16. Frattura L., Tonel P., Zavaroni C., Nardo E. (2022). ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
17. Gazzetta Ufficiale. (2024). Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62
18. Jelsma J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *J. Rehabil. Med.*; 41:1–12
19. Leonardi M., Lee H., Kostanjsek N., Fornari A., Raggi A., Martinuzzi A., Yáñez M., Almborg AH., Fresk M., Besstrashnova Y., Shoshmin A., Castro S.S., Cordeiro E.S., Cuenot M., Haas C., Maart S., Maribo T., Miller J., Mukaino M., Snyman S., Trinks U., Anttila H., Paltamaa J., Saleeby P., Frattura L., Madden R., Sykes C., Gool C.H.V., Hrkal J., Zvolský M., Sládková P., Vikdal M., Harðardóttir G.A., Foubert J., Jakob R., Coenen M., Kraus de Camargo O. (2022). 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health*;19(18):11321
20. Madden R., Glozier N., Mpofu E., Llewellyn G. (2011). Eligibility, the ICF and the UN Convention: Australian perspectives. *BMC Public Health*;11 Suppl 4(Suppl 4):S6
21. Rauch A., Cieza A., Stucki G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.*; 44:329–342
22. Services Australia. (2024). Disability Support Pension. Disponibile al seguente link*: <https://www.servicesaustralia.gov.au/disability-support-pension>
23. United Nations. (2006). Treaty Series. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Volume 2515 UN; New York, NY, USA
24. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
25. World Health Organization. (2011). World Bank. World Report on Disability. WHO; Geneva, Switzerland. Disponibile al seguente link*: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
26. World Health Organization. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. WHO; Geneva, Switzerland

* (Ultimo accesso eseguito il 1.12.2025)

Considerazioni medico-legali sul concetto di inabilità a proficuo lavoro

Chiara Merulli¹
Maria Reale¹
Carmina Sacco¹
Daniela Angelini¹
Alessio Sullo²

¹ Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - UOC "Prestazioni ML Previdenziali a sostegno del reddito"

² Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Responsabile UOC "Prestazioni ML Previdenziali a sostegno del reddito"

Corresponding Author: Alessio Sullo, alessio.sullo@inps.it

ABSTRACT

Il lavoro affronta il tema dell'inabilità a proficuo lavoro nel sistema previdenziale italiano, ripercorrendo l'evoluzione normativa e amministrativa che ha portato l'INPS a svolgere un ruolo centrale negli accertamenti medico-legali. Viene illustrato il quadro giuridico di riferimento e le recenti estensioni operative, con particolare attenzione ai nuclei familiari e ai pensionati pubblici.

Gli autori propongono alcune considerazioni sull'attuale definizione di inabilità, suggerendo che, alla luce delle trasformazioni sociali e normative, potrebbe essere utile avviare una riflessione sull'adeguatezza del linguaggio medico legale oggi in uso.

La recente riforma introdotta dal Decreto Legislativo 62 del 2024 apre a una possibile evoluzione verso modelli di valutazione più articolati, che tengano conto anche dei fattori ambientali e del bisogno di sostegno. In tale prospettiva, si suggerisce che l'INPS possa contribuire a un aggiornamento metodologico e culturale, in linea con i principi di inclusione e partecipazione.

Parole chiave

Proficuo lavoro - disabilità - valutazione medico legale - assegno al nucleo familiare

INTRODUZIONE

Il concetto di inabilità a proficuo lavoro è definito dal Decreto-Legge 69 del 1988, convertito con modificazioni dalla Legge 153 del 1988, secondo cui una persona è considerata “inabile” quando, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trova nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

Il riconoscimento di tale requisito è condizione necessaria per la concessione di diversi benefici previdenziali, come chiarito dalla Circolare INPS 195 del 1989, che ha fornito istruzioni operative per l’accertamento dello stato di inabilità ai fini della concessione dell’assegno per il nucleo familiare.

La valutazione riguarda i soggetti maggiorenni di qualsiasi età, poiché è stata eliminata la presunzione automatica di inabilità al compimento del 65° anno, introdotta dalla Legge 656 del 1986.

Successivamente, ai sensi dell’art. 21 del Decreto-Legge 201 del 2011, convertito nella Legge 214 del 2011, che ha disposto l’unificazione nell’INPS delle funzioni relative alla previdenza dei dipendenti pubblici, l’Istituto ha emanato la Circolare 11 del 2014 per uniformare i criteri di accertamento del requisito di inabilità a proficuo lavoro ai fini dell’attribuzione dell’assegno per il nucleo familiare ai pensionati pubblici ultrasessantacinquenni affetti da stati invalidanti.

A decorrere, poi, dal 1° giugno 2023, ai sensi dell’articolo 45, comma 3-bis, del Decreto-Legge 73 del 2022, che ha disposto la soppressione delle Commissioni mediche di verifica operanti nell’ambito del Ministero dell’Economia e delle Finanze, l’Istituto ha assunto la competenza esclusiva in materia di accertamenti sanitari relativi al personale civile delle pubbliche amministrazioni e ai superstiti aventi diritto a pensione indiretta o di reversibilità. In tale contesto, l’INPS opera attraverso le proprie commissioni mediche di verifica (CMV) per il riconoscimento del requisito di inabilità al proficuo lavoro.

Successivamente, con il Messaggio Hermes 1983 del 2025, l’INPS ha esteso le indicazioni tecnico-operative già enunciate dalla Circolare 11 del 2014 anche ai pensionati pubblici di età inferiore ai 65 anni e ai familiari di lavoratori pubblici aventi diritto agli assegni per il nucleo familiare (ANF). Tale estensione è finalizzata a consolidare un approccio omogeneo nell’accertamento del requisito di inabilità a proficuo lavoro, in coerenza con il processo di armonizzazione dei criteri valutativi in ambito previdenziale.

Con l’istituzione dell’Assegno Unico Universale ai sensi della Legge 46 del 2021, che ha delegato il Governo a riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico, è stato introdotto il Decreto Legislativo 230 del 2021, che disciplina l’Assegno Unico per i nuclei con figli e i nuclei orfanili.

Gli Assegni per il Nucleo Familiare (ANF) e gli Assegni familiari restano concessi ai nuclei composti esclusivamente da:

- coniugi (escluso il coniuge legalmente ed effettivamente separato),
- fratelli, sorelle e nipoti di età inferiore a 18 anni, oppure senza limiti di età qualora, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovino nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro, purché siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti (Circolare INPS 34/2022).

Per i nuclei orfanili, l’articolo 2, comma 8, del Decreto-Legge 69 del 1988 stabilisce che il nucleo familiare può essere composto anche da una sola persona, qualora questa sia titolare di pensione ai superstiti da lavoro dipendente e:

- abbia un’età inferiore a 18 anni, oppure
- sia maggiorenne e, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

È equiparato, al nucleo orfanile anche il nucleo composto dal solo coniuge superstite, purché ricorrano i presupposti previsti per i nuclei unipersonali (minore età o inabilità). In tale prospettiva, si richiama la sentenza della Corte di Cassazione 7668 del 1996, che riconosce il diritto all’ANF al coniuge superstite inabile, anche se costituisce un nucleo unipersonale (Circolare INPS 98/1998, Circolare INPS 34/2022).

Sebbene in un ambito differente, merita menzione l’assegno di cura e sostentamento previsto per la tutela previdenziale contro la tubercolosi, erogato all’assicurato o al familiare ultra15enne che, per effetto o in relazione alla malattia, presenti una ridotta capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle attitudini a meno della metà. Le due tutele, pur differenziandosi, mostrano analogie rilevanti, in quanto entrambe attengono alla sfera economica e alla capacità di produrre reddito.

DISCUSSIONE

Il concetto di “inabilità a proficuo lavoro”, vigente nell’ordinamento previdenziale italiano e impiegato per la definizione del diritto a prestazioni come l’Assegno per il Nucleo Familiare, si fonda su un paradigma valutativo di matrice biomedica e funzionalista. Tale nozione implica che la persona, per essere considerata “inabile”, si trovi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro (Decreto-Legge 69/1988 convertito con modificazioni dalla Legge 153/1988). La valutazione medico-legale, in questa prospettiva, si concentra prioritariamente sulla compromissione anatomo-funzionale e sulla perdita della capacità lavorativa.

Questa impostazione - pur consolidata sul piano giuridico e amministrativo - potrebbe risultare oggi, sotto diversi profili, meno esaustiva rispetto al mutato quadro sociale, economico e normativo.

In un contesto produttivo sempre più segnato dalla digitalizzazione, dal lavoro agile, dalle professioni ibride e dalle opportunità rese possibili dalle tecnologie assistive, il riferimento esclusivo alla capacità di produrre reddito, intesa in senso tradizionale, potrebbe rischiare di offrire una rappresentazione parziale della condizione di disabilità.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), ratificata dall’Italia con la Legge 18 del 2009, ha promosso un cambiamento paradigmatico, spostando il focus dalla menomazione individuale alle barriere che ostacolano l’effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita. In tale prospettiva, la disabilità non è un attributo statico della persona, bensì il risultato di una interazione dinamica tra condizioni personali e fattori ambientali sfavorevoli. Questo approccio si è progressivamente consolidato anche a livello nazionale, dando impulso a una revisione dei criteri e delle modalità di accertamento della disabilità.

Tale revisione ha trovato un'articolazione normativa nel processo di attuazione della Legge delega 227 del 2021, culminato nell'adozione del Decreto Legislativo 62 del 2024. Il decreto, in attuazione dell'art. 2, comma 1, lettera a) della legge delega, ridefinisce la condizione di disabilità come “una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri”.

È significativa la scelta legislativa di uniformare le diverse procedure di accertamento (invalidità civile, cecità, sordità, disabilità lavorativa, stato di handicap) in un'unica valutazione di base, gestita dall'INPS, che è stata attuata a partire dal 2025 con regime sperimentale in alcune Province, per poi essere estesa a tutto il territorio nazionale entro il 2027.

L'impianto metodologico adottato dal legislatore fa riferimento esplicito alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che consente una valutazione multidimensionale fondata su tre assi fondamentali: la compromissione della funzione o struttura corporea; le limitazioni dell'attività e della partecipazione; l'influenza dei fattori ambientali. In questo quadro si inserisce l'introduzione della valutazione del bisogno di sostegno e del “progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”, previsto dall'art. 18 del decreto legislativo.

Quest'ultimo rappresenta un significativo superamento dell'approccio meramente certificativo, poiché consente di delineare un piano di accompagnamento integrato e finalizzato all'inclusione effettiva della persona nei diversi ambiti esistenziali.

Alla luce di tali sviluppi, è lecito domandarsi se i criteri valutativi nella disciplina delle prestazioni previdenziali incentrati sulla nozione di “inabilità a proficuo lavoro”, risultino ancora pienamente coerenti con il contesto normativo e culturale delineato dalla riforma in atto, ferma restando, ovviamente, la necessità di un accertamento obiettivo delle condizioni personali.

Non si tratta, certamente, di negare che esistano condizioni in cui la compromissione funzionale precluda in modo sostanziale l'inserimento lavorativo. Piuttosto, l'interrogativo che si impone è se le attuali modalità di accertamento siano le più idonee a intercettare la pluralità delle situazioni individuali e a garantire la migliore forma di tutela.

Si potrebbe prospettare un'evoluzione concettuale della nozione di inabilità a proficuo lavoro, definendola come fabbisogno strutturato di misure di sostegno finalizzate a promuovere l'autonomia funzionale e la partecipazione sociale. In tale prospettiva, la valutazione medico-legale - pur mantenendo una funzione centrale nel processo decisionale - dovrebbe essere integrata da strumenti multidimensionali, orientati a rilevare gli esiti concreti dell'interazione tra fattori individuali, contesto ambientale e diritti sociali, sempre in coerenza con i principi costituzionali e con i paradigmi internazionali di inclusione.

CONCLUSIONI

La recente riforma dell'accertamento della disabilità, introdotta dal Decreto Legislativo 62 del 2024, propone un cambiamento significativo nel modo di intendere e valutare la condizione di disabilità, orientandosi verso un modello multidimensionale. Questo approccio, centrato sull'interazione tra la persona e il contesto ambientale, apre a nuove prospettive di inclusione e partecipazione, anche in ambito lavorativo.

In tale contesto, si rende opportuno avviare una riflessione sulle definizioni valutative attualmente impiegate nel sistema previdenziale. Tali espressioni, pur rispondendo a esigenze normative e amministrative consolidate, potrebbero beneficiare di un aggiornamento concettuale che ne armonizzi il significato con i principi introdotti dalla riforma.

Non si tratta di mettere in discussione la funzione selettiva e tutelante di queste definizioni. Piuttosto, l'obiettivo potrebbe essere quello di favorire una maggiore coerenza tra i criteri di accertamento e il rinnovato quadro normativo, riducendo il rischio che formulazioni valutative non aggiornate offrano una rappresentazione parziale delle situazioni individuali.

In questa prospettiva, un aggiornamento del linguaggio previdenziale potrebbe configurarsi come un passaggio significativo per orientare il sistema verso una rappresentazione più sensibile alla complessità delle esperienze individuali.

L'INPS, in quanto Ente accertatore previsto dall'ordinamento, potrebbe assumere una funzione non solo attuativa, ma anche di indirizzo strategico, contribuendo a promuovere un'evoluzione culturale e metodologica capace di armonizzare il rigore valutativo con la centralità della persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Circolare INPS 11/2014: Assegno per il nucleo familiare. Sussistenza dello stato di inabilità a proficuo lavoro nei confronti dei pensionati pubblici ultrasessantacinquenni
2. Circolare INPS 195/1989: Istruzioni operative al personale medico in materia di concessione dell'assegno per il nucleo familiare (Legge 153/1988)
3. Circolare INPS 34/2022: Assegno per il nucleo familiare e assegni familiari. Nuove disposizioni, con decorrenza dal 1° marzo 2022 derivanti dall'istituzione dell'assegno unico universale di cui al Decreto Legislativo 230/2021. (Gazzetta Ufficiale 309/2021)
4. Circolare INPS 98/1998: Assegno per il nucleo familiare. Nucleo familiare composto dal solo coniuge superstite
5. "Corte di Cassazione, Sezione Lavoro. (1996). Sentenza n. 7668/1996"
6. Italia (1985). Legge 656/1985: Modifiche ed integrazioni alla normativa sulle pensioni di guerra. (Gazzetta Ufficiale 240/1986 - Suppl. Ordinario n. 94)
7. Italia (1988). Decreto Legislativo 69/1988: (Gazzetta Ufficiale n.61 del 14-03-1988) Norme in materia previdenziale, per il miglioramento delle gestioni degli enti portuali ed altre disposizioni urgenti, convertito con modificazioni dalla Legge 153/1988. (Gazzetta Ufficiale 112/1988)
8. Italia (2009). Legge 18/2009: Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006. (Gazzetta Ufficiale 61/2009)
9. Italia (2011). Decreto-Legge 201/2011: Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici (Gazzetta Ufficiale 284/2011 - Suppl. Ordinario n. 251) convertito nella Legge 214/2011, (Gazzetta Ufficiale 300/2011 - Suppl. Ordinario n. 276)
10. Italia (2021) Legge 46/202: Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico universale (Gazzetta Ufficiale 82/2021)
11. Italia (2021). Decreto Legislativo 230/2021: (Gazzetta Ufficiale 309/2021) Istituzione dell'assegno unico universale per i figli a carico, in attuazione della delega conferita al governo con la legge 1° aprile 2021, n. 46. (Gazzetta Ufficiale 82/2021)
12. Italia (2021). Legge 227/2021: Delega al Governo in materia di disabilità, (Gazzetta Ufficiale 309/2021).
13. Italia (2022). Decreto-Legge 73/2022: Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali. (Gazzetta Ufficiale 143/2022)
14. Italia (2023). Decreto-legge 215/2023: Disposizioni urgenti in materia di termini normativi (c.d. Milleproroghe) (Gazzetta Ufficiale 303/2023), convertito in Legge 18/2024: conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 215/2023 (Gazzetta Ufficiale 49/2024)
15. Italia (2024). Decreto Legislativo 62/2024: Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato (Gazzetta Ufficiale 111/2024)
16. Messaggio Hermes INPS 1983/2025: Estensione delle modalità operative previste dalla Circolare INPS 11/2014 per il riconoscimento medico- legale della condizione di assoluta e permanente impossibilità a dedicarsi a un proficuo lavoro
17. OMS, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, Ginevra, 2001

