

GLI SPECIALI



CISL
PENSIONATI



RIFORMA DELLA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA: il percorso delle Riforme

APPROFONDIMENTI, ANALISI E RIFLESSIONI su temi importanti per pensionati e famiglie

INDICE

Introduzione	<u>p. 3</u>
DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, IL PERCORSO DELLE RIFORME	<u>p. 4</u>
LA RIFORMA DELLA DISABILITÀ	<u>p. 5</u>
IL RUOLO CENTRALE DELL'INPS	<u>p. 7</u>
COSA CAMBIA CON LA RIFORMA	<u>p. 8</u>
LA RIFORMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	<u>p. 10</u>
PROBLEMATICHE E CRITICITÀ	<u>p. 12</u>

DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, IL PERCORSO DELLE RIFORME

Negli ultimi anni, il nostro Paese è stato protagonista di due importanti Riforme, nate con l'obiettivo di dare un quadro normativo completo su temi che toccano da vicino le famiglie e, in particolare, gli anziani: **la Riforma della non autosufficienza e la Riforma della disabilità**. Due Riforme che rappresentano un punto di svolta importante per l'Italia, frutto di un percorso ampio ed articolato. Entrambe nascono come attuazione di **Riforme previste nella Missione 5 del PNRR** e hanno l'obiettivo ambizioso di offrire al nostro Paese una legge quadro su due temi particolarmente significativi a fronte dell'enorme cambiamento demografico al quale stiamo assistendo da decenni.

Come è noto, da tempo si evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione che porta con sé conseguenze importanti per il nostro *welfare*. L'aumento dell'aspettativa di vita, infatti, molto spesso non corrisponde ad un aumento degli anni di vita in buona salute e cresce, così, l'incidenza delle patologie croniche sia nella popolazione con disabilità che in quella senza disabilità. Secondo i dati Istat relativi al 2023, per la popolazione di oltre 75 anni con disabilità si riscontrano patologie croniche nel 90,5% dei casi, mentre in quella senza disabilità la percentuale sfiora il 70% con una progressione significativa a partire dai 65 anni.

Le **patologie croniche determinano un notevole impatto in ambito socio-sanitario** per la richiesta di un'ampia e qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Rete che nel nostro Paese, ad oggi, manca ancora di sinergia e organicità. La ratio di due riforme così importanti, quindi, nasce dalla **necessità di una presa in carico efficace e globale della persona**, tenendo conto dell'esigenza, soprattutto per la popolazione anziana, di snellire i processi burocratici ed ottenere un'assistenza adeguata di tutti i nuovi bisogni emergenti.

In questo scenario, prendere in carico la persona nella sua globalità, affrontando contestualmente sia le sfide sanitarie che sociali che la disabilità e la non autosufficienza comportano, diventa l'obiettivo primario di una società che accoglie il cambiamento puntando ad una tutela dei reali bisogni emergenti della popolazione.

Ma cosa è cambiato con le Riforme? Quali sono le novità introdotte?

LA RIFORMA DELLA DISABILITÀ

Quella della **disabilità** è una **Riforma radicale che segna un profondo cambiamento rispetto ai precedenti criteri di accertamento sanitario** e introduce una diversa visione, integrata e multidimensionale, della persona con disabilità. Partendo da una revisione del linguaggio utilizzato, anche a livello normativo, modifica, di fatto, l'approccio alla disabilità centrando l'attenzione sulla persona e non più sulla patologia. Inoltre, introduce l'istituto dell'accomodamento ragionevole e il Progetto di Vita individuale, partecipato e personalizzato come strumenti per una più attenta inclusione delle persone con disabilità nella società.

Ma soprattutto, in un'ottica di semplificazione, è sicuramente un'importante innovazione poiché individua l'Inps come unico soggetto accertatore dell'intero procedimento di valutazione sanitaria, superando l'attuale competenza divisa tra Asl e Inps, che ha comportato spesso tempi di presa in carico della persona inevitabilmente più lunghi.

Con la Riforma della disabilità sono stati individuati sette ambiti di intervento, tra i quali, quello riguardante **l'accertamento della disabilità** (attraverso una **revisione dei processi valutativi di base** e l'introduzione della **valutazione multidimensionale**) e la **realizzazione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato** e di vita indipendente. Inoltre, tra i vari ambiti di intervento, la Riforma è intervenuta anche sulla **definizione della condizione di disabilità** modificando, di fatto, il linguaggio normativo e introducendo nuove norme per la definizione della condizione di disabilità, coerentemente con l'approccio della Convenzione ONU del 2006. In particolare, termini come "handicap", "handicappato", "diversamente abile", vengono sostituiti dalle definizioni di "disabilità" e "persona con disabilità", attribuendo così una nuova centralità alla persona.

La nuova definizione di disabilità dà rilievo all'interazione tra barriere e compromissioni e sposta l'attenzione sulla tipologia di sostegno (lieve, medio o intensivo) necessario alla persona, con l'obiettivo di superare le stigmatizzazioni che, fino ad ora, hanno riguardato le persone con disabilità. Cambiano anche i riferimenti sanitari, pertanto, **la valutazione medico-legale avviene sulla base degli strumenti ICD (International Classification of Diseases) e ICF (International Classification of Functioning)** fondati sul modello bio-psico-sociale dell'Organizzazione Mondiale di Sanità. Viene utilizzato, inoltre, il questionario **WHODAS**, un questionario psicométrico sulla disabilità autopercepita sviluppato dalla OMS sulla base dell'impianto concettuale della ICF, che rileva il livello di funzionamento, negli ultimi trenta giorni indipendentemente dalla condizione contingente di salute.

Tutto per favorire l'emersione del "profilo di funzionamento" della persona che attribuisce una nuova dignità alla condizione di disabilità non più vista esclusivamente come patologia, ma nella sua completezza e nelle sue potenzialità.

La Riforma trova attuazione nei tre diversi decreti legislativi emanati in coerenza:

- il **D.lgs. n. 222 del 2023**, per la riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità da parte dei soggetti con disabilità;
- il **D.lgs. n. 20 del 2024**, che stabilisce l'istituzione di una Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità;
- il **D.lgs. n. 62 del 2024**, che prevede la revisione ed il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, definendone condizione, procedure di accertamento, valutazione dimensionale e Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

In particolare, il Decreto legislativo n. 62 del 2024 rappresenta il cuore centrale della Riforma poiché è quello che cambia, semplificandole, le procedure di accertamento della disabilità modificando la legge 104 del 1992 e introducendo due diverse tipologie di valutazione:

- la **valutazione di base**, per il riconoscimento della condizione di disabilità;
- la **valutazione multidimensionale**, per l'elaborazione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Il procedimento valutativo di base si configura come sistema unitario che riunisce i procedimenti precedentemente esistenti volti al riconoscimento della condizione di disabilità. In particolare, la **valutazione di base** unifica l'accertamento della condizione di disabilità (commi 1 e 3, art. 3 della legge 104/92) con quello dell'invalidità civile, sordità e cecità civile, sordocecità, di disabilità ai fini scolastici e lavorativi.

La valutazione di base, inoltre, ha l'obiettivo di individuare:

- i presupposti per la concessione dell'assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai LEA;
- gli elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza nonché di disabilità gravissima (ad eccezione della condizione di non autosufficienza delle persone anziane);
- i requisiti necessari per l'accesso alle agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità.

Con la **valutazione multidimensionale**, invece, viene elaborato il Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, che individuerà gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli necessari per l'inclusione della persona stessa nei diversi ambiti di vita, compresi quelli abitativi, lavorativi e sociali. In quest'ottica, il progetto di vita può essere considerato come uno strumento finalizzato a realizzare gli obiettivi e le esigenze della persona con disabilità in una visione esistenziale unitaria.

Già da gennaio 2025, il decreto è in fase di attuazione sperimentale della durata di 24 mesi coincidenti con gli anni 2025 e 2026 in nove province (Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste) e tre patologie (autismo, sclerosi multipla,

diabete mellito di tipo 2), e dal 30 settembre 2025 in altre undici (Aosta, Alessandria, Lecce, Genova, Isernia, Macerata, Matera, Palermo, Teramo, Vicenza, Provincia autonoma di Trento) e per le seguenti ulteriori patologie: artrite reumatoide, cardiopatie, broncopatie e malattie oncologiche. Sono escluse le persone anziane non autosufficienti con più di 70 anni di età. Altre 40 province saranno, poi, interessate dalla sperimentazione a partire da marzo 2026, tra le quali le aree metropolitane.

La fase di **sperimentazione** prevedeva inizialmente una durata di dodici mesi, a partire dal 1° gennaio 2025. La durata è stata **estesa a ventiquattro mesi** dall'articolo 19-quater, comma 2, lett. c), del Decreto Legge n. 202 del 2024 (L. n. 15 del 2025), di conseguenza **la nuova disciplina entrerà in vigore in tutto il territorio nazionale a partire dal 1° gennaio 2027**; fino al 31 dicembre 2026 continueranno a essere applicate, quindi, nei territori che non sono compresi nella sperimentazione, le previgenti disposizioni.

IL RUOLO CENTRALE DELL'INPS

Come già ricordato, la Riforma della disabilità attribuisce all'Inps un ruolo centrale nella valutazione di base, riconoscendo l'Istituto come unico soggetto accertatore dell'intero procedimento di valutazione sanitaria.

L'attribuzione di questo ulteriore compito fa 'si che **Inps assuma un ruolo sempre più centrale in campo assistenziale** e il suo buon funzionamento è indispensabile per garantire a tutti i cittadini, soprattutto quelli più deboli e bisognosi di assistenza, le prestazioni previste dalla legge, ma anche gli ambulatori, le strutture, il personale medico, infermieristico e gli operatori sociali destinati a far fronte ai nuovi compiti attribuiti dalla Riforma per l'assolvimento diretto di tutta la fase sanitaria di accertamento dell'invalidità e della disabilità.

Per dare un'idea della consistenza dell'attività Inps nell'ambito dell'invalidità civile, nel documento "Disabilità e non autosufficienza nel percorso della Riforma", realizzato dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza (CIV) dell'Inps, si ricorda che **le prestazioni di invalidità civile erogate nel 2024 ammontano a 3.414.007**, in crescita rispetto al 2023 e, ancor più rispetto al 2022, quando il numero totale era pari a 3.215.973.

Sebbene la disabilità e la non autosufficienza riguardino l'intera popolazione - anche i minori - è evidente che la condizione demografica del nostro Paese caratterizzata da un costante invecchiamento della popolazione rappresenti già oggi un elemento determinante per comprendere quale sia - e, soprattutto, quale sarà - la composizione della spesa pubblica del nostro Paese.

Lo studio epidemiologico per fasce di età sulla base dei giudizi medico legali contenuti nei verbali di invalidità civile archiviati dall'Inps a partire dal 2010 ci dice, infatti, che, **in Italia, la popolazione che invecchia è affetta, soprattutto nella fase più avanzata, da patologie cronico degenerative neuro psichiche**. In particolare, la percentuale di persone affette da patologie croniche - che possono essere altamente invalidanti – si attesta tra l'85 e il 90% tra gli ultra-74enni, per i quali, tra l'altro, la comorbilità arriva a più del 64%.

Dato questo scenario, è facile immaginare che, nei prossimi anni, si assisterà inevitabilmente ad una considerevole crescita della domanda assistenziale.

Proprio alla luce di queste importanti Riforme e della complessità delle nuove e strategiche funzioni attribuite all'Inps, **il CIV è intervenuto con diverse delibere al fine di fornire specifiche linee di indirizzo all'Istituto** stesso per:

- **rendere omogeneo l'iter dell'accertamento sanitario** in tutte le realtà territoriali e migliorare i tempi di definizione dell'intero procedimento e di risposta all'utente;
- **incrementare l'organico dei medici** e prevedere eventuali modifiche al modello organizzativo territoriale;
- **recuperare il ruolo dei Patronati** per la presa in carico complessiva dei cittadini;
- **realizzare campagne di comunicazione** specifiche a livello nazionale e territoriale;
- **elaborare un programma gestionale triennale sulle politiche della disabilità** definendo la stima del personale necessario sia sanitario che amministrativo, il modello organizzativo e il fabbisogno di strutture ambulatoriali.

Un'attenzione particolare è stata dedicata alla **valorizzazione della funzione dei Comitati territoriali come elementi di accordo con le diverse espressioni territoriali** e al loro coinvolgimento nel monitoraggio della sperimentazione e nel supporto all'Istituto nella diffusione della conoscenza della Riforma. A tale scopo, sono stati realizzati diversi incontri, seminari e specifiche giornate formative e informative.

COSA CAMBIA CON LA RIFORMA

nti a livello organizzativo. Con la nuova normativa, infatti, **l'INPS è collocato al centro del procedimento relativo alla valutazione di base** che, di fatto, ingloba tutti gli accertamenti preesistenti relativi all'invalidità civile, sordità, cecità, disabilità ai sensi della Legge n.104 del 1992 e della Legge n.68 del 1999, inerente agli adulti, i minori e gli anziani fatta salva, per questi ultimi, la specificità prevista per gli ultrasettantenni non autosufficienti dal Decreto Legislativo n.29 del 2024 e successive modifiche.

La **composizione dell'Unità di Valutazione di Base (UVB)**, ovvero la Commissione deputata all'accertamento della disabilità, prevede:

- **due medici INPS** di cui uno presidente;
- **un medico in rappresentanza delle Associazioni di categoria delle persone disabili;**
- **una figura professionale delle aree psicologiche e sociali.**

Per l'integrazione delle figure professionali sono stati predisposti e **sono in corso di svolgimento concorsi** diretti a reclutare 1.069 medici, 138 infermieri, e 781 tra psicologi e operatori sociali.

La **visita di valutazione deve avvenire prevalentemente in presenza e può svolgersi sulla mera documentazione solo in casi eccezionali** che dovranno essere disciplinati da un decreto del Ministero della Salute, superando quindi un'impostazione che era andata affermandosi in particolare durante il periodo pandemico.

Entro il 30 novembre 2026 è prevista l'adozione di un Regolamento del Ministro della salute che, sulla base delle classificazioni ICD e ICF e in conformità con la nuova definizione di disabilità, **dovrà provvedere all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento** dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordo-cecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992. In attesa di tale Regolamento, per consentire lo svolgimento della sperimentazione è stato emanato lo scorso aprile il decreto del Ministro della Salute n. 94 del 2025 relativamente all'accertamento delle prime tre patologie e dovrà essere adottato un ulteriore decreto per l'accertamento delle citate altre quattro patologie previste nella seconda fase della sperimentazione.

Per semplificare il più possibile l'intero *iter*, inoltre, è stata predisposta **l'attivazione dell'intera procedura tramite il solo certificato medico redatto dal medico di medicina generale** o altre categorie di medici, **il quale ha anche valore di domanda**. I medici certificatori, pertanto, si trovano a dover gestire oneri di compilazione di dati amministrativi del richiedente che travalicano le loro competenze e che, soprattutto nei primi mesi della sperimentazione, hanno determinato alcune resistenze alla compilazione.

Questa impostazione **esclude il ruolo di patrocinio e assistenza dei Patronati e delle Associazioni di persone con disabilità** nella fase di richiesta, sebbene resti possibile eleggere domicilio presso tali enti per successive comunicazioni.

LA RIFORMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La Legge n. 33 del 2023, che reca e disciplina alcune deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, nasce con l'obiettivo di promuovere dignità e autonomia, invecchiamento attivo, e prevenzione della fragilità della persona anziana.

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

Il provvedimento interviene su un significativo numero di aspetti, prevedendo:

- lo svolgimento di **periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo**, su temi di interesse pubblico e sociale e la promozione del lavoro agile per i soggetti anziani;
- **interventi intesi a favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato**, lo **scambio intergenerazionale**, la solidarietà tra le generazioni e il rispetto nei confronti degli anziani e iniziative e misure da parte del Ministero del turismo, finalizzate in via principale a **favorire il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile delle persone anziane**;
- **interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale)**, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali.

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

La novità più importante, però, riguarda sicuramente il riconoscimento del **diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e la semplificazione le procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente**.

L'articolo 21 del Decreto Legislativo n. 29 del 2024 definisce e disciplina il **Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNNA) costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e assistenziali** diretti a garantire un adeguato e appropriato sostegno alle persone anziane non autosufficienti. I responsabili dello SNNA sono rappresentati dalle competenti Amministrazioni centrali dello Stato, dall'INPS, dalle Regioni e Province autonome, dalle Aziende Sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, dai Comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS).

Il decreto stabilisce che nell'ambito dei **punti unici di accesso (PUA)**, deve essere assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una **valutazione multidimensionale unificata** finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato" (PAI) che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

I criteri della valutazione multidimensionale unificata (che si applica solo alle persone non autosufficienti che abbiano compiuto i 70 anni di età) sono normati dall'art. 27 del decreto legislativo che prevede che la persona anziana debba essere in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

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

Anche in questo caso **la valutazione sostituisce le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi n. 104 del 5 febbraio 1992 e n. 18 dell'11 febbraio 1980**, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Delega al Governo in materia di disabilità), in tema di separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e in tema di accertamento della disabilità e di revisione dei suoi processi valutativi di base.

Quindi, **se da un lato il processo di valutazione della disabilità è effettuato dalle Commissioni mediche dell'INPS, dall'altro la valutazione della non autosufficienza per le persone con più di 70 anni è effettuato tramite il PUA**.

Il termine per l'adozione del decreto, inizialmente previsto entro dodici mesi dall'entrata in vigore del Decreto legislativo n. 29 del 2024, è stato ampliato a diciotto mesi dall'articolo 3 del Decreto legislativo n. 93 del 2025. L'articolo 3 ha aggiunto, inoltre, due commi all'articolo 27 del D.Lgs. n. 29 del 2024, che prevedono una **fase di sperimentazione**, della durata di **dodici mesi a decorrere dal 1° gennaio 2026**, da avviare a campione e secondo il principio di differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia, riferita alle disposizioni sulla valutazione multidimensionale unificata.

La fase di sperimentazione deve essere definita con un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro per le disabilità, previa intesa in sede di Conferenza unificata, da adottare entro il 30 novembre 2025.

PROBLEMATICA E CRITICITÀ

Un cambiamento importante, quindi, è apprezzabile soprattutto per la valenza civile e sociale, in particolare per le persone con disabilità e per le loro famiglie. Il Progetto di vita individuale e personalizzato ne è un esempio: partendo dai desideri e dalle aspettative della persona, è, infatti, diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità e di poter scegliere contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

Allo stesso tempo, si tratta di riforme che presentano una serie di punti di debolezza, rilevati già nei primi nove mesi di sperimentazione, e che, quindi, si portano dietro alcuni importanti problemi.

Innanzitutto, **l'inadeguatezza logistica**, nel senso che **l'articolazione territoriale dei luoghi dove l'Inps dovrà effettuare la valutazione sanitaria**, essendo di gran lunga inferiore al numero di ambulatori Asl presenti nei territori delle province di sperimentazione, comporta inevitabilmente oggettive **difficoltà negli spostamenti soprattutto dai territori di montagna o più interni verso i capoluoghi** di provincia nei quali sono maggiormente concentrate le strutture sanitarie.

A ciò si aggiunge **la previsione della visita diretta come modalità quasi esclusiva**, con la **limitazione, di contro, della visita agli atti** che, come ha dimostrato l'esperienza finora vissuta, può rappresentare invece una procedura utile ad evitare molti disagi ai soggetti fragili, soprattutto se anziani, ma anche a accelerare i tempi di definizione degli accertamenti sanitari.

Nondimeno è la **carenza di personale medico che caratterizza già da alcuni anni l'attività dell'Inps** e, ancor più, delle nuove figure professionali, di area psicologica e sociale, necessarie per effettuare la valutazione della disabilità secondo i nuovi criteri. Solo in questi giorni si sono conclusi gli esami orali per i medici in concorso; ma per le altre figure professionali, si attende ancora la pubblicazione del bando di concorso.

Inoltre, **l'incremento degli onorari richiesti dai medici per il certificato medico introduttivo da inviare all'Inps** per la valutazione di base sta rappresentando un comprensibile deterrente per i cittadini; cosa che spiegherebbe, in parte, il calo medio delle richieste nella misura del 19%, registrato nei nove mesi di sperimentazione.

Particolarmente preoccupante è **l'assenza dei Patronati nell'intero procedimento** che, se non opportunamente recuperata, **rischia di mettere in discussione l'importante opera di orientamento, assistenza e tutela complessiva**, svolta a favore di categorie evidentemente più bisognose di cura e attenzione. A riprova dell'utilità della funzione dei Patronati sono significativi alcuni dati dei primi nove mesi, relativi all'invio del modello AP70 con il quale si comunicano all'Inps i dati socioeconomici del disabile per l'effettiva messa in pagamento delle prestazioni riconosciute: nell'87% dei casi questa operazione è stata svolta, infatti, proprio dai Patronati, ma rimangono

ancora molti certificati che necessitano dei dati socioeconomici e più del 19% di AP70 non sono stati ancora presentati, cosa che potrebbe nascondere la presenza di diritti non esercitati per mancanza di informazioni e supporto qualificato.

C'è poi da chiedersi quali saranno gli **esiti del prossimo avvio della Riforma della non autosufficienza**. Gli ultra70enni non autosufficienti, in attesa di un'apposita regolamentazione, interessati esclusivamente da una valutazione multidimensionale, ripropongono, infatti, una situazione in cui l'accertamento sanitario, essendo effettuato nel territorio dai Punti Unici di Accesso, ritorna in capo alle Aziende Sanitarie. A ciò si aggiunge il delicato tema dell'esclusione di questi soggetti dal "progetto di vita" per le persone anziane.

Nel frattempo, **in via sperimentale fino al 31 dicembre 2026, gli ultra80enni con un bisogno assistenziale gravissimo, titolari di indennità di accompagnamento, possono richiedere la Prestazione Universale**, rivelatasi da subito insufficiente quanto inadeguata per i vincoli eccessivamente stringenti che ne condizionano il diritto, come quelli relativi al possesso di un valore ISEE della situazione economica non superiore a 6.000 euro.

E, soprattutto, è necessario **ricercare una adeguata cooperazione fra i diversi soggetti, enti e istituzioni che devono rendere operativa l'intera importante Riforma della disabilità**. In questo anche la nostra Federazione dei Pensionati, attraverso le sue diverse espressioni sul territorio, dalle strutture sindacali ai Componenti nei Comitati Inps territoriali, unitamente alla Cisl e al nostro Patronato Inas, è impegnata a svolgere un importante ruolo di prossimità nella creazione della "rete" per intercettare i bisogni e le specificità delle diverse realtà e mettere in atto tutte le azioni utili alla piena e corretta realizzazione delle importanti novità apportate dalla Riforma, dall'informazione e assistenza ai pensionati alla vigilanza nei confronti dell'Inps, ma anche degli Enti locali, Asl, Ats presenti sul territorio, affinché ognuno si adoperi per garantire e agevolare l'accesso ai diritti da parte di chi vive una condizione di disabilità, ma anche delle loro famiglie.

In conclusione, le due Riforme sulla disabilità e sulla non autosufficienza sono decisive e sempre più necessarie in un Paese che invecchia e nel quale aumentano patologie e cronicità. La sperimentazione deve servire, dunque, a comprendere il reale impatto di norme di così grande valore soprattutto nella vita dei soggetti a cui sono rivolte ma anche rispetto alla tenuta del modello organizzativo dell'Inps, verificando la necessità di apportare degli aggiustamenti.

Sarà allora necessario dare forza e concretezza alle Riforme, superando gli ostacoli e risolvendo le criticità che sono emerse, per garantire a tutti i cittadini una presa in carico efficiente e in tempi brevi.