

Disabilità, lavoro e inclusione in Italia

Una migliore valutazione per una migliore assistenza



Prefazione

Le politiche sulla disabilità sono una priorità per il Governo italiano. La riforma del sostegno alla disabilità è prevista nel Programma Nazionale di Riforma 2020, e la necessità di migliorare il quadro della protezione sociale è stata ribadita dalla Corte Costituzionale nel luglio 2020. La riforma della disabilità è necessaria anche per allineare la definizione medica di disabilità attualmente utilizzata in Italia con la definizione funzionale della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che l'Italia ha ratificato nel 2009. Una legge delega di fine 2021 delinea la direzione della prossima riforma e affida al Governo nazionale la preparazione della riforma. La progettazione di un efficace sistema di governance multilivello è essenziale a tale scopo, poiché in Italia gli elementi chiave delle politiche sulla disabilità, come i servizi per la disabilità, alcune prestazioni per la disabilità e la valutazione della disabilità, sono di competenza regionale e locale.

Il presente rapporto è il risultato di un progetto biennale finanziato dall'Unione Europea e realizzato dall'OCSE per assistere l'Italia nel suo processo di riforma. La parte più distintiva del progetto è stata la progettazione e l'implementazione di un pilota di un nuovo strumento di valutazione della disabilità, che esamina le prestazioni e il funzionamento delle persone nel contesto del loro ambiente, ossia la loro situazione di vita reale, oltre alle loro condizioni di salute e alle loro limitazioni funzionali. Quattro regioni, che riflettono la diversità del Paese, si sono offerte di partecipare al pilota e al progetto in generale: Campania, Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. Le conclusioni e le raccomandazioni contenute nel presente rapporto si basano sull'analisi della situazione in Italia e in queste quattro regioni, e sulla valutazione del progetto pilota condotto nelle quattro regioni tra novembre 2022 e aprile 2023.

Il progetto ha supportato il Governo in quattro modi attraverso: i) un'analisi del sistema di valutazione della disabilità in Italia e in alcuni Paesi europei dell'OCSE; ii) un'analisi del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità in Italia e in alcuni Paesi europei dell'OCSE; iii) l'organizzazione di progetti pilota di valutazione in quattro regioni italiane le cui specificità nella valutazione della disabilità e nella protezione sociale erano state studiate in precedenza; e iv) il supporto continuo al processo di riforma legislativa.

La preparazione del presente rapporto ha comportato diverse fasi che hanno contribuito a dare forma alle sue conclusioni:

- Una serie di incontri online con i principali portatori d'interesse nazionali e le istituzioni responsabili della gestione delle politiche sulla disabilità in Italia, tra cui i Ministeri, le istituzioni pubbliche come l'INPS e l'ISTAT, che hanno anche fornito dati chiave, e le principali organizzazioni per la disabilità.
- Una serie di incontri faccia a faccia nelle quattro regioni partecipanti con le autorità responsabili dell'attuazione delle politiche sulla disabilità e dell'offerta di servizi per la disabilità. In una fase iniziale, il progetto ha incluso anche una serie di incontri simili in una quinta regione, l'Umbria, che hanno contribuito a dare forma al progetto e alle successive discussioni con le quattro regioni partecipanti.
- L'offerta di formazione online standardizzata e il supporto continuo alle quattro regioni e ai valutatori regionali in preparazione e durante la valutazione pilota, la raccolta di dati pilota armonizzati e la preparazione di una solida valutazione statistica dei risultati pilota.
- Una serie di incontri per discutere i risultati dell'analisi e della valutazione pilota con i principali portatori d'interesse, compresa la commissione parlamentare responsabile della stesura della nuova legislazione.

Riconoscimenti

L'attività è stata finanziata dall'Unione europea attraverso lo strumento di sostegno tecnico (SST) e attuata dall'OCSE, in collaborazione con la Direzione generale per il sostegno alle riforme strutturali (DG REFORM) della Commissione europea.

Il presente rapporto è stato preparato congiuntamente dalla Divisione competenze e occupabilità della Direzione occupazione, lavoro e affari sociali (ELS) dell'OCSE e dal Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale del Centro OCSE per l'Imprenditorialità, le PMI, le Regioni e le Città (CFE), insieme ai consulenti Jerome Bickenbach, Carolina Fellinghauer, Mario Marcolin, Aleksandra Pošarac e Ilaria Simonelli.

L'OCSE desidera ringraziare diversi esperti governativi e non governativi dell'Italia, comprese le quattro Regioni coinvolte nel progetto e il progetto pilota sulla valutazione della disabilità, per la loro collaborazione e il loro feedback durante il progetto e sulle versioni precedenti di questo rapporto. I ringraziamenti vanno a:

- Il Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Antonio Caponetto e il suo team).
- Per la Regione Campania, l'Amministrazione Regionale, l'INPS Campania (Alessio Sullo e colleghi) e diverse ASL (ASL Avellino, ASL Benevento e ASL Napoli).
- Per la Regione Lombardia, l'Amministrazione regionale (Paolo Pelizza e colleghi) e diverse autorità sanitarie locali (ASST Brescia e le ASST di altre dieci province).
- Per la Regione Autonoma della Sardegna, l'Amministrazione regionale (Marika Batzella e il suo team), l'INPS Sardegna e diverse ASL (ASL Nuoro e ASL Sassari).
- Per la Provincia Autonoma di Trento, l'Amministrazione regionale (Roberto Pallanch e il suo team), la Fondazione Demarchi (coinvolta dalla Provincia per l'organizzazione del progetto pilota), l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) e l'Agenzia provinciale per l'Assistenza e la Previdenza Integrativa (APAPI).
- Per la Regione Umbria, l'Amministrazione regionale, che ha organizzato la visita di studio.
- L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale, l'Istituto Nazionale di Statistica e le organizzazioni della società civile che rappresentano le persone con disabilità (tra cui FISH e FAND e le rispettive associazioni affiliate).

La Direzione generale per il sostegno alle riforme strutturali della Commissione europea (Rima Joujou Deljkic, María Isabel Farfan Camacho, Raluca Painter e Marc Vothknecht). Il presente rapporto è stato tradotto in italiano da Silvia Brizi Mariotti, che ha anche fornito servizi di interpretariato durante il progetto.

Il dipinto sulla copertina è opera di *Ateliers Personimages*, un'associazione francese senza scopo di lucro che promuove la creazione artistica per le persone con disabilità (www.personimages.org).

Indice dei contenuti

Prefazione	3
Riconoscimenti	4
Sintesi	8
1 Valutazione dei bisogni di protezione sociale delle persone con disabilità in Italia	10
1.1. Il rischio di povertà delle persone con disabilità è relativamente basso in Italia	11
1.2. Le prospettive occupazionali delle persone con disabilità possono non consentire l'indipendenza economica	14
1.3. Le prestazioni di invalidità forniscono un reddito a molti, ma possono ridurre la loro occupazione	17
Riferimenti	20
2 Valutazioni dello stato di disabilità e valutazioni dei bisogni in Italia	21
2.1. Introduzione	22
2.2. Un panorama legale altamente frammentato	23
2.3. Esistono diverse valutazioni dello stato di disabilità in parallelo	25
2.4. Le valutazioni dei bisogni a livello regionale variano notevolmente	35
Riferimenti	42
Note	42
3 Protezione sociale per le persone con disabilità in Italia	43
3.1. Il sistema nazionale delle prestazioni di invalidità	44
3.2. Misure di integrazione dell'occupazione	52
3.3. Soddisfare le esigenze delle persone con disabilità attraverso supporti regionali e locali	55
Riferimenti	60
4 L'efficacia del supporto alle persone con disabilità in Italia	61
4.1. La copertura del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità	62
4.2. L'adeguatezza del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità	66
4.3. L'equità del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità	67
4.4. L'efficienza del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità	68
Riferimenti	71
5 Sperimentare una nuova valutazione dell'invalidità in quattro regioni italiane	72
5.1. Campione del pilota e risposte e distribuzioni WHODAS	73
5.2. Proprietà psicometriche di WHODAS applicate in Italia	80

5.3. Confronto tra i punteggi WHODAS e le classi di invalidità civile	82
5.4. Includere elementi di funzionamento nella valutazione dell'invalidità civile	90
5.5. L'impatto delle diverse opzioni politiche, compresi gli elementi di funzionamento	92
5.6. Riflessioni e conclusioni	97
Riferimenti	101
6 Le sfide delle politiche sulla disabilità in Italia: conclusioni e raccomandazioni	103
6.1. Conclusioni e raccomandazioni politiche sulla valutazione della disabilità	104
6.2. Conclusioni e raccomandazioni politiche sulla protezione sociale	108

FIGURE

Figura 1.1. Il rischio di povertà è generalmente elevato in Italia, ma non così tanto per le persone con disabilità	11
Figura 1.2. Le persone che vivono in famiglie povere tendono ad essere single, senza lavoro e con un basso livello di istruzione	12
Figura 1.3. I rischi e i divari di povertà legati alla disabilità differiscono notevolmente in Italia	13
Figura 1.4. I tassi di occupazione sono bassi in Italia e il divario occupazionale della disabilità si sta ampliando	14
Figura 1.5. Le persone con disabilità in Italia corrono un rischio maggiore di disoccupazione rispetto alla media dei Paesi europei dell'OCSE	16
Figura 1.6. Oltre il 4% della popolazione italiana in età lavorativa percepisce prestazioni di invalidità	18
Figura 1.7. La ricezione di prestazioni di disabilità provoca un calo dei tassi di occupazione anche in Italia, e in misura maggiore per le persone con disabilità moderata	19
Figura 2.1. Il numero di domande di invalidità civile e di stato di handicap in Italia è in aumento	32
Figura 2.2. Alcune regioni italiane sono responsabili del grande aumento delle richieste di handicap	33
Figura 2.3. Nell'ultimo decennio i tassi di accettazione dell'invalidità civile sono convergenti nelle varie regioni	33
Figura 2.4. I tassi di accettazione dell'handicap sono elevati ovunque, in particolare per gli handicap gravi	34
Figura 3.1. Le differenze regionali nell'utilizzo delle prestazioni di invalidità sono molto ampie	50
Figura 3.2. Gli incentivi finanziari per richiedere la pensione d'invalidità non contributiva giocano un ruolo cruciale	51
Figura 3.3. Il tasso di accettazione dell'invalidità civile non è fortemente correlato alla generosità del sistema	52
Figura 3.4. L'Italia spende poco per le misure di integrazione lavorativa delle persone con disabilità	53
Figura 3.5. Le disparità regionali nei servizi forniti sono ampie e seguono un divario nord-sud	58
Figura 3.6. Progetti di Vita Indipendente: costo elevato per utente a fronte di una portata limitata	60
Figura 4.1. La maggior parte delle persone con disabilità grave è coperta da prestazioni sostitutive del reddito	63
Figura 4.2. La distribuzione delle prestazioni tra i decili di reddito è piuttosto piatta in Italia	64
Figura 4.3. Il sistema di protezione sociale sembra abbastanza adeguato per le persone con disabilità in Italia	66
Figura 4.4. La protezione sociale in Italia riduce in modo significativo il rischio di povertà delle persone con disabilità	69
Figura 4.5. La spesa sociale è elevata in Italia, ma la spesa per i programmi di disabilità è inferiore alla media	70
Figura 5.1. Percentuale di valutazioni per grado di invalidità civile per ogni item WHODAS	76
Figura 5.2. Distribuzione del punteggio grezzo WHODAS	77
Figura 5.3. Densità del punteggio: Densità osservata e densità normale casuale	78
Figura 5.4. Distribuzioni dei punteggi grezzi del WHODAS nelle quattro regioni	79
Figura 5.5. Distribuzione del punteggio WHODAS e della percentuale di invalidità civile	88
Figura 5.6. Distribuzioni del punteggio WHODAS al corrispettivo cut-off di invalidità civile	89
Figura 5.7. Linee di densità del punteggio WHODAS in base alla percentuale di invalidità civile (quattro categorie)	90
Figura 5.8. Circa il 75% di tutte le richieste di invalidità civile viene segnalato per una rivalutazione secondaria	98
Figura 5.9. Circa il 30% di tutte le richieste di invalidità civile viene segnalato per una rivalutazione secondaria	99

TABELLE

Tabella 1.1. Gli indicatori del mercato del lavoro e i divari di disabilità sono comparabili tra l'Italia e la media europea dell'OCSE	15
--	----

Tabella 2.1. Prestazioni a cui si accede attraverso l'accertamento dell'invalidità civile, della cecità e della sordità	25
Tabella 3.1. Coesistono più prestazioni nazionali di invalidità per le persone con disabilità in Italia	45
Tabella 3.2. La ricezione dell'indennità di accompagnamento non contributiva è fortemente correlato all'età	49
Tabella 3.3. Poche persone con disabilità idonee si registrano presso gli servizi pubblici per l'impiego	54
Tabella 3.4. Un'ampia percentuale di datori di lavoro non ottempera alle quote di occupazione	54
Tabella 3.5. I sussidi per le assunzioni temporanee sembrano aver favorito l'assunzione di lavoratori con disabilità	55
Tabella 3.6. La spesa per i servizi di assistenza residenziale e domiciliare rappresenta quasi l'1% del PIL	56
Tabella 4.1. Molte persone ricevono assistenza domiciliare, ma troppo poche ricevono servizi sociali	65
Tabella 5.1. Campione pilota – statistiche descrittive per ciascuna delle quattro regioni partecipanti	74
Tabella 5.2. Prevalenza delle diagnosi per capitolo ICD-11: Campione totale e regioni partecipanti	75
Tabella 5.3. Statistiche descrittive del campione per gravità della disabilità in base al questionario WHODAS	83
Tabella 5.4. Statistiche descrittive del campione per gravità della limitazione funzionale in base alla valutazione dell'invalidità civile	84
Tabella 5.5. Frequenza dei capitoli ICD e media del punteggio WHODAS corrispondente	85
Tabella 5.6. Frequenza dei capitoli ICD per grado di invalidità civile e media del corrispondente punteggio WHODAS	86
Tabella 5.7. Media e deviazione standard del punteggio WHODAS e della percentuale di invalidità civile per capitolo ICD: Confronto dei risultati per le diagnosi singole con i casi di comorbilità	87
Tabella 5.8. Frequenze dei gruppi di grado di invalidità civile per gruppo di disabilità WHODAS	89
Tabella 5.9. Panoramica delle strategie e dei cambiamenti nelle dimensioni dei gruppi in base agli approcci selezionati	96

Follow OECD Publications on:



<https://twitter.com/OECD>



<https://www.facebook.com/theOECD>



<https://www.linkedin.com/company/organisation-eco-cooperation-development-organisation-cooperation-developpement-eco/>



<https://www.youtube.com/user/OECDiLibrary>




<https://www.oecd.org/newsletters/>

This book has...

StatLinks 

A service that delivers Excel® files from the printed page!

Look for the **StatLink**  at the bottom of the tables or graphs in this book. To download the matching Excel® spreadsheet, just type the link into your Internet browser or click on the link from the digital version.

Sintesi

L'Italia cerca da tempo di riformare la sua politica sulla disabilità per affrontare almeno tre problemi di lunga data: le incongruenze con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che richiedono un aggiornamento nella valutazione della disabilità; la frammentazione della valutazione e del supporto alla disabilità; e le conseguenti disparità tra le regioni italiane nell'offerta di servizi per la disabilità e nell'utilizzo delle prestazioni per la disabilità.

Gli indicatori sociali e occupazionali per le persone con disabilità in Italia sono ambivalenti e di non immediata interpretazione. I divari occupazionali e di povertà tra persone con e senza disabilità sono relativamente bassi e inferiori alla media OCSE. Tuttavia, questo risultato non è spiegato da tassi di occupazione più elevati o da tassi di povertà più bassi tra le persone con disabilità in Italia. I divari di disabilità più bassi in Italia sono dovuti a bassi livelli di reddito e occupazione anche per le persone senza disabilità. Ciò evidenzia la necessità di considerare ulteriori ambiti di riforma per migliorare i risultati sociali e occupazionali per tutte le persone in Italia, a vantaggio anche delle persone con disabilità.

Le prestazioni e i servizi per la disabilità disponibili in Italia sono relativamente generosi e le persone che hanno diritto a prestazioni e servizi sono quindi relativamente ben supportate. Tuttavia, il ricorso ai supporti è spesso basso, sia per la complessità del sistema che per la mancanza di risorse, e le persone che ne sono escluse sono spesso vulnerabili. Ciò evidenzia l'importanza cruciale della valutazione della disabilità nel determinare chi va supportato e chi escluso. Molte delle persone escluse devono affrontare ostacoli significativi nell'accesso al lavoro e all'integrazione sociale.

Il supporto alle persone con disabilità varia da regione a regione. Le regioni più ricche del Nord del Paese sono maggiormente in grado di fornire servizi essenziali per la disabilità rispetto alle regioni più povere del Sud. Per contro, il ricorso alle prestazioni di disabilità, che sono finanziate interamente dai bilanci nazionali, è molto più elevato nel Sud ed è aumentato nell'ultimo decennio. Il maggior utilizzo nel Sud (5-7% della popolazione in età lavorativa, rispetto a solo il 2-3% del Nord) è anche in parte una conseguenza dei maggiori incentivi finanziari a richiedere le prestazioni per le persone che vivono nelle regioni più povere: essendo identici in tutta Italia, le prestazioni di invalidità non contributive sono più attraenti, rispetto ai salari più bassi e alle condizioni economiche più povere di quelle regioni, sebbene i pagamenti non siano eccessivamente generosi.

Le disuguaglianze regionali sono anche legate alle differenze nella valutazione della disabilità, sia tra le regioni che all'interno delle stesse. La valutazione dello stato di disabilità, che determina il grado di 'invalidità civile' e l'idoneità alle prestazioni e ai servizi nazionali, è supervisionata dall'Istituto Nazionale di Sicurezza Sociale (INPS), ma attuata a livello provinciale con un notevole grado di discrezionalità. Inoltre, l'ordinamento italiano prevede cinque diverse valutazioni dello stato di disabilità in parallelo, rendendo il sistema inefficiente e difficile da comprendere. Le valutazioni dei bisogni, che determinano l'idoneità ai servizi di livello subnazionale, vengono effettuate a livello locale, con notevoli variazioni tra le diverse aree del Paese, ma generalmente con una forte attenzione ai bisogni reali delle persone con disabilità. Le due valutazioni – del grado di invalidità civile delle persone e dei loro bisogni – sono scollegate tra loro.

La legge delega di fine 2021 indica la direzione della prossima riforma delle politiche sulla disabilità, che inizierà con una riforma della valutazione della disabilità. Attualmente, la valutazione dell'invalidità civile tende a trascurare che le condizioni di ridotta funzionalità da lievi a moderate possono comunque comportare una disabilità significativa, come nel caso di alcuni disturbi mentali; all'estremo opposto, l'impostazione vigente tende anche a trascurare che le persone con gravi condizioni di ridotta funzionalità mantengono delle capacità. L'integrazione della Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (nota a livello internazionale con l'acronimo WHODAS, dall'inglese WHO Disability Assessment Schedule), che valuta il funzionamento e le prestazioni delle persone, nella valutazione dell'invalidità civile attualmente improntata a un approccio medico correggerebbe questo pregiudizio: la valutazione della disabilità diventerebbe più accurata, più in linea con l'odierno intendimento multidimensionale della disabilità e più coerente con qualsiasi successiva valutazione individuale delle effettive esigenze di supporto.

La sperimentazione di tale nuova modalità di valutazione in quattro regioni italiane diverse tra loro – Campania, Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna e Provincia Autonoma di Trento – dimostra che gli operatori sociali in Italia sono in grado di utilizzare lo strumento WHODAS in modo valido e affidabile, indipendentemente dal contesto regionale. La valutazione mostra che WHODAS potrebbe essere usato in modo efficace per segnalare ai valutatori qualsiasi disparità significativa tra la capacità funzionale e la compromissione della salute, indicando la necessità di una valutazione più approfondita. Il peso attribuito alla componente funzionale della disabilità nel processo decisionale rispetto alla componente medica è una scelta politica.

Per rendere le politiche sulla disabilità più efficienti e più efficaci per le persone con disabilità, il Governo dovrebbe considerare di:

- Unificare le cinque valutazioni esistenti dello stato di disabilità e aggiungere una componente funzionale alla limitata valutazione medica dello stato di disabilità delle persone, utilizzando il questionario WHODAS, che dovrebbe essere somministrato dagli operatori sociali.
- Utilizzare i punteggi WHODAS per segnalare le discrepanze tra le dimensioni mediche e funzionali della disabilità, con l'obiettivo di esaminare più da vicino la situazione reale e della capacità di circa un terzo di tutte le persone che accedono al sistema di disabilità.
- Ridurre la discrezionalità nella valutazione della disabilità attraverso linee guida più chiare, armonizzando le valutazioni dei bisogni in tutto il territorio e rafforzando il legame tra lo stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni.
- Aiutare le persone con disabilità a orientarsi nel complesso sistema vigente attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA), che già esistono in alcune regioni e Comuni. I PUA dovrebbero idealmente essere l'unico punto di accesso al sistema della disabilità, operare in modo coerente in tutto il Paese e avere a disposizione risorse umane sufficienti.
- Migliorare l'efficienza del sistema di protezione sociale attraverso una migliore raccolta e condivisione sistematica dei dati, meccanismi di finanziamento che evitino la duplicazione di prestazioni e servizi e una migliore cooperazione a livello regionale e nazionale.
- Ridurre le disparità territoriali migliorando la capacità di fornire servizi sanitari e sociali efficaci nelle regioni meridionali e rafforzando gli incentivi al lavoro e le opportunità lavorative per le persone potenzialmente idonee a ricevere le prestazioni di invalidità, per affrontare i problemi derivanti dalla soglia di reddito e dal modello di pagamento unico in tutta Italia.
- Dare priorità all'integrazione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro, collegando le prestazioni di disabilità alle misure sull'attivazione, consentendo ai servizi pubblici per l'impiego di sostenere le persone con disabilità in grado di lavorare e concentrandosi sull'intervento precoce per prevenire l'uscita dal mercato del lavoro.

1 Valutazione dei bisogni di protezione sociale delle persone con disabilità in Italia

Il presente capitolo analizza i risultati sociali e lavorativi complessivi delle persone con disabilità in Italia. Rileva che le persone con disabilità affrontano tassi di povertà e di occupazione paragonabili alle loro controparti in molti Paesi europei dell'OCSE. Tuttavia, il divario nei tassi di occupazione e povertà tra persone con e senza disabilità è minore in Italia rispetto ad altri Paesi, il che indica sfide economiche e del mercato del lavoro più ampie nel Paese. Il capitolo rileva anche una significativa disomogeneità geografica, cosa che indica differenze regionali a livello di bisogni di protezione sociale.

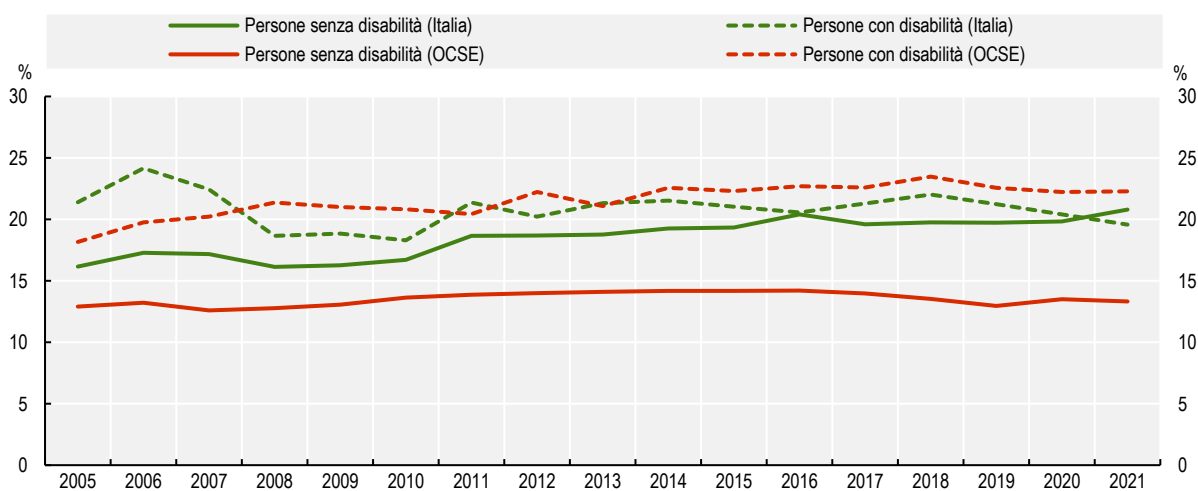
La valutazione dei bisogni di protezione sociale richiede una comprensione dei rischi affrontati dalle persone con disabilità – il rischio di cadere nello stato di povertà o di non essere autosufficienti e quindi di essere altamente vulnerabili – e la misura in cui la protezione sociale supporta le persone nel mitigare tali rischi. Questa sezione valuta i rischi di povertà delle persone con disabilità in Italia e i loro risultati sul mercato del lavoro, compresi gli aspetti della qualità del lavoro. Il contesto italiano è molto disomogeneo a livello geografico, pertanto questa sezione esamina anche le differenze regionali nei bisogni di protezione sociale.

1.1. Il rischio di povertà delle persone con disabilità è relativamente basso in Italia

Mentre il rischio di povertà in Italia è elevato rispetto alla media OCSE, la povertà tra le persone con disabilità non è molto più alta rispetto alla maggior parte degli altri Paesi OCSE. La Figura 1.1 mostra che le persone con disabilità in Italia hanno un tasso di rischio di povertà paragonabile alla media OCSE per questo gruppo. Le persone senza disabilità, invece, hanno un rischio di povertà relativamente alto in Italia. Di conseguenza, il rischio di povertà complessivo in Italia è elevato, ma il divario di povertà per disabilità, ossia la differenza tra persone con e senza disabilità nel rischio di vivere in una famiglia a basso reddito, è inferiore in Italia rispetto alla media OCSE.

Figura 1.1. Il rischio di povertà è generalmente elevato in Italia, ma non così tanto per le persone con disabilità

Tasso di povertà delle persone con e senza disabilità in Italia e nell'OCSE



Nota: i dati mostrano la povertà di reddito relativa, ossia la quota di persone che vivono in una famiglia con un reddito inferiore al 60% del reddito mediano. Il reddito familiare viene equiparato alla composizione del nucleo familiare dividendolo per la radice quadrata della dimensione del nucleo familiare. L'OCSE rappresenta la media non ponderata di 32 Paesi membri, esclusi: Colombia, Costa Rica, Israele, Giappone, Nuova Zelanda e Turchia.

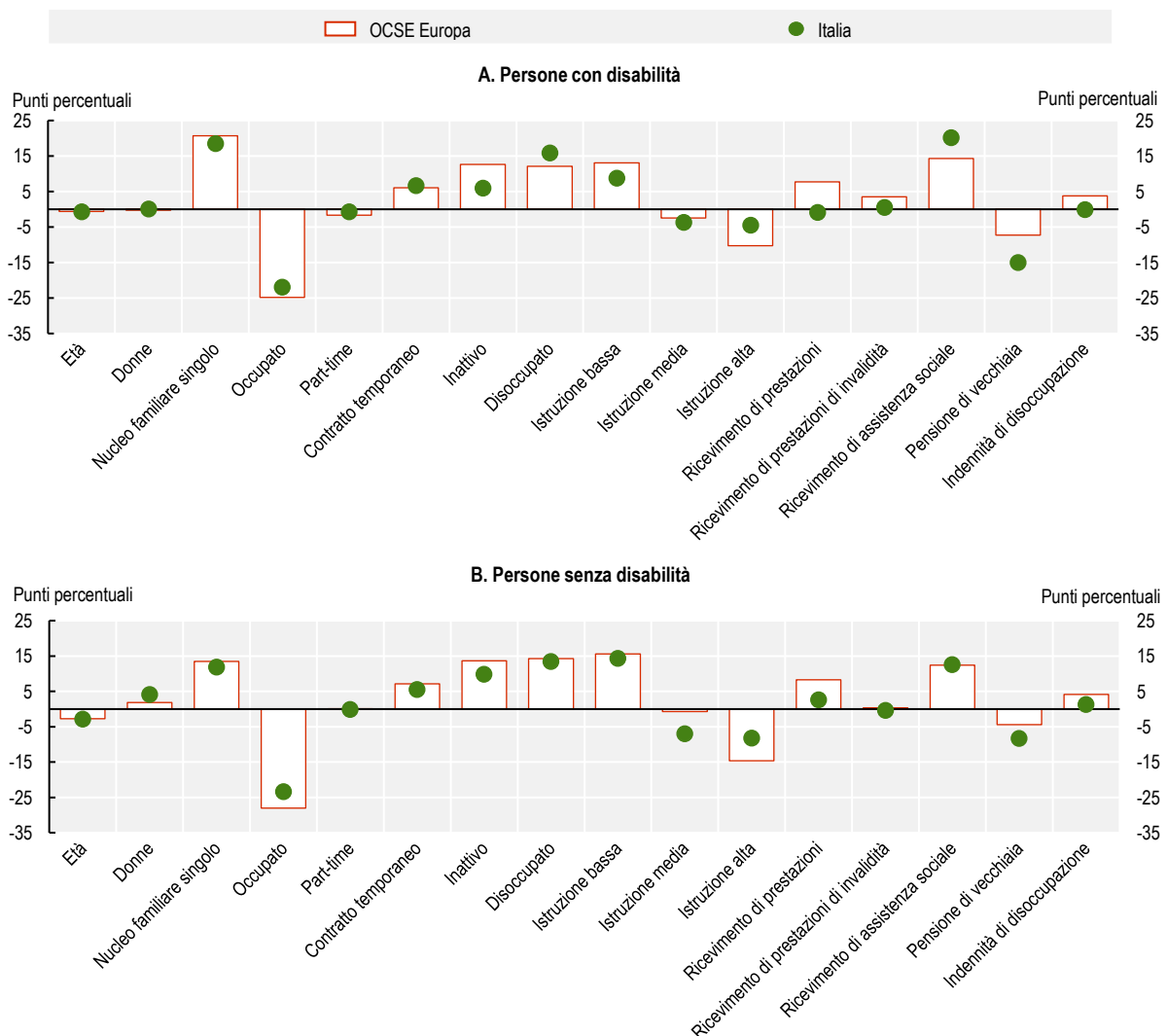
Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC, 2005-21) per i Paesi europei, Household, Income and Labour Dynamics in Australia Survey (HILDA, 2005-17), Canadian Income Survey (CIS, 2013-19) fornita da Employment and Social Development Canada, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2006-17) del Cile, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2010-16) del Messico, Korean Labour & Income Panel Study (KLIPS, 2008-18) e American Community Survey (ACS, 2008-18).

StatLink  <https://stat.link/xrjqkp>

Sia in Italia che in media nei Paesi europei dell'OCSE, le persone che vivono in famiglie povere tendono ad essere più spesso single, inattive o disoccupate, con un basso livello di istruzione e, se lavorano, è più probabile che abbiano un contratto di lavoro temporaneo (Figura 1.2). Questa caratterizzazione delle famiglie povere vale sia per le persone con disabilità che per quelle senza disabilità, sia per l'Italia che per la media (Pannello A rispetto al Pannello B). In effetti, i differenziali di povertà socio-economica appaiono più pronunciati per le persone senza disabilità, riflettendo il ruolo di alleviamento della povertà dei sistemi di protezione sociale, in particolare per le persone con disabilità.

Figura 1.2. Le persone che vivono in famiglie povere tendono ad essere single, senza lavoro e con un basso livello di istruzione

Differenza tra famiglie povere e non povere per presenza di un membro della famiglia con disabilità, Paesi europei dell'OCSE, media nel periodo 2018-21



Nota: le barre rappresentano la media ponderata di 26 Paesi europei: Austria, Belgio, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

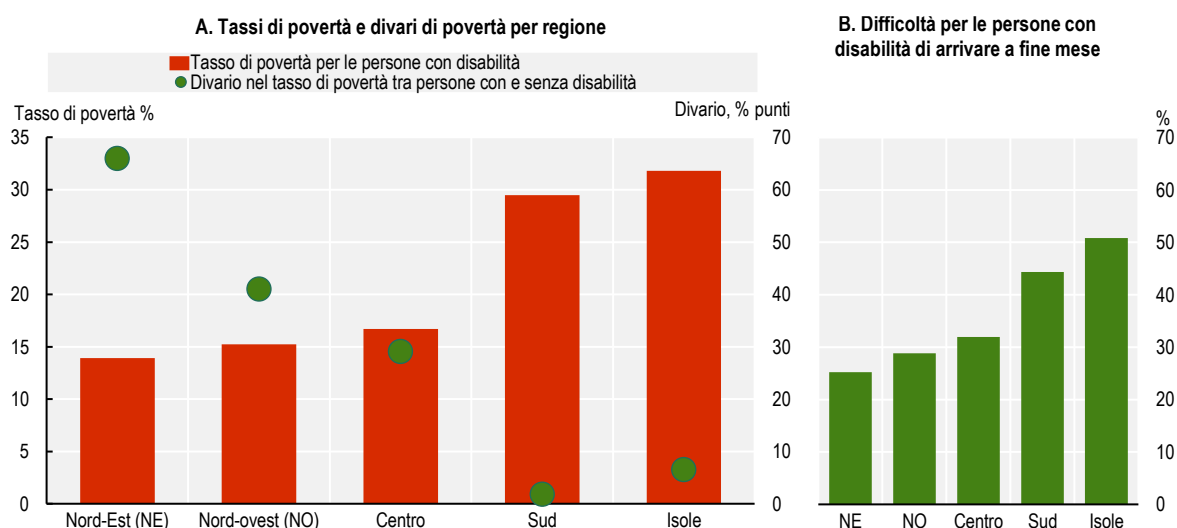
StatLink  <https://stat.link/ztd24e>

Le differenze regionali nei rischi di povertà sono molto ampie in Italia. I dati delle indagini sulle famiglie non consentono di esaminare le regioni, ma solo le grandi aree regionali a livello NUTS-3 (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud e Isole). Questa suddivisione regionale è comunque significativa, in quanto cattura gran parte delle differenze regionali in termini di ricchezza, risultati del mercato del lavoro e produttività. La Figura 1.3 mostra i tassi di povertà per area regionale delle persone con disabilità e il divario nei tassi di povertà tra persone con e senza disabilità (Pannello A). I tassi di povertà delle persone con disabilità nelle regioni meridionali e nelle Isole sono più del doppio rispetto alle regioni settentrionali e centrali. Tuttavia, il divario di povertà tra persone con e senza disabilità segue l'andamento opposto: è maggiore nelle regioni settentrionali e centrali e minore nel Sud e nelle Isole. Oppure, nelle regioni in cui la povertà è elevata, le differenze complessive in base alla disabilità sono ridotte, e viceversa quando il rischio di povertà complessivo è basso. Queste differenze, ancora una volta, si riferiscono anche all'impatto potenziale della protezione sociale: può portare a una grande riduzione assoluta della povertà nelle regioni più povere, mentre gli effetti agiscono al margine della chiusura del divario di disabilità nelle regioni con una povertà complessiva più bassa.

La Figura 1.3 mostra anche la percentuale di persone con disabilità che faticano ad arrivare a fine mese (Pannello B), cosa che potrebbe essere una misura più solida della povertà. Poiché i tassi di povertà sono calcolati sulla base di una soglia di povertà nazionale, la povertà potrebbe essere sottostimata nel Nord del Paese, dove il costo della vita è più alto, mentre potrebbe essere sovrastimata nel Sud. Le differenze tra le regioni sembrano essere minori quando si guarda alla difficoltà di arrivare a fine mese, con una quota che va dal 25% di tutte le persone con disabilità nel Nord-Est a circa il 50% nelle Isole. Le quote elevate in tutto il Paese dimostrano l'importanza dell'accesso universale alla protezione sociale per le persone con disabilità, integrato da forti sforzi per sostenere migliori risultati occupazionali come percorso principale verso l'autosufficienza.

Figura 1.3. I rischi e i divari di povertà legati alla disabilità differiscono notevolmente in Italia

Indicatori di povertà selezionati, mediati sul periodo 2018-21, per grandi regioni



Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

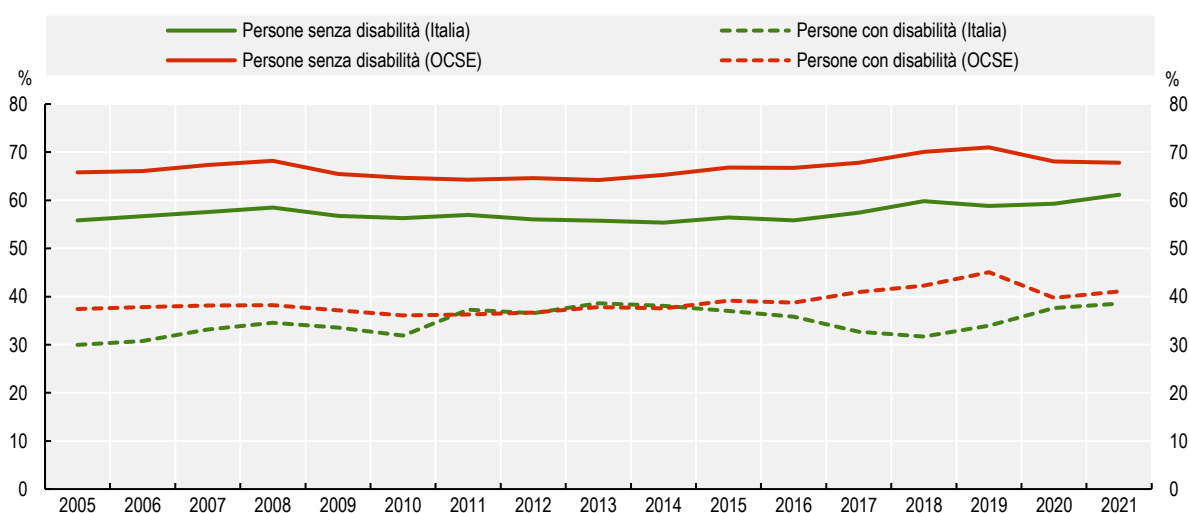
StatLink  <https://stat.link/w5h9uv>

1.2. Le prospettive occupazionali delle persone con disabilità possono non consentire l'indipendenza economica

I tassi di occupazione sono generalmente molto bassi in Italia, sia per le persone con che senza disabilità (Figura 1.4). Facendo eco ai risultati sulla povertà, le persone senza disabilità in Italia hanno tassi di occupazione molto inferiori alla media OCSE, mentre il divario occupazionale delle persone con disabilità, ossia la differenza tra i tassi di occupazione delle persone con e senza disabilità, è inferiore alla media OCSE. Il tasso di occupazione delle persone con disabilità è diminuito negli ultimi anni, tuttavia, ampliando rapidamente il divario rispetto al tasso di occupazione delle persone senza disabilità. Il calo dei tassi di occupazione delle persone con disabilità dal 2014 circa sembra spiegare l'aumento del rischio di povertà delle persone con disabilità negli anni precedenti la pandemia.


Figura 1.4. I tassi di occupazione sono bassi in Italia e il divario occupazionale della disabilità si sta ampliando

Tendenze del tasso di occupazione delle persone (di età compresa tra 15 e 69 anni) con e senza disabilità in Italia e nell'OCSE



Nota: l'OCSE rappresenta la media non ponderata di 32 Paesi membri ed esclude Colombia, Costa Rica, Israele, Giappone, Nuova Zelanda e Turchia.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC, 2005-21) per i Paesi europei, Household, Income and Labour Dynamics in Australia Survey (HILDA, 2005-17), Canadian Income Survey (CIS, 2013-19) fornita da Employment and Social Development Canada, Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional (CASEN, 2006-17) del Cile, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2010-16) del Messico, Korean Labour & Income Panel Study (KLIPS, 2008-18) e American Community Survey (ACS, 2008-18).

StatLink  <https://stat.link/vin3sa>

Oltre ai tassi di occupazione, la comprensione delle caratteristiche della qualità del lavoro delle persone con disabilità è essenziale per comprendere appieno il contesto del mercato del lavoro che devono affrontare. La Tabella 1.1 mostra una serie di risultati del mercato del lavoro per le persone con e senza disabilità (compresi i divari di disabilità risultanti) per l'Italia e per la media dei Paesi europei dell'OCSE. Gli indicatori del mercato del lavoro e i divari di disabilità sono comparabili tra l'Italia e la media OCSE, con l'inattività relativamente più alta tra le persone con disabilità in Italia, e l'occupazione e la disoccupazione leggermente più basse. Altri risultati includono il tipo di contratto di lavoro, le dimensioni dell'azienda e le caratteristiche di qualità del lavoro e dei guadagni. I risultati sono i seguenti:

- Le persone con disabilità tendono a svolgere più spesso lavori temporanei e part-time, sia in Italia che nella media dei Paesi europei dell'OCSE. L'occupazione part-time, tuttavia, è relativamente più bassa tra le persone con disabilità in Italia rispetto alla media, il che può essere il risultato di norme di protezione sociale che disincentivano il lavoro, o di una mancanza di domanda complessiva di lavoro part-time, o di entrambe le cose.
- I lavoratori italiani con disabilità tendono a lavorare più spesso nelle aziende più grandi e meno spesso nelle micro e piccole aziende rispetto ai lavoratori senza disabilità. Queste differenze sono maggiori rispetto alla media dei Paesi europei dell'OCSE. La sottorappresentazione dei lavoratori con disabilità nelle piccole aziende in Italia è probabilmente legata al forte sistema di quote di disabilità in Italia, che impone obblighi sostanziali di assunzione di persone con disabilità per le grandi aziende.
- La qualità dei guadagni è più elevata in Italia rispetto alla media, sia per le persone con che per quelle senza disabilità: la quota di retribuzione bassa e molto bassa è più bassa, così come il divario di retribuzione per la disabilità. Anche la qualità dell'ambiente di lavoro, che è data dall'incidenza di orari di lavoro prolungati, è più alta per entrambi i gruppi in Italia rispetto alla media.

Tabella 1.1. Gli indicatori del mercato del lavoro e i divari di disabilità sono comparabili tra l'Italia e la media europea dell'OCSE


Principali risultati sul mercato del lavoro delle persone con e senza disabilità in Italia e in media nei Paesi europei dell'OCSE, 2018-21

	Italia			OCSE Europa		
	PcD (%)	PsD (%)	Divario	PcD (%)	PsD (%)	Divario
Indicatori del mercato del lavoro						
Tasso di occupazione	36,0	60,1	24,1	40,6	66,7	26,0
Tasso di disoccupazione	8,2	9,5	1,3	9,5	6,8	-2,7
Tasso di inattività	55,8	30,4	-25,4	49,9	26,5	-23,3
Tipo di contratti						
Lavoro autonomo	22,2	22,0	-0,2	14,1	13,7	-0,4
Lavoro temporaneo	27,5	18,1	-9,4	26,6	16,9	-9,6
Lavoro a tempo parziale	10,7	8,9	-1,8	15,0	8,9	-6,2
Dimensione dell'azienda						
Quota che lavora in microaziende	23,6	28,1	4,5	22,9	22,8	-0,1
Quota che lavora in piccole aziende	19,1	21,3	2,2	20,6	20,8	0,2
Quota che lavora in aziende di medie e grandi dimensioni	21,2	18,0	-3,2	33,1	31,6	-1,4
Qualità del lavoro e dei guadagni						
Quota che riceve una retribuzione bassa (< 2/3 del salario orario mediano)	22,7	21,7	-1,0	29,5	22,2	-7,3
Quota che riceve una retribuzione molto bassa (< 1/3 del salario orario mediano)	7,4	8,2	0,9	11,8	8,8	-3,0
Quota che lavora a lungo (> 60 ore/settimana)	1,5	1,5	0,0	3,4	3,5	0,1

PcD: persone con disabilità, PsD: persone senza disabilità.

Nota: la media OCSE Europa rappresenta la media ponderata di 26 Paesi europei: Austria, Belgio, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

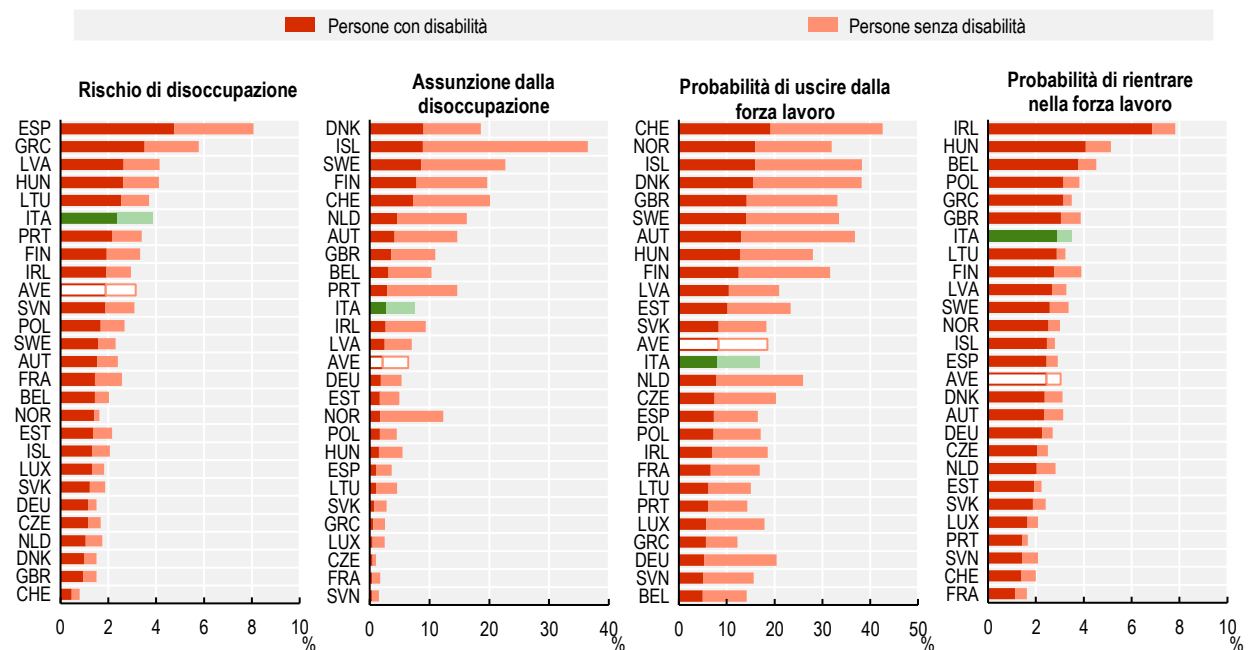
Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/xoqzn7>

Le persone con disabilità in Italia sono ad alto rischio di disoccupazione (Figura 1.5), superiore a quello delle persone senza disabilità, anche se paragonabile alla media europea dell'OCSE. Alcuni Paesi si distinguono in termini di eccesso di rischio di disoccupazione per le persone con disabilità, come la Norvegia e la Germania, ma nella maggior parte dei Paesi, compresa l'Italia, le persone con disabilità affrontano un rischio di disoccupazione superiore del 40%. Allo stesso tempo, hanno anche una minore probabilità di essere assunti una volta disoccupati, il che implica un rischio maggiore di disoccupazione a lungo termine per le persone con disabilità.

Figura 1.5. Le persone con disabilità in Italia corrono un rischio maggiore di disoccupazione rispetto alla media dei Paesi europei dell'OCSE

Probabilità di diventare disoccupati, di essere assunti dalla disoccupazione, di uscire dalla forza lavoro e di rientrare nella forza lavoro, 2012-20



Nota: le barre bianche rappresentano la media ponderata dei 26 Paesi europei mostrati nei pannelli.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sulle statistiche longitudinali di European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/lzg35p>

In Italia, le persone con disabilità affrontano un rischio di uscita dal mercato del lavoro paragonabile a quello delle persone senza disabilità (Figura 1.5). Per entrambi i gruppi, il rischio di uscire dal mercato del lavoro è paragonabile alla media europea dell'OCSE. D'altra parte, la probabilità di rientrare nella forza lavoro è relativamente più alta in Italia per le persone con disabilità, suggerendo che l'uscita dalla forza lavoro potrebbe spesso essere temporanea. Tuttavia, questi risultati devono essere interpretati con cautela. Rappresentano transizioni osservate tra stati (disoccupazione, occupazione, forza lavoro), il che significa che i confronti tra Paesi e tra persone con e senza disabilità potrebbero essere falsati. Da un lato, ci sono potenziali errori di classificazione, in quanto gli intervistati possono spesso classificare in modo errato la disoccupazione e l'inattività (Samaniego de la Parra and Viegelahn, 2021^[1]). Questo errore di classificazione è ancora più probabile nel caso delle persone con disabilità, perché anche la disabilità fluttua in modo sostanziale nel tempo. D'altra parte, Paesi diversi hanno un diverso dinamismo del mercato del lavoro e quindi diversi tassi di transizione tra disoccupazione, occupazione e inattività. I diversi Paesi hanno anche requisiti diversi per le persone che ricevono le prestazioni di invalidità. In alcuni Paesi, i beneficiari di prestazioni di invalidità devono registrarsi presso il Servizio Pubblico per l'Impiego come disoccupati. In altri Paesi, i beneficiari di prestazioni di invalidità non possono lavorare e sono classificati come inattivi. Tutte queste sfumature rendono difficili i confronti tra Paesi nelle transizioni del mercato del lavoro.

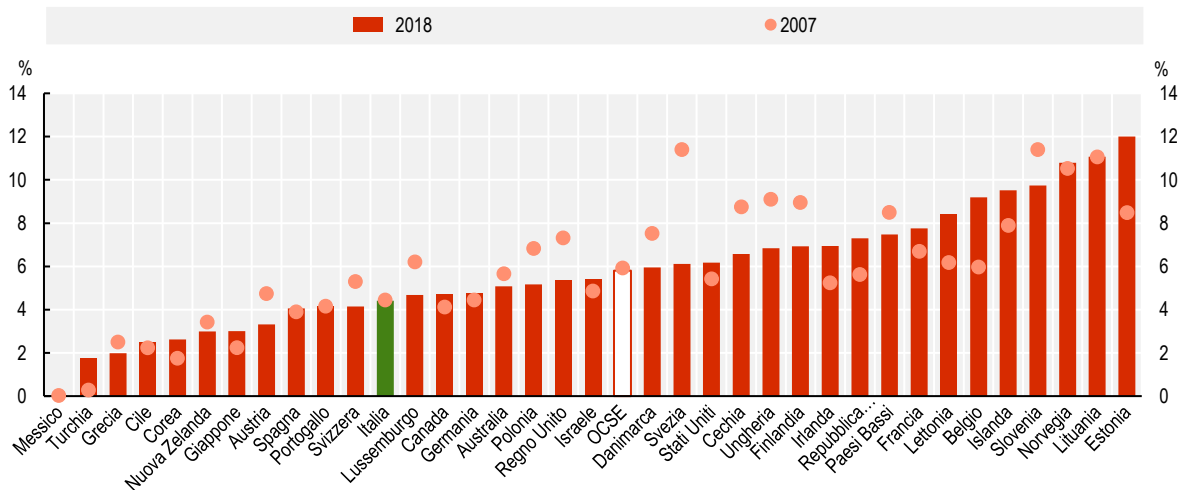
Nel complesso, questo capitolo rileva che in Italia i risultati della povertà e del mercato del lavoro sono abbastanza simili per le persone con disabilità e per quelle senza disabilità, più simili che in molti altri Paesi europei dell'OCSE. Questo è il risultato di due effetti: in primo luogo, le persone *senza* disabilità hanno generalmente risultati peggiori in Italia rispetto ad altri Paesi europei dell'OCSE, e in secondo luogo, le persone con disabilità in Italia affrontano risultati paragonabili a quelli delle persone con disabilità in media. In termini relativi, le persone con disabilità in Italia sembrano quindi stare meglio. Che cosa significa questo in termini di bisogni di protezione sociale e di efficacia? Potrebbe significare che le persone con disabilità incontrano un sistema di protezione sociale che è in grado di prevenire la povertà senza compromettere i risultati del mercato del lavoro. Tuttavia, potrebbe anche significare che le persone con disabilità ricevono un supporto più informale da parte della famiglia rispetto alle persone senza disabilità e quindi necessitano di meno supporto da parte dello Stato.

1.3. Le prestazioni di invalidità forniscono un reddito a molti, ma possono ridurre la loro occupazione

Oltre il 4% della popolazione italiana in età lavorativa riceve prestazioni di invalidità (Figura 1.6). Questa quota è inferiore alla media OCSE del 6% della popolazione in età lavorativa, ma è paragonabile a quella di altri Paesi dell'Europa meridionale (Spagna e Portogallo) e di Paesi come la Svizzera e la Germania. In generale, in tutta l'OCSE, tuttavia, vi è una variazione sostanziale nella quota di beneficiari di disabilità, che va dallo 0,5% della popolazione in età lavorativa in Messico, al 12% in Estonia. Nell'ultimo decennio, la quota di beneficiari di prestazioni di invalidità è rimasta stabile in Italia. Anche in questo caso, c'è una variazione sostanziale tra i Paesi OCSE nella variazione di questa quota nel tempo. Alcuni Paesi hanno registrato diminuzioni di oltre 2 punti percentuali, come la Cechia, l'Ungheria e la Svezia. Altri hanno registrato un aumento di questa quota, tra cui i Paesi dell'Europa dell'Est (Estonia, Lettonia, Repubblica Slovacca), Belgio, Islanda e Irlanda. Questi Paesi hanno registrato un aumento sostanziale del tasso di ricezione della disabilità di oltre 1,5 punti percentuali.

Figura 1.6. Oltre il 4% della popolazione italiana in età lavorativa percepisce prestazioni di invalidità

Quota di beneficiari del sistema di invalidità rispetto alla popolazione in età lavorativa, ultimi dati disponibili



Nota: prestazioni di invalidità ricevute dalla popolazione di età compresa tra 20 e 64 anni. Le prestazioni di invalidità comprendono programmi contributivi e non contributivi specificamente rivolti alle persone con disabilità, compresi i programmi di disabilità transitoria. L'OCSE è una media non ponderata che esclude Colombia e Costa Rica. I dati del 2007 si riferiscono al 2009 (Cile) e quelli del 2018 si riferiscono al 2016 (Estonia, Germania, Stati Uniti). Per l'Italia, i dati includono il programma di prestazioni di invalidità contributiva (Pensione/Assegno di invalidità previdenziale ordinaria), il programma di prestazioni di invalidità non contributiva (Pensione/Assegno di invalidità per invalidi civili) e il programma di pensionamento anticipato per persone con disabilità (Pensione Sociale).

Fonte: OECD (2022^[2]), *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en>, Figure 4.1. I dati per l'Italia sono stati aggiornati utilizzando il dataset Eurostat Pensions beneficiaries at 31 December [SPR_PNS_BEN].

StatLink  <https://stat.link/0pqv1d>

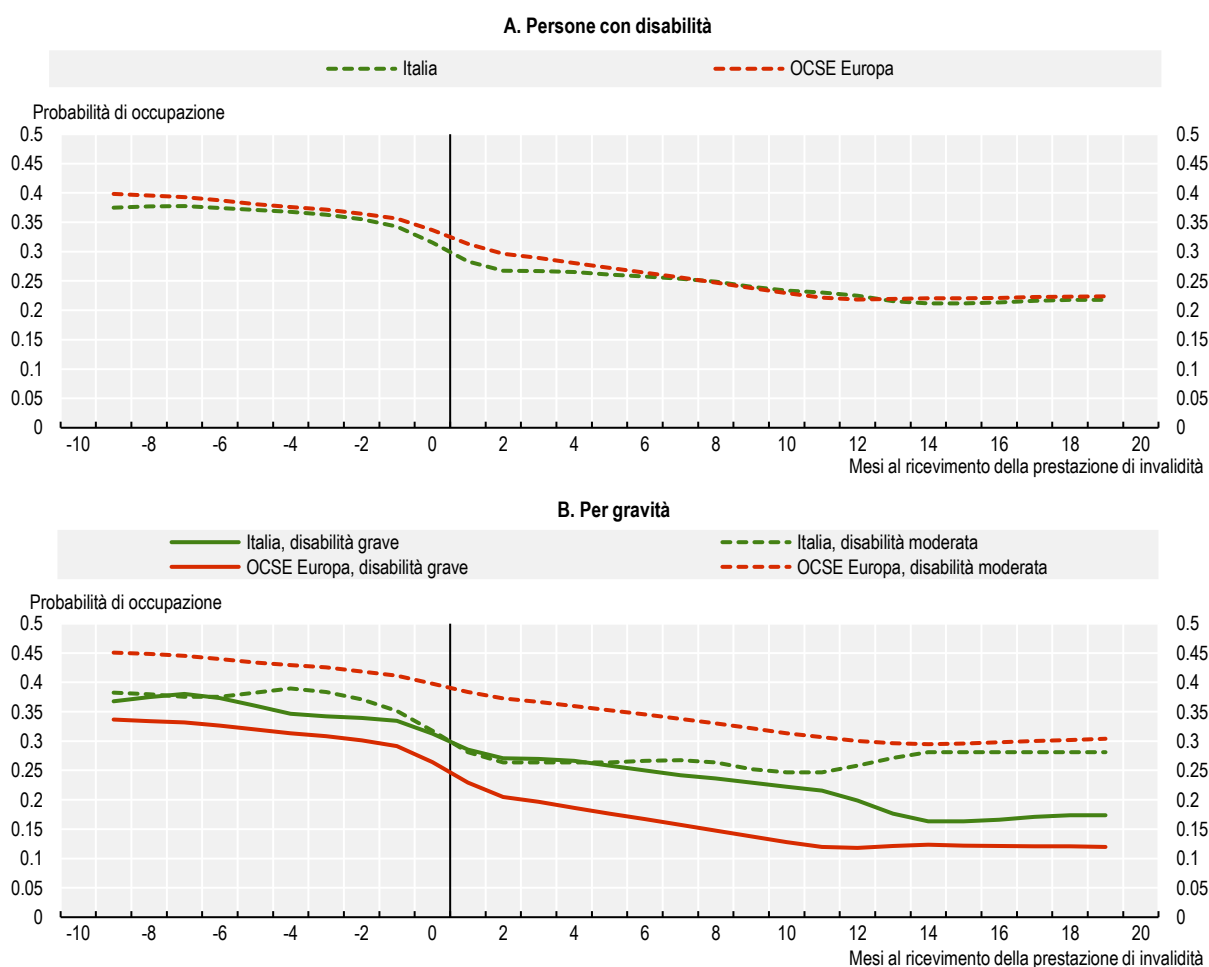
Come nella maggior parte dei Paesi OCSE, la percezione di prestazioni di invalidità provoca un calo dei tassi di occupazione in Italia, anche se in misura comparativamente maggiore per le persone con disabilità moderata. È un dato di fatto consolidato che la percezione di una prestazione di invalidità (o di fatto di qualsiasi prestazione) può scoraggiare il lavoro (Autor and Duggan, 2006^[3]; Maestas, Mullen and Strand, 2021^[4]; Ruh and Staubli, 2019^[5]). L'entità del calo dell'occupazione può riflettere i disincentivi al lavoro creati dal sistema di protezione sociale. In Figura 1.7, il Pannello A mostra il tasso di occupazione nei mesi precedenti e successivi alla ricezione delle prestazioni di invalidità per le persone con disabilità in Italia e nella media dell'OCSE. Il tasso di occupazione delle persone con disabilità è leggermente inferiore per le persone con disabilità in Italia rispetto alla media dell'OCSE, anche prima alla ricezione delle prestazioni di disabilità. Le differenze sono piuttosto ridotte, tuttavia, coerentemente con la Figura 1.4 mostrata in precedenza. La Figura 1.7 mostra che il momento in cui si ricevono le prestazioni di invalidità è associato a un calo dell'occupazione. Questo calo è di dimensioni simili in Italia e in media nell'OCSE, ma leggermente inferiore in Italia, poiché il tasso di occupazione medio OCSE delle persone con disabilità converge a quello delle persone con disabilità italiane nei mesi successivi al ricevimento delle prestazioni di invalidità.

È interessante notare che il calo dell'occupazione sembra essere relativamente maggiore per le persone con disabilità moderata in Italia (Figura 1.7, Pannello B). In media nell'OCSE, la ricezione di prestazioni di invalidità non causa un calo del tasso di occupazione tra le persone con disabilità moderata, che sembrano sperimentare un calo piuttosto continuo del tasso di occupazione. Questo è coerente con l'osservazione che la disabilità può diventare più invalidante con il passare del tempo, oppure il loro distacco dal mercato del lavoro può diventare più forte, rendendo più difficile continuare a impegnarsi nel lavoro. L'effetto

aggiuntivo della ricezione di prestazioni sembra attenuato rispetto a questa tendenza continua, suggerendo un impatto limitato della ricezione di prestazioni sull'occupazione. Questo non è il caso dell'Italia, dove il tasso di occupazione delle persone con disabilità moderata e grave diminuisce non appena vengono concesse le prestazioni di invalidità. Le ragioni possono essere molteplici, tra cui il fatto che le prestazioni di invalidità possono avere un disincentivo al lavoro relativamente maggiore per le persone con disabilità moderata in Italia rispetto alla media dei Paesi OCSE.


Figura 1.7. La ricezione di prestazioni di disabilità provoca un calo dei tassi di occupazione anche in Italia, e in misura maggiore per le persone con disabilità moderata

Probabilità di occupazione intorno ai mesi della ricezione delle prestazioni di invalidità, 2010-20



Nota: i dati per il periodo 2010-20 sono raggruppati in base ai mesi relativi all'inizio della ricezione delle prestazioni di invalidità. Poiché il mese esatto dell'inizio della ricezione delle prestazioni non è noto nel sondaggio, si presume che inizi a gennaio di un determinato anno (linea nera verticale) per le persone che riferiscono di aver ricevuto una prestazione in quell'anno ma non nell'anno precedente. In realtà, però, la ricezione delle prestazioni può iniziare in qualsiasi momento dell'anno (area colorata in verde). È più probabile che la ricezione delle prestazioni avvenga nei primi sei mesi, poiché quasi l'80% delle indagini viene condotto nei primi due trimestri di un dato anno. La probabilità di occupazione è calcolata utilizzando l'indicatore mensile della situazione del mercato del lavoro dalla componente dell'indagine sulla forza lavoro. OCSE Europa è la media ponderata di 26 Paesi europei: Austria, Belgio, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/kqth42>

Utilizzando informazioni auto-riportate sullo stato di disabilità, questo capitolo suggerisce che le persone con disabilità in Italia hanno tassi di povertà relativamente bassi, anche se le loro prospettive di lavoro potrebbero non consentire l'autosufficienza economica. Un collegamento critico tra questi due risultati è il sistema di prestazioni di disabilità: in Italia, come altrove, una percentuale significativa di persone in età lavorativa riceve prestazioni di disabilità, che possono creare disincentivi al lavoro, in particolare per le persone con disabilità moderate. La comprensione del sistema di protezione sociale è essenziale per capire come questi fattori interagiscono fra loro e per rispondere alle domande chiave sul funzionamento del sistema per le persone con disabilità.

Riferimenti

- Autor, D. and M. Duggan (2006), "The Growth in the Social Security Disability Rolls: A Fiscal Crisis Unfolding", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 20/3, pp. 71-96, <https://doi.org/10.1257/JEP.20.3.71>. [3]
- Maestas, N., K. Mullen and A. Strand (2021), "The effect of economic conditions on the disability insurance program: Evidence from the great recession", *Journal of Public Economics*, Vol. 199, p. 104410, <https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2021.104410>. [4]
- OECD (2022), *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en>. [2]
- Ruh, P. and S. Staubli (2019), "Financial Incentives and Earnings of Disability Insurance Recipients: Evidence from a Notch Design", *American Economic Journal: Economic Policy*, Vol. 11(2), pp. 269-300, <https://doi.org/10.1257/pol.20160076>. [5]
- Samaniego de la Parra, B. and C. Viegelahn (2021), "Estimating labour market transitions from labour force surveys: The case of Viet Nam", ILO. [1]

2 Valutazioni dello stato di disabilità e valutazioni dei bisogni in Italia

Questo capitolo descrive e interpreta le valutazioni della disabilità utilizzate in Italia e nelle sue regioni per determinare l' idoneità a varie prestazioni e servizi di disabilità nazionali, regionali e locali. Il rapporto si concentra sulla situazione di quattro regioni: Regione Campania, Regione Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. La valutazione della disabilità in Italia è molto frammentata per tipo di assistenza ed è regolata da più livelli di legislazione. La valutazione dello stato di disabilità è eccessivamente medicalizzata e discrezionale, manca di linee guida tecniche e metodologiche e di uno strumento scientifico con forti proprietà psicometriche. Inoltre, non esiste un collegamento trasparente tra le diverse valutazioni dello stato di disabilità (utilizzate per il diritto alle prestazioni nazionali) e le valutazioni dei bisogni (utilizzate per il diritto ai servizi comunali). Le attuali pratiche di valutazione in Italia si discostano dai principi stabiliti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e si traducono in una mancanza di equo supporto e inclusione delle persone con disabilità.

Questo capitolo analizza le numerose procedure di valutazione della disabilità attualmente in vigore in Italia e nelle sue regioni. Una legislazione obsoleta ostacola la capacità dell'Italia di riconoscere la capacità funzionale delle persone con disabilità, di fornire un supporto adeguato e di sviluppare politiche inclusive in settori come la protezione sociale, l'occupazione, l'istruzione e la sanità. In assenza di una legislazione nazionale di riferimento aggiornata, le regioni hanno adottato i propri approcci, il che contribuisce ulteriormente alle ampie disparità nel Paese per quanto riguarda il numero di persone che ricevono e sono identificate come bisognose di supporto. Il capitolo si concentra su quattro regioni (Regione Campania, Regione Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna (anche indicata con Sardegna) e Provincia Autonoma di Trento (anche indicata con Trentino)), che riflettono le ampie variazioni geografiche e di governance in Italia.

2.1. Introduzione

Negli ultimi 15 anni, la valutazione dello stato di disabilità di una persona in tutto il mondo è stata sempre più modellata dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD, dall'inglese *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*), adottata dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009.¹ La Convenzione definisce le *persone con disabilità* come "coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri". Una caratteristica chiave di questa caratterizzazione della disabilità è la distinzione che fa tra le persone con menomazioni (cioè problemi a livello fisico) e le barriere che le persone affrontano nell'interazione con il proprio ambiente (cioè problemi nello svolgimento di attività dovuti a patologie sottostanti), e l'enfasi che pone su queste ultime come causa della disabilità. Tuttavia, questa forte enfasi sull'esperienza reale della disabilità non si riflette ancora pienamente nelle pratiche di valutazione della disabilità di molti Paesi OCSE. Le preoccupazioni per la mancanza di attenzione ai fattori ambientali e la forte concentrazione sulle menomazioni individuali sono state ripetutamente espresse dal Comitato delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità nelle sue valutazioni degli Stati Parte (United Nations, 2011^[1]). Questo è solitamente il caso delle pratiche di valutazione dello stato basate su criteri medici, che tendono ad adottare un approccio individualizzato e a de-contestualizzare la disabilità.

Un motore parallelo del cambiamento nelle politiche e nella prassi di valutazione della disabilità negli ultimi anni è stata la proliferazione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF, dall'inglese *International Classification of Functioning, Disability and Health*), uno strumento di classificazione epidemiologica sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che riflette uno spostamento al di là degli elementi di menomazione fisica verso le limitazioni di attività e le restrizioni di partecipazione che riflettono l'interazione tra la menomazione di una persona e il suo ambiente. L'ICF distingue tra capacità intrinseca, che riflette la capacità prevista di una persona di svolgere attività in base al suo stato di salute e alle sue menomazioni, e performance, che riflette l'effettivo svolgimento delle attività nell'ambiente reale in cui la persona vive.² Le informazioni sulla capacità sono in genere il risultato di un ragionamento clinico o di un giudizio basato su dati clinici, mentre le performance sono una descrizione reale di ciò che accade effettivamente nella vita di una persona. Sulla base del intendimento 'bio-psico-sociale' o interazionale della disabilità, la valutazione dovrebbe adottare quest'ultima prospettiva di performance. Per raccogliere informazioni sulle prestazioni delle persone e misurare la disabilità come intesa dall'ICF, l'OMS ha sviluppato e ampiamente testato empiricamente una Scheda per la valutazione della disabilità, nota a livello internazionale con l'acronimo WHODAS, dall'inglese *WHO Disability Assessment Schedule*. Si tratta di una serie di domande nei sei domini di base dell'ICF (attività cognitive, mobilità, cura di sé, interagire con le persone, attività della vita quotidiana, partecipazione) che consentono di rilevare lo svolgimento di attività da parte di una persona nella sua vita quotidiana e nell'ambiente attuale. Allineandosi all'ICF e alla visione della CRPD, WHODAS ha un ruolo da svolgere nella modernizzazione delle pratiche di valutazione della disabilità, necessaria in diversi Paesi per riflettere meglio l'interazione persona-ambiente.

2.2. Un panorama legale altamente frammentato

La valutazione dello stato di disabilità in Italia oggi, in particolare la valutazione dell'invalidità civile, non riflette ancora la caratterizzazione della disabilità utilizzata nella CRPD e riflessa nell'ICF. Inoltre, il sistema in Italia è complesso e frammentato. La frammentazione della valutazione della disabilità in Italia è in parte spiegata dall'evoluzione storica dei vari atti legislativi che hanno posto le basi per tale valutazione. La conoscenza di base di queste leggi e delle istituzioni che le applicano è un requisito per comprendere meglio i diversi status di disabilità che possono essere attribuiti alle persone con disabilità, così come le corrispondenti procedure di valutazione che coesistono e talvolta si sovrappongono (vedere sotto). La frammentazione delle valutazioni dello stato di disabilità in Italia crea un sistema inefficiente, in cui è difficile orientarsi e che non riesce a garantire l'uguaglianza tra le persone e le regioni.

Il quadro giuridico nazionale sulla disabilità è ancorato alla Costituzione italiana (1948). Tuttavia, anche la Legge 118/1971, che stabilisce il concetto di *invalidità civile*, costituisce un pilastro. Le persone con invalidità civile sono quelle che, a causa di un disturbo fisico o mentale, congenito o acquisito, hanno difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, quando hanno meno di 18 anni o più di 65 anni (1); oppure, hanno subito una riduzione permanente della capacità lavorativa di oltre un terzo, quando sono in età lavorativa (da 18 a 65 anni) (2). Inoltre, rientrano in questo gruppo anche i richiedenti che non sono in grado di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana o di camminare (3). L'idoneità all'invalidità civile è un requisito fondamentale per le persone con disabilità per accedere alle prestazioni economiche; il processo di valutazione è gestito congiuntamente dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e dalle autorità sanitarie locali. Il diritto a diverse prestazioni è legato alla percentuale di invalidità assegnata attraverso la valutazione dell'invalidità civile.

È importante notare che alcune eccezioni si applicano a coloro che possono ottenere lo status di invalidità civile ai sensi della Legge 118/1971, a ulteriore testimonianza della frammentazione del quadro giuridico. Le persone cieche e sorde non sono, in senso stretto, persone con invalidità civile, perché il loro stato di disabilità e le loro prestazioni sono regolate da disposizioni di legge diverse. La Legge 381/1970 definisce sorde le persone con sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva (entro il 12° anno di età) che impedisce loro il normale apprendimento del linguaggio parlato. La Legge 382/1970 definisce ciechi civili coloro che sono ciechi totali (assenza di residuo visivo o campo visivo residuo binoculare perimetrico inferiore al 3%) (a) o ciechi parziali (residuo visivo che non supera 1/20 con eventuale correzione, in entrambi gli occhi o riduzione del campo visivo inferiore al 10%) (b). La Legge 107/2010 è stata introdotta in una fase successiva per definire il concetto di sordocecità, per lo più basato su una combinazione delle definizioni di cui sopra. Queste leggi stabiliscono anche specifiche prestazioni economiche a supporto delle persone con disabilità e i dettagli del processo di valutazione, che condivide il contesto istituzionale e la maggior parte delle fasi con quello dell'invalidità civile. Tuttavia, il numero di persone che passano attraverso le valutazioni per la sordità, la cecità e la sordocecità è esiguo rispetto al numero di valutazioni per l'invalidità civile. Inoltre, le persone con problemi di udito o di vista che non hanno i requisiti per la sordità e la cecità dovranno sottoporsi anche alla regolare valutazione per l'invalidità civile.

Un secondo gruppo di eccezioni riguarda le persone che non hanno i requisiti per l'invalidità civile, perché la loro disabilità è insorta in un contesto lavorativo. Le leggi 1124/1965 e 38/2000 stabiliscono che le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro devono essere considerati nella valutazione dell'invalidità da lavoro, attraverso un processo che è sotto la responsabilità dell'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL). L'invalidità ottenuta in contesti di guerra è inoltre regolata da disposizioni legali separate, che corrispondono a diverse denominazioni, tra cui invalidi civili di guerra (Leggi 539/1950 e 142/1953), invalidi di guerra (Legge 367/1963) e invalidi per causa di servizio (Legge 214/2011). I diversi stati di invalidità corrispondono a diverse pensioni e indennità, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze come autorità responsabile per tutte le pensioni di guerra e militari.

Infine, sebbene non si escluda a vicenda con l'invalidità civile, esiste un sistema alternativo per ottenere un supporto economico nel contesto dell'invalidità, che si applica solo alle persone con un passato

lavorativo recente e uno storico di pagamenti di contributi alla previdenza sociale. Questo sistema assicurativo contributivo comporta un'ulteriore complessità giuridica, in quanto le definizioni di disabilità e le procedure di valutazione differiscono notevolmente a seconda che i richiedenti siano dipendenti del settore privato o lavoratori autonomi (Legge 222/1984), o dipendenti pubblici (Legge 335/1995).

Inoltre, mentre la maggior parte delle definizioni sopra descritte funzionano come alternative l'una all'altra nel contesto del supporto economico, altre due leggi chiave relative alla disabilità sono state adottate più tardi nel tempo, per completare il ventaglio di supporti disponibili. Queste leggi hanno creato ulteriori status di disabilità che sono cumulativi rispetto alle definizioni descritte sopra, il che significa che le persone con disabilità possono richiederli indipendentemente dal fatto che siano state valutate anche per l'invalidità civile, la cecità o la sordità, l'invalidità da lavoro/guerra (militare) o l'invalidità nel contesto del sistema assicurativo contributivo:

- la Legge 104/1992 ha introdotto il concetto di “handicap”, che garantisce l'accesso a una serie di prestazioni che vanno dalle esenzioni dalla partecipazione ai costi dell'assistenza sanitaria alle detrazioni fiscali e ai diritti per i familiari, tra gli altri (vedere anche la Tabella 2.1). Una differenza essenziale rispetto alle definizioni precedenti è che il concetto di handicap va oltre l'approccio individualizzato e medico alla disabilità, concentrandosi maggiormente sul contesto sociale. Si passa dal considerare solo le malattie/disturbi e i relativi deficit funzionali, a considerare (1) come queste si traducono in limitazioni nello svolgimento delle attività e nella partecipazione sociale e (2) come tali limitazioni comportano uno svantaggio nel contesto sociale. Più specificamente, la Legge 104/1992 definisce l'handicap come una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che causa difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La legge stabilisce due livelli di handicap: handicap e handicap grave. Alle persone viene attribuito uno stato di handicap grave quando le menomazioni singole o multiple che riducono la loro autonomia personale – rispetto a quanto è normale per la rispettiva fascia d'età – comportano la necessità di ricevere un'assistenza permanente, continua e completa, sia nel contesto dei loro compiti individuali che nelle relazioni con gli altri.
- La Legge 68/1999 è stata introdotta per promuovere l'accesso al lavoro delle persone con disabilità attraverso servizi di supporto e di collocamento mirato, promossi da una quota di occupazione per disabili. La disabilità nel contesto di questa legge è designata col termine *disabilità*, anche se esso designa solo uno dei molteplici status (riconosciuti dall'ordinamento italiano) trattati in questa sezione. Infatti, la disabilità per il sostegno all'occupazione non ha una propria definizione indipendente e una valutazione specifica, in quanto viene concessa a coloro che hanno i requisiti per l'invalidità civile (46% o più), la cecità o la sordità, l'invalidità lavorativa (33% o più) o l'invalidità di guerra.

Come per l'invalidità civile, la cecità e la sordità, anche gli accertamenti dell'handicap e della disabilità per il sostegno all'occupazione sono coordinati congiuntamente dall'INPS e dalle autorità sanitarie locali. Questi cinque concetti, che coesistono nell'ambito del sistema di supporto non contributivo e che rappresentano tutti una valutazione dello stato di disabilità, sono comunemente definiti in Italia come valutazioni di base o di primo livello. Tale denominazione le differenzia da una seconda serie di valutazioni che avvengono per lo più a livello regionale o comunale, al fine di abbinare le esigenze delle persone con disabilità ai servizi di supporto esistenti (pertanto chiamate anche valutazioni dei bisogni).

La legge delega del 2021 (Legge 227/2021) fornisce la base legale per una revisione della definizione di disabilità e del sistema di valutazione corrispondente, che abbraccia i principi della CRPD e che è conforme all'ICF. In questo modo, le valutazioni dello stato di disabilità non saranno più guidate solo da criteri medico-legali, ma valuteranno anche il funzionamento della persona, preparando il terreno per una maggiore partecipazione sociale. La legge delega del 2021, già citata nella prefazione di questo rapporto, propone di unificare le varie procedure di valutazione in vigore per affrontare la frammentazione della

legislazione sulla disabilità. La nuova valutazione dello stato di disabilità o valutazione di base continuerà a determinare l'idoneità per indennità, sgravi fiscali e altre prestazioni per le persone con disabilità, e potrebbe potenzialmente essere seguita, su richiesta della persona, da una valutazione multidimensionale utilizzata per determinare un piano di vita individualizzato, personalizzato e partecipativo, che darà diritto a una serie di servizi sociali e sanitari.

Tabella 2.1. Prestazioni a cui si accede attraverso l'accertamento dell'invalidità civile, della cecità e della sordità

	Valutazione per quanto riguarda	Età	Esito	Prestazioni
Invalidità civile	Riduzione della capacità lavorativa residua	Da 18 a 64 anni	= 67% (+ handicap)	Scelta della sede dell'ufficio per i candidati vincitori di un posto di lavoro pubblico; preferenza nella richiesta di trasferimento in un altro ufficio
			= 74%	Assegno di invalidità; 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno (max 5 anni)
			100%	Pensione di invalidità
	Difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni specifiche della loro età	Sotto i 18 anni o sopra i 65 anni	= 34%	Protesi e ausili tecnici; assistenza sanitaria gratuita; agevolazioni fiscali
			> 60%	Alloggi sociali
			= 67%	Sussidi sulla tessera del trasporto pubblico; esenzione dal ticket sanitario
			> 70%	Esenzione per condanne penali fino a 3 anni
			100%	Esenzione dai ticket per i trattamenti sanitari; Carta di trasporto gratuita
	Incapacità di svolgere le attività essenziali della vita quotidiana o di camminare	Nessun limite	100%	Indennità di accompagnamento
Cecità civile	Cecità totale o parziale (vincolante)	Nessun limite	Sì/No	Protesi e ausili; esenzione dai ticket per i trattamenti sanitari; tessera per il trasporto gratuito
Sordità	Sordità congenita o acquisita in età evolutiva	Nessun limite	Sì/No	Protesi e ausili; esenzione dai ticket per i trattamenti sanitari; tessera per il trasporto gratuita; 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno (max 5 anni)

Nota: per le persone di età inferiore ai 18 anni, la valutazione considera anche se il richiedente ha difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni specifiche della sua età, ma non viene attribuita alcuna percentuale.

Fonte: compilazione dell'autore.

2.3. Esistono diverse valutazioni dello stato di disabilità in parallelo

In Italia coesistono diverse definizioni di disabilità, comprese quelle che corrispondono alle valutazioni di base o allo stato di disabilità: invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità per il sostegno all'occupazione. Sebbene ognuna di queste cinque definizioni corrisponda a una determinazione diversa, descritta in dettaglio in seguito, esse condividono alcuni aspetti comuni nel processo di valutazione e nell'attuazione. Il processo seguito dalle valutazioni di base consiste principalmente in tre fasi, in cui l'INPS e le autorità sanitarie locali alternano il livello di coinvolgimento e di guida. Le responsabilità specifiche dell'INPS e delle autorità sanitarie locali nel processo sono state modificate nel 2010 (Legge 102/2009), come parte di un processo generale di decentralizzazione, rafforzando così il ruolo del primo in diverse fasi del percorso.

I medici di medicina generale (MMG) sono il punto di partenza per richiedere le valutazioni dello stato di disabilità in Italia. Le persone con problemi di salute che desiderano una certificazione di disabilità (in senso ampio) devono rivolgersi al proprio MMG, che a sua volta orienterà il paziente e prescriverà gli

esami medici necessari per certificare le condizioni che compromettono il funzionamento del richiedente. Questi esami medici possono essere condotti da qualsiasi medico certificato, ossia quasi tutti i medici in Italia – da quelli impiegati dalle autorità sanitarie locali, come i medici di assistenza primaria, ai medici liberi professionisti che lavorano per il Servizio Sanitario Nazionale. L'MMG della persona deve esaminare gli esami e compilare un certificato medico introduttivo su una piattaforma INPS online.

Il certificato medico introduttivo (modulo AP70) è un elemento importante nella procedura di valutazione dello stato di disabilità, soprattutto a causa del forte orientamento medico delle determinazioni di disabilità in Italia. Gli MMG svolgono quindi un ruolo chiave di abilitatori alla valutazione della disabilità, decidendo il contenuto delle visite mediche e suggerendo chi deve eseguirle. Ciò è simile in molti altri Paesi OCSE, ma la documentazione medica dell'MMG svolge un ruolo molto significativo in Italia nella formulazione della diagnosi e (talvolta) della valutazione funzionale e, quindi, della conseguente percentuale di invalidità civile della persona, a causa del tempo limitato e delle risorse disponibili da parte di chi valuta lo stato di disabilità.

Dopo la compilazione del certificato medico introduttivo, che produce un codice valido per 30 o 90 giorni, il passo successivo consiste nel presentare una domanda elettronica all'INPS utilizzando questo codice e specificando le diverse definizioni di disabilità (ad esempio, invalidità civile e/o handicap e/o invalidità per lavoro) per le quali il richiedente desidera essere valutato. La domanda può essere presentata dalla persona con disabilità o da un familiare, molto spesso con il supporto di associazioni di pazienti specifiche per la condizione medica del richiedente.

Questa seconda parte del processo è sotto la supervisione delle autorità sanitarie locali, che ricevono elettronicamente le informazioni contenute nella domanda e si occupano di compiti amministrativi come la prenotazione di un appuntamento con la commissione medico-legale e l'invito del richiedente. L'incontro con la commissione medico-legale è l'evento principale della procedura di valutazione e dovrebbe prevedere la presenza fisica del richiedente. È importante notare che, sebbene esistano differenze tra le varie località nella composizione della commissione e nei criteri e strumenti utilizzati (vedere sotto), una commissione medico-legale potrebbe condurre tre valutazioni di base contemporaneamente: invalidità civile (o cecità/sordità, a seconda dei casi), handicap e disabilità per il sostegno all'occupazione, con un solo incontro con la commissione (con procedure leggermente diverse tra le varie regioni). Il modo in cui la commissione traduce esattamente le informazioni cliniche in una percentuale di invalidità civile non è molto chiaro né trasparente, ma è simile a un metodo con tabella di Barème attraverso la quale si attribuisce una percentuale di invalidità a una determinata diagnosi; un metodo che si basa sull'esperienza, ma che manca di validità e affidabilità scientifica. Dopo l'incontro con la commissione e la sua decisione, l'autorità sanitaria locale completa il processo amministrativo e invia all'INPS le informazioni pertinenti e la percentuale di invalidità civile proposta.

L'ultima parte del processo è di competenza dell'INPS, che convalida il risultato della commissione medico-legale e prende una decisione finale. Quando è d'accordo con la decisione della commissione, l'INPS la comunicherà al richiedente e avvierà ulteriori fasi di verifica dell'idoneità necessarie per concedere le prestazioni a cui il richiedente potrebbe avere diritto, in particolare la raccolta dei dati socio-economici e reddituali necessari per la prova dei mezzi associata ad alcuni dei pagamenti di invalidità. Nei casi in cui l'INPS non è d'accordo con l'esito della commissione medico-legale, la domanda viene messa in attesa per ulteriori indagini. Tale indagine potrebbe basarsi sulle informazioni già raccolte o richiedere un'ulteriore valutazione del richiedente. Sebbene non siano disponibili dati quantitativi, l'evidenza aneddotica descrive la fase di convalida da parte dell'INPS come un'importante pietra miliare delle valutazioni dello stato di invalidità, con una percentuale considerevole di domande che vengono messe in attesa per ulteriori indagini, soprattutto per quanto riguarda gli alti gradi di invalidità civile. Questa indagine supplementare ha implicazioni sulla durata del processo complessivo, in quanto generalmente ritarda la decisione di diversi mesi e potrebbe anche richiedere un'ulteriore visita del richiedente ai fini della valutazione. Pertanto, nell'ultimo decennio sono state introdotte diverse misure con l'obiettivo di ridurre la percentuale di valutazioni sospese dall'INPS.

La Legge 102/2009 ha introdotto la partecipazione di un medico dell'INPS alle commissioni medico-legali, che dovrebbe contribuire a un migliore allineamento tra la decisione della commissione e la sua convalida da parte dell'INPS. Più recentemente, in risposta alla pandemia COVID-19, l'INPS ha anche stabilito il concetto formale di "valutazione d'ufficio", su mera base documentale, che consente di raccogliere ulteriori informazioni per la procedura di verifica senza richiedere all'utente di comparire nuovamente davanti alla commissione. Il successo di queste misure nello snellire l'ultima parte delle valutazioni di base non può essere valutato con i dati disponibili. Tuttavia, le informazioni ricavate dalle interviste sul campo suggeriscono che l'effettiva attuazione di questi sforzi potrebbe essere limitata, a causa della rara partecipazione dei medici dell'INPS alle commissioni medico-legali. La decisione finale dell'INPS non viene condivisa con la corrispondente autorità sanitaria locale, il che impedisce a quest'ultima di seguire l'intero percorso di valutazione per una parte considerevole dei suoi richiedenti e di conoscere le differenze tra la sua proposta iniziale e la decisione finale dell'INPS.

È importante notare che esistono alcune eccezioni alla procedura di valutazione dello stato di disabilità sopra descritta, che non è seguita da tutte le regioni o province italiane. Una di queste eccezioni deriva da una convenzione tra l'INPS e alcune autorità sanitarie locali (Convenzione Invalidità Civile o CIC). Le convenzioni sono attualmente in vigore in alcuni distretti sanitari in Campania (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), Friuli Venezia Giulia (Pordenone), Sicilia (Trapani, Caltanissetta e Messina) e Veneto (San Donà di Piave, Verona e Venezia) e in tutti i distretti sanitari in Basilicata, Calabria e Lazio. Attraverso queste convenzioni, alcune regioni o province hanno trasferito la piena responsabilità dell'accertamento dello stato di disabilità all'INPS, rendendo le sedi regionali dell'Istituto responsabili di occuparsi dell'intero processo, comprese le parti solitamente svolte dalle autorità sanitarie locali. Sebbene le prime parti del processo rimangano in linea di principio le stesse, in queste regioni o province si può osservare una semplificazione con l'eliminazione della fase di verifica, in quanto l'INPS supervisiona la commissione medico-legale stessa. Rendendo l'esito della commissione la decisione finale della valutazione dello stato di disabilità, tali convenzioni riducono la durata complessiva della procedura di richiesta e le risorse solitamente necessarie per la procedura di verifica. Un'altra eccezione alla procedura di default seguita per la valutazione dello stato di invalidità si osserva nelle regioni e province autonome, come il Trentino. In Trentino, le prestazioni non vengono attribuite dall'INPS, ma dall'agenzia corrispondente della Provincia autonoma.

2.3.1. Commissioni medico-legali e valutazioni

Nonostante le somiglianze nella procedura seguita, ci sono anche importanti differenze nelle valutazioni dello stato di disabilità per le diverse definizioni di disabilità. Le principali differenze sono descritte di seguito e riguardano la composizione delle commissioni medico-legali, i criteri e gli strumenti utilizzati nella valutazione e il modo in cui i diversi risultati si collegano all'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Accertamento dell'invalidità civile, cecità e sordità

L'accertamento dell'invalidità civile è un requisito per le persone con disabilità per accedere alle prestazioni di invalidità. L'accertamento della cecità e della sordità può essere considerato come un equivalente dell'invalidità civile per queste condizioni, fornendo l'accesso a prestazioni analoghe. In linea di principio, i requisiti per l'invalidità civile, la cecità e la sordità si escludono a vicenda, anche se le persone possono chiedere di essere valutate sia per l'invalidità civile che per la cecità o la sordità, se non è chiaro se si qualificano per una delle ultime due.

Come stabilito dalla Legge 295/1990, la commissione medico-legale che valuta l'invalidità civile deve comprendere tre medici, solitamente selezionati tra quelli impiegati o affiliati all'autorità sanitaria locale. Il presidente della commissione dovrebbe essere uno specialista in medicina legale, mentre uno degli altri medici dovrebbe essere uno specialista in medicina del lavoro. In pratica, i medici del lavoro spesso non sono disponibili e due dei tre posti di medico sono occupati da medici di altre specialità. La commissione

deve comprendere anche un operatore dell'associazione che rappresenta la condizione medica del richiedente – quali Associazione Nazionale dei Mutilati e Invalidi Civili (ANMIC), Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti (UICI), Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi (ENS) e Associazione Nazionale di Famiglie e Persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo (Anffas) – e un segretario. Secondo le rispettive leggi, la differenza nella composizione delle commissioni che valutano la cecità civile (382/1970) e la sordità civile (381/1970) è il requisito dell'inclusione di un medico specialista nelle condizioni oggetto di valutazione – un oculista o un otorinolaringoiatra. Infine, dal 2010, le commissioni devono essere integrate da un medico affiliato alla sede regionale dell'INPS, il cui contributo alla valutazione dovrebbe ridurre la probabilità che la domanda venga trattenuta per un'ulteriore verifica da parte dell'INPS, dopo la decisione della commissione medico-legale. In pratica, tuttavia, i medici dell'INPS sono raramente presenti.

La commissione si basa principalmente sulle informazioni raccolte nel certificato medico introduttivo. Sebbene possa anche raccogliere informazioni aggiuntive sulla condizione medica, compresa la visita in loco dei richiedenti, la breve durata della visita (di solito meno di 10 minuti) è una pratica comune, che lascia un'opportunità limitata di interagire con il richiedente. Un'eccezione all'interazione di breve durata sembra essere in atto in Trentino, dove la commissione ha riferito di trascorrere in media circa 25 minuti con ogni richiedente. Un'altra differenza considerevole per questa Provincia autonoma è che la commissione è composta esclusivamente da un medico specializzato in medicina legale.

La determinazione dell'invalidità civile è una valutazione medicalizzata per legge: mira a cogliere la limitazione funzionale permanente derivante da determinate malattie o disturbi, che a loro volta devono essere adeguatamente caratterizzati attraverso dati clinici e di laboratorio. In teoria, la commissione dovrebbe considerare: l'entità della perdita anatomica o funzionale totale o parziale degli organi (1); la possibilità di utilizzare dispositivi protesici per garantire il ripristino totale o parziale di una funzione degli organi e delle strutture corporee danneggiate (2); e l'importanza, nelle attività lavorative o rispetto agli standard funzionali per il rispettivo gruppo di età, dell'organo o della struttura corporea per il danno anatomico o funzionale (3). In pratica, la commissione utilizza le informazioni cliniche disponibili per classificare i richiedenti con diagnosi legate a percentuali di invalidità civile legalmente predefinite. Al di là dell'esecuzione delle diagnosi, il potere discrezionale dei valutatori è limitato alla scelta di un valore all'interno degli intervalli di dieci punti percentuali consentiti per alcune condizioni di salute o alla riduzione/aumento delle percentuali fino a cinque punti percentuali, a seconda della rilevanza della limitazione funzionale per le (potenziali) attività lavorative del richiedente. Nel caso di gravi limitazioni funzionali cumulative, la somma delle percentuali deve essere preceduta da una valutazione dell'impatto reale delle condizioni aggiuntive sul funzionamento del richiedente. Le limitazioni funzionali che corrispondono a meno di dieci punti percentuali di invalidità civile non sono per lo più considerate in termini cumulativi. La decisione si basa su tabelle di corrispondenza aggiornate l'ultima volta nel 1992, che possono riflettere conoscenze mediche superate in molti casi.

Esistono diversi problemi nell'uso di queste tabelle, che non solo includono condizioni non più rilevanti, ma ne tralasciano altre che oggi sono sempre più importanti per la determinazione dell'invalidità, soprattutto per quanto riguarda l'ampio spettro di disturbi mentali, spesso molto diffuse ma ancora altamente stigmatizzate. Altrettanto importante, le percentuali attribuite alle diagnosi ignorano trent'anni di progressi della medicina, che possono attenuare i sintomi e l'impatto sul funzionamento della maggior parte delle malattie conosciute. Pertanto, l'uso di tali tabelle di corrispondenza obsolete aggiunge l'inadeguatezza di un approccio puramente medico che attribuisce percentuali standardizzate di invalidità a una diagnosi, ignorando il ruolo del contesto ambientale per ciascun richiedente e la rilevanza dell'interazione tra la ridotta funzionalità e l'ambiente.

Un'altra incoerenza della valutazione dell'invalidità civile risiede in un'ulteriore definizione di disabilità che viene valutata solo per coloro che sono classificati con il 100% di invalidità civile. In questo caso, la commissione valuta anche la capacità del richiedente di camminare o di compiere atti essenziali della vita quotidiana, sebbene manchino indicazioni aggiuntive su come eseguire questa valutazione. L'esito di

questa valutazione aggiuntiva è una decisione binaria che si aggiunge alla percentuale di invalidità civile, dando accesso a misure di supporto aggiuntive. La Tabella 2.1 riassume in termini semplici come i risultati delle valutazioni di invalidità civile, cecità e sordità si colleghino alla disponibilità di supporti a livello nazionale. Mentre i richiedenti sono considerati affetti da invalidità civile con percentuali superiori al 33%, i supporti più rilevanti sono disponibili solo con percentuali superiori al 67%.

Il riconoscimento di uno stato di invalidità civile è anche un prerequisito per lo stato di disabilità riconosciuto per il sostegno all'occupazione (46% dell'invalidità civile, vedere più avanti), e per alcune delle procedure di valutazione dei bisogni che vengono condotte per le persone per determinare l'idoneità e l'accesso alle prestazioni e ai servizi regionali e comunali.

Valutazione dell'handicap

La valutazione dello stato di handicap deriva dall'applicazione della definizione fornita dalla Legge 104/1992. Questa definizione comprende tre elementi e stabilisce che una persona handicappata è una persona che presenta una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva (1), che causa difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa (2) e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (3).

Sebbene chiunque possa richiedere un accertamento dell'handicap, compresi gli invalidi del lavoro e di guerra e coloro che rientrano nel sistema contributivo di assicurazione dell'invalidità, l'accertamento viene spesso eseguito parallelamente all'accertamento dell'invalidità civile, compresa la visita alla commissione. La commissione per l'handicap ha una composizione simile a quella della commissione per l'invalidità civile, tranne per il fatto che dovrebbe includere anche un assistente sociale. In Trentino, l'assistente sociale integra la commissione di un solo medico solo per i casi più complessi, mentre la consultazione a posteriori avviene più spesso. Nel complesso, l'aggiunta di un assistente sociale a una commissione che altrimenti è prevalentemente o esclusivamente medica riflette la diversa natura della definizione di disabilità applicata per la valutazione dell'handicap. Infatti, il concetto di handicap è l'unico tra le definizioni di disabilità coesistenti in Italia che offre un certo spazio per andare oltre i modelli di disabilità legati al corpo fisico e alla medicina ed esplorare il funzionamento del richiedente nel contesto delle barriere attitudinali e di altro tipo al funzionamento. Sebbene questo sia un aspetto positivo – e più in linea con i principi promossi dall'ICF – non è chiaro come questo si concretizzi nella pratica, dato che la commissione non utilizza altri criteri o strumenti e la visita è comunque di durata molto breve. La valutazione dell'handicap può portare a uno dei tre risultati: nessun handicap, handicap e handicap grave. La distinzione tra queste ultime due categorie è stabilita dalla Legge 104/1992, che definisce un handicap come grave se la diminuzione dell'autonomia personale – e tenendo conto dell'età rispettiva della persona – porta alla necessità di ricevere un'assistenza permanente, continua e completa, sia nell'ambito dello svolgimento di compiti individuali che nella relazione con gli altri. In pratica, questo si traduce nella valutazione della necessità del richiedente di ricevere assistenza e supporto permanenti. Il requisito della permanenza implica una certa persistenza del deficit che porta a un funzionamento ridotto e a uno svantaggio sociale, pur potendo mutare nel tempo. Nel complesso, anche se la sua definizione è più in linea con l'approccio ICF alla disabilità, la valutazione dell'handicap sembra essere permeata da considerazioni mediche onnipresenti nel sistema italiano. Ad esempio, alcune condizioni di salute sono state determinate a priori per conferire direttamente l'idoneità allo stato di handicap grave. Questo è il caso, ad esempio, dei richiedenti sottoposti a dialisi (guida del Ministero della Salute 17 novembre 1998), con sindrome di Down (Legge 290/2002), con fibrosi cistica o con sordità (comunicazioni interne dell'INPS).

Lo stato di handicap consente l'accesso a misure di supporto aggiuntive, e lo stato di handicap grave è spesso un requisito. Le prestazioni aggiuntive vanno dalle esenzioni dai ticket per le cure mediche, che consentono l'accesso gratuito ai servizi sanitari, a prestazioni per l'individuo e i suoi familiari nel contesto della partecipazione al lavoro (come il diritto a tre giorni al mese di congedo per assistenza, l'estensione

del periodo di congedo parentale, l'esenzione dai turni notturni e la flessibilità nella scelta del luogo di lavoro) e a sconti e agevolazioni come le detrazioni fiscali per l'acquisto di ausili e l'esenzione fiscale per l'acquisto di un veicolo a motore. Lo stato di handicap è anche un primo passo importante per creare l'idoneità ai supporti forniti a livello regionale, dopo aver effettuato una valutazione dei bisogni a livello locale.

Valutazione della disabilità per il sostegno all'occupazione

La valutazione della disabilità per il sostegno all'occupazione (designata come *disabilità* nella Legge 68/1999) si differenzia dalle altre valutazioni di base, in quanto consiste principalmente nel verificare se il richiedente – che deve avere un'età compresa tra i 14 e i 65 anni – ha i requisiti per l'invalidità civile con una percentuale di almeno il 46% o per la cecità civile o la sordità, l'invalidità lavorativa con una percentuale di almeno il 33% o l'invalidità di guerra.

La valutazione della disabilità per il sostegno all'occupazione viene spesso effettuata in parallelo alla valutazione dell'invalidità civile e dell'handicap. La commissione di valutazione dovrebbe essere come quella che valuta lo stato di handicap, includendo un assistente sociale oltre ai membri medici. Mentre la presenza di un gruppo multidisciplinare sarebbe certamente rilevante per una valutazione approfondita delle persone con disabilità a fini occupazionali, il ruolo della commissione nel contesto della Legge 68/1999 sembra essere esclusivamente una verifica amministrativa dei risultati di altre valutazioni di disabilità. Le informazioni qualitative sulle capacità professionali del richiedente potrebbero essere incluse nel rapporto di valutazione, ma non ci sono linee guida su come farlo, né prove che dimostrino la prevalenza di questa pratica.

Essere valutati come disabili per il sostegno all'occupazione permette alle persone di qualificarsi per una serie di strumenti che dovrebbero facilitare il loro collocamento mirato e la loro partecipazione al mercato del lavoro. Il vantaggio principale consiste nell'essere inseriti in una lista per un ulteriore supporto fornito dai servizi per l'impiego a livello provinciale (ogni regione in Italia è composta da più province). Inoltre, i richiedenti che si qualificano attraverso l'invalidità civile possono ottenere ulteriori benefici legati all'occupazione quando la loro percentuale è superiore a dei limiti, come ad esempio:

- 50%: idoneità agli adeguamenti del posto di lavoro, rimozione delle barriere sul posto di lavoro, impostazione del telelavoro.
- 60%: qualifica per la quota di occupazione per persone con disabilità che i datori di lavoro sono tenuti a soddisfare (anche per i candidati già occupati al momento della valutazione).
- 67-80%: tassazione dei contributi previdenziali ridotta del 50% per i primi cinque anni.
- 80% (e con una disabilità intellettiva o mentale): esonero dai contributi previdenziali per i primi otto anni.
- Disabilità intellettiva o mentale: collocazione garantita.

2.3.2. Rivalutazioni e ricorsi

Le attuali procedure di valutazione dello stato di disabilità offrono un margine limitato per una rivalutazione efficiente dei risultati di una decisione iniziale. Non esistono scadenze rigide per la rivalutazione o requisiti di rinnovo per i risultati di una delle cinque definizioni di stato di disabilità. Sebbene le commissioni possano includere tali requisiti nella relazione di valutazione, i dati disponibili non consentono di trarre conclusioni sul fatto che si tratti di una pratica ricorrente. Sebbene una certa flessibilità nel definire la necessità di rivalutazione possa essere una buona pratica, consentendo alla commissione di personalizzare tale decisione in base al contesto del richiedente e del suo ambiente sociale, le condizioni e la periodicità della rivalutazione dovrebbero essere regolate dalla legislazione, con indicazioni e trasparenza sui criteri da utilizzare in tali decisioni.

Per i richiedenti che non sono d'accordo con l'esito della valutazione, le possibilità di appello contro la decisione sono teoricamente limitate a una procedura giudiziaria che può essere presentata fino a 180 giorni dopo la decisione. Questa procedura è stata modificata dal 2012 (Legge 111/2011) con l'obiettivo di ridurre la durata del processo giudiziario, che può durare diversi anni, ed evitare di sovraccaricare il sistema giudiziario civile. Tuttavia, si tratta ancora di una procedura complessa, che può scoraggiare le persone con disabilità dal perseguirla, in quanto dovranno anche sostenere una parte dei costi necessari. La procedura d'appello modificata prevede una prima fase che precede il pieno coinvolgimento del giudice e le consuete attività giudiziarie, come le udienze. Questo primo passo consiste in una valutazione tecnica preventiva (accertamento tecnico preventivo) effettuata da un consulente: un medico nominato dal giudice. Solo se le parti non sono d'accordo con l'esito dell'accertamento tecnico preventivo, il processo passa al consueto percorso giudiziario, che è lungo e richiede molte risorse (come lo era prima del 2012). In Trentino, a differenza del resto del Paese, è possibile presentare un ricorso amministrativo entro 60 giorni dalla decisione della commissione medica unica. Il ricorso porta a una valutazione di secondo grado da parte di una commissione di tre medici, uno dei quali deve rappresentare l'associazione di persone con disabilità interessata.

È interessante notare che, nonostante la complessità del processo di appello, non esiste un limite al numero di volte in cui una persona può richiedere una valutazione, iniziando così il processo da zero. Questo, insieme alla complessità del processo di appello, potrebbe portare a incentivi involontari per presentare nuove richieste e ricominciare il processo piuttosto che fare appello. In effetti, le procedure dell'INPS consentono ai richiedenti di presentare una richiesta di annullamento di un processo/decisione in corso, nel qual caso la documentazione a supporto di tale richiesta viene valutata da una commissione superiore dell'INPS. Questa valutazione ha tre possibili esiti: può confermare la decisione precedente, può annullare il processo/decisione in corso e inviare il paziente a ricominciare il processo, oppure può modificare direttamente la decisione in base a quella richiesta dal richiedente. In pratica, questo processo sembra essere equivalente a un (inefficiente) appello amministrativo. Evidenzia inoltre i limiti delle attuali procedure giudiziarie nel garantire il diritto di appello contro una decisione di disabilità basata in primo luogo su una valutazione eccessivamente medicalizzata e obsoleta.

2.3.3. Tendenze nelle valutazioni dello stato di disabilità

Le figure seguenti riassumono l'andamento dell'ultimo decennio dei tassi di richiesta e di accettazione degli accertamenti di invalidità civile e di handicap. Si possono osservare i seguenti andamenti:

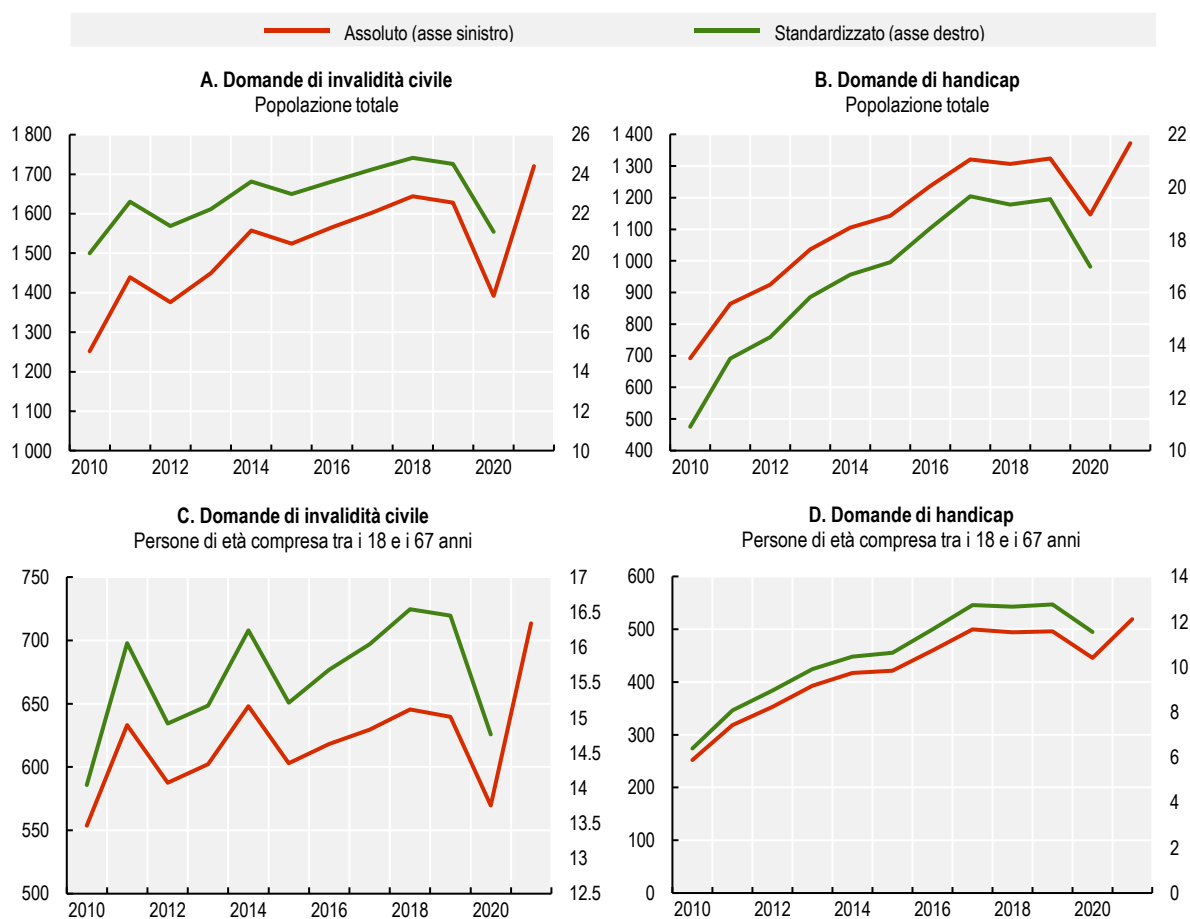
- le richieste di invalidità civile fluttuano di anno in anno, ma hanno avuto una tendenza graduale all'aumento fino alla pandemia COVID-19, soprattutto per la popolazione totale, ma in misura minore anche per la popolazione in età lavorativa. Nel 2021, il numero di richieste di invalidità civile è tornato al livello del 2019 (Figura 2.1, Pannelli A e C).
- Le richieste di handicap sono in forte aumento e sono raddoppiate tra il 2010 e il 2017 sia per la popolazione totale che per quella in età lavorativa. Dal 2017, l'aumento tendenziale si è appiattito. Dopo un calo nel 2020, il livello nel 2021 è stato superiore al livello pre-pandemia (Figura 2.1, Pannelli B e D).
- L'aumento delle richieste di invalidità civile e di handicap nell'ultimo decennio per le persone in età lavorativa è stato in gran parte guidato dalle regioni del centro e del sud del Paese (Figura 2.2). Le regioni insulari (Sardegna e Sicilia) rappresentano una notevole eccezione, in quanto hanno registrato un rapido aumento delle valutazioni di handicap, ma nessun aumento delle valutazioni di invalidità civile.
- Per quanto riguarda l'invalidità civile, le regioni con i maggiori aumenti avevano tassi di applicazione più elevati già dieci anni fa; di conseguenza, il divario nord-sud è aumentato ulteriormente, con tassi al nord spesso inferiori all'1,5% della popolazione in età lavorativa ogni anno e tassi al sud superiori al 2,5% (Figura 2.2, Pannello A). Per le valutazioni dell'handicap, i tassi erano più simili in tutte le regioni dieci anni fa, oscillando intorno allo 0,75% della popolazione

in età lavorativa. Oggi, i tassi nel sud sono tipicamente doppi rispetto al nord (2% contro 1% della popolazione in età lavorativa) (Figura 2.2, Pannello B).

- I tassi di accettazione sono generalmente abbastanza simili tra le varie regioni e, nel complesso, piuttosto elevati, in particolare per le domande di handicap. I tassi di accettazione delle domande di invalidità civile convergono verso il 50-60% in tutte le regioni d'Italia, in quanto le regioni che in passato avevano tassi di accettazione più elevati – sia al nord che al sud – hanno registrato un calo di tali tassi (Figura 2.3).
- I tassi di accettazione delle domande per handicap sono rimasti elevati e sostanzialmente invariati tra il 2010 e il 2021, intorno o addirittura sopra il 90% (Figura 2.4, Pannello A). La maggior parte delle domande viene accolta con lo status di “handicap grave”, ma la distribuzione tra lo status di handicap e quello di handicap grave varia notevolmente da regione a regione (Figura 2.4, Pannello B). Le regioni meridionali con un numero maggiore di richieste di handicap tendono a concedere uno status di handicap grave meno spesso rispetto alle altre regioni.

Figura 2.1. Il numero di domande di invalidità civile e di stato di handicap in Italia è in aumento

Richieste di invalidità civile e handicap per la popolazione totale e la popolazione in età lavorativa, in migliaia



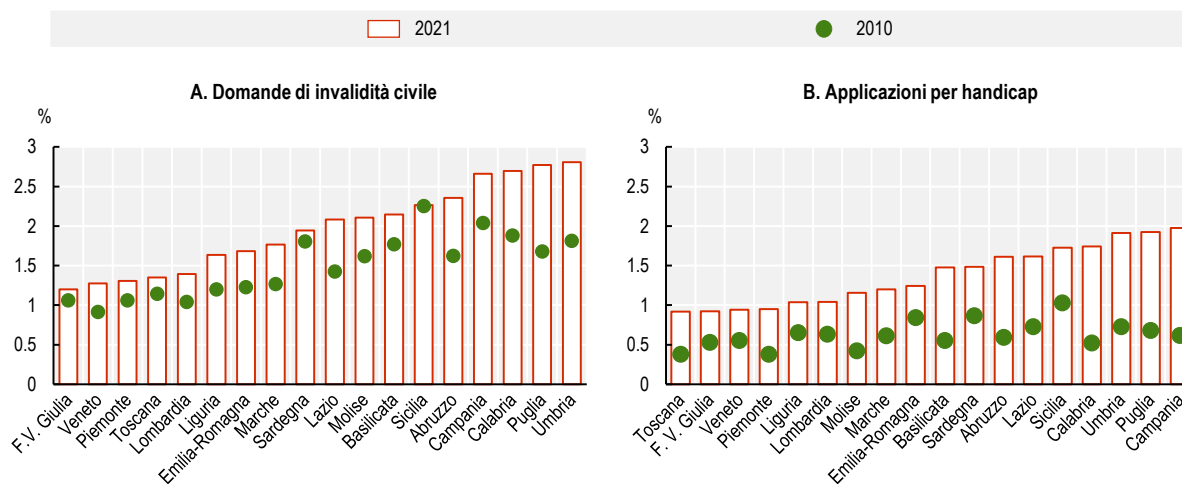
Nota: le domande di accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap per la popolazione totale comprendono tutte le domande, indipendentemente dall'età; le domande per la popolazione in età lavorativa si riferiscono alle persone di età compresa tra i 18 e i 67 anni. Le domande standardizzate sono le domande divise per il corrispondente numero di residenti, presentate oltre i 1.000 residenti. I dati coprono tutte le regioni italiane, ad eccezione del Trentino e dell'Alto Adige.

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati INPS preparati per l'OCSE.

StatLink  <https://stat.link/etadci>

Figura 2.2. Alcune regioni italiane sono responsabili del grande aumento delle richieste di handicap

Richieste di invalidità civile e handicap come percentuale della popolazione in età lavorativa per regione, 2010 e 2021



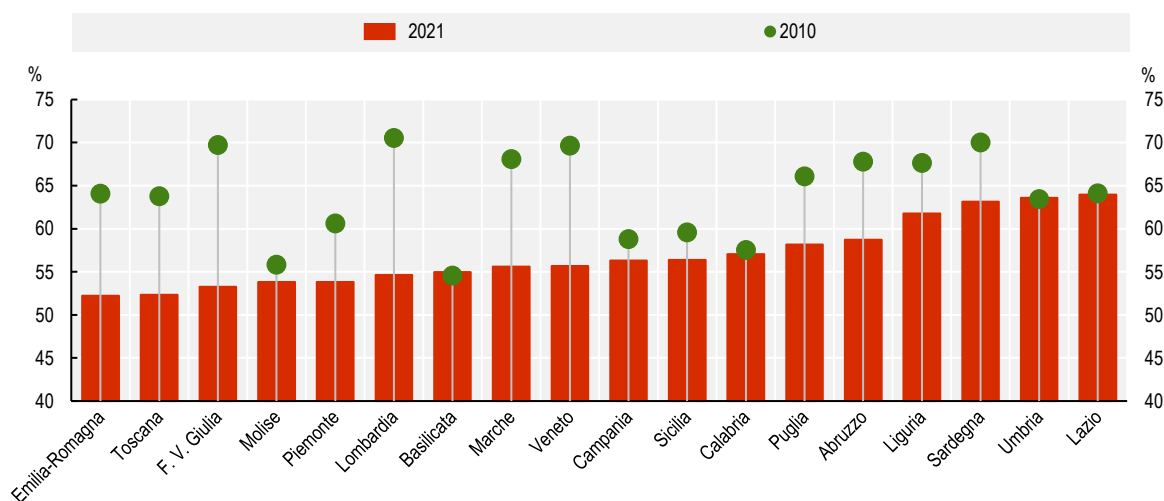
Nota: richieste di invalidità civile e handicap per la popolazione in età lavorativa tra i 18 e i 67 anni divise per il numero di residenti in età lavorativa.

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati INPS preparati per l'OCSE.

StatLink  <https://stat.link/u09ykd>

Figura 2.3. Nell'ultimo decennio i tassi di accettazione dell'invalidità civile sono convergenti nelle varie regioni

Quota di invalidità civile concessa per regione, 2010 e 2021



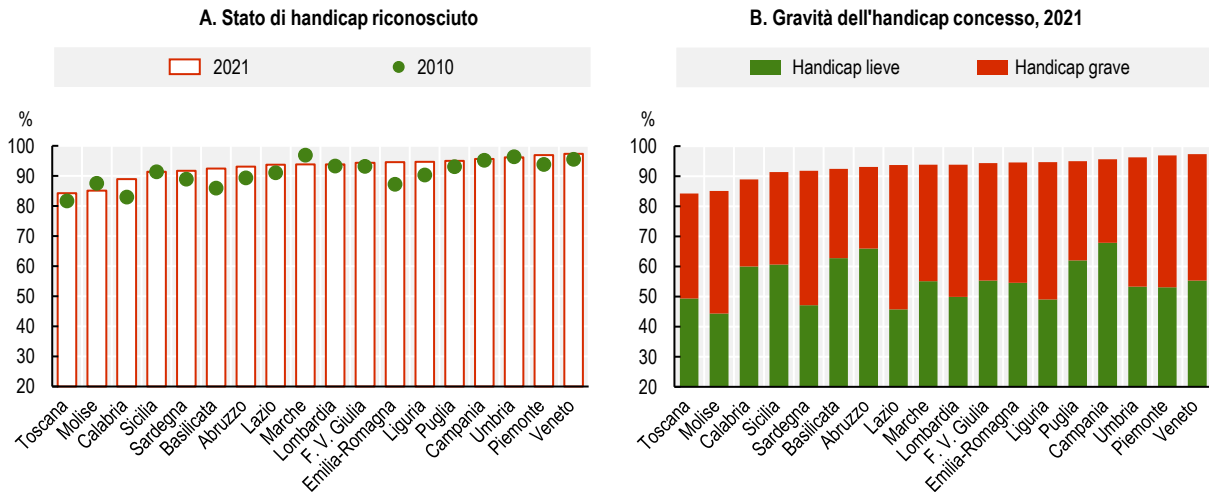
Nota: i dati mostrano il numero di domande accolte rispetto al numero di domande elaborate ogni anno (la differenza è rappresentata dalle domande respinte).

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando dati INPS preparati per l'OCSE.

StatLink  <https://stat.link/cvgu5m>

Figura 2.4. I tassi di accettazione dell'handicap sono elevati ovunque, in particolare per gli handicap gravi

Quota di status di handicap concesso per regione nel tempo e per gravità



Nota: i dati mostrano il numero di domande accolte rispetto al numero di domande elaborate ogni anno (la differenza è rappresentata dalle domande respinte). Il pannello A include sia lo stato di handicap che di handicap grave, mentre il pannello B distingue i due tipi di stato di handicap in tutte le domande accettate.

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati INPS preparati per l'OCSE.

StatLink  <https://stat.link/phmvi1>

2.3.4. Altre valutazioni sullo stato di disabilità

Le persone con disabilità che hanno un passato lavorativo possono (in aggiunta) richiedere valutazioni di invalidità alternative (diverse dall'invalidità civile) per determinare l'idoneità alle prestazioni dell'assicurazione invalidità. I richiedenti del regime contributivo di assicurazione invalidità devono aver pagato i contributi previdenziali sui loro guadagni per almeno cinque anni (260 settimane), di cui tre anni (156 settimane) negli ultimi cinque anni. Mentre questi requisiti contributivi sono gli stessi per tutti i lavoratori, esistono differenze significative nella definizione di disabilità, nella procedura di valutazione e nelle principali istituzioni coinvolte, a seconda che i richiedenti siano dipendenti o autonomi del settore privato (Legge 22/1984) o dipendenti pubblici (Legge 335/1995). La seguente descrizione si riferisce principalmente alla valutazione per il primo gruppo, in quanto riguarda una percentuale molto più ampia della popolazione.

I dipendenti del settore privato o i lavoratori autonomi vengono valutati per una riduzione della loro capacità lavorativa dovuta a una malattia/disturbo o a una limitazione funzionale fisica o mentale che non dovrebbe essere una conseguenza della loro attività professionale. La riduzione può essere valutata come parziale, se supera il 33%, o come totale. All'invalidità parziale e totale corrispondono prestazioni diverse, rispettivamente l'assegno ordinario di invalidità e la pensione ordinaria di inabilità.

A prima vista, la definizione di invalidità nel sistema assicurativo sembra avere alcune somiglianze con quella di invalidità civile, che copre le persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni che hanno subito una riduzione permanente della capacità lavorativa superiore a un terzo. In pratica, la differenza principale sembra essere nel modo in cui viene effettuata la determinazione. Mentre la percentuale di invalidità civile è determinata con un metodo simile a quello con tabella di Barème, non sono previsti metodi o strumenti aggiuntivi per la valutazione dell'invalidità nel sistema assicurativo. D'altra parte, la valutazione della

capacità lavorativa in quest'ultimo sistema deve prendere in considerazione le attitudini esistenti e il lavoro precedentemente svolto con queste attitudini.

La richiesta al sistema contributivo segue la stessa procedura delle altre valutazioni di invalidità, essendo presentata elettronicamente all'INPS e richiedendo un certificato medico introduttivo simile. Tuttavia, le autorità sanitarie locali non hanno alcun ruolo nell'intero processo, che viene svolto interamente dall'INPS. La valutazione viene effettuata da un unico medico dell'INPS che valuta le condizioni mediche del richiedente. Il medico dell'INPS deve prendere in considerazione la gravità e la persistenza della condizione, l'esistenza di opzioni di trattamento e riabilitazione adeguate e l'impatto sul funzionamento in relazione al lavoro. Questa valutazione deve includere la considerazione dell'istruzione e della formazione del richiedente, delle esperienze lavorative precedenti e dell'attitudine al lavoro, nonché delle possibili prospettive di carriera alternative/adattate. Sebbene la valutazione rimanga altamente medicalizzata, tali considerazioni offrono l'opportunità di un'analisi migliore del contesto sociale e dell'ambiente rispetto all'applicazione del metodo con tabella di Barème. Nel sistema assicurativo, condizioni cliniche identiche potrebbero in linea di principio portare a percentuali di invalidità molto diverse – a seconda delle capacità lavorative del richiedente, dei compiti lavorativi e delle occupazioni adatte. Tuttavia, la determinazione appropriata dell'invalidità in questo contesto sembra essere ostacolata dalla mancanza di uno strumento affidabile e valido per tradurre la serie di considerazioni di cui sopra nel risultato numerico finale richiesto.

Un'altra differenza tra l'invalidità civile e l'invalidità nel sistema contributivo riguarda la natura vincolante della decisione dell'INPS in quest'ultimo caso, poiché i richiedenti possono scegliere se richiedere l'assegno ordinario di invalidità o la pensione ordinaria di inabilità: hanno il diritto di optare per l'assegno, anche se la commissione decide che sono totalmente incapaci di lavorare. In pratica, i richiedenti possono optare per l'indennità a causa delle condizioni legate all'ammissibilità alla pensione ordinaria di inabilità: l'obbligo di cessare ogni attività lavorativa, di essere cancellati dagli albi professionali e da altre liste di collocamento pertinenti, e di essere esentati dall'assicurazione di disoccupazione o da altre integrazioni di reddito. Ci sono alcune situazioni professionali, in particolare tra i lavoratori autonomi e le persone che gestiscono aziende familiari, in cui i richiedenti sono incoraggiati a proseguire l'attività professionale anche se sono stati valutati come totalmente invalidi a tale scopo. Anche se in pratica non ci sono dati per valutare la frequenza di questa situazione, una tale discrepanza tra la decisione di valutazione e la prestazione ricevuta evidenzia i limiti dell'attuale metodo di valutazione nel rilevare correttamente la disabilità, in quanto può classificare come totalmente disabili persone che sono in grado e disposte a continuare a lavorare. Un'ultima differenza tra le pratiche di accertamento dell'invalidità contributiva e civile è che nella prima le persone classificate come parzialmente invalide e quindi aventi diritto all'assegno ordinario di invalidità devono essere rivalutate dopo tre anni per un massimo di due volte, dopodiché l'invalidità viene definitivamente considerata permanente.

2.4. Le valutazioni dei bisogni a livello regionale variano notevolmente

2.4.1. Accesso frammentato ai servizi e alle prestazioni regionali e comunali

Per accedere alle prestazioni e ai servizi a livello regionale e comunale, le persone con disabilità devono sottoporsi a un secondo livello di valutazione, che valuta le loro esigenze e il diritto ai servizi sanitari e sociali e ai programmi per soddisfare tali esigenze. Sebbene questo approccio sia stato adottato in molti Paesi dell'OCSE, la sua attuazione in Italia deve affrontare molte sfide. La sfida principale deriva dal sistema di protezione sociale frammentato e in cui è difficile orientarsi a livello regionale e comunale, con una rigida divisione tra i settori sanitario (socio-sanitario) e sociale (socio-assistenziale). La complessità insita in questa divisione è aggravata da un approccio alle esigenze delle persone orientato ai servizi, in cui sia la valutazione che l'intero percorso del cliente sono modellati dai servizi e dai programmi disponibili e dal modo in cui sono organizzati, comprese le loro fonti di finanziamento.

Punti di accesso al sistema locale

Le valutazioni dei bisogni in Italia sono storicamente dipendenti dalle prestazioni e dai servizi, il che significa che occorre presentare una domanda e una valutazione dei bisogni separate per ogni prestazione e servizio fornito da una regione o da un comune. Per rispondere alle complesse esigenze delle persone con disabilità, le regioni hanno costruito negli anni un considerevole portafoglio di servizi e programmi. Sebbene l'esistenza di queste risposte sia un aspetto positivo, diventa una sfida per i cittadini orientarsi tra le molteplici procedure di richiesta e di valutazione di tale sistema, che spesso finisce per essere guidato dall'offerta piuttosto che dalla domanda (o dal bisogno), portando potenzialmente a una distorsione delle richieste per soddisfare i criteri di idoneità.

Pertanto, il sistema di protezione sociale per le persone con disabilità – e più in generale per i cittadini vulnerabili – è caratterizzato da molteplici punti di accesso e percorsi da percorrere, e da una conseguente molteplicità di valutazioni dei bisogni. Negli ultimi anni, la proliferazione dei programmi e delle prestazioni disponibili non ha fatto altro che esacerbare questo problema. Un sistema così frammentato manca di efficienza e di equità, in quanto le persone con problemi simili rischiano di vivere situazioni molto diverse, con valutazioni delle esigenze diverse e un supporto diverso, a seconda del loro primo contatto e dell'interlocutore che trovano. Ciò comporta anche un onere considerevole per la persona e la sua famiglia, che deve orientarsi in un sistema di questo tipo, che richiede una profonda conoscenza delle questioni amministrative e quindi una grande quantità di tempo e di sforzi.

Altre due caratteristiche del sistema italiano contribuiscono in modo significativo alla sua complessità. In primo luogo, il fatto che i servizi e i programmi vengono solitamente aggiunti alle soluzioni esistenti, creando un ulteriore punto di accesso o procedura da seguire, spesso a seconda della parte del sistema che fornisce il servizio o il programma e della sua fonte di finanziamento. In secondo luogo, e soprattutto, esiste un grande divario tra i servizi sanitari e sociali a livello regionale, dall'alto (direzioni generali all'interno delle amministrazioni regionali) al basso (autorità sanitarie locali e servizi forniti a livello comunale) del sistema. Sebbene questi due settori servano una popolazione simile e i rispettivi servizi possano sovrapporsi in alcune aree, sono organizzati, operano e sono finanziati in modi molto diversi. La riforma costituzionale del 2001 ha aumentato la complessità con la devoluzione dei poteri ai livelli inferiori di governo, rendendo le politiche e gli affari sociali e sanitari una questione prevalentemente regionale.

Per superare la frammentazione e la mancanza di armonizzazione nell'affrontare l'emergere di bisogni complessi, diverse regioni italiane hanno deciso di creare dei punti unici di accesso al sistema (noti prevalentemente come Punto Unico di Accesso, PUA). Una definizione per questi PUA è stata sviluppata congiuntamente da nove regioni italiane nel 2008, con una forte attenzione a contribuire a una migliore integrazione tra i settori sanitario e sociale. Questo obiettivo doveva essere raggiunto attraverso diverse funzioni assegnate ai punti unici di accesso, tra cui un ruolo ampliato nella presa in carico delle persone bisognose, durante tutto il processo di valutazione e nel percorso di cura. In pratica, le regioni hanno modellato le funzioni dei loro PUA in base alle caratteristiche della regione ospitante e del suo quadro istituzionale. Gli studi che hanno analizzato le prestazioni dei PUA diversi anni dopo la loro implementazione iniziale hanno evidenziato una notevole eterogeneità nel modo in cui operavano, nelle funzioni che assumevano e nei loro collegamenti con i settori sanitario e sociale (Pesaresi, 2013^[1]). La maggior parte di queste limitazioni osservate nei punti unici di accesso al sistema di protezione sociale italiano sembrano persistere.

Mentre alcuni PUA possono avere funzioni limitate a fornire informazioni sulle risorse disponibili e su come accedervi, la maggior parte di queste strutture è stata segnalata come operante a un livello intermedio di supporto, responsabile anche di funzioni come la pre-valutazione e il rinvio delle persone a soluzioni che non richiedono un'ulteriore valutazione o alla valutazione multidimensionale dei bisogni da parte di unità multidisciplinari. Questo sembra essere il modello dei PUA nelle quattro regioni studiate, anche se in pratica ci sono differenze a seconda del rispettivo ecosistema di politiche sulla disabilità. In Trentino, i PUA hanno una portata limitata, soprattutto a causa del forte ruolo dei medici legali all'interno delle autorità

sanitarie locali. In questa regione, il ruolo dei medici legali va oltre la valutazione iniziale della disabilità: di fatto, sono il punto di accesso al sistema. Inoltre, a causa della popolazione ridotta della regione, i medici legali hanno una visione d'insieme dell'intero percorso seguito dalle persone con disabilità. In pratica, i punti unici in Trentino sono utilizzati principalmente da persone vulnerabili a causa della loro età, piuttosto che della loro disabilità.

Al di là dell'intensità di base o intermedia, i punti unici di accesso possono anche operare a un livello più intenso. In questo caso, queste strutture dovrebbero avere il ruolo di prendere in carico i clienti più complessi, dalla registrazione del caso e dalla raccolta dei dati, passando per le valutazioni multidimensionali dei loro bisogni, la creazione e il monitoraggio di piani personalizzati e la gestione del rapporto con i fornitori di servizi. Nella presa in carico, i PUA dovrebbero svolgere un ruolo nel migliorare la governance del sistema e nel realizzare un processo integrato e articolato, che garantisca alle persone un coordinamento fluido degli interventi per rispondere alle loro esigenze complesse. Tuttavia, non è stato possibile identificare una regione in cui i PUA svolgano in modo coerente un ruolo di accesso unico e di gestione dei casi così completo. Il più vicino a questo modo di operare sembra esistere solo per alcuni programmi e per i rispettivi flussi di finanziamento. In Sardegna, ad esempio, i PUA hanno un ruolo importante nel sostenere le persone con disabilità che accedono a programmi di inclusione come "Dopo di noi" e "Ritornare a casa". In Campania, queste strutture raccolgono le esigenze delle persone con disabilità che passano attraverso le unità di valutazione multidisciplinare, ma non seguono ulteriormente queste persone.

Un altro aspetto chiave del ruolo dei punti unici di accesso è se e in che misura riescono a fornire un'interfaccia integrata per i domini sanitario e sociale. In Sardegna, i PUA sono concepiti come strutture del settore sanitario, appartenenti esclusivamente alle autorità sanitarie locali e, quindi, corrispondenti a punti di accesso di secondo livello che dovrebbero seguire un primo contatto con i servizi sociali del Comune (settore sociale). In altre regioni, anche quando si prevede che i PUA abbiano un ruolo nell'integrazione dei domini sanitario e sociale, nella maggior parte dei casi queste strutture sembrano essere legate al lato sanitario e sono sportelli o strutture che fanno parte delle autorità sanitarie locali, nonché una porta d'accesso alla valutazione multidisciplinare necessaria per alcuni servizi residenziali, semi-residenziali e di assistenza domiciliare (integrata) legati alla salute. Tra le quattro regioni studiate, le *Porte Uniche di Accesso* della Campania mostrano la maggiore attenzione all'integrazione dei settori sanitario e sociale. In pratica, l'evidenza aneddotica suggerisce che l'integrazione effettiva viene raggiunta solo in circa un terzo di questi punti unici di accesso, con solo cinque su 72 situati nei servizi comunali piuttosto che nell'autorità sanitaria locale. Una delle principali conseguenze dell'incapacità di promuovere adeguatamente l'integrazione tra i settori sanitario e sociale è che queste strutture finiscono per non svolgere il ruolo di punto unico di accesso nel sistema. Infatti, i PUA probabilmente non sono nemmeno il primo punto di contatto più comune, un posto che viene occupato dai fornitori di servizi sociali dei Comuni (dominio sociale). Come in Sardegna, gli assistenti sociali comunali di altre regioni spesso si occupano in prima istanza di individui vulnerabili, indirizzandoli ai PUA quando l'utente ha esigenze sanitarie o complesse. Il grado in cui un PUA è un vero e proprio punto focale per l'accesso alle unità di valutazione multidisciplinare e ai servizi per la disabilità legati alla salute varia tra le regioni.

Un ultimo aspetto che sembra impedire ai PUA di funzionare secondo il loro potenziale è la variazione esistente nel modo in cui queste strutture operano all'interno delle regioni. Le quattro regioni di interesse non solo differiscono in termini di maturità dei loro punti unici di ingresso, ma anche per quanto riguarda le disposizioni legali esistenti e le indicazioni su come implementarle a livello locale. Ad esempio, la Sardegna faceva originariamente parte delle regioni che hanno concepito i PUA, mentre in Lombardia sembra esserci meno una visione di tutta la regione per le strutture equivalenti – *Sportelli Unici per il Welfare* (SUW). La Lombardia sembra essere la regione con la copertura più scarsa di punti unici di accesso e la maggiore variazione interna, dato che l'esistenza delle strutture è il risultato diretto dell'azione e del coordinamento a livello locale tra ciascuna *Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)* e il suo corrispondente gruppo di Comuni (*ambito*). Tuttavia, la variazione all'interno della regione prevale anche

quando vengono definiti degli standard regionali, come in Sardegna e in Campania. Ciò è dovuto al fatto che le caratteristiche operative dei punti unici di accesso sono definite anche a livello territoriale/locale, con l'articolazione lasciata alla collaborazione tra le autorità sanitarie locali e i servizi territoriali/comunali, che in alcune circostanze appare difettosa. Le diverse modalità di implementazione delle loro funzioni, come il fatto che ogni PUA decida come eseguire la pre-valutazione dei bisogni, portano all'eterogeneità dei percorsi seguiti dalle persone dal loro ingresso nel sistema in poi e ostacolano la capacità dei PUA di promuovere l'equità. Nel complesso, sebbene la flessibilità nell'adattare i PUA al contesto regionale e locale possa consentire una risposta più mirata alle esigenze della popolazione, aumenta anche la probabilità di disuguaglianze geografiche e di inefficienza, e in definitiva impedisce a queste strutture di essere strumenti facilmente identificabili e azionabili, e di raggiungere il loro obiettivo di integrazione. Nella loro forma attuale, i PUA non riescono a rappresentare veramente una porta d'accesso a tutti i servizi e prestazioni disponibili per le persone con disabilità. La mancanza di dati disponibili sull'uso di questi strumenti significa che non si sa nulla della percentuale effettiva di persone che accedono alle cure attraverso i PUA.

2.4.2. Le valutazioni della disabilità come punto di partenza

Le valutazioni di secondo livello a livello regionale sono progettate per abbinare le esigenze dei richiedenti con il supporto disponibile (da qui il nome "valutazioni dei bisogni"). Sarebbe quindi ragionevole aspettarsi che le valutazioni dei bisogni vengano effettuate come una continuazione di un precedente processo di valutazione della disabilità, e in particolare che si basino sulle informazioni e sulle conclusioni delle valutazioni dello stato di disabilità. In pratica, c'è un grande divario tra le valutazioni dello stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni, e le prime sono di utilità limitata per le seconde. È probabile che ci siano diverse ragioni per questo scollamento, tutte correlate tra loro:

- la prospettiva eccessivamente medicalizzata delle valutazioni dello stato di disabilità, che limita la loro utilità per la valutazione dei bisogni, dove il ruolo dell'ambiente è una componente importante.
- Il formato dei risultati delle valutazioni dello stato di disabilità, in quanto sia la percentuale di invalidità civile derivata principalmente dalle cartelle cliniche, sia le due categorie di handicap forniscono informazioni molto limitate sull'effettiva disabilità del richiedente.
- Limitazioni significative nella condivisione dei dati; i rapporti di valutazione delle commissioni medico-legali possono contenere informazioni aggiuntive, ma non esiste un meccanismo sistematico per rendere disponibili questi materiali ai fini delle valutazioni dei bisogni.

Le limitazioni sopra descritte sono particolarmente evidenti per lo stato di invalidità civile, che è lo stato più rilevante per le persone con disabilità per accedere ai supporti, ma è difficilmente rilevante e preso in considerazione nella valutazione dei bisogni. Lo status di handicap (grave) è più spesso una condizione per l'accesso ai servizi a livello regionale, ossia l'idoneità a programmi come il "Dopo di noi" o il "Fondo per la non autosufficienza" (vedere il prossimo capitolo per i dettagli su questi programmi). Sebbene sia una condizione di idoneità, le informazioni ottenute dalla valutazione dell'handicap sono ancora di uso limitato nella valutazione dei bisogni. Per compensare lo scollamento tra lo stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni, alcune valutazioni dei bisogni coinvolgono ancora i medici di base o altri medici per iniziare il processo di valutazione da zero. I medici sono tenuti a fornire informazioni sulle patologie della persona, duplicando così la produzione del certificato medico nella prima fase della richiesta dello stato di disabilità. In Sardegna, ad esempio, il verbale di accertamento rilasciato dalla Commissione di Invalidità Civile può essere incluso nel processo di richiesta di assistenza domiciliare, ma non è un requisito essenziale.

2.4.3. Esiste una moltitudine di valutazioni dei bisogni in parallelo

Le valutazioni dei bisogni vengono effettuate a livello regionale e locale in almeno tre contesti. In primo luogo, la valutazione multidimensionale viene effettuata da team multidisciplinari che lavorano a stretto contatto con i PUA. Come gli stessi PUA, anche questi team dovrebbero svolgere un ruolo di integrazione dei settori sanitario e sociale e dei rispettivi servizi. In pratica, le valutazioni dei bisogni effettuate da questi team sono per lo più un prerequisito per accedere ai servizi forniti dal settore sanitario (compresi gli approcci residenziali, semi-residenziali e di assistenza domiciliare integrata e alcuni programmi di integrazione come “Dopo di noi”), piuttosto che una valutazione completa che consentirebbe di accedere direttamente all'intero ventaglio di servizi esistenti in modo integrato. Pertanto, le valutazioni dei bisogni vengono effettuate anche da altri attori del sistema della disabilità. Esistono due tipi principali di valutazione. Da un lato, le valutazioni delle esigenze specifiche dei servizi sono per lo più effettuate dagli assistenti sociali dei Comuni, al fine di fornire l'accesso ai servizi sociali. Dall'altro lato, la valutazione dei bisogni può essere multidimensionale e multidisciplinare, ma viene effettuata a livello del fornitore di servizi, per lo più dal personale del fornitore di servizi e spesso includendo il medico di medicina generale o un assistente sociale del settore socio-sanitario che accompagna il richiedente. In Lombardia, ad esempio, la valutazione multidimensionale per i servizi semiresidenziali viene effettuata dall'équipe del servizio (compresi il coordinatore e gli operatori sanitari) con la partecipazione degli assistenti sociali comunali. Mentre le valutazioni guidate dai fornitori per l'accesso diretto alle strutture private esistono in diverse regioni, la Lombardia sembra essere un caso speciale. A causa dell'alto grado di privatizzazione sul lato dell'offerta, le valutazioni guidate dai fornitori sono possibili anche per i richiedenti finanziati con fondi pubblici.

Valutazione multidisciplinare e multidimensionale dei bisogni

La maggior parte delle valutazioni dei bisogni attualmente disponibili a livello regionale mira ad essere multidimensionale, un concetto derivato dalla valutazione dei bisogni geriatrici e proposto nei primi anni 2000 per promuovere l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi socio-sanitari.³ Il metodo di valutazione multidimensionale dovrebbe consentire di “definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, osservando ad esempio tanto gli aspetti cognitivi e funzionali che il contesto socio-abitativo: reddito, tipologia di abitazione ed eventuale presenza di barriere architettoniche, presenza di un(a) *caregiver* in famiglia, ecc.”.

La valutazione multidimensionale viene spesso effettuata da un team multidisciplinare, anche se non è sempre così. Nel contesto italiano, sembrano esserci principalmente due tipi di équipe multidisciplinari: quelle che operano nel contesto dei fornitori di servizi e valutano i richiedenti di un servizio specifico; e le unità di valutazione multidisciplinare, che sono équipe integrate/interistituzionali che lavorano a stretto contatto con i PUA. Queste unità di valutazione multidisciplinare possono essere chiamate in modo diverso nelle varie regioni, ossia Unità di Valutazione Integrata (UVI) in Campania, Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in Lombardia, Unità di Valutazione Territoriale (UVT) in Sardegna e Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in Trentino. Tuttavia, la loro composizione presenta caratteristiche comuni alle quattro regioni. Ad esempio, di solito comprendono un medico – un medico di medicina generale o un medico affiliato all'autorità sanitaria locale, o entrambi – e un assistente sociale. Altri possibili membri spesso includono un infermiere o un medico specializzato nella condizione medica alla base della disabilità. È importante notare che sembra essere comune in tutte e quattro le regioni che l'assistente sociale che partecipa all'unità di valutazione provenga dal distretto sanitario locale (ambito sanitario) o dal Comune (ambito sociale). Quest'ultimo è più probabile che sia presente quando la persona con disabilità entra per la prima volta nel sistema attraverso i servizi sociali e poi viene indirizzata da un assistente sociale a livello comunale al punto unico di accesso o direttamente all'unità di valutazione multidisciplinare a causa di esigenze sanitarie. La Campania sembra essere un'eccezione, in quanto gli assistenti sociali comunali sono descritti come parte delle unità di default. In assenza di un assistente sociale comunale, le unità multidisciplinari sono composte interamente da professionisti collegati all'ambito sanitario e non sono

veramente interistituzionali. Dato che le valutazioni dei bisogni effettuate sono per lo più incentrate sui servizi disponibili dal lato sanitario, queste équipes sembrano avere un margine limitato per promuovere l'integrazione stessa. Inoltre, la composizione delle équipes incentrata sulla sanità può favorire un approccio medico alla disabilità nella valutazione dei bisogni, in quanto l'uso di un criterio medico è spesso percepito dai valutatori come una riduzione della discrezionalità della valutazione. La medicalizzazione delle valutazioni multidimensionali in Italia è probabilmente spiegata dall'uso predominante di queste valutazioni per determinare l'idoneità ai servizi sanitari. In altri Paesi, le valutazioni dei bisogni spesso coinvolgono solo gli assistenti sociali, o gli assistenti sociali e gli specialisti della riabilitazione.

Nelle quattro regioni studiate, i richiedenti con esigenze sanitarie possono anche essere indirizzati all'unità dai medici di medicina generale, dagli assistenti sociali di livello comunale o da altri attori. Ad esempio, in Trentino, i medici legali dell'autorità sanitaria locale hanno il diritto di indirizzare i richiedenti per la valutazione dei bisogni all'UVM, dove hanno anche una responsabilità importante per le valutazioni dello stato di disabilità.

Un altro aspetto delle procedure seguite dalle équipes di valutazione multidisciplinare che deve essere evidenziato è la mancanza di un protocollo specifico per la valutazione dei bisogni. Sebbene si riconosca che le équipes di valutazione multidimensionale dovrebbero utilizzare scale e strumenti scientificamente convalidati che sono stati sottoposti a revisione critica a livello nazionale o internazionale (vedere nota a piè di pagina 7), la scelta di questi strumenti è solitamente lasciata a ciascuna équipe o, nel migliore dei casi, armonizzata a livello regionale. Nel caso della Campania, una Delibera della Giunta Regionale (DGR 324/2012) ha stabilito che l'UVI debba utilizzare la Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con Disabilità (SVaMDi). Lo strumento SVaMDi utilizzato in Campania è un adattamento dello strumento originariamente sviluppato nella Regione Veneto per standardizzare la fornitura di livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria tra le varie località e per assistere i team nella progettazione di progetti/piani per i richiedenti. SVaMDi è stato progettato per fornire informazioni che facilitassero l'organizzazione dei servizi a livello regionale e permettessero di monitorare i progressi dei richiedenti. Nella sua forma originale, questo strumento consisteva in cinque parti, quattro delle quali sono strettamente correlate ai domini ICF (deficit delle funzioni corporee, limitazioni nelle attività e nella partecipazione, fattori ambientali e valutazione sociale) e consentivano di tracciare un profilo delle persone in termini di funzionamento e gravità. Il completamento di ciascuna delle quattro parti sarebbe di competenza di diversi professionisti, tra cui medici di medicina generale e assistenti sociali. La quinta parte sarebbe una *copertina* che riassumerebbe le informazioni fornite nel resto dello strumento e si concluderebbe con il piano mirato, sotto la responsabilità dell'unità di valutazione multidisciplinare. L'adattamento campano dello SVaMDi originale è descritto nel Riquadro 2.1. Sebbene le diverse parti della scheda di valutazione siano definite a livello regionale, ogni team di valutazione multidisciplinare ha la flessibilità di decidere esattamente quali strumenti e scale utilizzare all'interno di queste diverse parti.

Riquadro 2.1. Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con Disabilità utilizzata in Campania (SVaMDi)

Scheda A: valutazione sanitaria per l'accesso ai servizi territoriali. Riporta le condizioni patologiche, il livello di funzionalità di alcune funzioni fisiologiche, i fattori ambientali che potrebbero rappresentare dei facilitatori o delle barriere per la qualità di vita del paziente e le classi di comorbidità, e include anche proposte di servizi.

Scheda B: valutazione specialistica per l'ammissione ai servizi territoriali. Questo modulo è ulteriormente suddiviso in cinque parti, che comprendono una valutazione cognitivo-comportamentale, una valutazione funzionale e le valutazioni della mobilità. Queste valutazioni vengono effettuate utilizzando strumenti convalidati.

Scheda C: valutazione sociale. Raccoglie dati personali, tra cui lo stato occupazionale, il titolo di studio, la condizione economica, la condizione abitativa e familiare e il supporto della rete sociale.

Scheda D: valutazione multidisciplinare, che mira a creare il percorso per il paziente.

Secondo quanto riferito, le unità di valutazione multidisciplinare in altre regioni utilizzano strumenti con una struttura simile, in una prima fase completando una serie di strumenti e scale e in una seconda fase compilando le informazioni e formulando raccomandazioni; gli strumenti utilizzati dipendono dai servizi o dai programmi interessati. Ad esempio, in Sardegna si utilizza uno strumento come SVaMDi, ma focalizzato sugli anziani, per valutare l'idoneità ai servizi di assistenza domiciliare (Scheda Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano, SVaMA). D'altra parte, la Sardegna utilizza una scheda di valutazione dei bisogni specifica, definita da una Delibera della Giunta Regionale (DGR 63/12 dell'11 dicembre 2020), per valutare i richiedenti del programma "Ritornare a casa", che prevede il ricorso all'assistenza domiciliare. Nel caso dei servizi residenziali e semiresidenziali, le UVT sarde utilizzano una serie di scale e misure cliniche e funzionali (ad esempio CIRS, Bernardini, Barthel, breve questionario e domande specifiche per la patologia, se applicabile), che vengono combinate con informazioni sull'ambiente sociale del richiedente per assegnargli un profilo. Questo profilo deve riflettere tre livelli di intensità del supporto necessario in termini di assistenza sanitaria (medio, moderato, basso, secondo lo strumento Bernardini) e in termini di assistenza sociale (medio, medio-alto, alto, secondo la Scala di Barthel). In Trentino, le diverse scale e gli strumenti utilizzati dipendono dal profilo del paziente e dal tipo di struttura identificata come potenziale servizio, ma l'UVM deve anche compilare una scheda di valutazione multidimensionale (Scheda per la Valutazione Multidimensionale, SVM). Nel caso della valutazione per i progetti di vita individualizzati, l'UVM del Trentino utilizza una versione adattata della SVaMDi del Veneto. La Lombardia ha introdotto uno strumento simile nel 2022 (Scheda Individuale del Disabile, SIDi).

La maggior parte degli strumenti di valutazione multidimensionale mira a fornire un modulo per l'elaborazione di un progetto individuale, descrivendo un percorso di cura (integrato) che risponda alle esigenze del richiedente. Il ruolo delle unità di valutazione multidisciplinare potrebbe anche essere esteso oltre la semplice valutazione, ad esempio per monitorare regolarmente l'attuazione del piano e apportare modifiche se necessario. In pratica, sia la progettazione che il follow-up dei piani personalizzati per le persone con disabilità sembrano essere limitati. Mentre l'approccio viene seguito per programmi specifici con un proprio flusso di finanziamento (ad esempio, "Dopo di noi", "Ritornare a casa" in Sardegna), il risultato delle unità di valutazione multidisciplinare è più spesso guidato e indirizzato verso un tipo di servizio, piuttosto che essere uno strumento veramente integrato che permette di avere diritto al supporto tradizionale.

Lo stato di disabilità e la valutazione dei bisogni in Italia sono una questione complessa per due motivi: la molteplicità di diverse valutazioni dello stato di disabilità a livello nazionale, che è insolita in un contesto internazionale; la responsabilità regionale-comunale per la valutazione dei bisogni, che spesso è guidata dai servizi o dai fornitori; e la mancanza di qualsiasi collegamento tra lo stato di disabilità e la valutazione dei bisogni. Il risultato è un sistema difficile da capire e quindi in cui è difficile orientarsi, e un sistema che crea notevoli disuguaglianze, sia tra le regioni e i comuni, sia tra persone in situazioni simili o con livelli di disabilità simili. Razionalizzare, armonizzare e collegare meglio i diversi strumenti di valutazione sarà importante per rendere il sistema più efficiente ed efficace.

Riferimenti

Pesaresi, F. (2013), "Le funzioni dei punti unici di accesso", *Welfare Oggi* 1/2013, pp. 15-22, [2]
<https://www.periodicimaggioli.it/rivista/welfare-oggi/1615069/2013/fascicolo/1618637>.

United Nations (2011), *Including the rights of persons with disabilities in United Nations programming at country level: A Guidance Note for United Nations Country Teams and Implementing Partners*, United Nations Development Group, [1]
https://www.un.org/disabilities/documents/iasg/undg_guidance_note_final.pdf.

Note

¹ Vedere: www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

² Vedere: www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health.

³ Vedere: www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-percentageE2%80%93-supplementi-alla-rivista/371-punto-unico-accesso.

3

Protezione sociale per le persone con disabilità in Italia

Questo capitolo analizza i programmi per la disabilità offerti a livello nazionale e subnazionale, comprese le prestazioni contributive e non contributive amministrative e finanziate dalle autorità nazionali, e una serie di servizi (sanitari e sociali) e altre prestazioni in natura fornite da Regioni e Comuni. Conclude che il sistema è complesso e in cui è difficile orientarsi, ma anche generalmente abbastanza adeguato per le persone che riescono ad accedere a tutto il supporto a cui hanno diritto. Tuttavia, molte persone non riescono ad accedere all'assistenza e molte di loro potrebbero essere ancora molto vulnerabili. Il capitolo rileva anche un significativo divario nord-sud, caratterizzato da una forte dipendenza dalle prestazioni finanziate dallo Stato nel sud del Paese, che non ha la capacità di fornire servizi per la disabilità più forti. Conclude che è necessaria una riforma per migliorare le prestazioni del sistema, per affrontare le grandi variazioni territoriali e per ottenere un passaggio dall'offerta di prestazioni al sostegno dell'occupazione e dell'autosufficienza.

Il sistema nazionale italiano di supporto alla disabilità è cambiato poco negli ultimi due decenni, anche se i servizi forniti a livello regionale e locale sono in continua evoluzione. Una preoccupazione chiave, evidenziata anche in questo capitolo, è rappresentata dalle significative disparità nell'offerta e nell'utilizzo di prestazioni e servizi nelle varie regioni italiane. La legge delega del 2021 affronta anche i temi della protezione sociale. Tuttavia, mentre la legge è abbastanza precisa sulla prossima riforma della valutazione della disabilità, compreso il requisito di un unico organismo nazionale per gestire la valutazione dello stato di disabilità, una revisione del sistema di protezione sociale nella sua complessità e natura organica era al di là dello scopo della legge delega. Tuttavia, va notato che la scelta normativa di collegare l'identificazione del supporto alla persona con disabilità all'elaborazione e all'attuazione del progetto di vita personalizzato e partecipativo – l'orientamento qualificante del decreto attuativo dedicato alla valutazione multidimensionale della disabilità – pone le basi per un cambiamento significativo nel processo di protezione sociale.

3.1. Il sistema nazionale delle prestazioni di invalidità

A livello nazionale, le prestazioni di invalidità sono erogate attraverso un sistema contributivo e un sistema non contributivo (invalidità civile), entrambi gestiti dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS). Questa distinzione è comune in molti Paesi dell'OCSE, ma il sistema di disabilità italiano è complesso e frammentato. La complessità del sistema ha le sue radici nella molteplicità delle distinzioni all'interno dei programmi di disabilità stessi. All'interno del sistema contributivo, coesistono sistemi paralleli per regime (lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, "lavoratori parasubordinati" e varie categorie di dipendenti) e all'interno di questi regimi. Professioni e occupazioni diversi hanno regimi previdenziali diversi, con differenze di generosità ma con caratteristiche altrimenti simili. All'interno del regime di invalidità civile, esistono dei regimi speciali paralleli per le persone sorde e cieche, sebbene queste siano anche ammissibili al regime generale non contributivo. La Tabella 3.1 riassume le varie prestazioni sostitutive del reddito per le persone con disabilità in Italia, concentrandosi solo sul regime generale all'interno del sistema contributivo. Le sezioni seguenti forniscono alcuni dettagli sulle caratteristiche dei regimi contributivi e non contributivi, al fine di fare luce sulla varietà di prestazioni fornite dal sistema di disabilità e di evidenziare le differenze e le sovrapposizioni tra i regimi.

Tabella 3.1. Coesistono più prestazioni nazionali di invalidità per le persone con disabilità in Italia

Caratteristiche delle prestazioni sostitutive del reddito per le persone con disabilità in Italia a livello nazionale

	INVALIDITÀ CIVILE (SISTEMA NON CONTRIBUTIVO)				SISTEMA CONTRIBUTIVO
	Pensione di invalidità (completa e parziale)	Indennità di accompagnamento	Pensione di invalidità per i ciechi (completa e parziale)	Pensione di invalidità per i sordi	Pensione di invalidità contributiva (completa e parziale)
Nome della prestazione	Pensione di inabilità per invalidi civili (pensione completa) Assegno mensile di assistenza per invalidi civili (pensione parziale)	Indennità di accompagnamento	Pensione per i ciechi assoluti (pensione completa) Pensione per i ciechi parziali ventessimisti (pensione parziale)	Pensione non reversibile per sordi	Pensione di invalidità previdenziale ordinaria (pensione completa) Assegno ordinario di invalidità (pensione parziale)
Legge	Legge 30 marzo 1971, n. 118	Legge 11 febbraio 1980, n. 18	Legge 27 maggio 1970, n. 382	Legge 26 maggio 1970, n. 381	Legge 12 giugno 1984, n. 222
Tipologia	Non contributivo, permanente	Non contributivo, non permanente	Non contributivo, permanente, non reversibile	Non contributivo, permanente	Contributivo, non permanente
Organizzazione/i responsabile/i	INPS	INPS	INPS	INPS	INPS
Idoneità					
Età	Da 18 a 67 anni	Nessun limite di età	Dai 18 anni in su	Da 18 a 67 anni	Da 18 a 67 anni
Valutazione della disabilità	Invalidità civile o invalidità civile per i sordi (se parziale)	Invalidità civile + impossibilità di camminare o di svolgere le attività della vita quotidiana	Invalidità civile per i ciechi	Invalidità civile per i sordi	Valutazione della capacità lavorativa
Grado di disabilità	100% (completa) 74%-99% (parziale)	100%	100% (completa) 80% (parziale)	100%	100% (completa) 66%-99% (parziale)
Periodo contributivo minimo	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	3 degli ultimi 5 anni
Soglia di reddito per la prova dei mezzi	17.271 EUR all'anno (pensione completa, nel 2022) 5.015 EUR all'anno (pensione parziale, nel 2022)	Nessuno	17.271 EUR all'anno (nel 2022)	17.271 EUR all'anno (nel 2022)	Nessuno
Generosità					
Tasso di sostituzione o pagamento mensile (medio)	292 EUR al mese (per 13 mesi, nel 2022)	531 EUR al mese (nel 2022)	310,17 o 292 EUR al mese per completa e parziale, o completa in ambito non residenziale (per 13 mesi, nel 2022)	292 EUR al mese (per 13 mesi, nel 2022)	753,83 EUR di pagamento mensile medio
Aumento della generosità	Maggiorazione sociale	N/A	Maggiorazione sociale	Maggiorazione sociale	Maggiorazione sociale
Base delle prestazioni	N/A	N/A	N/A	N/A	Guadagno medio negli ultimi 5 anni (se più di 15 anni di contributi) o periodo variabile tra gli ultimi 5 e 10 anni (se meno di 15 anni)

	INVALIDITÀ CIVILE (SISTEMA NON CONTRIBUTIVO)				SISTEMA CONTRIBUTIVO
	Pensione di invalidità (completa e parziale)	Indennità di accompagnamento	Pensione di invalidità per i ciechi (completa e parziale)	Pensione di invalidità per i sordi	Pensione di invalidità contributiva (completa e parziale)
Prestazioni minime e massime	N/A	N/A	N/A	N/A	Pensione parziale minima 6.816,48 EUR all'anno se il reddito familiare è inferiore a 12.170,72 EUR per un nucleo familiare singolo e 18.256,07 EUR per un nucleo familiare doppio Nessun massimo
Durata delle prestazioni	Passaggio alla prestazione sociale all'età di 67 anni	Nessun massimo	Nessun massimo	Passaggio alla prestazione sociale all'età di 67 anni	Passaggio alla pensione di vecchiaia a 67 anni
Compatibilità con altre fonti di reddito					
Guadagni sul lavoro	Compatibile	Compatibile	Non compatibile	Non compatibile	Non compatibile
Altri programmi di sostituzione del reddito dell'INPS	Indennità di accompagnamento Prestazioni contributive	Tutte le pensioni e le indennità dell'INPS	Indennità di accompagnamento Prestazioni contributive	Indennità di accompagnamento Prestazioni contributive	Indennità di accompagnamento Pensioni non contributive
Programmi in natura dell'INPS	Handicap	Handicap	Handicap	Handicap	Handicap
Prestazioni e servizi regionali	Sì	Alcuni	Sì	Sì	Sì

Fonte: Mutual Information System on Social Protection (MISSOC), www.missoc.org/missoc-database/, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e discussioni con esperti nazionali.

3.1.1. Il sistema pensionistico di invalidità contributivo

I lavoratori che hanno versato i contributi previdenziali per almeno cinque anni (di cui tre negli ultimi cinque anni) hanno diritto alle pensioni del sistema contributivo, che prevede una pensione di invalidità simile alla pensione di vecchiaia. Le pensioni di invalidità possono essere pensioni complete, concesse ai lavoratori che sono totalmente (=100%) e permanentemente inabili al lavoro, o pensioni parziali, concesse ai lavoratori che sono inabili al lavoro per almeno due terzi. Le pensioni di invalidità sono calcolate sulla base della formula della pensione di vecchiaia, ma con una differenza significativa per le pensioni di invalidità completa: come nella maggior parte dei Paesi OCSE, il calcolo di una pensione di invalidità completa include un bonus contributivo basato sull'ipotesi di una carriera completamente contributiva fino all'età di 60 anni. Le pensioni di invalidità parziale, a differenza delle pensioni di invalidità complete, possono essere integrate con un reddito da lavoro, ma i pagamenti vengono ridotti di conseguenza.

A causa del bonus contributivo, una pensione di invalidità completa per qualsiasi salario ed età sarà pari alla corrispondente pensione di vecchiaia (ad eccezione di coloro che lavorano oltre i 60 anni), rendendo il sistema relativamente adeguato per coloro che si qualificano per una prestazione completa. Nel 2022, il pagamento medio per una pensione di invalidità contributiva completa era di 1.074 EUR al mese, circa l'85% della pensione media di vecchiaia (che era di 1.285 EUR al mese nel 2022) (INPS, 2022^[1]). Questa differenza riflette le differenze salariali tra persone con e senza disabilità e la minore anzianità assicurativa delle persone con disabilità, in linea con i dati internazionali (OECD, 2022^[2]). Tuttavia, la maggior parte dei beneficiari riceve solo una pensione di invalidità contributiva parziale, con un pagamento mensile medio di 701 EUR nel 2022. Il pagamento medio per tutte le prestazioni complete e parziali del sistema contributivo è di 753 EUR in media nel 2022.

Le pensioni di invalidità contributive vengono automaticamente convertite in pensioni di vecchiaia al raggiungimento dell'età pensionabile prevista dalla legge (67 anni nel 2022), con gli anni di ricevimento di una pensione di invalidità che contano come anni di contribuzione per il calcolo della pensione di vecchiaia. L'interazione tra le pensioni di invalidità e quelle di vecchiaia crea un certo incentivo finanziario per il pensionamento anticipato attraverso il sistema di prestazioni di invalidità contributiva, ma non sono disponibili dati per valutare l'effettiva portata della ricaduta.

3.1.2. Il sistema di invalidità civile

Pensioni di invalidità civile

Il sistema di invalidità non contributivo prevede una pensione forfettaria, soggetta alla prova dei mezzi, per le persone con un certificato di invalidità civile. Come il sistema contributivo, il sistema non contributivo prevede due pagamenti separati, a seconda che la persona abbia un'invalidità civile totale (perdita del 100% della capacità lavorativa, pensione di invalidità) o un'invalidità parziale (perdita di tre quarti o più della capacità lavorativa, assegno di invalidità). Il sistema non contributivo prevede prestazioni parallele per le persone con disabilità dovute a cecità e sordità, che richiedono anch'esse una valutazione speciale (vedere la Tabella 3.1 per un riepilogo di tutte le prestazioni di sostituzione del reddito).

Una particolarità del sistema italiano rispetto ad altri Paesi OCSE è che il pagamento forfettario per entrambe le prestazioni è lo stesso, pari a 292 EUR al mese nel 2022, con un aumento temporaneo nel 2020 in risposta alla pandemia COVID-19 (INPS, n.d.^[3]). Nella maggior parte dei Paesi OCSE, i pagamenti per una prestazione parziale non contributiva (dove esiste) sarebbero inferiori a quelli per una prestazione completa, riflettendo la capacità lavorativa residua. Una seconda particolarità dell'Italia è che la soglia di guadagno per l'invalidità parziale è inferiore a quella per l'invalidità totale, il che rende il sistema piuttosto incompatibile con il lavoro. Per avere diritto a una prestazione di invalidità totale, una persona deve avere un reddito personale annuo inferiore a 17.271 EUR, escludendo la pensione stessa e qualsiasi altro pagamento legato all'invalidità (come le pensioni professionali o l'indennità di accompagnamento descritta di seguito). Invece, per qualificarsi per una prestazione di invalidità parziale, il reddito personale annuale deve essere inferiore a 5.015 EUR. In questo modo, il sistema impone maggiori disincentivi al lavoro (e peggiori incentivi al lavoro) alle persone che ricevono prestazioni di invalidità parziale, che dovrebbero essere maggiormente in grado di integrare le loro prestazioni di invalidità con un reddito da lavoro.

Indennità di accompagnamento

Un elemento aggiuntivo del sistema di invalidità civile è l'indennità di accompagnamento, un pagamento aggiuntivo o complementare concesso alle persone con un certificato di invalidità civile totale e l'incapacità di camminare o di svolgere le attività della vita quotidiana in modo indipendente. L'indennità di accompagnamento è di fatto una prestazione di assistenza a lungo termine collegata al sistema non contributivo attraverso l'accertamento dell'invalidità civile; non è sottoposta alla prova dei mezzi e prevede un pagamento forfettario di 520 EUR al mese. In quanto prestazione di assistenza a lungo termine, l'indennità di accompagnamento non viene trattata in dettaglio in questa relazione, ma il Riquadro 3.1 fornisce ulteriori informazioni sull'utilizzo e la spesa di questo pagamento. In effetti, l'indennità di accompagnamento è la prestazione più frequentemente concessa nell'ambito del sistema non contributivo (68% di tutte le prestazioni nel 2022) e rappresenta anche tre quarti della spesa pubblica totale per le prestazioni di invalidità non contributive.

Prestazioni in natura

Oltre a queste prestazioni finanziarie, il sistema non contributivo comprende anche un ampio ventaglio di prestazioni in natura, che sono disponibili per le persone con un certificato di invalidità civile anche se non hanno i requisiti per nessuna delle pensioni di invalidità (contributive o non contributive). Le prestazioni in natura includono denaro per l'acquisto di ausili medici come protesi e apparecchi acustici, esenzioni dai ticket sanitari e trasporto pubblico gratuito. Comprendono anche il perdono giudiziale di un massimo di tre anni di reclusione e la priorità nella scelta di un istituto pubblico per coloro che vincono un concorso pubblico. A causa della mancanza di dati sulle prestazioni in natura fornite dall'INPS, queste non vengono discusse di seguito.

3.1.3. Statistiche descrittive

Le richieste di invalidità civile sono la chiave del sistema pensionistico di invalidità in Italia

Più del doppio delle persone in età lavorativa richiede una pensione dal regime di invalidità civile non contributivo rispetto al regime contributivo. Nel 2022, quasi il 2,2% della popolazione in età lavorativa ha richiesto una pensione di invalidità civile (parziale o completa), una quota che è aumentata dal 2018 (Figura 3.1, Pannello A), mentre solo l'1% circa ha ricevuto una pensione di invalidità contributiva. Mentre la maggior parte delle richieste contributive sono per una prestazione parziale, la maggior parte delle richieste di invalidità civile sono per una prestazione completa: il 53% richiede una prestazione non contributiva completa, il 37% una prestazione parziale e il restante 10% delle richieste non contributive sono per pensioni complete o parziali per ciechi e pensioni per sordi. Per inciso, il livello dei pagamenti è identico per tutte le prestazioni non contributive (vedere Tabella 3.1).

Con meno del 4%, la quota complessiva di persone che ricevono una prestazione di disabilità in Italia è bassa rispetto agli standard internazionali. In particolare, la percentuale di persone che ricevono prestazioni di invalidità contributive è molto bassa rispetto ad altri Paesi OCSE con un sistema pensionistico di invalidità contributivo comparabile, come l'Austria o il Canada (OECD, 2022^[2]). Sembra che i requisiti contributivi – cinque anni di contributi, di cui tre negli ultimi cinque anni – siano troppo vincolanti per qualificarsi per una prestazione contributiva. Questo spiega anche perché un numero maggiore di persone richiede pagamenti non contributivi, che, con 298 EUR al mese, sono bassi e molto inferiori alla pensione media di invalidità contributiva, una differenza che si è ampliata nel tempo.

Il confronto tra i sistemi di prestazioni contributive e non contributive deve anche tenere conto delle differenze nella valutazione di base della disabilità. Come spiegato nel Capitolo 2, l'idoneità al regime di invalidità contributiva richiede una perdita permanente della capacità lavorativa, valutata caso per caso dai medici dell'INPS. L'idoneità al sistema non contributivo, invece, si basa su un certificato di invalidità civile che, con un forte orientamento medico, assegna di fatto un grado di disabilità a ogni patologia. Poiché le tabelle di correlazione utilizzate in questo processo non sono state aggiornate dal 1992, questi due metodi di valutazione dell'invalidità potrebbero essere diventati sempre più diversi nel tempo.

Riquadro 3.1. Il ruolo dell'indennità di accompagnamento nel sistema italiano di disabilità


L'indennità di accompagnamento viene corrisposta alle persone con invalidità civile al 100% che necessitano di assistenza personale per camminare e svolgere le attività della vita quotidiana, sebbene non sia destinata alle spese per l'assistenza personale.

- Una moltiplicazione approssimativa del numero di beneficiari nel 2022 per il loro pagamento medio indica che nel 2022 è stato speso 1 miliardo di euro per l'indennità di accompagnamento, un importo 2,5 volte superiore alla spesa totale per le pensioni di invalidità civile.
- Quasi il 20% dei beneficiari riceve solo l'indennità di accompagnamento (tutti gli altri la ricevono insieme a una prestazione di invalidità), il che rappresenta un'approssimazione per coloro che sono soggetti alla prova dei mezzi. Le persone in età lavorativa che ricevono l'indennità di accompagnamento ma non la pensione sono probabilmente non ammissibili alla pensione perché hanno un reddito superiore alla prova dei mezzi. Ciò può essere dovuto al fatto che guadagnano oltre la soglia di reddito o che il loro patrimonio è superiore alla soglia di idoneità. In ogni caso, i dati INPS per il 2022 indicano che quasi il 20% delle persone si trova in questa situazione, ricevendo un pagamento mensile medio di 500 EUR.
- Nell'ambito dell'indennità di accompagnamento, ci sono tre tipi di prestazioni, oltre a una prestazione per i minori: l'indennità di accompagnamento generale, l'indennità per i ciechi e l'indennità per i sordi. Si tratta di un sistema simile a quello delle pensioni di invalidità, tranne per il fatto che la condizione necessaria è la stessa (incapacità di camminare e di svolgere le attività della vita quotidiana). Soprattutto, una persona cieca o sorda con invalidità civile totale può ricevere sia l'indennità speciale che l'indennità generale e, in caso di comorbilità, può cumulare più indennità di accompagnamento. Di fatto, però, il 97% dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento riceve anche l'indennità generale.
- Esiste un forte gradiente di età nel ricevimento dell'indennità di accompagnamento. La Tabella 3.2 mostra che, ad eccezione dei minori di 18 anni, il percepimento aumenta con l'età ed è molto elevata per gli ultrasessantenni – a quell'età il 13% riceve l'indennità di accompagnamento. Questo forte gradiente d'età, insieme all'assenza di una prova dei mezzi e di uno stanziamento, fa sì che l'utilizzo dell'indennità di accompagnamento dipenda dall'invecchiamento della popolazione italiana. In base alle attuali tendenze demografiche, si prevede che la spesa per le indennità di accompagnamento aumenterà del 42% entro il 2065 (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022^[4]).

Tabella 3.2. La ricezione dell'indennità di accompagnamento non contributiva è fortemente correlato all'età

	Beneficiari dell'indennità di accompagnamento come percentuale della rispettiva popolazione
Sotto i 18 anni	3,1%
18-19	0,9%
20-59	1,0%
60-64	1,9%
65-69	2,5%
70 anni e oltre	13,6%
Totale	22,7%

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) sulle pensioni (www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/o/378) e i dati demografici dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1#).

StatLink  <https://stat.link/jt53qm>

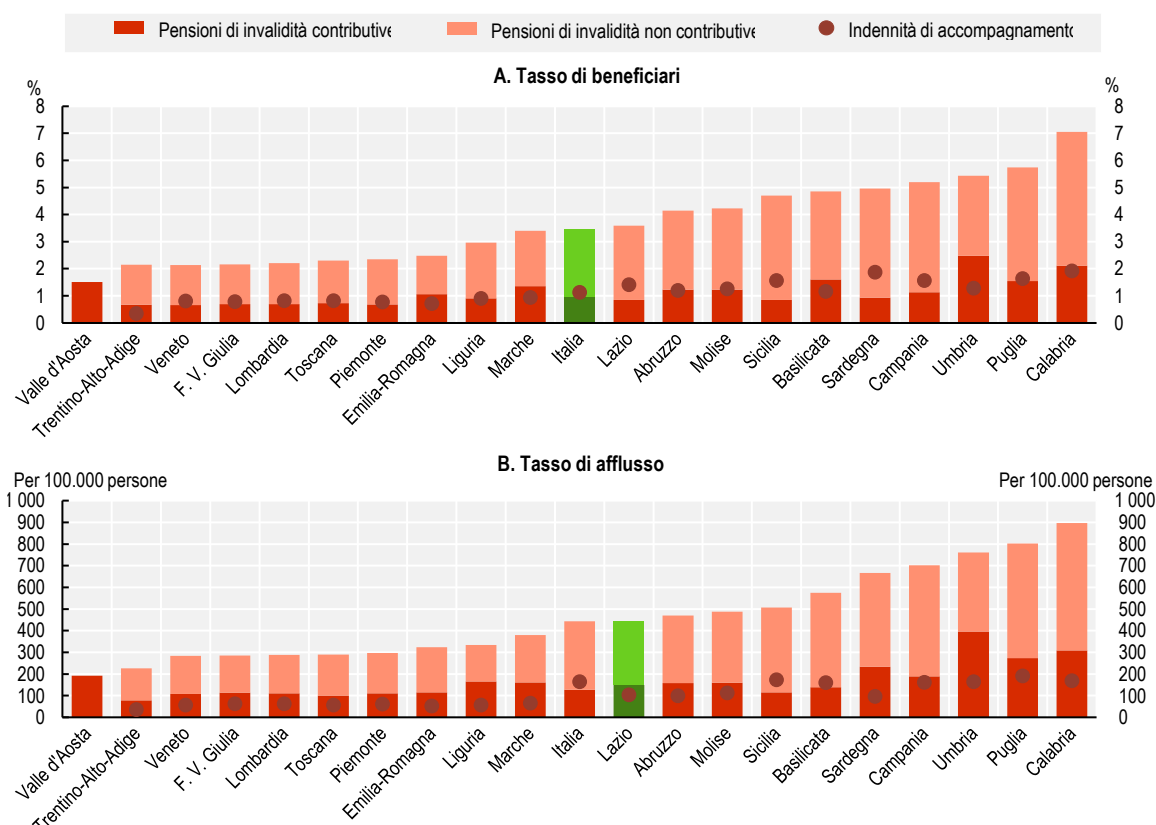
Le differenze regionali rivelano forti incentivi finanziari per richiedere prestazioni di invalidità

Le disparità regionali nell'utilizzo delle prestazioni di invalidità sono notevoli: mentre la media nazionale è del 3,5% della popolazione in età lavorativa, comprese le prestazioni contributive e non contributive, alcune regioni hanno un tasso di beneficiari superiore al 7%, mentre altre riescono a mantenerlo intorno al 2% (Figura 3.1, Pannello A). Le differenze seguono uno schema nord-sud: le regioni meridionali dell'Italia (come Calabria, Puglia e Campania) e le isole (Sardegna e Sicilia) hanno un tasso di utilizzo più elevato rispetto alle regioni settentrionali (come Veneto e Lombardia). Anche le proporzioni delle pensioni contributive e non contributive variano sul territorio, ma in misura minore. In media, le pensioni contributive rappresentano il 28% di tutte le pensioni di invalidità erogate alle persone in età lavorativa. Questa quota è molto più bassa nelle Isole e in Campania e molto più alta in Emilia-Romagna e Umbria.

La Figura 3.1, Pannello B, mostra anche che le differenze territoriali probabilmente persisteranno o addirittura aumenteranno, in quanto le nuove richieste di invalidità sono più alte nelle regioni con tassi di prestazioni già elevati.

Figura 3.1. Le differenze regionali nell'utilizzo delle prestazioni di invalidità sono molto ampie

Numero di beneficiari attuali (tassi di beneficiari) e di nuovi beneficiari (tassi di afflusso) di pensioni di invalidità contributive e non contributive e di indennità di accompagnamento, per regione, 2022



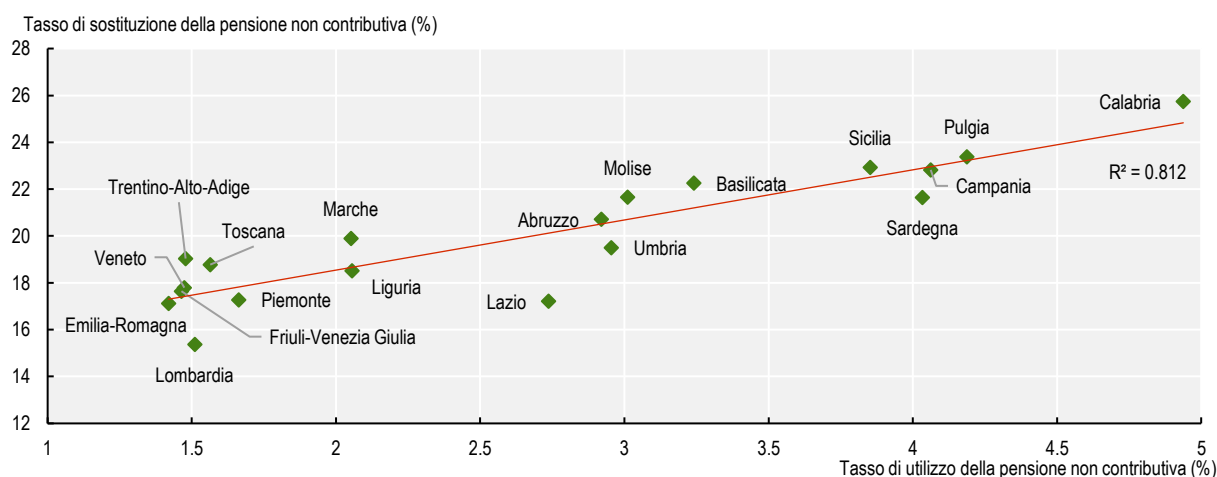
Nota: il tasso di beneficiari è calcolato come il numero di pensioni di invalidità contributive e non contributive e di indennità di accompagnamento in rapporto alla popolazione in età lavorativa. Il tasso di afflusso è calcolato come nuove richieste di pensioni di invalidità contributive e non contributive e di indennità di accompagnamento per 100.000 persone in età lavorativa.

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati demografici dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1#) e i dati dei beneficiari e degli afflussi elaborati dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) per l'OCSE.

Gli incentivi finanziari a richiedere la pensione di invalidità non contributiva svolgono un ruolo importante nella spiegazione delle differenze regionali. Il livello dei pagamenti della pensione non contributiva è lo stesso in tutte le regioni, nonostante le grandi differenze di retribuzione, reddito familiare e costo della vita. Poiché le retribuzioni nelle regioni meridionali e nelle isole sono molto più basse rispetto alle regioni settentrionali, il valore di una pensione di invalidità non contributiva varia notevolmente sul territorio. La Figura 3.2 mostra che le differenze nel valore di queste prestazioni (cioè la pensione media di invalidità in proporzione alla retribuzione lorda media) hanno un notevole potere esplicativo per il tasso di utilizzo ($R^2=0,8$): nelle regioni in cui la pensione media è elevata rispetto alla retribuzione, molte più persone richiedono una pensione di invalidità non contributiva.

Figura 3.2. Gli incentivi finanziari per richiedere la pensione d'invalidità non contributiva giocano un ruolo cruciale

Valore (rispetto al salario medio) e tasso di fruizione delle pensioni di invalidità non contributive, 2020



Nota: il tasso di sostituzione è costruito come il pagamento medio della pensione non contributiva nel 2020 (circa 300 EUR) rispetto alla retribuzione media imponibile lorda del lavoro in ogni regione. Il tasso di fruizione è calcolato come il numero di pensionati rispetto al numero di residenti nella fascia di età lavorativa. I risultati non sono guidati da una singola regione: la rimozione di ogni regione individualmente non cambia i risultati.

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati demografici dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1#), i dati elaborati dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) per l'OCSE, e i registri fiscali del Ministero dell'Economia (www1.finanze.gov.it/finanze/analisi_stat/public/index.php?opendata=yes).

StatLink  <https://stat.link/7r0uc9>

Forti incentivi finanziari a richiedere le prestazioni di invalidità potrebbero creare un rischio morale se le richieste di prestazioni di invalidità sono più indulgenti nelle regioni in cui la generosità è maggiore. Tuttavia, i dati suggeriscono che le commissioni di invalidità civile non sono più indulgenti nelle aree in cui gli incentivi finanziari a richiedere le prestazioni sono più elevati.

La Figura 3.3 mostra che il tasso di accettazione delle richieste di prestazioni (calcolato come rapporto tra le richieste accettate e le domande di prestazioni nel periodo 2010-21, per tenere conto degli arretrati pluriennali nell'elaborazione delle richieste) varia notevolmente tra le regioni. Tuttavia, la relazione tra il tasso di sostituzione e il tasso di accettazione per l'invalidità civile non è molto chiara (correlazione di 0,14).

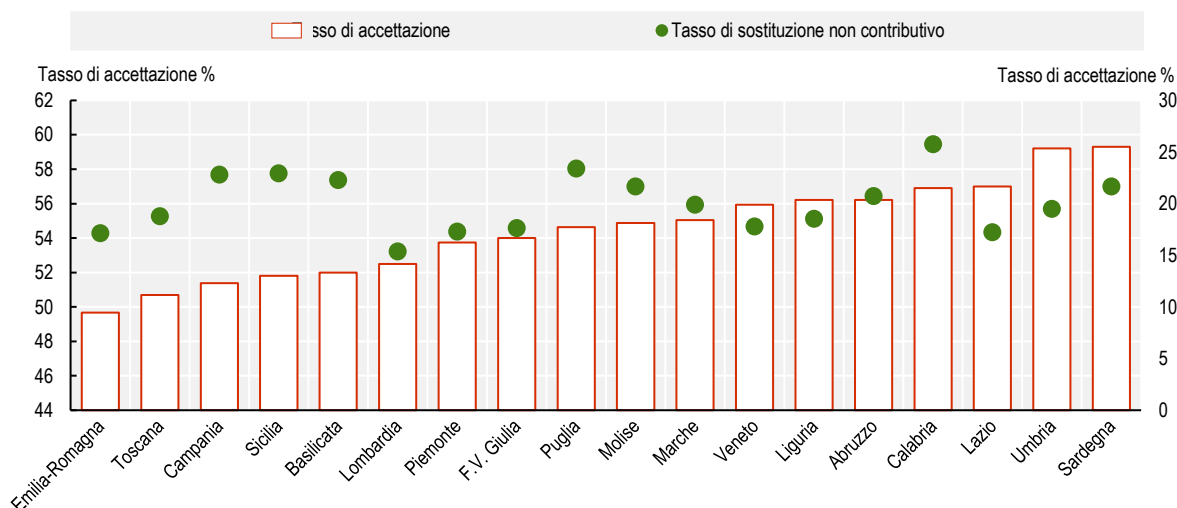
Invece, la clemenza può essere dovuta alle condizioni di ammissibilità per le prestazioni di invalidità non contributiva, ossia la prova dei mezzi. Dal momento che il reddito soggetto a verifica è legato ai livelli salariali regionali, è prevedibile che nelle regioni in cui i salari medi sono più bassi, sia più comune avere un reddito inferiore alla verifica. Quindi, anche se l'accettazione dell'invalidità civile è ugualmente

indulgente o severa in tutto il territorio, una percentuale maggiore di persone con lo status di invalidità civile avrà diritto alla pensione nelle regioni più povere a causa della prova dei mezzi.


Si tratta di un problema che riguarda i programmi di prestazioni assistenziali a ripartizione in diversi Paesi dell'OCSE, ma il grande divario nord-sud nello sviluppo economico in Italia rappresenta una sfida particolare. Le differenze regionali nelle condizioni del mercato del lavoro sollevano un problema più ampio di livelli di prestazioni e di criteri di prova dei mezzi, entrambi stabiliti a livello nazionale. La lotta alla povertà centralizzata promuove la redistribuzione regionale, ma livelli di prestazioni identici in regioni con redditi molto diversi creeranno diversi disincentivi al lavoro. Le grandi differenze tra le regioni italiane nella percentuale di persone che richiedono una valutazione di invalidità civile, discusse nel Capitolo 2, sembrano essere il risultato di tali differenze. Allo stesso tempo, l'applicazione della stessa prova dei mezzi in regioni con standard di vita molto diversi potrebbe, ed empiricamente lo fa, incoraggiare la dipendenza dalle prestazioni.

Figura 3.3. Il tasso di accettazione dell'invalidità civile non è fortemente correlato alla generosità del sistema

Tasso di accettazione dell'invalidità civile e tasso di sostituzione delle pensioni di invalidità non contributive, 2021



Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando i dati preparati dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) per l'OCSE.

StatLink  <https://stat.link/uqxw6n>

3.2. Misure di integrazione dell'occupazione

In tali circostanze, politiche efficaci di inclusione nel mercato del lavoro e requisiti di attivazione per le persone con capacità lavorativa parziale sono particolarmente importanti per affrontare incentivi al lavoro deboli e diseguali. In Italia, l'integrazione nel mercato del lavoro delle persone con disabilità è regolata dalla Legge 68/99 (collocamento mirato) e i servizi sono forniti dai Servizi Pubblici per l'Impiego (SPI) e dalle province, principalmente attraverso il sistema delle quote di occupazione e, più recentemente, attraverso i sussidi all'occupazione.

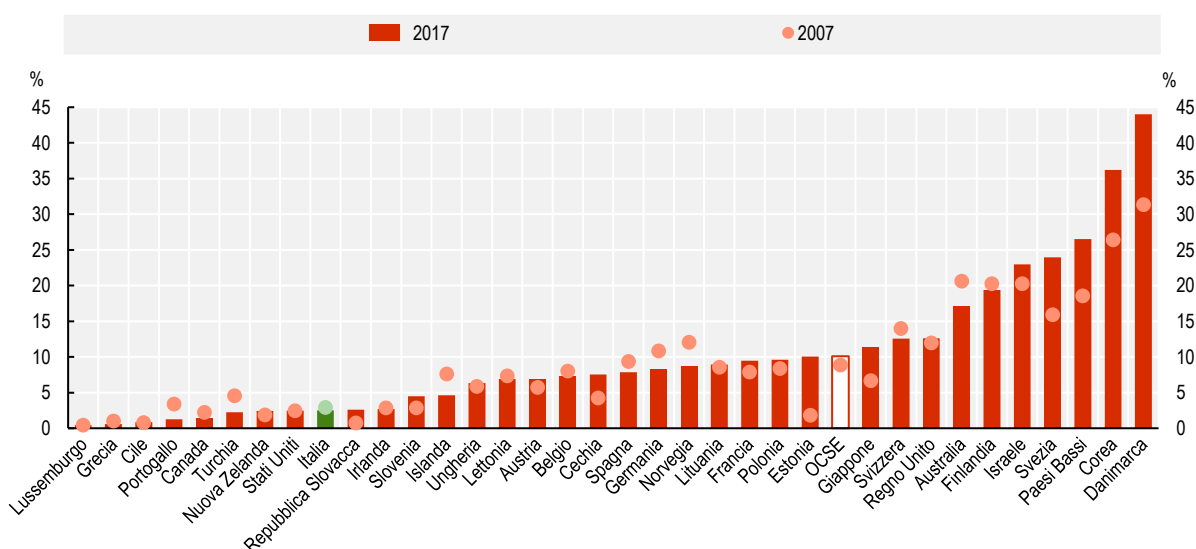
Le persone con disabilità con un certificato di invalidità civile parziale o un certificato di incapacità professionale possono iscriversi alle liste di collocamento provinciali, e gli SPI faciliteranno l'abbinamento con i posti di lavoro o i datori di lavoro che desiderano soddisfare la loro quota di occupazione. Tecnicamente, possono facilitare l'abbinamento fornendo un orientamento professionale ai lavoratori con

disabilità e aiutandoli a definire un progetto occupazionale. Allo stesso tempo, possono aiutare i datori di lavoro a comprendere i loro obblighi quando assumono persone con disabilità e ad analizzare le mansioni disponibili nei diversi posti di lavoro. Gli SPI sosterranno i lavoratori abbinati con successo e i loro datori di lavoro nel processo di inserimento e nel monitoraggio dei loro progressi.

Tuttavia, l'Italia è uno dei Paesi dell'OCSE che spende molto poco per le politiche attive del mercato del lavoro per l'integrazione delle persone con disabilità. La Figura 3.4 mostra che nel 2017, solo il 2,5% della spesa totale per i programmi di disabilità in Italia è stato speso in politiche attive (e quindi il 97,5% in pagamenti di prestazioni), una quota molto inferiore alla media OCSE del 10%. Inoltre, non ci sono prove che la spesa per le misure occupazionali sia aumentata in Italia nell'ultimo decennio.

Figura 3.4. L'Italia spende poco per le misure di integrazione lavorativa delle persone con disabilità

La spesa attiva per l'incapacità come quota della spesa totale per l'incapacità, 2007 e 2017



Nota: l'OCSE è una media non ponderata dei Paesi indicati. Le prestazioni di disabilità comprendono: pensioni di invalidità, pensioni per infortuni sul lavoro, indennità di malattia, servizi di riabilitazione, altre prestazioni in denaro e in natura legate alla disabilità e tutti i programmi legati alla disabilità offerti dai Servizi Pubblici per l'impiego (SPI).

Fonte: OECD (2022^[2]), *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en>, Figure 4.9.

StatLink  <https://stat.link/ox5uhz>

Poiché la registrazione agli SPI è volontaria, poche persone con disabilità si registrano per ricevere supporto nella ricerca di lavoro (Tabella 3.3). I dati suggeriscono che nel 2018, meno di 65.000 persone con disabilità si sono registrate agli SPI ai sensi della Legge 68/99 per trovare un lavoro attraverso la quota di occupazione. Si tratta di un numero basso rispetto alle 645.000 richieste di invalidità civile nel 2018, il che implica che solo una persona su dieci a cui è stato concesso lo status di invalidità civile ha scelto di registrarsi presso gli SPI. Il numero di persone che trovano lavoro con l'aiuto degli SPI è molto basso, in quanto solo il 6% delle persone iscritte alla lista di collocamento nel 2018 sono state assunte nello stesso anno. La maggior parte di queste persone sono state assunte con contratti temporanei (58%), che spesso non vengono rinnovati, con il risultato che un numero significativo di persone esce di nuovo dal mondo del lavoro in tempi brevi. La seconda causa principale di uscita dal mondo del lavoro sono le dimissioni, che evidenziano ancora una volta la mancanza di obblighi per i lavoratori in questo processo, seguite dal licenziamento per un motivo oggettivamente valido.

Tabella 3.3. Poche persone con disabilità idonee si registrano presso gli servizi pubblici per l'impiego

Utilizzo, tasso di assunzione e tipo di contratti concessi attraverso la quota di occupazione, 2018

Metrica	Valore
Registrazioni ai Servizi Pubblici per l'Impiego ai sensi della Legge 68/99	65 000
Quota di registrazioni	10% del numero massimo di registrazioni
Assunto dalla lista di collocamento	6% degli iscritti
Tipo di contratti concessi	58% temporaneo

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021^[5]), *Camera dei deputati relazione sullo stato di attuazione della legge recante norme per il diritto al lavoro dei disabili*.


Sono disponibili alcune informazioni in più sulla conformità dei datori di lavoro con la quota di occupazione per le persone con disabilità. Una percentuale significativa di datori di lavoro non rispetta la quota di occupazione (Tabella 3.4). Per quanto riguarda i datori di lavoro, le quote di disabilità in Italia sono vincolanti per le aziende con 15 o più dipendenti: le aziende con 15-35 dipendenti devono assumere una persona con disabilità certificata, le aziende con 36-50 dipendenti devono assumere due persone e le aziende con più di 50 dipendenti devono assumere il 7% dei dipendenti dell'azienda. La quota per le aziende con più di 50 dipendenti è elevata rispetto ad altri Paesi con quote, come la Germania e la Francia (entrambe con una quota del 6% della forza lavoro) o la Corea (con una quota del 2%). Questo potrebbe essere uno dei motivi per cui il tasso di conformità alle quote è stato solo del 71% nel 2018 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021^[5]). A livello aziendale, i dati mostrano che il 44% delle aziende non rispetta la propria quota, soprattutto le grandi aziende private, di cui il 60% non rispetta la quota del 7%. Questo dato si riflette anche nelle differenze territoriali: nelle regioni settentrionali, dove le aziende sono più grandi, la conformità alla quota è inferiore rispetto alle regioni meridionali. È importante notare che, sebbene le sanzioni per il mancato rispetto della quota siano relativamente severe in teoria, pari a 150 EUR per giorno lavorativo per posto vacante non occupato, il numero di sanzioni imposte è basso (una sanzione ogni dieci imprese che non soddisfano la quota), il che contribuisce alla limitata osservanza della quota.

Tabella 3.4. Un'ampia percentuale di datori di lavoro non ottempera alle quote di occupazione

Adempimento delle quote da parte delle aziende, 2018

Metrica	Valore (%)
Adempimento della quota di disabilità	71
Aziende che non rispettano la quota	44
Grandi aziende private che non rispettano la quota	60
Percentuale di sanzioni per non conformità	10

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021^[5]), *Camera dei deputati relazione sullo stato di attuazione della legge recante norme per il diritto al lavoro dei disabili*.

StatLink  <https://stat.link/ocmxvw>

I sussidi per le assunzioni temporanee sembrano aver aumentato l'assunzione di lavoratori con disabilità, ma i numeri rimangono esigui. Dal 2015, le aziende che assumono lavoratori con disabilità possono beneficiare di un sussidio per le assunzioni temporanee fino al 70% del salario lordo. Le aziende che assumono lavoratori con disabilità mentale ricevono un sussidio maggiore, sia in termini di grado minimo di disabilità del lavoratore per qualificarsi per il sussidio (45% per la salute mentale rispetto al 67% per la salute fisica), sia per la durata del sussidio (60 mesi rispetto a 36 mesi), sia per la sua generosità (70% del salario lordo indipendentemente dal grado di disabilità, rispetto al 35% per le disabilità fisiche con un grado di disabilità inferiore al 79%). Nel 2016 e nel 2017, sono stati assunti circa 3.000 lavoratori con

disabilità attraverso il sussidio di occupazione, raggiungendo quasi l'utilizzo massimo delle risorse assegnate al sussidio, con una conseguente diminuzione guidata dal budget a soli 800 lavoratori nel 2018 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021^[5]). Nonostante gli incentivi aggiuntivi per l'assunzione di lavoratori con disabilità mentale, solo un quarto dei lavoratori assunti appartiene a questa categoria. La Tabella 3.5 mostra che il 74,5% dei lavoratori assunti nel 2016 erano ancora occupati nel 2018, una cifra che si prevede diminuirà man mano che i sussidi raggiungeranno il loro limite, ma anche una cifra che rimane incoraggiante rispetto all'efficacia di altri incentivi all'occupazione nei Paesi OCSE (OECD, 2022^[2]). Tuttavia, il budget fisso per i sussidi all'occupazione, pari a 20 miliardi di euro all'anno, implica che la portata di questa politica non può che essere limitata, analogamente alle misure regionali discusse in precedenza.

Tabella 3.5. I sussidi per le assunzioni temporanee sembrano aver favorito l'assunzione di lavoratori con disabilità

Metrica	Valore
Lavoratori assunti (2016 e 2017)	3.000
Lavoratori assunti (2018)	800
Ancora impiegati (2018 dalle assunzioni del 2016)	74,5%
Costo annuale dei sussidi	20 miliardi di euro

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021^[5]), *Camera dei deputati relazione sullo stato di attuazione della legge recante norme per il diritto al lavoro dei disabili*.

StatLink  <https://stat.link/btdmq>

I dati presentati in questa sezione sono obsoleti e, data la maggiore importanza delle misure di occupazione attiva per le persone con disabilità nel dibattito politico, è probabile che la spesa e l'adozione siano ora più elevate. Tuttavia, la mancanza di dati recenti è sintomatica di un problema più generale di mancanza di prove in Italia. Ogni SPI regionale è responsabile del monitoraggio dell'adozione e dei risultati delle misure di integrazione lavorativa, ma in molte regioni questo non viene fatto in modo adeguato o i dati non sono disponibili pubblicamente. Questa mancanza di dati coerenti rende difficile misurare l'adozione delle misure di integrazione lavorativa, per non parlare della loro efficacia. Ci sono ancora meno dati sulle misure di integrazione nel mercato del lavoro che sono meno regolamentate rispetto alla quota di occupazione, come la formazione o l'accomodamento ragionevole sul posto di lavoro.

3.3. Soddisfare le esigenze delle persone con disabilità attraverso supporti regionali e locali

In Italia, le autorità regionali e locali svolgono un ruolo cruciale nel sostenere il funzionamento e le capacità delle persone con disabilità, fornendo una serie di servizi in natura. Le prestazioni regionali in natura rientrano in due aree principali: servizi sanitari e assistenza sociale/servizi sociali.

- Le regioni forniscono la maggior parte dei servizi sanitari per le persone con disabilità direttamente attraverso le Aziende Sanitarie. Come descritto nel Capitolo 2, questi servizi sono avviati da una valutazione multidimensionale e da un piano individuale e comprendono servizi medici, infermieristici e di riabilitazione domiciliare o in strutture semiresidenziali e residenziali. Gli stessi tipi di servizi sono forniti anche alle persone con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche (DPCM 12 gennaio 2017).
- I Comuni forniscono servizi sociali volti a garantire il supporto a persone e famiglie con esigenze sociali di vario tipo, comprese quelle relative all'assistenza e all'integrazione sociale delle persone con disabilità (Legge 328/2000). Nello specifico, questi ultimi includono una valutazione multidimensionale e un piano individuale, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'assistenza

domiciliare e l'assistenza scolastica, il supporto educativo a casa e a scuola, i servizi socio-lavorativi (ad esempio, esperienze lavorative e il Servizio Inserimento Lavorativo, SIL) e il trasporto sociale.

La divisione tra servizi sanitari e sociali non riflette la realtà delle esigenze delle persone con disabilità. Le loro esigenze sono spesso complesse e riguardano diverse aree. Diversi interventi dei settori sanitario e sociale possono e spesso coincidono, in linea con l'obiettivo di una serie di interventi multidimensionali e su misura per le esigenze specifiche delle persone con disabilità. Ciò richiede, o richiederebbe, un notevole grado di coordinamento, soprattutto perché non esiste un punto unico di accesso per valutare le esigenze e attivare la fornitura di servizi (di nuovo, vedere il Capitolo 2).

3.3.1. Servizi residenziali e di assistenza domiciliare

I servizi di assistenza residenziale e domiciliare possono essere forniti sia dalle agenzie sanitarie che dai Comuni. La differenza principale tra i servizi forniti dalle due entità è che i servizi residenziali e di assistenza domiciliare forniti dalle agenzie sanitarie hanno l'obiettivo di soddisfare le esigenze mediche, mentre quelli forniti dai Comuni hanno un obiettivo di inclusione sociale. Tuttavia, molti servizi residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare soddisfano un mix di esigenze mediche e di inclusione sociale.

La spesa per i servizi di assistenza residenziale e domiciliare per le persone con disabilità rappresenta quasi l'1% del PIL (Tabella 3.6). Le autorità sanitarie da sole hanno speso lo 0,92% del PIL per i servizi di assistenza domiciliare e residenziale (e semi-residenziale) nel 2019, catturando la maggior parte della spesa sanitaria per le persone con disabilità, escludendo i costi del personale e altre spese difficili da attribuire. Come riferimento, la spesa sanitaria totale era pari all'8,5% del PIL nel 2019, il che significa che la spesa per le persone con disabilità, comprese quelle con problemi di salute mentale e mancanza di autonomia, rappresentava l'11% della spesa sanitaria totale (OECD, 2023^[6]).


La spesa comunale per i servizi alle persone con disabilità è stata pari allo 0,11% del PIL nel 2018, su un totale dello 0,42% del PIL speso dai Comuni (ISTAT, 2022^[7]). L'assistenza domiciliare e i servizi residenziali rappresentano il 45% della spesa comunale, il che indica che, anche dal punto di vista dell'inclusione sociale, gran parte delle risorse è destinata alla fornitura di servizi residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare.

Tabella 3.6. La spesa per i servizi di assistenza residenziale e domiciliare rappresenta quasi l'1% del PIL

Spesa per l'assistenza domiciliare e i servizi residenziali per le persone con disabilità per attore, come quota del PIL (%), 2019

	Domiciliare	Residenziale	Totale
Aziende sanitarie	0,28	0,64	0,92
Comuni	0,02	0,03	0,05

Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando BDAP – Ragioneria Generale dello Stato, Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza <https://bdap-opendata.rgs.mef.gov.it/content/2019-modello-di-rilevazione-dei-livelli-di-assistenza-degli-enti-del-ssn> (2019), Istat Spesa Sociale dei Comuni www.istat.it/it/archivio/7566, e dati OCSE sul PIL <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm> (accesso ottobre 2023).

StatLink  <https://stat.link/be4ms9>

La spesa per i servizi residenziali rimane elevata nonostante gli sforzi per promuovere la deistituzionalizzazione delle persone con disabilità. In linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, l'Italia sostiene la deistituzionalizzazione delle persone con disabilità aumentando i finanziamenti per l'assistenza domiciliare. Tre iniziative di finanziamento attuate negli ultimi decenni mirano a promuovere la transizione dai servizi istituzionali a quelli domiciliari: il Fondo per la Non Autosufficienza (FNA), istituito dalla Legge 296/2006; il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del supporto familiare (Fondo "Dopo di noi"), istituito dalla Legge 112/2016; e il Fondo per il Caregiver familiare (DM 26.07.2016; Legge 205/2017 art. 254), che mira a promuovere interventi legislativi a supporto dei caregiver. Sebbene questo aumento dei finanziamenti specifici sia visibile in termini di copertura molto più ampia dell'assistenza domiciliare rispetto ai servizi residenziali (vedere il Capitolo 4), il costo dei servizi residenziali per utente è molto più elevato, con conseguente aumento della spesa complessiva.

Molte strutture residenziali sono un'unione tra Comuni e Aziende Sanitarie, che offrono servizi medici e di inclusione. Tuttavia, i Comuni possono anche fornire alloggi sociali non medici. Prendendo come esempio la Campania, le soluzioni abitative possono spaziare dalla condivisione autonoma di appartamenti (Gruppo Appartamento), a situazioni di convivenza più strutturate (Comunità Alloggio), a strutture residenziali vere e proprie che forniscono anche alcuni servizi sanitari minimi (Comunità Tutelare per Persone non autosufficienti). Nel caso delle strutture semiresidenziali, l'offerta può variare ulteriormente, a seconda delle iniziative comunali. Il Comune di Cagliari in Sardegna, ad esempio, sta creando dei centri di creatività per aiutare le persone con disabilità a socializzare e a migliorare il loro benessere mentale attraverso laboratori di teatro, animazione ed espressione corporea o pittura.

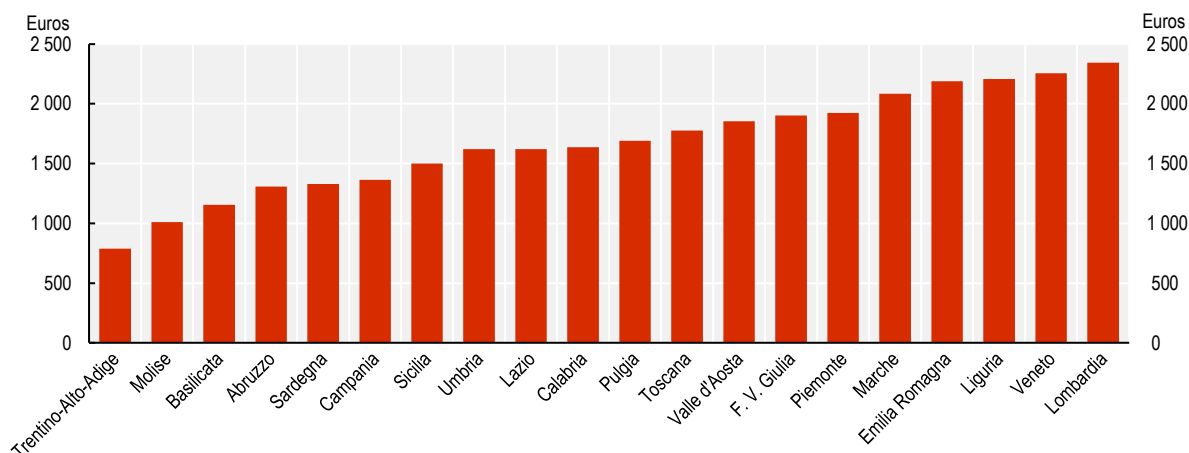
Anche i servizi di assistenza domiciliare sono forniti sia dalle Aziende Sanitarie che dai Comuni. Le autorità sanitarie finanziano servizi di assistenza medica, riabilitativa, sanitaria e psicologica a domicilio o su base ambulatoriale. I servizi di assistenza domiciliare comunali comprendono il servizio di assistenza domiciliare per sostenere l'integrazione sociale (ad esempio, supporto educativo, trasporto) e l'assistenza di base per una vita indipendente (igiene, pasti, mobilitazione, supporto al caregiver, ecc.). I servizi di assistenza domiciliare possono essere forniti direttamente o attraverso il rimborso dei costi familiari (ad esempio, assegno/voucher di cura).

Mentre i servizi di assistenza residenziale e domiciliare sono di competenza regionale e locale, il Governo nazionale ne regola l'offerta stabilendo dei livelli minimi di servizio (= standard minimi). Dal 2001, il Ministero della Salute stabilisce gli standard per i servizi sanitari (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA), che, per le persone con disabilità, riguardano principalmente il numero minimo di posti letto nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Più recentemente, la legge di bilancio 2022 (Legge 234/2021) stabilisce anche degli standard minimi per i servizi sociali (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, LEPS), che mirano a ridurre le grandi disparità regionali nell'offerta dei servizi sociali, compresi i servizi di assistenza residenziale e domiciliare per le persone con disabilità.

Nonostante i notevoli sforzi per armonizzare i livelli minimi di servizio, le disparità regionali nell'offerta dei servizi rimangono ampie, anche in questo caso con un forte divario nord-sud. La Figura 3.5 illustra questo aspetto per la spesa per i servizi sanitari per le persone con disabilità: la spesa varia da 1.011 EUR a persona in Molise a 2.343 EUR a persona in Lombardia. Dati simili non sono disponibili per la spesa per i servizi sociali, ma poiché questi servizi sono forniti a livello locale, è probabile che le differenze nel Paese siano ancora maggiori.

Figura 3.5. Le disparità regionali nei servizi forniti sono ampie e seguono un divario nord-sud

Spesa pro-capite per i servizi sanitari (assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale) per le persone con disabilità, 2019



Fonte: calcoli dell'OCSE utilizzando BDAP – Ragioneria Generale dello Stato, Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza <https://bdap-opendata.rgs.mef.gov.it/content/2019-modello-di-rilevazione-dei-livelli-di-assistenza-degli-enti-del-ssn> (2019) e dati demografici dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

StatLink  <https://stat.link/l63cyx>

Va notato che i dati disponibili non consentono di misurare il numero di utenti dei servizi. Inoltre, i dati presentati nella Figura 3.5 rappresentano un limite inferiore per la spesa sanitaria totale, soprattutto per quelle regioni che hanno un alto grado di autonomia nella gestione del loro sistema sanitario, in quanto coprono solo la spesa sanitaria che è soggetta al controllo del Governo nazionale. Questo è molto rilevante per la Provincia Autonoma di Trento, ad esempio, dove alcune spese non sono incluse in questa figura, il che spiega la bassa spesa pro capite di questa regione.

3.3.2. Servizi sociali

I servizi sociali comprendono iniziative di occupazione e inclusione sociale su misura per le persone con disabilità, solitamente amministrati dai Comuni. I servizi sociali comprendono il supporto degli assistenti sociali per orientare le persone con disabilità sui servizi e le prestazioni disponibili, le valutazioni multidimensionali e i costi amministrativi dei piani individuali. Comprendono anche il sostegno economico, come i contributi per l'alloggio, i contributi per le rette residenziali e semiresidenziali (integrazioni rette), i voucher per i servizi di assistenza (ad esempio, assegno di cura), i contributi specifici per sostenere le persone con disabilità nel lavoro o nella formazione (indennità di partecipazione), e la condivisione dei costi o la riduzione delle rette per i servizi relazionali, culturali e del tempo libero. Tuttavia, la spesa maggiore riguarda i servizi per l'occupazione e l'integrazione sociale, che sono descritti in modo più dettagliato di seguito.

Integrazione lavorativa

La maggior parte delle regioni attua programmi come il "Servizio Inserimento Lavorativo" (SIL). Rivolti alle persone con disabilità registrate ai sensi della Legge 68/1999, questi programmi mirano a migliorare le competenze sociali e professionali delle persone in cerca di lavoro e possono servire come precursore o alternativa all'occupazione tradizionale. Gli interventi vanno dai tirocini formativi inclusivi ai sussidi per l'occupazione.

Altri programmi per l'occupazione includono iniziative locali di base, molte delle quali sono finanziate dalla Commissione Europea (attraverso i fondi FSE), come il progetto INCLUDIS in Sardegna, che mira a fornire esperienze lavorative a persone con disabilità. Il finanziamento di questo progetto è stato di quasi 6 milioni di euro per 1.223 persone con disabilità, ovvero quasi 5.000 EUR a persona. Di questi 1.223 partecipanti, 719 sono stati inseriti in tirocinio in una delle cooperative private che hanno collaborato con i Comuni ai fini di questo progetto. Non ci sono informazioni su quanti siano finiti nel mondo del lavoro.

Inclusione sociale

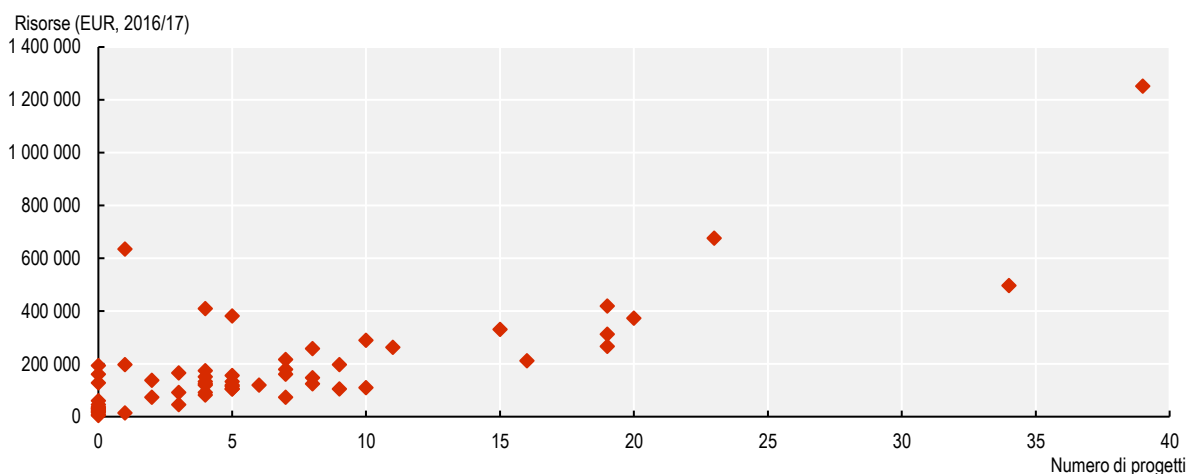
I servizi di inclusione sociale sono progettati per facilitare la vita quotidiana a casa e nella comunità più ampia. Tra gli esempi vi sono i servizi socio-educativi, spesso forniti attraverso il tutoraggio individuale, la mediazione familiare, i progetti di vita indipendente, il supporto al co-housing, la fornitura di mobilità e trasporti e il supporto ai caregiver. Vale anche la pena notare che le persone con disabilità hanno la priorità nell'assegnazione di alloggi sociali (Legge 104/92). L'obiettivo principale di tutte queste iniziative è quello di promuovere il più alto livello di vita indipendente. La creazione della posizione di Amministratore di Sostegno (Legge 6/2004) è un passo importante verso il rafforzamento dell'autonomia e dell'autodeterminazione delle persone con disabilità.

I programmi di inclusione sociale più importanti sono il progetto "Dopo di noi" (Legge 112/16) e il "Progetto di Vita Indipendente". Entrambi i progetti sono disponibili nella maggior parte delle regioni, poiché sono finanziati da fondi nazionali. I due programmi hanno un obiettivo simile: fornire supporto (finanziario e in natura) alle persone con disabilità in età lavorativa che hanno una certificazione di handicap, al fine di sostenere la loro vita indipendente. I due progetti sono finanziati da fondi separati, il che richiede una contabilità parallela, una chiara duplicazione del lavoro per le autorità locali e un ostacolo per gli utenti nel decidere quale programma utilizzare. Oltre alla duplicazione, e nonostante si tratti di una priorità nazionale, i dati mostrano che la portata di questi progetti è limitata, con un costo straordinario.

Ad esempio, in Sardegna (2020), su 41.000 piani individuali, solo 58 persone hanno beneficiato di un Progetto di Vita Indipendente (per un finanziamento di 1,3 milioni di euro, ovvero 22.413 EUR a persona). Per la Campania, i dati indicano che 394 persone hanno beneficiato del progetto "Dopo di noi" nel 2016-17. La Figura 3.6 mostra l'utilizzo di "Dopo di noi" in ogni singolo Comune (e consorzio) della Campania rispetto ai fondi totali stanziati per questo progetto. Il costo medio per utente è di 28.274 EUR, una cifra paragonabile al Progetto di Vita Indipendente in Sardegna. La grande variazione delle risorse assegnate a questo progetto è sorprendente, nonostante il numero ridotto di utenti in molti Comuni. Ciò evidenzia la contraddizione tra i fondi specifici stanziati dal Governo nazionale senza garantire la capacità necessaria a livello locale per attuare i programmi in modo equo ed efficace.

Figura 3.6. Progetti di Vita Indipendente: costo elevato per utente a fronte di una portata limitata

Risorse assegnate per il progetto *Dopo di Noi* in Campania e numero di progetti, per Comune, 2017-18



Fonte: elaborazioni OCSE con dati condivisi dalla Regione Campania.

StatLink  <https://stat.link/la1zpe>

Il prossimo capitolo si basa su questa descrizione dei supporti per la disabilità disponibili in Italia e adotta una prospettiva di sistema più ampia per valutare l'efficacia e le prestazioni della protezione sociale per le persone con disabilità. Evidenzia l'importanza di guardare oltre i soli sistemi di disabilità per valutare l'adeguatezza e la copertura della protezione sociale per le persone con disabilità, sottolinea come la valutazione della disabilità possa contribuire alle inefficienze del sistema ed esamina più da vicino le disuguaglianze geografiche nel sistema di protezione sociale.

Riferimenti

- INPS (2022), *Osservatorio sulle pensioni erogate dall'INPS*, [1]
<https://www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/o/378> (accessed on 3 October 2022).
- INPS (n.d.), *Incremento delle prestazioni di invalidità civile (invalidi civili totali, ciechi civili, sordi e titolari di pensione di inabilità previdenziale)*, 2020, <https://www.inps.it/news/incremento-delle-prestazioni-di-invalidita-civile-invalidi-civili-totali-ciechi-civili-sordi-e-titolari-di-pensione-di-inabilita-previdenziale> (accessed on 19 November 2022). [3]
- ISTAT (2022), *La Spesa dei Comuni per I Servizi Sociali (The Expenditure of Municipalities on Social Services)*, <https://www.istat.it/it/archivio/253929>. [7]
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021), *Camera dei deputati relazione sullo stato di attuazione della legge recante norme per il diritto al lavoro dei disabili*. [5]
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2022), *Le Tendenze di Medio-Lungo Periodo del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario*. [4]
- OECD (2023), *OECD Health Statistics 2023*, <https://oe.cd/ds/health-statistics>. [6]
- OECD (2022), *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en>. [2]

4

L'efficacia del supporto alle persone con disabilità in Italia

Sulla base dei dati e delle prove disponibili, questo capitolo cerca di valutare l'efficacia e le prestazioni della protezione sociale per le persone con disabilità in Italia. Il capitolo esamina quattro aspetti principali: copertura del sistema, adeguatezza del sistema, equità del sistema ed efficienza del sistema. Si conclude che il sistema è abbastanza adeguato per le persone che sono in grado di accedere a tutto il supporto a cui hanno diritto, ma che soffre di un alto tasso di non accesso e di insufficiente copertura, soprattutto per i servizi di disabilità e per le persone con disabilità meno gravi. Questo, insieme alle significative variazioni territoriali, si traduce in un sistema che non è né particolarmente equo né particolarmente efficiente.

La responsabilità nazionale, regionale e comunale per le prestazioni e i servizi per le persone con disabilità in Italia è complessa, e porta a una notevole frammentazione sia dei servizi che delle prestazioni, e talvolta a una duplicazione del supporto in modo poco trasparente. Questo capitolo cerca di valutare l'efficacia dei supporti di protezione sociale per le persone con disabilità in Italia, esaminando quattro aspetti principali: (1) copertura del sistema, (2) generosità del sistema, (3) equità del sistema e (4) efficienza del sistema. Si scopre che il sistema italiano presenta sia punti di forza che di debolezza.

4.1. La copertura del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità

4.1.1. Le persone con disabilità grave ricevono prestazioni sociali nella maggior parte dei casi

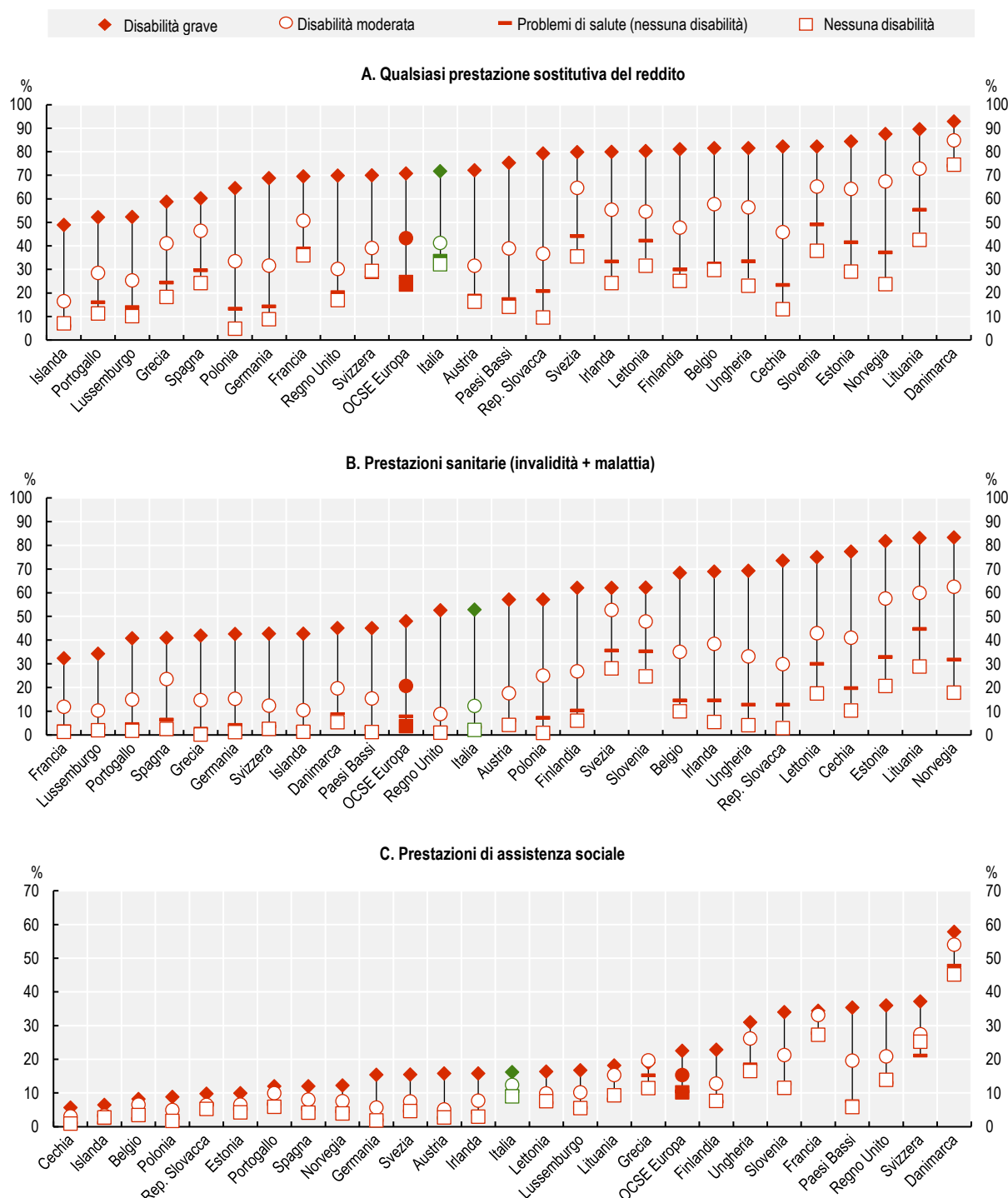
In Italia, circa il 70% delle persone con disabilità grave riceve alcune prestazioni sociali o sostitutive del reddito (Figura 4.1, Pannello A). Questa quota è in linea con la copertura delle prestazioni delle persone con disabilità grave nella media dei Paesi europei dell'OCSE, sebbene sia inferiore alla quota osservata in molti Paesi nordici e in alcuni Paesi dell'Europa centrale e orientale. La copertura delle prestazioni sociali scende a circa il 40% per le persone con disabilità moderata, un livello inferiore alla media dei Paesi europei dell'OCSE e solo leggermente superiore a quello delle persone in Italia con problemi di salute cronici ma senza disabilità. Le differenze regionali nei tassi di copertura complessiva delle prestazioni, non presentate in questa sede, sono relativamente piccole in Italia, sia per le persone con disabilità grave che per quelle con disabilità moderata.

Complessivamente, la maggior parte delle persone con disabilità autodichiarata in Italia riceve prestazioni sociali diverse da quelle di invalidità, una constatazione che vale per molti Paesi europei dell'OCSE. In Italia, il 53% delle persone con disabilità grave è coperto da programmi sanitari, rispetto al 71% complessivo che riceve qualsiasi prestazione – il che suggerisce che le prestazioni di disabilità sono ben mirate alle persone più bisognose (Figura 4.1, Pannello B). La copertura da parte delle prestazioni di disabilità in Italia scende a solo il 12% per le persone con disabilità moderata, tuttavia è una quota bassa rispetto alla media dell'OCSE Europa del 21% e alle quote del 30-50% in molti Paesi nordici e in alcuni Paesi dell'Europa centrale e orientale. La Figura 4.1 mostra anche che in Italia pochissime persone senza disabilità o problemi di salute ricevono prestazioni di invalidità (falsi positivi). Al contrario, i dati non consentono di identificare le persone bisognose di supporto che non ricevono alcuna prestazione (falsi negativi). Con un approccio alla valutazione della disabilità ancora prevalentemente medico, in Italia il gruppo che sfugge ai controlli potrebbe potenzialmente includere molte persone con disturbi mentali.

In alcuni Paesi, molte persone con disabilità sono coperte da programmi di assistenza sociale, sia come integrazione della prestazione di invalidità, sia come prestazione principale se il reddito familiare è basso. In Italia, la copertura delle persone con disabilità attraverso i pagamenti dell'assistenza sociale è inferiore alla media dell'OCSE Europa, in particolare per le persone con disabilità grave. Anche le persone con disabilità moderata in Italia hanno una copertura dall'assistenza sociale inferiore alla media dell'OCSE Europa, ma la differenza è minore rispetto alle persone con disabilità grave. Infine, circa il 22% delle persone con disabilità moderata riceve un sussidio di disoccupazione in Italia, una quota molto più alta rispetto alla media dell'OCSE Europa. Questo è potenzialmente un risultato positivo se significa che queste persone sono registrate e impegnate dal Servizio pubblico di collocamento. Tuttavia, i dati non consentono di trarre questa conclusione e altre prove sembrano suggerire che i Servizi pubblici di collocamento in Italia sono generalmente privi di risorse e poco sviluppati (OECD, 2019^[11]).

Figura 4.1. La maggior parte delle persone con disabilità grave è coperta da prestazioni sostitutive del reddito

Tasso di ricevimento delle prestazioni per la popolazione in età lavorativa nei Paesi europei dell'OCSE, media nel periodo 2018-21



Nota: OCSE Europa è una media ponderata dei 26 Paesi europei indicati.

Fonte: calcoli OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

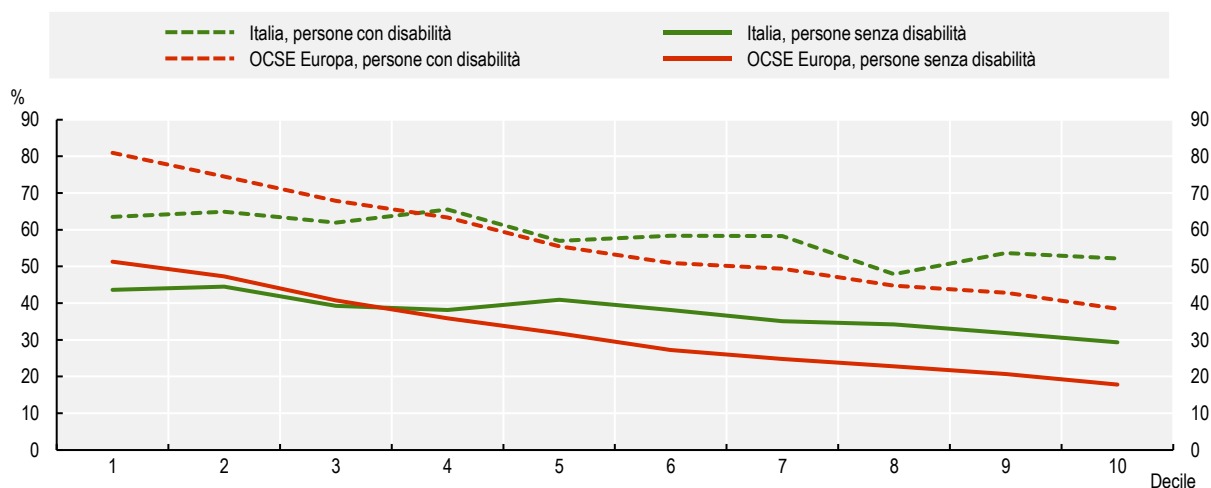
StatLink  <https://stat.link/knxuqm>

Per le persone con disabilità in Italia, l'incidenza e la dipendenza dalle prestazioni sostitutive del reddito attraverso la distribuzione del reddito non è ovvia. Da un lato, l'assistenza sociale e le prestazioni soggette a controllo delle risorse avranno inevitabilmente un'incidenza maggiore tra le famiglie a basso reddito. D'altra parte, le prestazioni di invalidità contributiva possono avere un'incidenza maggiore tra le famiglie a reddito più elevato, se è più probabile che le famiglie a basso reddito non riescano a soddisfare i requisiti contributivi. Allo stesso tempo, le famiglie ad alto reddito potrebbero essere meno dipendenti dalle prestazioni in generale, il che potrebbe implicare una maggiore incidenza delle prestazioni tra le famiglie a basso reddito. Le prove empiriche fanno luce su questo aspetto e sull'importanza dei diversi obiettivi della protezione sociale, tra cui la riduzione della povertà e l'assicurazione contro la perdita di reddito.

La distribuzione delle prestazioni tra i decili di reddito è più piatta in Italia rispetto alla media dell'OCSE Europa (Figura 4.2). Ciò significa che in Italia una quota simile di famiglie a reddito medio e basso riceve prestazioni, sia tra le persone con che senza disabilità. Le famiglie ad alto reddito ricevono meno prestazioni rispetto agli altri gruppi, ma più della media dell'OCSE Europa. Se questo sia un risultato auspicabile, dipende dagli obiettivi del sistema di protezione sociale. In Italia, come in molti Paesi OCSE, il sistema di protezione sociale per le persone con disabilità ha sia un ruolo assicurativo (cioè il sistema mira a compensare la perdita di capacità di reddito dovuta alla disabilità) sia un ruolo di alleviamento della povertà (cioè compensare le persone per i costi aggiuntivi della disabilità). La distribuzione piatta della ricezione delle prestazioni tra i decili di reddito suggerisce che l'effetto assicurativo è più forte dell'effetto di alleviamento della povertà. Sarebbero necessari dati amministrativi più approfonditi per capire in che misura ciò sia causato dalle persone che ricevono più di una prestazione (ad esempio, pagamenti contributivi e non contributivi).


Figura 4.2. La distribuzione delle prestazioni tra i decili di reddito è piuttosto piatta in Italia

Distribuzione dei beneficiari di protezione sociale per decile di reddito, media nel periodo 2018-21



Nota: OCSE Europa è la media ponderata di 26 Paesi europei: Austria, Belgio, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

Fonte: calcoli OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/n61pwb>

4.1.2. La copertura dell'assistenza domiciliare è elevata, ma i servizi sociali sembrano poco sviluppati

L'analisi della copertura finora è parziale nella misura in cui si concentra solo sulle prestazioni sostitutive del reddito. Come discusso nel Capitolo 3, gran parte del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità consiste in prestazioni in natura fornite dai governi regionali e locali. La Tabella 4.1 utilizza i dati di spesa amministrativa per il 2019 da parte dei governi regionali e locali sui supporti in natura per le persone con disabilità, complessivamente e per utente, per stimare il numero probabile di utenti dei servizi residenziali, dell'assistenza domiciliare e dei servizi sociali (poiché non sono disponibili dati diretti sugli utenti dei servizi e sulla copertura dei servizi). I risultati sono mostrati come quota di persone con disabilità in ciascuna area geografica, con la copertura dei servizi residenziali e dell'assistenza domiciliare rispetto al numero di persone con disabilità grave, in quanto questi servizi sono rivolti a questo gruppo, e la copertura dei servizi sociali rispetto a tutte le persone con disabilità, come parte di politiche più ampie di occupazione e inclusione sociale.

La copertura dei servizi residenziali è molto bassa, pari all'1% delle persone con disabilità grave in media in tutta Italia, mentre circa il 26% delle persone con disabilità grave sembra ricevere assistenza domiciliare. Quest'ultima quota varia sostanzialmente tra le regioni, raggiungendo il 70% nel Nord-Est, ma attestandosi intorno al 10% nel Sud e nel Centro. In una società che mira a chiudere gli istituti per persone con disabilità, una bassa copertura dei servizi residenziali e un'alta copertura dell'assistenza domiciliare è un risultato molto auspicabile, ma le grandi differenze territoriali sono problematiche. I servizi sociali, tuttavia, sembrano essere insufficienti in tutto il Paese, anche se ancora una volta più al Sud, con solo il 6% delle persone con disabilità grave o moderata assistite in media. Sembra che anche in Italia i servizi sociali siano rivolti soprattutto alle persone con disabilità grave.

Tabella 4.1. Molte persone ricevono assistenza domiciliare, ma troppo poche ricevono servizi sociali

Copertura dei servizi in natura regionali e locali per le persone con disabilità sulla popolazione target interessata, 2019

	Servizi residenziali		Assistenza a domicilio		Servizi sociali	
	% PCD	% PSDG	% PCD	% PSDG	% PCD	% PSDG
Nord-Ovest	0,31	1,33	6,06	26,07	7,90	33,98
Nord-Est	0,44	1,82	17,04	70,93	7,27	30,25
Centro	0,18	0,68	2,96	11,22	5,82	22,11
Sud	0,09	0,40	2,02	8,51	3,48	14,69
Isole	0,24	0,84	5,04	17,89	7,46	26,45
Italia	0,25	1,01	6,47	26,20	6,29	25,46

Nota: PCD: Persone con disabilità, PSDG: Persone senza disabilità grave.

Fonte: ISTAT (n.d.^[2]), *Disabilità in cifre* <https://disabilitaincifre.istat.it/>.

StatLink  <https://stat.link/mcoik9>

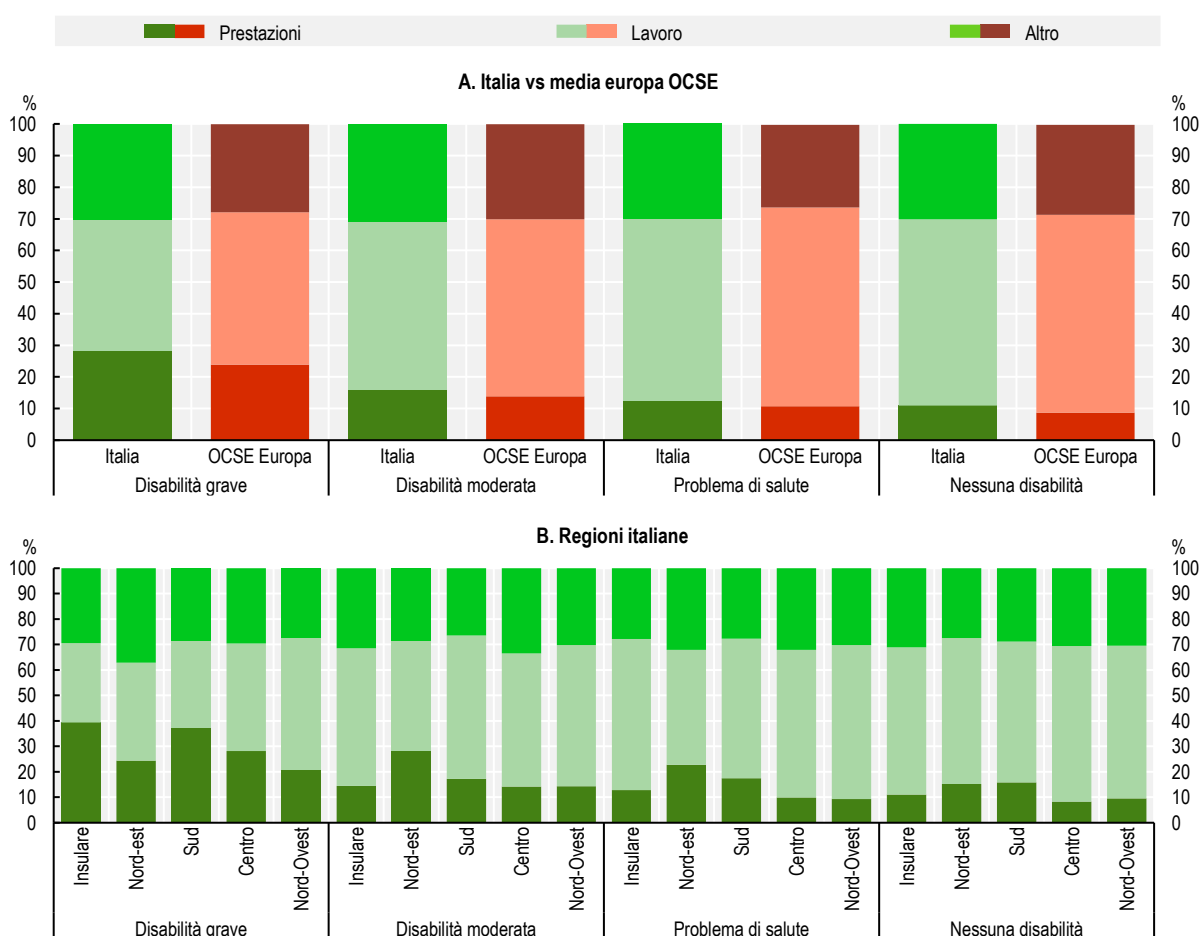
Questa analisi della copertura è limitata in tre modi principali. In primo luogo, la spesa e gli utenti dei servizi per le persone con disabilità non coprono l'intero gruppo di persone con disabilità, in quanto il supporto per le persone con problemi di salute mentale o dipendenza patologica è coperto (e messo a bilancio) in aree di spesa diverse. In secondo luogo, questa analisi non ci permette di capire quante persone vorrebbero ricevere i servizi ma ne sono escluse, né quante persone potrebbero beneficiare dei servizi. In generale, sono necessari dati molto migliori per capire in che misura le persone con disabilità sono coperte da prestazioni in natura, in particolare dai servizi di inclusione sociale e nel mercato del lavoro. Infine, questa analisi esclude gli sforzi dei servizi pubblici per l'impiego per integrare le persone con disabilità, a causa della mancanza di dati.

4.2. L'adeguatezza del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità

Nel complesso, il sistema di protezione sociale è abbastanza adeguato per le persone con disabilità in Italia, il che potrebbe spiegare i livelli di povertà moderati di questo gruppo e il divario relativamente basso di povertà da disabilità (cioè la differenza piuttosto piccola nei livelli di povertà tra persone con e senza disabilità). La Figura 4.3 mostra che la quota di reddito percepita dalle prestazioni sostitutive del reddito è più alta in Italia rispetto alla media dei Paesi europei dell'OCSE, in particolare per le persone con disabilità grave.

Figura 4.3. Il sistema di protezione sociale sembra abbastanza adeguato per le persone con disabilità in Italia

Quota di reddito familiare da prestazioni, lavoro e altre fonti, per tipo di gravità, media nel periodo 2018-21



Nota: OCSE Europa è la media ponderata di 26 Paesi europei: Austria, Belgio, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

Fonte: calcoli OCSE basati su European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/sk9av0>

Da un lato, le pensioni di invalidità contributiva per incapacità lavorativa totale e permanente sono piuttosto generose in Italia, con un tasso di sostituzione ben al di sopra della media OCSE (OECD, 2021^[3]). D'altra parte, le persone con disabilità possono anche richiedere programmi di protezione sociale non rivolti esclusivamente alle persone con disabilità, tra cui in particolare un reddito minimo garantito (*Reddito di Cittadinanza*). Questa prestazione può essere utilizzata per integrare le pensioni di invalidità basse al livello del reddito minimo.

È importante notare che in Italia molte persone (anziane) con disabilità ricevono pensioni di vecchiaia attraverso programmi di pensionamento anticipato, che sono generosi e rappresentano un'ampia quota delle prestazioni ricevute per tutti i gruppi. In linea con i risultati del Capitolo 1, la figura mostra anche che i guadagni da lavoro rappresentano una quota minore del reddito totale in Italia rispetto alla media dell'OCSE. Altre fonti, come i trasferimenti familiari, sono un po' più importanti in Italia rispetto alla media, ancora una volta soprattutto per le persone con disabilità grave.

4.3. L'equità del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità

Un problema distributivo critico in Italia è l'ampio divario Nord-Sud nella copertura della protezione sociale. Le differenze regionali nei tassi di adozione dei programmi di sostituzione del reddito sono molto significative, con un forte impatto dei rispettivi incentivi finanziari a richiedere le prestazioni, che si traducono in tassi di ricezione delle prestazioni molto più elevati nelle regioni con salari medi più bassi. Le differenze regionali sono molto ampie anche per quanto riguarda la capacità regionale di fornire servizi, anche se nella direzione opposta, con le regioni del Nord che spendono importi pro capite molto più elevati per i servizi sanitari e sociali per le persone con disabilità. Nel complesso, e probabilmente semplificando eccessivamente una questione molto complessa, le regioni del Nord forniscono più servizi diretti a soddisfare le esigenze delle persone con disabilità, mentre le regioni del Sud forniscono più prestazioni in denaro. Questo è anche il risultato dei diversi meccanismi di finanziamento: le regioni del Sud, essendo più povere, hanno meno capacità di integrare e aumentare i fondi per i servizi sanitari e sociali ricevuti dal Governo nazionale. Al contrario, le prestazioni sociali sono finanziate a livello nazionale e non sono vincolate o legate alla capacità di spesa regionale.

C'è un buon motivo per rinnovare la legislazione sui livelli minimi di base dei servizi in tutta Italia, che potrebbe essere un vettore che garantisce un trattamento più equo delle persone con disabilità in tutto il Paese. Da un punto di vista legislativo, nel recente passato sono stati compiuti passi significativi. Per i servizi sanitari, i livelli minimi di base dei servizi sono stati aggiornati nel 2017. I livelli minimi di base dei servizi sociali hanno trovato almeno una definizione preliminare nel "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-23".

Una seconda questione distributiva in Italia da sottolineare è la relativa generosità dei servizi regionali per utente, in combinazione con una copertura limitata della popolazione. L'analisi mostra che la spesa per i servizi regionali, in particolare per i servizi sociali regionali, è piuttosto elevata per utente. Sebbene non vi siano dati sul gruppo target potenziale, ossia le persone che avrebbero bisogno di ricevere servizi e prestazioni in natura ma non lo fanno, le consultazioni con i principali portatori d'interesse suggeriscono che le risorse regionali e gli utenti effettivi del sistema sono ben al di sotto del gruppo target potenziale. In un contesto di risorse limitate, e con servizi molto costosi forniti dalle regioni, ciò suggerisce che solo pochi fortunati riescono a ricevere tali servizi. Ciò solleva la questione di come definire chi ha più bisogno di aiuto, evidenziando l'importanza di un'adeguata valutazione dei bisogni delle persone con disabilità, discussa in dettaglio nel Capitolo 2 di questo rapporto.

4.4. L'efficienza del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità

È inoltre fondamentale esaminare la capacità del sistema di protezione sociale di alleviare la povertà in considerazione del livello di spesa sociale pubblica, per comprendere e valutare l'efficienza del sistema italiano. Questa sezione esamina l'impatto della protezione sociale sulla prevenzione della povertà, esaminando i livelli di povertà che si verificherebbero in assenza di trasferimenti sociali e contrapponendo tale risultato al costo della protezione sociale. Discute anche, solo in modo qualitativo, la questione della duplicazione dei servizi e delle prestazioni per le persone con disabilità in Italia, forniti da diversi livelli di governo, in quanto i dati disponibili non sono abbastanza buoni per valutare l'incidenza e il costo di tali duplicazioni.

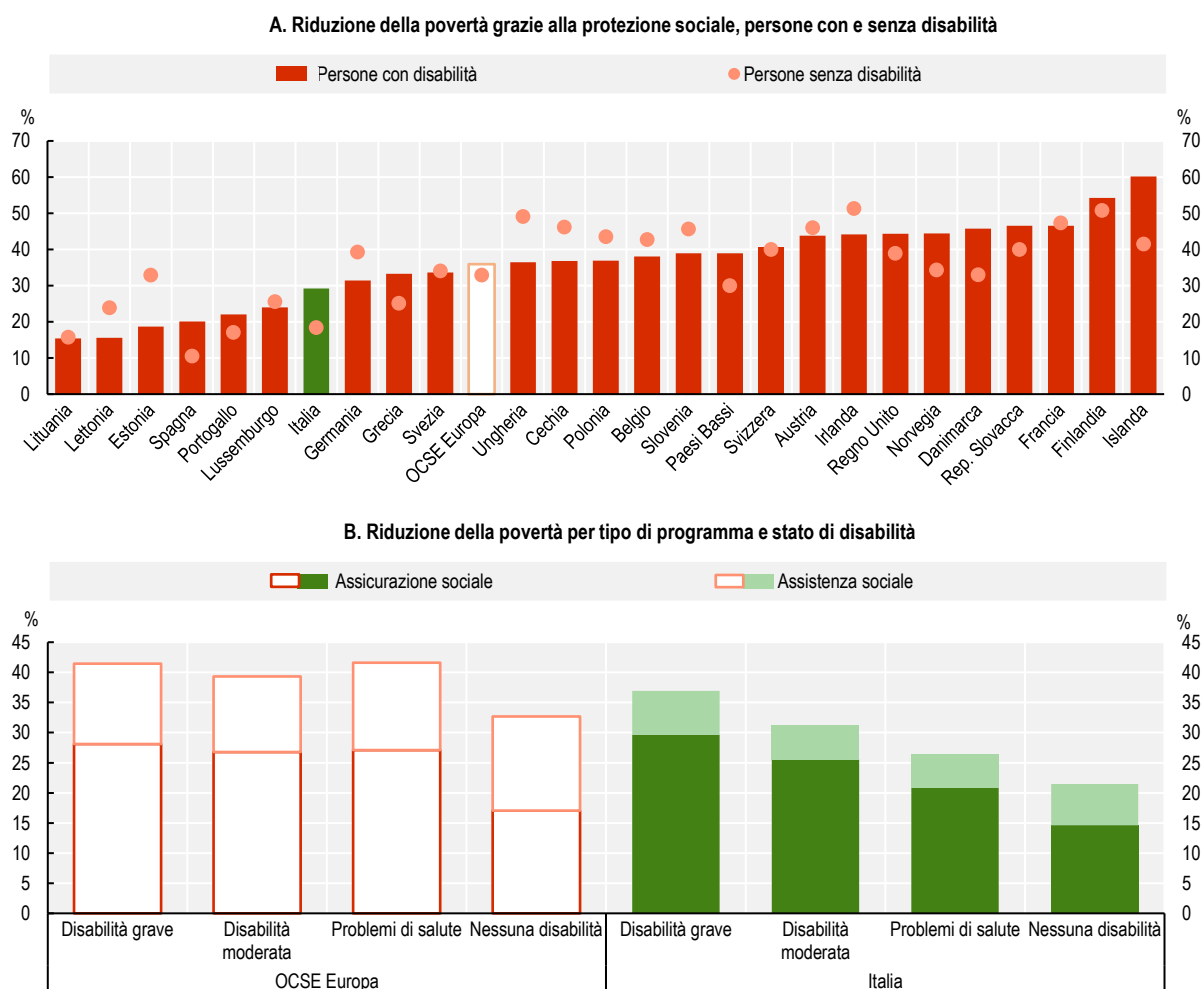
4.4.1. L'effetto di alleviamento della povertà del sistema di protezione sociale

La capacità del sistema di protezione sociale italiano di alleviare la povertà è inferiore alla media europea dell'OCSE in generale, ma è relativamente migliore nel sostenere le persone con disabilità. La Figura 4.4, Pannello A, mostra che nei Paesi europei dell'OCSE, la protezione sociale impedisce a oltre il 35% delle persone di cadere in povertà, una quota comparabile per le persone con e senza disabilità. In Italia, il sistema di protezione sociale riduce l'incidenza della povertà tra le persone con disabilità di quasi il 30%, ma quella delle persone senza disabilità solo del 18%. Una particolarità dei Paesi dell'Europa meridionale e dei Paesi nordici è che i sistemi di protezione sociale fanno meglio nell'alleviare il rischio di povertà per le persone con disabilità rispetto a quelle senza disabilità. Nella maggior parte degli altri Paesi europei dell'OCSE, si riscontra la situazione opposta, con i sistemi di protezione sociale che hanno un effetto di alleviamento della povertà più forte per le persone senza disabilità che per quelle con disabilità.

Disaggregando i risultati in base all'entità della disabilità, si scopre che in Italia la riduzione della povertà attraverso la protezione sociale è particolarmente efficace per le persone con disabilità grave (Figura 4.4, Pannello B). L'effetto di alleviamento della povertà della protezione sociale diminuisce gradualmente per le persone con disabilità moderata, per le persone con problemi di salute senza disabilità e per le persone senza disabilità. Invece, in media nell'OCSE Europa, l'effetto di alleviamento della povertà è simile per le persone con disabilità grave e moderata e solo leggermente inferiore per le persone senza disabilità. Il Pannello B mostra anche che l'assicurazione sociale ha un impatto relativamente maggiore sulla riduzione della povertà in Italia rispetto alla media dei Paesi europei dell'OCSE. Molti fattori potrebbero spiegare questo fatto, tra cui il ricorso relativamente basso all'assistenza sociale in Italia rispetto ad altri Paesi europei, il tasso di sostituzione relativamente alto delle prestazioni di invalidità contributiva e, come discusso di seguito, l'importanza di altri programmi di assicurazione sociale come le pensioni di vecchiaia e i sussidi di disoccupazione.

Figura 4.4. La protezione sociale in Italia riduce in modo significativo il rischio di povertà delle persone con disabilità

Media nel periodo 2018-21



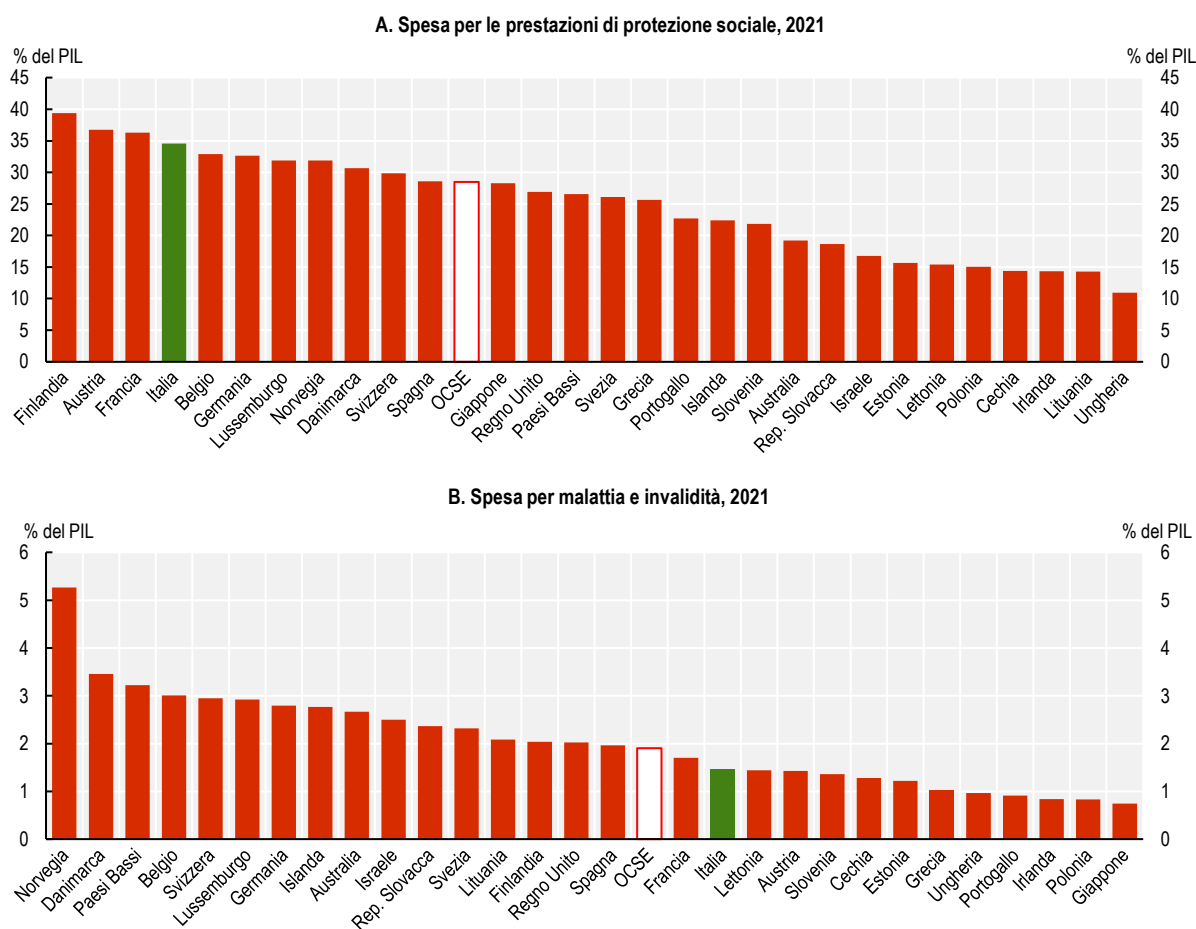
Nota: l'Europa dell'OCSE rappresenta la media ponderata dei 26 Paesi europei mostrati nel Pannello A.

Fonte: calcoli OCSE basati su EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

StatLink  <https://stat.link/iq632e>

La spesa sociale pubblica è complessivamente molto elevata in Italia, rispetto ad altri Paesi OCSE. La Figura 4.5, Pannello A suggerisce che la spesa totale per le prestazioni di protezione sociale è pari al 35% del PIL in Italia, rispetto al 29% della media dell'OCSE. Gran parte di questa spesa proviene dalle pensioni di vecchiaia, sia in Italia che in molti altri Paesi OCSE. Al contrario, la spesa per le prestazioni di malattia e di invalidità è relativamente bassa in Italia, pari all'1,5% del PIL, inferiore alla media OCSE del 2% e molto più bassa rispetto ad alcuni dei Paesi con una spesa più elevata nel nord e nell'ovest dell'Europa (Figura 4.5, Pannello B). Ciò suggerisce che l'effetto di alleviamento della povertà per le persone con disabilità in Italia è creato in misura considerevole da programmi sociali diversi dalle prestazioni di disabilità, compresi i programmi di pensionamento e prepensionamento. Nel valutare l'efficienza della protezione sociale per le persone con disabilità in Italia, è quindi fondamentale includere i programmi tradizionali come le prestazioni di vecchiaia, disoccupazione e assistenza sociale.

Figura 4.5. La spesa sociale è elevata in Italia, ma la spesa per i programmi di disabilità è inferiore alla media



Nota: la media OCSE esclude Cile, Colombia, Costa Rica, Corea, Messico, Nuova Zelanda, Turchia e Stati Uniti.

Fonte: calcoli OCSE basati sui set di dati OCSE: 11. Government expenditure by function (COFOG), https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=61325_SNA93; GDP and spending – Gross domestic product (GDP) – OECD Data, <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>; and Conversion rates – Exchange rates – OECD Data, <https://data.oecd.org/conversion/exchange-rates.htm>.

StatLink  <https://stat.link/l36tqp>

In Italia c'è spazio per un aumento dell'efficienza, in quanto l'alto livello di spesa sociale – guidato principalmente dalle pensioni di vecchiaia – non si traduce in un livello altrettanto alto di alleviamento della povertà attraverso il sistema di protezione sociale. Nei Paesi in cui la spesa sociale è paragonabile a quella italiana, come la Francia o il Belgio, l'effetto di riduzione della povertà della protezione sociale è ben superiore alla media OCSE. Al contrario, i Paesi con un effetto medio di riduzione della povertà paragonabile, come Lussemburgo e Portogallo, spendono meno per le prestazioni di protezione sociale. Per migliorare l'efficienza del sistema, l'Italia potrebbe dover considerare una maggiore enfasi sulle prestazioni in età lavorativa, che sono relativamente generose rispetto ai diritti di vecchiaia e prepensionamento.

4.4.2. Duplicazioni e collegamenti mancanti nel sistema italiano di disabilità

In un sistema complesso come quello italiano di prestazioni e servizi per la disabilità, la mancanza di informazioni integrate rende impossibile identificare chiaramente le lacune di copertura da un lato e le sovrapposizioni di prestazioni e servizi, o le duplicazioni, dall'altro. Identificare e affrontare le lacune e le sovrapposizioni sarebbe essenziale per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Il sistema italiano di protezione sociale per le persone con disabilità è diviso tra una componente nazionale (che fornisce principalmente un reddito sostitutivo) e diverse componenti subnazionali (che forniscono principalmente un supporto in natura). Le sovrapposizioni e le lacune di copertura possono verificarsi a causa della mancanza di scambio di dati e informazioni tra i portatori d'interesse e i livelli governativi, anche attraverso il modo in cui vengono condotte le valutazioni. Come discusso nel Capitolo 2, le valutazioni dello stato di disabilità, prevalentemente di tipo medico, che determinano l'idoneità alla maggior parte delle prestazioni, sono in gran parte distaccate dalle valutazioni dei bisogni, che hanno una visione più ampia della disabilità e determinano l'idoneità ai servizi. Questo distacco rende il sistema inefficiente sia per le persone con disabilità che per i principali attori del sistema e contribuisce alle lacune di copertura.

All'interno dei sistemi subnazionali si verificano importanti duplicazioni di assistenza. Il problema principale è che il coordinamento tra il settore sanitario e quello sociale è limitato in Italia, nella maggior parte delle regioni, e viene attuato in modo diverso da regione a regione. Quando si tratta di sostenere le persone con disabilità, tuttavia, il settore sanitario e quello sociale offrono servizi e prestazioni che non solo possono essere simili in molti casi (ad esempio, entrambi offrono servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare), ma la loro separazione può essere dannosa per fornire un supporto olistico alle persone con disabilità. Di conseguenza, alcune persone con disabilità sono coperte da una molteplicità di piani individuali (riabilitativi, educativi, di supporto alla vita indipendente) che raramente convergono in un piano di vita coerente a lungo termine e su misura per le persone con disabilità, ma piuttosto seguono la disponibilità e i criteri di ammissibilità dei programmi e dei progetti regionali, provinciali e locali. Molte altre persone con disabilità rimangono scoperte da qualsiasi servizio di questo tipo, dato l'alto costo di questi piani individuali. Inoltre, a causa della grande spesa per interventi spesso duplicati, alcuni aspetti cruciali per il supporto delle persone con disabilità vengono lasciati scoperti. In Italia, sia le politiche di inclusione nel mercato del lavoro che le politiche di lotta alla povertà (ad esempio, il Patto per l'inclusione, le fasi di lavoro inclusivo, le misure contro la povertà estrema, l'edilizia sociale, il sostegno al reddito regionale e comunale, i progetti di costruzione di comunità, ecc.) sono limitate.

Riferimenti

- ISTAT (n.d.), *Disabilità in cifre*, <https://disabilitaincifre.istat.it/>. [2]
- OECD (2021), *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/19991363>. [3]
- OECD (2019), *Strengthening Active Labour Market Policies in Italy*, Connecting People with Jobs, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/160a3c28-en>. [1]

5

Sperimentare una nuova valutazione dell'invalidità in quattro regioni italiane

Questo capitolo discute i risultati di un pilota tenutosi in quattro regioni italiane di uno strumento di valutazione dell'invalidità, la Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS), che aggiungerebbe la prospettiva del funzionamento alla valutazione dell'invalidità basata su un approccio medico attualmente in uso in Italia. L'analisi comprende i dati raccolti da 3.242 individui che hanno partecipato al pilota tra la fine del 2022 e l'inizio del 2023 (1.327 in Lombardia, 1.223 in Campania, 510 nella Provincia Autonoma di Trento e 182 nella Regione Autonoma Sardegna). Utilizzando un approccio statistico, il capitolo valuta le prestazioni del questionario WHODAS e conclude che lo strumento fornisce distribuzioni valide, affidabili e scientificamente robuste dei punteggi WHODAS in tutte e quattro le regioni pilota e che gli assistenti sociali in Italia sono ben preparati per condurre interviste WHODAS. Inoltre, il capitolo confronta i punteggi WHODAS del campione pilota con le valutazioni corrispondenti per l'invalidità civile, poiché i partecipanti al pilota sono stati valutati in entrambi i modi, e presenta opzioni su come il questionario WHODAS potrebbe essere integrato nel modo attuale di valutare l'invalidità civile in Italia.

La valutazione dell'invalidità civile in Italia, che determina i diritti e le prestazioni di una persona, è obsoleta e incompleta perché si limita all'identificazione di una condizione medica o di un deficit della funzionalità che determina la percentuale di invalidità civile, senza prendere in considerazione l'effettiva esperienza di disabilità della persona e il contesto in cui vive. Con l'approvazione della legge delega nel 2021 (Legge 227/2021), l'Italia ha compiuto un primo passo verso la riforma della sua politica sulla disabilità. I decreti attuativi della legge delega, che sono attualmente in fase di elaborazione e che beneficeranno anche del contributo del progetto presentato in questa relazione, prevederanno la valutazione della condizione di disabilità e la revisione delle procedure di valutazione di base da effettuare in conformità con le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, anche attraverso l'adozione della Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS) – il fulcro del progetto pilota realizzato in Italia – all'interno del nuovo sistema di valutazione di base previsto dalla legge.

Per preparare il terreno alla riforma, lo strumento WHODAS è stato sperimentato in quattro regioni italiane – Campania, Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna e Provincia Autonoma di Trento – per testare la fattibilità dell'inclusione di informazioni funzionali nell'attuale valutazione dell'invalidità civile. WHODAS è stata sviluppata dall'OMS come strumento per identificare la natura e il tipo di problemi che le persone affrontano nella loro vita, in linea con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). WHODAS è stata testata con successo in molti Paesi e contesti. Se da un lato l'Italia può attingere all'esperienza di altri Paesi, dall'altro era importante testare la validità e l'affidabilità dello strumento in Italia e la capacità degli operatori sociali di implementarlo. Questo capitolo riassume i risultati del pilota, che si è svolto da ottobre 2022 ad aprile 2023.

5.1. Campione del pilota e risposte e distribuzioni WHODAS

Nel quadro ICF, le informazioni sulle categorie di Attività e Partecipazione possono essere raccolte sia dal punto di vista dell'abilità (che riflette esclusivamente la capacità prevista di una persona di svolgere le attività considerando le sue condizioni di salute e le sue ridotte funzionalità), sia dal punto di vista della performance (che riflette l'effettivo svolgimento delle attività nelle circostanze ambientali reali in cui vive una persona). Le informazioni sull'abilità rappresentano in genere i risultati di un'inferenza o di un giudizio clinico basato su informazioni mediche, mentre le performance sono una descrizione reale di ciò che accade nella vita di una persona. Le due prospettive sono pertanto molto diverse, anche se l'abilità costituisce un fattore determinante della performance.

L'ICF intende per "disabilità" qualsiasi livello di problema o difficoltà di funzionamento in un qualche ambito, dal punto di vista delle performance. L'OMS ha sviluppato, testato e raccomandato WHODAS come strumento in grado di acquisire informazioni in merito alle performance delle attività di una persona nella sua vita quotidiana e nel suo ambiente reale. L'"ambiente reale" è rappresentato nell'ICF in termini di fattori ambientali che agiscono come facilitatori (ad esempio, dispositivi di assistenza, supporti, modifiche alla casa) o come barriere (ad esempio, case, strade ed edifici pubblici inaccessibili, stigma e discriminazione). Il questionario WHODAS è strutturato intorno a sei domini di funzionamento di base: attività cognitive, mobilità, cura di sé, interagire con le persone, attività della vita quotidiana e partecipazione.

La versione "clinica" del questionario WHODAS raccoglie informazioni sui problemi di funzionamento, vale a dire la disabilità, mediante un'intervista faccia a faccia condotta da un intervistatore qualificato che pone una serie di domande standardizzate e, se necessario, domande di approfondimento. WHODAS utilizza una scala di risposta a 5 livelli (1 = Nessuna, 2 = Poca, 3 = Moderata, 4 = Molta, 5 = Moltissima o Non ho potuto farlo) per valutare ogni domanda. In circostanze straordinarie (ad esempio, lockdown causa COVID-19), WHODAS può essere somministrata in un'intervista telefonica o video da parte di professionisti preparati. Agli intervistati viene detto che le loro risposte a ciascun dominio di

funzionamento devono essere date tenendo in considerazione le performance, devono cioè descrivere ciò che fanno, tenendo conto delle esperienze nella loro vita quotidiana e delle barriere e dei facilitatori ambientali che incontrano. Per il progetto pilota è stata scelta la versione a 36 item di WHODAS, per creare un quadro completo della disabilità vissuta dall'intervistato nella sua vita quotidiana.

5.1.1. Caratteristiche del campione

In totale, 3.307 persone hanno partecipato al pilota. I dati di 65 persone non sono stati inclusi nell'analisi a causa del numero elevato di valori mancanti nelle loro risposte. Le caratteristiche socio-demografiche dei restanti N = 3.242 persone sono mostrate in Tabella 5.1, regione per regione. La percentuale di partecipanti maschi era inferiore al 50% in tutte e quattro le regioni. L'età media variava notevolmente tra le regioni: 52,2 anni in Campania, 49,8 anni in Lombardia, 50,7 anni in Sardegna e 48,8 anni in Trentino. In tutte le regioni è stata riportata una media di circa 11 anni di istruzione. La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato il proprio stato civile come sposato e la maggior parte degli intervistati ha vissuto in modo indipendente nella comunità. La percentuale di persone che vivono in condizioni di vita assistita è stata più alta in Trentino.

Tabella 5.1. Campione pilota – statistiche descrittive per ciascuna delle quattro regioni partecipanti

Distribuzione dei quattro campioni regionali in base a caratteristiche sociodemografiche selezionate

	Campania	Lombardia	Sardegna	Trentino
N	1.223	1.327	182	510
Sesso = maschile (%)	543 (44,5)	580 (43,7)	86 (47,3)	251 (49,2)
Età – media (DS)	52,24 (10,89)	49,81 (12,25)	50,71 (13,08)	48,84 (12,48)
Anni di istruzione – media (DS)	11,38 (3,81)	11,26 (3,59)	11,32 (3,99)	11,46 (3,29)
Stato civile (%)				
Mai sposato	260 (21,3)	356 (26,8)	66 (36,3)	172 (33,7)
Attualmente sposato	745 (61,0)	630 (47,5)	76 (41,8)	222 (43,5)
Separato	81 (6,6)	79 (6,0)	14 (7,7)	31 (6,1)
Divorziato	64 (5,2)	124 (9,3)	12 (6,6)	39 (7,6)
Vedovo	46 (3,8)	48 (3,6)	6 (3,3)	14 (2,7)
Convivente	26 (2,1)	90 (6,8)	8 (4,4)	32 (6,3)
Condizione di vita (%)				
Indipendente nella comunità	1.166 (96,6)	1.206 (90,9)	182 (100,0)	425 (83,3)
Vita assistita	41 (3,4)	120 (9,0)	0 (0,0)	80 (15,7)
Ricoverato in ospedale	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	5 (1,0)
Status lavorativo (%)				
Lavoro retribuito	358 (29,3)	633 (47,7)	50 (27,5)	246 (48,2)
Lavoratore autonomo	94 (7,7)	65 (4,9)	7 (3,8)	20 (3,9)
Lavoro non retribuito	2 (0,2)	4 (0,3)	0 (0,0)	3 (0,6)
Studente	25 (2,0)	57 (4,3)	11 (6,0)	14 (2,7)
Lavoro domestico	139 (11,4)	65 (4,9)	18 (9,9)	19 (3,7)
In pensione	64 (5,2)	76 (5,7)	14 (7,7)	23 (4,5)
Disoccupato (motivi di salute)	209 (17,1)	299 (22,5)	60 (33,0)	131 (25,7)
Disoccupato (altri motivi)	324 (26,5)	123 (9,3)	21 (11,5)	38 (7,5)
Altro	7 (0,6)	4 (0,3)	1 (0,5)	16 (3,1)

Nota: La tabella mostra il numero di persone del campione in ciascun gruppo, mentre i valori tra parentesi indicano la percentuale (%) o la deviazione standard (DS) corrispondente.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

I dati sull'occupazione sono stati raccolti in modi diversi, per cui per alcuni dei dati raccolti in Campania mancano informazioni dettagliate, ad esempio non è stato possibile determinare se la disoccupazione fosse legata alla salute o meno, o se l'attività lavorativa fosse per un datore di lavoro o autonoma. Nel complesso, i partecipanti hanno indicato di avere un lavoro retribuito (39,7%) o di essere disoccupati per motivi di salute (21,6%) o per altri motivi (15,6%). La quota di lavoro retribuito era particolarmente alta in Lombardia (47,7%) e in Trentino (48,2%).

La Tabella 5.2 presenta la frequenza e le percentuali dei capitoli diagnostici ICD-11 osservati, con l'avvertenza che i dati sulle patologie sono stati raccolti in modo diverso nelle quattro regioni. I codici delle patologie sono stati collegati al capitolo ICD-11 più vicino, l'ultima versione della Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD-11). Molte persone nel set di dati hanno più di una diagnosi. Se diverse diagnosi si collegano a un solo capitolo ICD, il capitolo è stato riportato solo una volta. La situazione è diversa per le persone con più di una patologia afferenti a capitoli ICD diversi. Le informazioni relative alla priorità delle diverse diagnosi non erano disponibili per la maggior parte dei dati. Si è quindi deciso di includere nelle analisi per patologie tutte le diagnosi del capitolo ICD registrate per una persona. Pertanto, il numero totale di patologie presentate nella Tabella 5.2 è maggiore del campione totale, in quanto una persona con due patologie diverse viene contata due volte. Questo non dovrebbe influire sui risultati per patologie.

Tabella 5.2. Prevalenza delle diagnosi per capitolo ICD-11: Campione totale e regioni partecipanti

Capitolo ICD	Campione totale		Campania		Lombardia		Sardegna		Trentino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Malattie infettive	14	0,4	1	0,09	5	0,36	3	1,39	5	0,6
2 Neoplasie	558	15,93	234	22,1	229	16,4	14	6,48	81	9,72
3 Malattie del sangue	6	0,17	2	0,19	2	0,14	2	0,93	0	0
4 Malattie del sistema immunitario	36	1,03	4	0,38	30	2,15	0	0	2	0,24
5 Malattie endocrine e nutrizionali	155	4,42	59	5,58	44	3,15	24	11,11	28	3,36
6 Disturbi mentali o comportamentali	535	15,27	201	19	162	11,6	23	10,65	149	17,89
8 Malattie del sistema nervoso	281	8,02	38	3,59	139	9,96	18	8,33	86	10,32
9 Malattie del sistema visivo	87	2,48	16	1,51	34	2,44	5	2,31	32	3,84
10 Malattie dell'orecchio	115	3,28	25	2,36	57	4,08	3	1,39	30	3,6
11 Malattie dell'apparato circolatorio	564	16,1	188	17,77	184	13,18	31	14,35	161	19,33
12 Malattie dell'apparato respiratorio	150	4,28	19	1,8	94	6,73	2	0,93	35	4,2
13 Malattie dell'apparato digerente	138	3,94	26	2,46	68	4,87	12	5,56	32	3,84
14 Malattie della pelle	2	0,06	0	0	0	0	2	0,93	0	0
15 Malattie dell'apparato muscoloscheletrico	578	16,5	191	18,05	217	15,54	58	26,85	112	13,45
16 Malattie dell'apparato genito-urinario	50	1,43	12	1,13	21	1,5	7	3,24	10	1,2
20 Anomalie dello sviluppo	14	0,4	3	0,28	6	0,43	2	0,93	3	0,36
21 Sintomi non classificati altrove	51	1,46	10	0,95	23	1,65	6	2,78	12	1,44
22 Ferite o avvelenamento	22	0,63	4	0,38	13	0,93	1	0,46	4	0,48
24 Fattori che influenzano lo stato di salute	147	4,2	25	2,36	68	4,87	3	1,39	51	6,12
Tutte le malattie	3.503	100	1.058	100	1.396	100	216	100	833	100

Nota: Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD11).

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

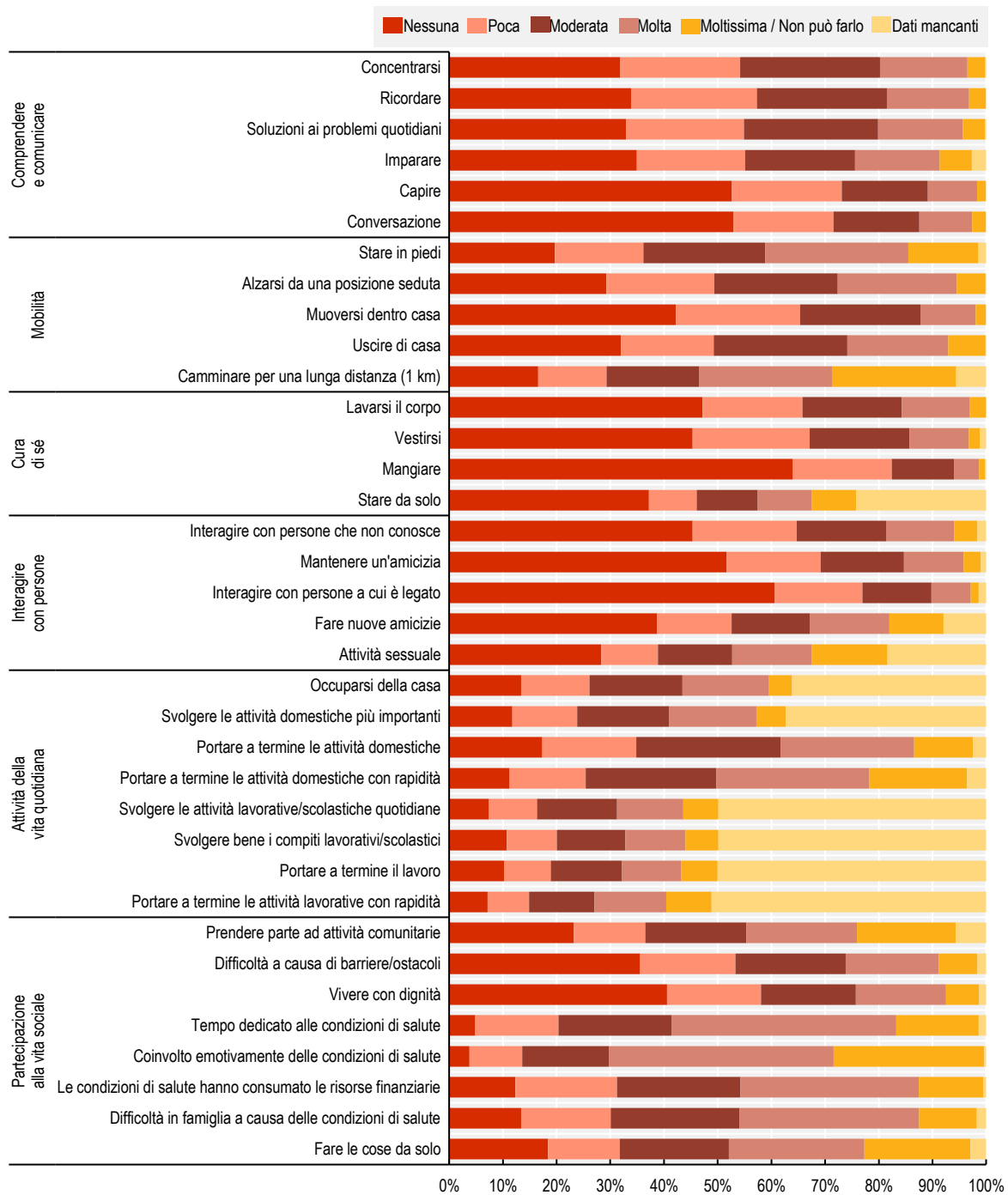
StatLink  <https://stat.link/p8t3fg>

5.1.2. Frequenze di risposta WHODAS

La Figura 5.1 visualizza come sono state valutate le 36 voci del questionario WHODAS. La percentuale di valori mancanti era più alta, vale a dire circa il 50%, per gli item da D5.5 a D5.8 che valutano le difficoltà sul lavoro (o a scuola). Queste quattro domande sono state eliminate dalla costruzione del

punteggio WHODAS a causa dell'elevata percentuale di valori mancanti. Oltre il 30% dei valori mancanti è stato riscontrato anche per altre due domande, D5.1 (Occuparsi della casa e della famiglia) e D5.2 (Svolgere le attività domestiche più importanti), poiché queste due domande non sono state valutate in modo coerente in tutte le regioni all'inizio del progetto pilota.

Figura 5.1. Percentuale di valutazioni per grado di invalidità civile per ogni item WHODAS



Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

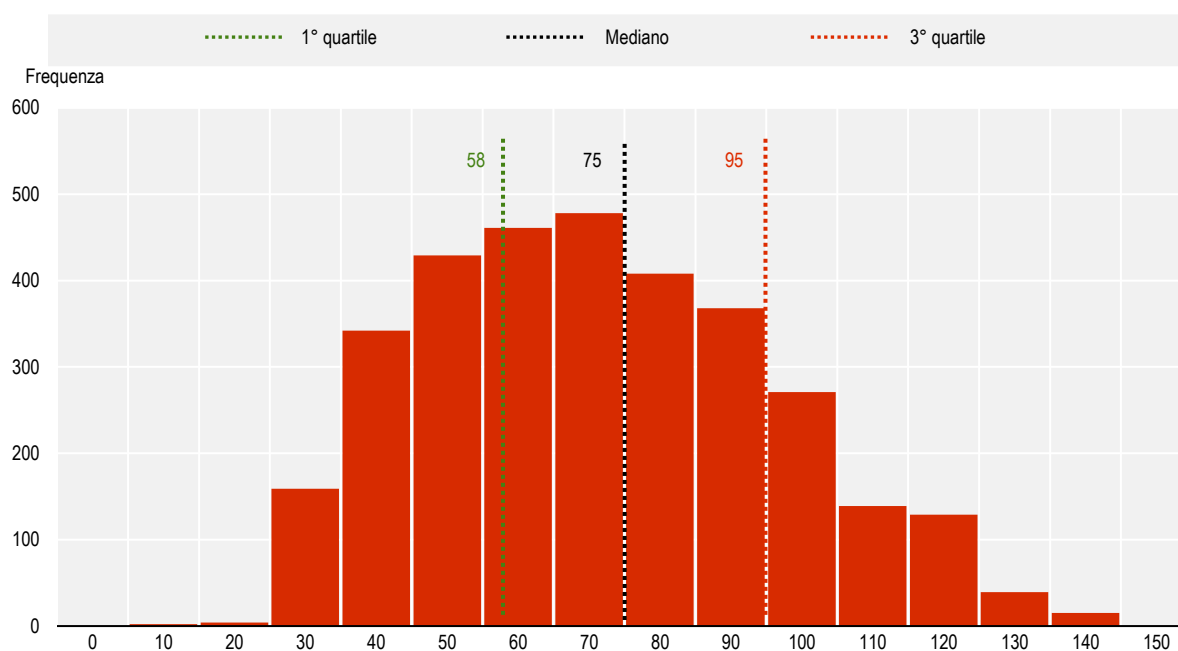
Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/meq8da>

5.1.3. Distribuzione del punteggio WHODAS

La Figura 5.2 mostra la distribuzione dei punteggi grezzi totali ottenuti sommando i 32 elementi di WHODAS. Il punteggio totale grezzo di WHODAS va da 32 a 160, anche se sono possibili alcuni punteggi totali inferiori a 32, poiché i punteggi sono calcolati sui dati grezzi con alcuni valori mancanti (meno del 20%). I segmenti in Figura 5.2 indicano la posizione e il valore del 1°, 2° e 3° quartile, con un punteggio mediano (2° quartile) di 75. Le linee di densità in Figura 5.3 mostrano la densità dei punteggi osservati (linea nera) e la corrispondente distribuzione normale con la stessa media e deviazione standard (linea tratteggiata). I punteggi in questo campione per l'Italia sono distribuiti in modo relativamente normale, un dato comune anche ad altri Paesi in cui WHODAS è stato testato (tra cui Bulgaria, Grecia, Lettonia, Lituania, Romania e Seychelles).

Figura 5.2. Distribuzione del punteggio grezzo WHODAS



Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS. Gli item da D5.5 a D5.8 sono esclusi a causa del numero di valori mancanti.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.


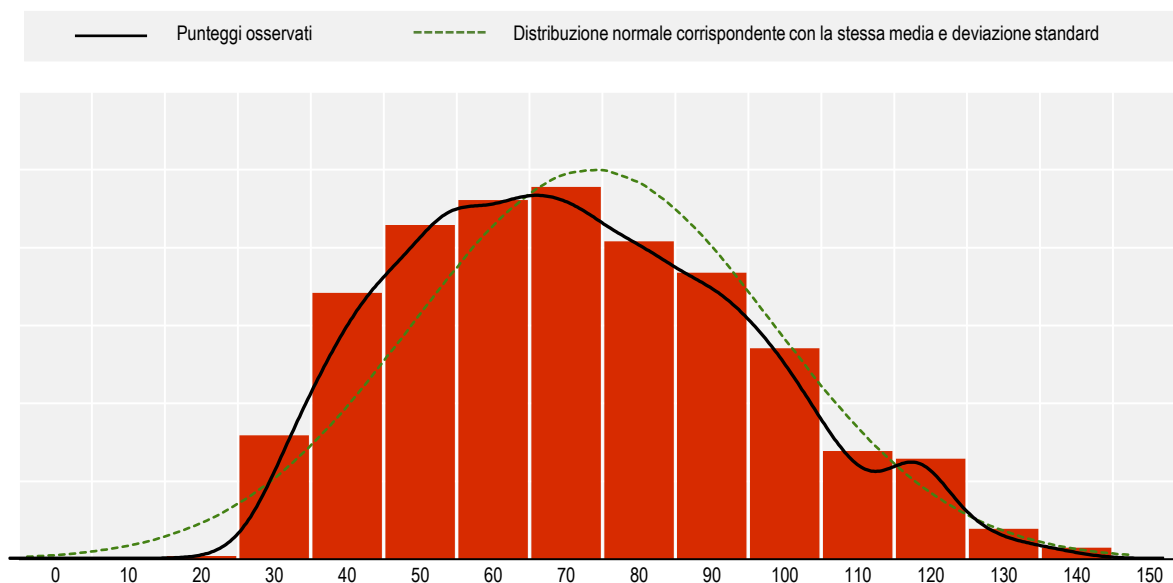
StatLink  <https://stat.link/ph23jg>

Figura 5.3. Densità del punteggio: Densità osservata e densità normale casuale

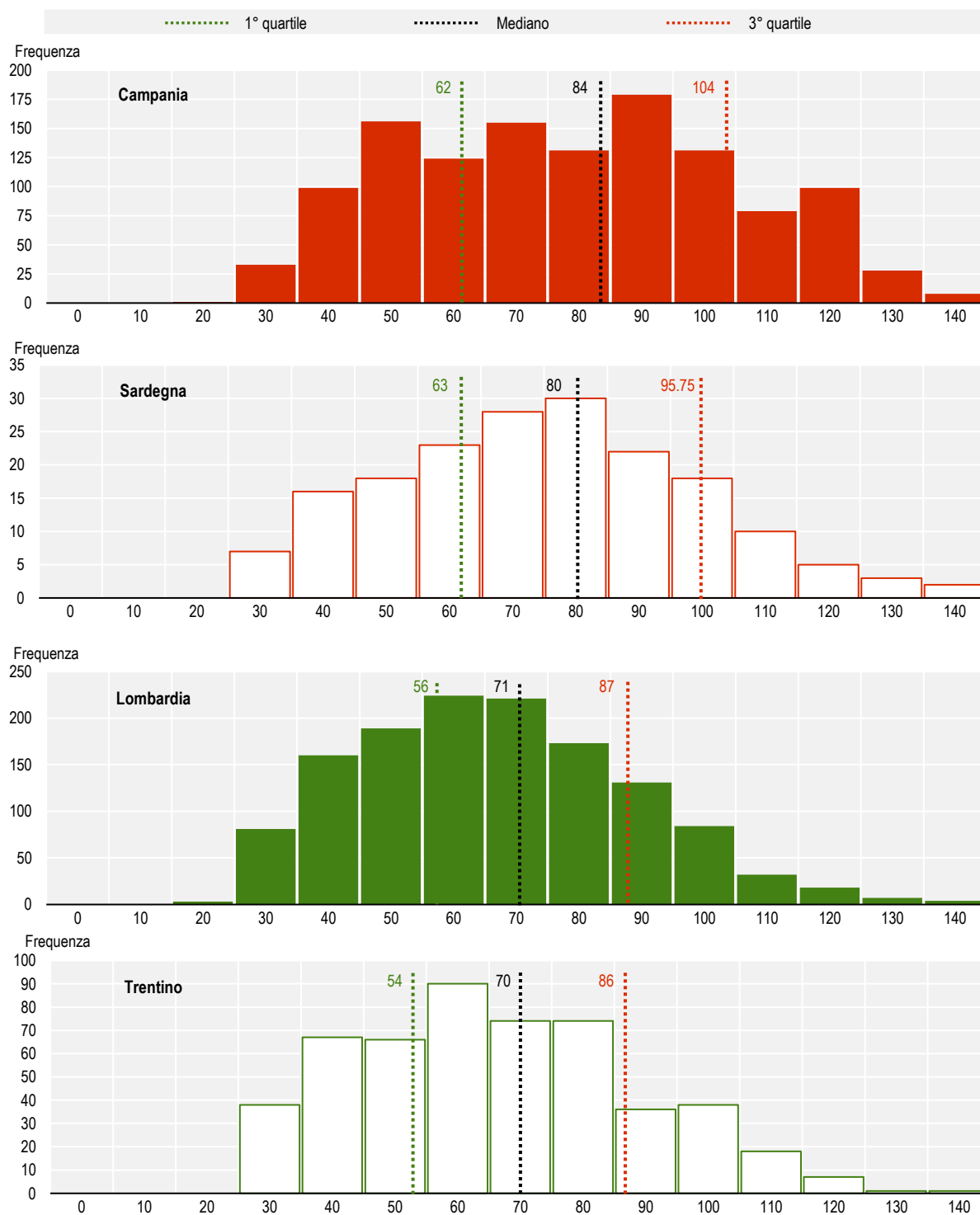
Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS. Gli item da D5.5 a D5.8 sono esclusi a causa del numero di valori mancanti.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/er5vlh>

Le distribuzioni dei punteggi grezzi WHODAS nelle quattro regioni che hanno partecipato al progetto pilota presentano piccole differenze (Figura 5.4). Il punteggio mediano WHODAS più alto (linea tratteggiata blu) si trova in Campania (Q2 = 84) e il punteggio mediano più basso in Trentino (Q2 = 70). I punteggi grezzi WHODAS più alti indicano livelli di disabilità più elevati tra coloro che vengono sottoposti a una valutazione di disabilità. Per il resto, tuttavia, le figure mostrano punteggi grezzi WHODAS distribuiti in modo piuttosto normale per tutte e quattro le regioni partecipanti.

Figura 5.4. Distribuzioni dei punteggi grezzi del WHODAS nelle quattro regioni



Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/unopgk>

5.2. Proprietà psicometriche di WHODAS applicate in Italia

Un obiettivo della valutazione pilota era quello di valutare la validità e l'affidabilità dello strumento WHODAS in Italia. Ciò è stato fatto attraverso l'analisi di Rasch, un metodo statistico del campo della misurazione probabilistica introdotto per la prima volta dal matematico danese George Rasch (Rasch, 1960^[11]). L'analisi Rasch consiste essenzialmente nel testare diverse ipotesi di misurazione (Bond, 2015^[2]; Tennant and Conaghan, 2007^[3]): (1) il targeting di una scala, (2) l'affidabilità del modello, (3) l'ordinamento delle opzioni di risposta degli item, (4) l'assenza di correlazione tra gli item (le cosiddette dipendenze locali degli item, o LID dall'inglese Local Item Dependencies), (5) l'adattamento degli item al modello di Rasch, (6) l'assenza di effetti di fattori personali come il sesso e l'età sulle risposte degli item (il cosiddetto funzionamento differenziale dell'item, o DIF dall'inglese Differential Item Functioning), e (7) l'unidimensionalità del questionario. Se questi presupposti di misurazione possono essere soddisfatti, un questionario può essere considerato psicometricamente valido e i punteggi totali derivati possono essere dunque considerati a scala intervallare e validi per la misurazione.

Per un questionario ben funzionante, ci si aspetta che la difficoltà degli item sia abbinata al livello di abilità della popolazione misurata, vale a dire che il questionario non dovrebbe essere troppo facile o troppo difficile. Statisticamente, un buon targeting (*ipotesi #1*) si ottiene se la difficoltà media degli item e l'abilità media della persona si avvicinano a zero. Un Indice di separazione della persona (PSI, dall'inglese Person Separation Index) superiore a 0,8 indica una buona affidabilità della scala e valori superiori a 0,9 indicano un'ottima affidabilità (*ipotesi #2*). Il PSI indica la capacità della scala di discriminare i livelli di funzionamento nella popolazione. Il valore Cronbach α , che di solito viene riportato, è una misura classica della coerenza interna dei dati, ossia quanto gli item funzionano per descrivere un costrutto (Nunnally and Bernstein, 1994^[4]). In presenza di opzioni di risposta disordinate (*ipotesi #3*), l'analisi delle curve di probabilità di risposta consente di determinare quali opzioni di risposta causano problemi e di decidere le strategie per aggregare le opzioni di risposta disordinate. Ad esempio, se per un item le opzioni di risposta 2 e 1 appaiono invertite e indicano che non è possibile discriminare un aumento di difficoltà, le risposte dell'item possono essere ricodificate in modo che queste opzioni rappresentino un solo livello di risposta. Le LID si verificano spesso quando gli item sono ridondanti e misurano approssimativamente lo stesso aspetto di un costrutto (*ipotesi #4*). La statistica più diffusa per le dipendenze degli item è la matrice di correlazione dei residui di Rasch (Yen, 1984^[5]). Le correlazioni residue superiori a 0,2 sono considerate non accettabili e un modo per gestire queste dipendenze locali degli item, senza eliminare gli item, è quello di aggregare (cioè sommare) gli item correlati nei cosiddetti testlet, ossia un gruppo di domande sullo stesso argomento (Yen, 1993^[6]). Nei testlet di item, l'ordine delle soglie non è più previsto. Per un buon adattamento degli item (*ipotesi #5*), i valori di infit e outfit dovrebbero essere inferiori a 1,2 (Smith, Schumacker and Bush, 1998^[7]). La statistica outfit è più sensibile agli outlier rispetto alla statistica infit. Idealmente, gli item di un questionario dovrebbero essere equi e non favorire sottogruppi del campione. L'analisi del DIF permette di segnalare le variabili esogene, o variabili DIF (*ipotesi #6*), che conducono a una mancanza di invarianza della difficoltà degli item (Holland and Wainer, 1993^[8]). Vale la pena notare che un'analisi DIF non indica sempre una distorsione metrica, ma può anche semplicemente rappresentare sottogruppi con capacità di base diseguali (Boone, Staver and Yale, 2014^[9]). L'analisi DIF è stata condotta per età e sesso, per determinare gli item sensibili a queste covariate esterne. Infine, un questionario dovrebbe misurare un solo costrutto. Se un questionario mostra di avere diverse dimensioni separate, la validità di un punteggio totale riassuntivo non è supportata. L'unidimensionalità (*ipotesi #7*) è stata valutata con un'analisi delle componenti principali dei residui di Rasch (Smith, 2002^[10]). In genere, un primo autovalore inferiore a 1,8 è considerato indicativo di unidimensionalità. Sulla base di analisi di simulazione, Smith e Miao (1994^[11]) hanno suggerito di considerare invece la dimensione della seconda componente, con valori inferiori a 1,4 indicativi di unidimensionalità.

L'analisi Rasch per il set di dati italiano ha mostrato che la scala è multidimensionale, con una forte tendenza degli item a correlarsi con altre variabili all'interno dei domini WHODAS. Solo pochi item si correlavano tra i domini e, allo stesso modo, solo pochi item erano privi di dipendenze. Per risolvere i problemi di multidimensionalità e di dipendenza locale degli item, gli item correlati sono stati aggregati tenendo conto della struttura del dominio del questionario WHODAS. I risultati possono essere riassunti come segue:

1. La popolazione inclusa in questa analisi ha presentato un ottimo targeting alla scala.
2. L'affidabilità degli articoli era elevata, ma anche gonfiata all'inizio dell'analisi a causa delle dipendenze degli item ($PSI = 0,95$, Cronbach $\alpha = 0,95$). L'affidabilità è risultata ancora buona anche dopo gli aggiustamenti apportati ($PSI = 0,88$, Cronbach $\alpha = 0,89$).
3. Le soglie di risposta di 23/32 item del questionario WHODAS presentavano disordine. Gli item dipendenti localmente possono essere una spiegazione del disordine, così come la mancanza di discriminazione tra le due prime opzioni di risposta, ossia le categorie di risposta "Nessuna" e "Poca".
4. L'analisi delle dipendenze residue ha mostrato forti dipendenze locali tra la maggior parte degli item del questionario WHODAS, con la tendenza degli item del questionario dello stesso dominio ad associarsi. Per gestire queste dipendenze, gli item sono stati aggregati considerando la struttura del dominio dello strumento. Non si prevede che le soglie dei testlet siano ordinate.
5. L'adattamento dell'item è buono se i valori di infit e outfit sono inferiori a 1,2. Tre dei 32 item hanno mostrato un misfit con infit o outfit al di sopra del cut-off: D1.5 (Capire quello che dicono gli altri), D6.4 (Quanto tempo ha dedicato al suo problema di salute o alle sue conseguenze) e D6.6 (Quanto la sua salute ha prosciugato le risorse economiche sue o della sua famiglia). Dopo l'aggregazione degli item per dominio, tutti i testlet hanno mostrato buoni valori di infit e di outfit, inferiori a 1,2.
6. L'analisi DIF ha indicato che tutti i domini WHODAS sono sensibili all'età. Le risposte al dominio 1 (Attività cognitive – comprendere e comunicare) e al dominio 5(1) (Attività della vita quotidiana) sono influenzate anche dal sesso dell'intervistato.
7. L'analisi delle componenti principali ha indicato che gli item si raggruppano per domini, il che si traduce in una multidimensionalità, con un 1° autovalore di 5,29 e un 2° autovalore di 2,87. Dopo gli aggiustamenti, ossia l'aggregazione degli item per domini WHODAS, il 1° autovalore è sceso a 1,93 e il 2° autovalore a 1,29, indicando l'unidimensionalità secondo i criteri definiti.

In conclusione, i test psicometrici statistici hanno confermato la validità e l'affidabilità dello strumento WHODAS nel contesto italiano. L'analisi statistica delle proprietà psicometriche di WHODAS con i dati del pilota in Italia mostra che i dati di funzionamento raccolti con WHODAS presentano solide proprietà psicometriche. È importante tenere presente che l'OMS ha sviluppato WHODAS esplicitamente per acquisire statisticamente il costrutto di funzionamento dalla prospettiva della performance, ossia l'esperienza di svolgere attività da parte di una persona con un problema di salute di base nel suo ambiente di vita quotidiano. Sulla base di proprietà psicometriche soddisfacenti, si può concludere con certezza che le informazioni raccolte con il questionario WHODAS sono solide, valide e pertinenti e che rappresentano validamente il costrutto di disabilità come inteso nell'ICF e nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD). L'inclusione del questionario WHODAS nella valutazione dello stato di disabilità in Italia (i) rafforzerebbe in modo significativo il metodo di valutazione attualmente in uso (che è una valutazione medica basata sull'esistenza di deficit della funzionalità) e lo allineerebbe all'approccio generale dell'Italia alla disabilità; (ii) lo avvicinerrebbe all'intendimento della disabilità dell'ICF e della UNCRPD; e (iii) armonizzerebbe l'approccio alla valutazione con l'approccio basato sul funzionamento dell'ICF utilizzato nelle successive valutazioni dei bisogni individuali.

5.3. Confronto tra i punteggi WHODAS e le classi di invalidità civile

5.3.1. Punti di cut-off significativi

Non sono disponibili cut-off concordati e pubblicati per il punteggio WHODAS, applicabili a una popolazione con condizioni di salute diverse per classificare la gravità della loro disabilità. Avere dei cut-off stabiliti permetterebbe di individuare le persone con disabilità significative e di riflettere, ed eventualmente riconsiderare, le percentuali di invalidità civile attribuite. Alcuni studi riportano il 90° o il 95° percentile della distribuzione dei punteggi WHODAS come il miglior cut-off per diagnosticare una grave disabilità o disfunzionalità in alcuni gruppi specifici, come le donne post-partum (Mayrink et al., 2018^[12]) o la popolazione anziana (Ferrer et al., 2019^[13]). Non è stata ancora stabilita una differenza minima clinicamente importante nei punteggi di WHODAS (Federici et al., 2016^[14]). Tuttavia, sulla base di diversi progetti pilota precedenti e comparabili condotti dalla Banca Mondiale utilizzando il questionario WHODAS in Grecia, Lettonia, Lituania e Bulgaria, i punti di cut-off significativi della disabilità WHODAS per il punteggio 0-100 basato sull'analisi di Rasch sono suggeriti come segue:

- Punteggio 0-25: nessuna limitazione funzionale (cioè nessuna difficoltà nelle performance/disabilità)
- Punteggio 26-40: limitazioni funzionali moderate (cioè difficoltà moderate nelle performance/disabilità)
- Punteggio 41-60: limitazioni funzionali gravi (cioè gravi difficoltà nelle performance/disabilità).
- Punteggio 61-100: limitazioni funzionali molto gravi (cioè difficoltà molto gravi nelle performance/disabilità)

Un punteggio di 40 sarebbe quindi un cut-off centrale per determinare la presenza di una disabilità e, quindi, l'idoneità ai servizi. In totale, il campione presentava N = 74 (2,3%) di individui senza limitazioni funzionali, N = 972 (30,0%) di individui con limitazioni funzionali moderate, N = 2.120 (65,4%) di individui con limitazioni funzionali gravi e N = 76 (2,3%) di individui con limitazioni funzionali molto gravi.

Più avanti in questo capitolo, vengono introdotti ulteriori cut-off per dividere i due gruppi mediani in cui si concentra la maggior parte delle persone, distinguendo così le limitazioni funzionali moderate inferiori e superiori (con punteggi WHODAS rispettivamente di 26-34 e 35-40) e le limitazioni funzionali gravi inferiori e superiori (con punteggi WHODAS rispettivamente di 41-48 e 49-60).

Le percentuali di invalidità civile attribuite alle persone con problemi di salute in Italia, a seguito della valutazione, possono essere suddivise in diverse categorie in vari modi. Sebbene non esistano punti di cut-off per una valutazione discrezionale, il diritto a varie prestazioni e supporti suggerisce la seguente suddivisione significativa:

- 0-33%: nessuna invalidità
- 34-66%: invalidità moderata, di cui
 - 34-45%: invalidità moderata inferiore
 - 46-66%: invalidità moderata superiore
- 67-99%: invalidità grave, di cui
 - 67-73%: invalidità grave inferiore
 - 74-99%: invalidità grave superiore
- 100%: invalidità molto grave

In totale, il campione pilota ha presentato N = 81 (2,8%) di persone senza invalidità civile, N = 1.129 (38,8%) di persone con invalidità civile moderata, N = 1.076 (37%) con invalidità civile grave e N = 623 (21,4%) di persone con invalidità civile molto grave valutata al 100%. Nel set di dati c'erano N = 333 (10,3%) persone senza alcuna percentuale di invalidità civile riportata. I diversi livelli di invalidità sono fondamentali per ottenere il supporto del sistema di protezione sociale italiano. Ad esempio, con una percentuale di invalidità civile superiore al 46% le persone possono richiedere un sostegno all'occupazione, con più del 67% le protesi sono fornite gratuitamente e con più del 74% le persone possono ricevere un assegno di invalidità non contributivo.

5.3.2. Caratteristiche del campione in base ai punti cut-off

La Tabella 5.3 presenta le caratteristiche socio-demografiche del campione disaggregate per livello di disabilità in base al punteggio WHODAS. Con il 68,9%, la percentuale di uomini era più alta nel gruppo senza disabilità e vicina o inferiore al 50% negli altri casi. Vi è un aumento statisticamente significativo dell'età media (valore $p < 0,001$) tra i livelli di disabilità, da 45,7 anni con nessuna disabilità a 53,5 anni con disabilità molto grave. Il numero medio di anni di istruzione diminuisce significativamente con l'aumentare dello stato di disabilità (valore $p < 0,001$), da circa 12 anni con nessuna disabilità a circa 11 anni con disabilità molto grave. Per quanto riguarda la situazione di vita, il 77,3% dei partecipanti con disabilità molto grave vive in modo indipendente nella comunità, con quote superiori al 90% per tutti gli altri gruppi. La percentuale di persone che svolgono un lavoro retribuito è diminuita dal 56,8% del gruppo senza disabilità al 21,1% di quelli con disabilità molto grave.

Tabella 5.3. Statistiche descrittive del campione per gravità della disabilità in base al questionario WHODAS

	Nessuna	Moderata	Grave	Molto grave
N	74	972	2.120	76
Sesso = maschile (%)	51 (68,9)	491 (50,5)	884 (41,8)	34 (44,7)
Età – media (DS)	45,74 (15,98)	49,32 (12,35)	51,29 (11,52)	53,45 (9,53)
Anni di istruzione – media (DS)	12,05 (3,54)	11,75 (3,67)	11,14 (3,64)	10,96 (3,42)
Condizione di vita (%)				
Indipendente nella comunità	73 (98,6)	936 (96,6)	1.912 (90,7)	58 (77,3)
Vita assistita	1 (1,4)	33 (3,4)	190 (9,0)	17 (22,7)
Ricoverato in ospedale	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (0,3)	0 (0,0)
Stato civile (%)				
Mai sposato	31 (41,9)	273 (28,1)	531 (25,0)	19 (25,0)
Attualmente sposato	33 (44,6)	506 (52,1)	1.094 (51,6)	40 (52,6)
Separato	4 (5,4)	54 (5,6)	142 (6,7)	5 (6,6)
Divorziato	3 (4,1)	58 (6,0)	170 (8,0)	8 (10,5)
Vedovo	0 (0,0)	27 (2,8)	86 (4,1)	1 (1,3)
Convivente	3 (4,1)	53 (5,5)	97 (4,6)	3 (3,9)
Status lavorativo (%)				
Lavoro retribuito	42 (56,8)	474 (48,8)	755 (35,6)	16 (21,1)
Lavoratore autonomo	7 (9,5)	71 (7,3)	107 (5,1)	1 (1,3)
Lavoro non retribuito	0 (0,0)	3 (0,3)	6 (0,3)	0 (0,0)
Studente	5 (6,8)	46 (4,7)	56 (2,6)	0 (0,0)
Lavoro domestico	1 (1,4)	68 (7,0)	167 (7,9)	5 (6,6)
In pensione	8 (10,8)	38 (3,9)	119 (5,6)	12 (15,8)
Disoccupato (motivi di salute)	4 (5,4)	122 (12,6)	540 (25,5)	33 (43,4)
Disoccupato (altri motivi)	7 (9,5)	142 (14,6)	349 (16,5)	8 (10,5)
Altro	0 (0,0)	8 (0,8)	19 (0,9)	1 (1,3)

Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/26nxttd>

La Tabella 5.4 presenta le caratteristiche socio-demografiche del campione disaggregate in base al livello di invalidità civile, seguendo le categorie di cut-off sopra proposte. La percentuale di uomini è più alta e superiore al 50% solo nel gruppo di persone senza invalidità civile. Anche in questo caso, c'è un aumento statisticamente significativo dell'età media (valore $p < 0,001$) tra i vari gradi di invalidità civile, da 45,2 anni nel gruppo senza invalidità a 52,9 anni nel gruppo con invalidità civile molto grave. Il numero medio di anni di istruzione è leggermente superiore a 11 anni in tutti i livelli di invalidità. La percentuale di persone che vivono in modo indipendente nella comunità è di circa l'85,2% tra le persone con un'invalidità molto grave e superiore al 90% per gli altri gruppi. Infine, la percentuale di persone che svolgono un lavoro retribuito diminuisce da circa il 44,4% nel gruppo di persone con invalidità civile nulla o moderata al 32,4% nel gruppo di persone con invalidità civile molto grave.

Tabella 5.4. Statistiche descrittive del campione per gravità della limitazione funzionale in base alla valutazione dell'invalidità civile

	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave
N	81	1.129	1.076	623
Sesso = maschile (%)	44 (54,3)	498 (44,1)	507 (47,2)	271 (43,6)
Età – media (DS)	45,16 (14,20)	48,94 (12,38)	51,69 (11,59)	52,87 (10,72)
Anni di istruzione – media (DS)	11,41 (3,22)	11,37 (3,61)	11,27 (3,78)	11,52 (3,64)
Condizione di vita (%)				
Indipendente nella comunità	76 (93,8)	1.074 (95,8)	996 (93,1)	529 (85,2)
Vita assistita	5 (6,2)	45 (4,0)	73 (6,8)	89 (14,3)
Ricoverato in ospedale	0 (0,0)	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,5)
Stato civile (%)				
Mai sposato	28 (34,6)	301 (26,7)	277 (25,7)	156 (25,0)
Attualmente sposato	35 (43,2)	583 (51,7)	557 (51,8)	326 (52,3)
Separato	2 (2,5)	79 (7,0)	73 (6,8)	39 (6,3)
Divorziato	9 (11,1)	79 (7,0)	72 (6,7)	47 (7,5)
Vedovo	1 (1,2)	32 (2,8)	47 (4,4)	24 (3,9)
Convivente	6 (7,4)	54 (4,8)	50 (4,6)	31 (5,0)
Status lavorativo (%)				
Lavoro retribuito	36 (44,4)	509 (45,1)	397 (36,9)	202 (32,4)
Lavoratore autonomo	6 (7,4)	69 (6,1)	58 (5,4)	37 (5,9)
Lavoro non retribuito	1 (1,2)	5 (0,4)	3 (0,3)	0 (0,0)
Studente	7 (8,6)	50 (4,4)	24 (2,2)	15 (2,4)
Lavoro domestico	5 (6,2)	87 (7,7)	78 (7,3)	44 (7,1)
In pensione	2 (2,5)	23 (2,0)	67 (6,2)	67 (10,8)
Disoccupato (motivi di salute)	14 (17,3)	204 (18,1)	238 (22,1)	163 (26,2)
Disoccupato (altri motivi)	10 (12,3)	171 (15,1)	200 (18,6)	88 (14,1)
Altro	0 (0,0)	11 (1,0)	10 (0,9)	7 (1,1)

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/c5h3yn>

5.3.3. Patologie, punteggi WHODAS e classi di invalidità civile

La Tabella 5.5 presenta il punteggio medio WHODAS, sulla scala 0-100, disaggregato per patologia, e la distribuzione della popolazione tra i capitoli dell'ICD-11. Gli individui con "Sintomi, segni o riscontri clinici, non classificati altrove" hanno presentato il punteggio WHODAS medio più alto, pari a 46,66. Le patologie meno invalidanti misurate da WHODAS sono le anomalie di sviluppo con un punteggio medio di 40,8. Tra le quattro patologie più frequenti, la categoria "Disturbi mentali, comportamentali o del sviluppo neurologico" ha il punteggio medio WHODAS più alto (44,95), mentre le altre tre limitazioni funzionali principali (neoplasie, malattie dell'apparato circolatorio e malattie dell'apparato muscolo-scheletrico) hanno tutte punteggi medi intorno a 43.

Tabella 5.5. Frequenza dei capitoli ICD e media del punteggio WHODAS corrispondente

	N	Media (DS)
1 Determinate malattie infettive o parassitarie	14 (0,4%)	43,4 (9,75)
2 Neoplasie	558 (15,93%)	43,44 (8,08)
3 Malattie del sangue o degli organi emopoietici	6 (0,17%)	48,47 (8,07)
4 Malattie del sistema immunitario	36 (1,03%)	45,13 (7,77)
5 Malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	155 (4,42%)	43,85 (7,67)
6 Disturbi mentali, comportamentali o dello sviluppo neurologico	535 (15,27%)	44,95 (7,99)
8 Malattie del sistema nervoso	281 (8,02%)	45,09 (8,34)
9 Malattie del sistema visivo	87 (2,48%)	41,49 (8,56)
10 Malattie dell'orecchio o del processo mastoideo	115 (3,28%)	42,02 (8,07)
11 Malattie dell'apparato circolatorio	564 (16,1%)	42,65 (7,94)
12 Malattie dell'apparato respiratorio	150 (4,28%)	41,38 (9,07)
13 Malattie dell'apparato digerente	138 (3,94%)	43,16 (7,22)
14 Malattie della pelle	2 (0,06%)	43,12 (10,7)
15 Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	578 (16,5%)	43,51 (7,13)
16 Malattie del sistema genito-urinario	50 (1,43%)	41,64 (8,66)
20 Anomalie di sviluppo	14 (0,4%)	40,80 (8,00)
21 Sintomi, segni o riscontri clinici, non classificati altrove	51 (1,46%)	46,66 (11,39)
22 Ferita, avvelenamento o certe altre conseguenze di cause esterne	22 (0,63%)	42,87 (5,99)

Nota: Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD11)_WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/q5147b>

La Tabella 5.6 disaggrega il campione per patologia e grado di invalidità civile. In generale, i risultati mostrano che i punteggi WHODAS medi tendono ad aumentare con il grado di invalidità per la maggior parte delle patologie, anche se i risultati devono essere interpretati con cautela, a causa del numero ridotto di casi nel gruppo senza invalidità (N = 81). Non è la stessa patologia a ricevere regolarmente il punteggio WHODAS più alto nei diversi gruppi di grado di invalidità civile. Considerando solo le quattro patologie principali, per le quali la dimensione del campione è sufficientemente ampia per trarre conclusioni affidabili, si può osservare quanto segue:

- Le malattie del sistema muscolo-scheletrico sono la patologia dominante tra le persone con un livello di invalidità civile moderato (25,5% di quelle con percentuale del 34-66%). Per queste malattie, i punteggi WHODAS medi aumentano chiaramente e gradualmente con il grado di invalidità, da circa 38,1 a 49,8.
- Le neoplasie sono la patologia dominante tra le persone con livelli di invalidità molto gravi (38,5% di quelle con percentuale del 100%). I punteggi medi WHODAS sono più bassi rispetto alle altre patologie principali, in tutti i livelli di invalidità con percentuale superiore al 33%.
- Le malattie dell'apparato circolatorio sono particolarmente frequenti nelle due categorie di invalidità intermedie, invalidità moderata e grave (cioè, percentuale del 34-99%). I punteggi medi WHODAS si collocano generalmente tra quelli delle neoplasie e delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico.
- La percentuale di disturbi mentali, comportamentali o dello sviluppo neurologico aumenta leggermente con l'aumentare del grado di invalidità, con una media WHODAS elevata rispetto alle altre patologie principali.
- I punteggi medi WHODAS aumentano con il grado di invalidità per tutte e quattro le patologie principali.

Tabella 5.6. Frequenza dei capitoli ICD per grado di invalidità civile e media del corrispondente punteggio WHODAS

	Nessuna invalidità (0-33%)		Invalidità moderata (34-66%)		Invalidità grave (67-99%)		Invalidità molto grave (100%)	
	N	Media (DS)	N	Media (DS)	N	Media (DS)	N	Media (DS)
1 Determinate malattie infettive o parassitarie	1 (1,25%)	43,67 (-)	5 (0,4%)	39,87 (13,52)	6 (0,43%)	43,87 (6,99)	2 (0,27%)	50,65 (9,53)
2 Neoplasie	5 (6,25%)	42,09 (18,48)	74 (5,86%)	38,7 (7,75)	190 (13,58%)	41,61 (7,35)	285 (38,46%)	45,91 (7,56)
3 Malattie del sangue o degli organi emopoietici			1 (0,08%)	44,41 (-)	2 (0,14%)	42,64 (1,8)	2 (0,27%)	50,53 (9,7)
4 Malattie del sistema immunitario	1 (1,25%)	51,6 (-)	14 (1,11%)	41,74 (7,58)	16 (1,14%)	44,69 (4,91)	5 (0,67%)	54,73 (9,18)
5 Malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	2 (2,5%)	32,31 (11,66)	44 (3,48%)	40,49 (8,85)	77 (5,5%)	44,33 (6,67)	30 (4,05%)	48,38 (5,19)
6 Disturbi mentali, comportamentali o dello sviluppo neurologico	8 (10%)	37,72 (11,26)	169 (13,38%)	42,79 (7,06)	258 (18,44%)	44,92 (7,98)	99 (13,36%)	49,34 (7,37)
8 Malattie del sistema nervoso	7 (8,75%)	39,03 (9,9)	87 (6,89%)	40,59 (7,48)	101 (7,22%)	45,03 (7,52)	85 (11,47%)	50,27 (7)
9 Malattie del sistema visivo	5 (6,25%)	32,28 (14,01)	35 (2,77%)	40,73 (8,42)	37 (2,64%)	43,69 (7,66)	10 (1,35%)	40,62 (6,31)
10 Malattie dell'orecchio o del processo mastoideo	9 (11,25%)	40,8 (7,17)	64 (5,07%)	41,1 (7,94)	34 (2,43%)	43,97 (8,14)	8 (1,08%)	42,48 (9,6)
11 Malattie dell'apparato circolatorio	6 (7,5%)	42,14 (6,63)	220 (17,42%)	40,81 (7,42)	269 (19,23%)	42,98 (7,76)	65 (8,77%)	47,04 (8,48)
12 Malattie dell'apparato respiratorio	2 (2,5%)	39,82 (1,03)	86 (6,81%)	39,61 (10,05)	53 (3,79%)	43,31 (7,19)	9 (1,21%)	47,24 (4,91)
13 Malattie dell'apparato digerente	2 (2,5%)	49,76 (2,59)	43 (3,4%)	40,73 (6,43)	68 (4,86%)	42,32 (6,88)	25 (3,37%)	49,1 (6,32)
14 Malattie della pelle					1 (0,07%)	50,69 (-)	1 (0,13%)	35,55 (-)
15 Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	20 (25%)	38,05 (5,72)	322 (25,49%)	42,3 (7,07)	183 (13,08%)	44,57 (6,45)	47 (6,34%)	49,75 (6,16)
16 Malattie del sistema genito-urinario	1 (1,25%)	35,97 (-)	14 (1,11%)	39,7 (5,58)	19 (1,36%)	38,79 (7,86)	16 (2,16%)	47,08 (9,82)
20 Anomalie di sviluppo			5 (0,4%)	37,69 (6,71)	6 (0,43%)	39,95 (6,4)	3 (0,4%)	47,66 (11,25)
21 Sintomi, segni o riscontri clinici, non classificati altrove	3 (3,75%)	27,98 (11,49)	9 (0,71%)	38,74 (7,04)	19 (1,36%)	45,95 (7,46)	20 (2,7%)	53,69 (10,79)
22 Ferita, avvelenamento o certe altre conseguenze di cause esterne	2 (2,5%)	42,87 (2,88)	9 (0,71%)	44,01 (6,94)	7 (0,5%)	38,72 (4,65)	3 (0,4%)	47,1 (1,88)

Nota: Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD11). WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/y5q0vb>

La Tabella 5.7 esamina il punteggio medio WHODAS e la percentuale media di invalidità civile per capitolo ICD, confrontando la situazione quando il capitolo della patologia collegato appariva come informazione diagnostica a sé stante rispetto a quando veniva riportato in aggiunta ad altri capitoli della patologia; in tal modo si confrontano i casi di morbilità singola con i casi di comorbilità. Il punteggio medio WHODAS per capitolo ICD non cambia quasi mai sia che si tratti di una diagnosi singola o di una parte di diagnosi multiple. Al contrario, la percentuale media di invalidità civile è in molti casi più alta quando a una persona vengono diagnosticate più patologie. In altre parole, il punteggio WHODAS per capitolo ICD varia significativamente meno della percentuale di invalidità civile: sembra che la comorbilità abbia un'influenza sulla percentuale di invalidità civile, ma non sul punteggio WHODAS. I dati non consentono di interpretare questo risultato, ma la discrezionalità nella valutazione dell'invalidità civile potrebbe avere parte in causa, ossia i valutatori percepiscono le persone con comorbilità come più disabili, un risultato che non è corroborato dai punteggi WHODAS corrispondenti.

Tabella 5.7. Media e deviazione standard del punteggio WHODAS e della percentuale di invalidità civile per capitolo ICD: Confronto dei risultati per le diagnosi singole con i casi di comorbilità

	Numero capitolo ICD collegato = 1 (diagnosi singola)			Numero capitolo ICD collegato > 1 (diagnosi multiple)		
	N	Punteggio WHODAS medio (DS)	Percentuale di invalidità civile media (DS)	N	Punteggio WHODAS medio (DS)	Percentuale di invalidità civile media (DS)
1 Determinate malattie infettive o parassitarie	3	44,49 (0,76)	30 (27,84)	6	37,16 (11,01)	70,17 (8,68)
2 Neoplasie	430	43,78 (8,09)	86,38 (18,93)	58	41,51 (8,31)	72,26 (20,05)
3 Malattie del sangue o degli organi emopoietici	3	48,57 (7,64)	71 (27,22)	2	51,88 (11,62)	100 (NA)
4 Malattie del sistema immunitario	12	40,85 (9,04)	60,33 (17,17)	15	47,37 (6,97)	74,53 (17,83)
5 Malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	67	42,91 (7,85)	67,38 (19,89)	52	44,93 (6,97)	76,15 (15,95)
6 Disturbi mentali, comportamentali o dello sviluppo neurologico	316	44,47 (8,09)	68,61 (19,68)	97	45,22 (7,61)	70,94 (21,06)
8 Malattie del sistema nervoso	117	44,36 (9,43)	71,62 (27,01)	71	46,76 (7,67)	74,06 (20,83)
9 Malattie del sistema visivo	30	42,28 (10,32)	51,1 (26,68)	48	40,63 (7,94)	70,08 (22,25)
10 Malattie dell'orecchio o del processo mastoideo	30	40,73 (8,54)	34,6 (23,2)	65	43,13 (7)	65,14 (19,31)
11 Malattie dell'apparato circolatorio	236	41,71 (8,45)	63,13 (17,57)	186	43,56 (7,17)	72,55 (18,4)
12 Malattie dell'apparato respiratorio	55	39,81 (11,37)	48,15 (17,74)	57	43,11 (7,69)	66,91 (14,56)
13 Malattie dell'apparato digerente	57	42,61 (7,67)	66,81 (20,39)	46	43,39 (6,62)	74,11 (22,28)
14 Malattie della pelle	299	43,08 (7,61)	54,37 (20,82)	177	44,42 (6,56)	68,04 (19,26)
15 Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	23	40,96 (9,74)	72,3 (26,43)	19	44,02 (6,73)	75,05 (22,96)
16 Malattie del sistema genito-urinario	4	40,33 (5,34)	58 (7,26)	4	41,26 (5,55)	59,75 (16,56)
20 Anomalie di sviluppo	21	47,78 (12,92)	68,05 (34,27)	19	46,35 (11,1)	77,63 (16,56)
21 Sintomi, segni o riscontri clinici, non classificati altrove	7	42,79 (8,29)	49,86 (36,97)	13	42,41 (5,14)	68,5 (18,6)
24 Fattori che influenzano lo stato di salute o il contatto con i servizi sanitari	58	42,4 (6,58)	57,05 (23,5)	51	44,44 (8,31)	71 (23,61)

Nota: Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD11). WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

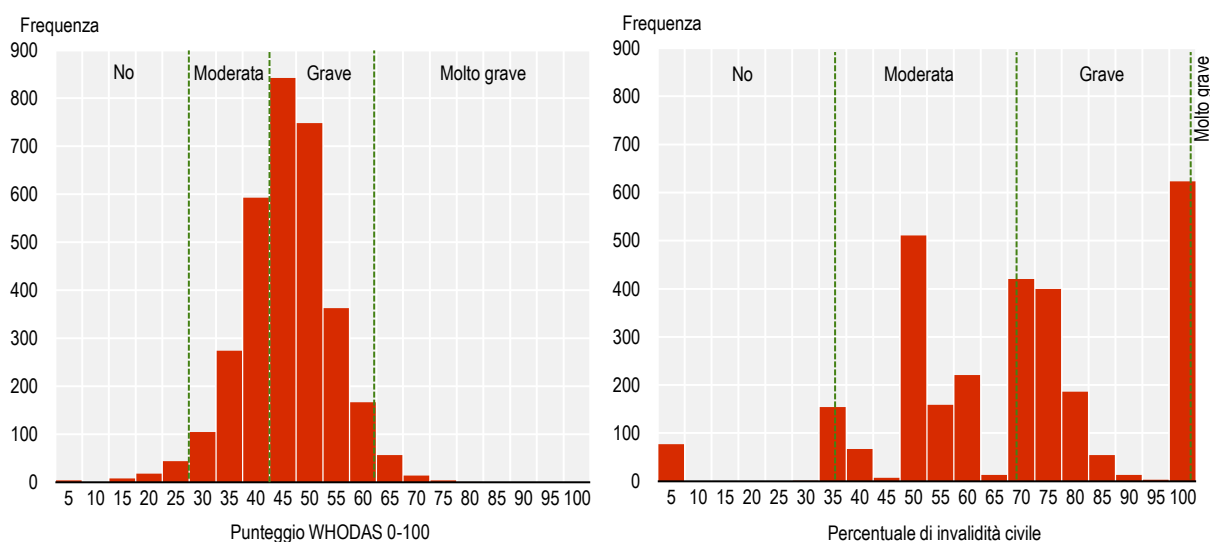
StatLink  <https://stat.link/yrwjo9>

5.3.4. Confronto tra i punteggi WHODAS e le classi di invalidità civile

Le figure seguenti proseguono il confronto tra il punteggio di invalidità basato sul questionario WHODAS e il risultato della valutazione dell'invalidità civile. La Figura 5.5 esamina la distribuzione dei punteggi WHODAS rispetto alla distribuzione delle percentuali di invalidità civile. Mentre i punteggi di disabilità

WHODAS sono distribuiti normalmente intorno a una media di 43,2, con una deviazione standard di 8,5, le percentuali di invalidità civile sembrano essere distribuite in modo irregolare, con frequenze più elevate in punti distinti del continuum, collegati a cut-off critici per l'ammissibilità a prestazioni e servizi sociali specifici. Il metodo discrezionale di assegnazione delle percentuali di invalidità, con linee guida e standard limitati, potrebbe spiegare la concentrazione in corrispondenza dei cut-off. In pratica, questo trasforma la scala di invalidità in una scala ordinale con pochi risultati possibili.

Figura 5.5. Distribuzione del punteggio WHODAS e della percentuale di invalidità civile



Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/v12e43>

La Tabella 5.8 mostra i quattro gruppi di invalidità civile disaggregati per gruppi di disabilità WHODAS. Nell'interpretare questi risultati, è importante tenere presente che un livello di invalidità civile moderato non deve essere necessariamente inteso come uguale a un livello di disabilità moderato. Si tratta di due prospettive diverse, correlate solo in minima parte: WHODAS misura l'esperienza vissuta della disabilità nell'ambiente quotidiano della persona; l'invalidità civile valuta la disabilità in base alla limitazione funzionale della persona (approccio medico). La tabella mostra che il numero di persone che rientrano in gruppi di gravità opposti è trascurabile: c'è solo una persona con una disabilità WHODAS molto grave ma senza invalidità civile e nessuna con invalidità civile molto grave e senza disabilità WHODAS. Tuttavia, i casi meno estremi e apparentemente contraddittori sono più frequenti: ci sono, ad esempio, 94 persone con un'invalidità civile molto grave e una disabilità WHODAS solo moderata. Allo stesso modo, i dati includono 40 persone con disabilità WHODAS grave ma senza invalidità civile.

La Figura 5.6 confronta anche la distribuzione delle percentuali individuali di invalidità civile e dei punteggi WHODAS. La figura mostra la distribuzione completa dei punti dati per il punteggio WHODAS (asse y) e la percentuale di invalidità civile (asse x). Le linee orizzontali rappresentano i cut-off per il punteggio WHODAS, da nessuna disabilità a disabilità moderata, grave e molto grave, e le linee verticali rappresentano i cut-off per la percentuale di invalidità civile (di nuovo, nessuna, moderata, grave e molto grave). I due punteggi mostrano una correlazione positiva, ma solo a un livello molto moderato ($R = 0,33$). Questo è previsto perché l'invalidità non può essere dedotta solo dalle condizioni mediche o dalle limitazioni funzionali: a due persone con la stessa diagnosi medica verrà assegnata la stessa percentuale di invalidità in base ai criteri medici per la valutazione. Tuttavia, potrebbero sperimentare diversi livelli di disabilità (limitazione funzionale e restrizioni alla partecipazione o performance nell'intendimento della disabilità ICF) a seconda del loro ambiente.

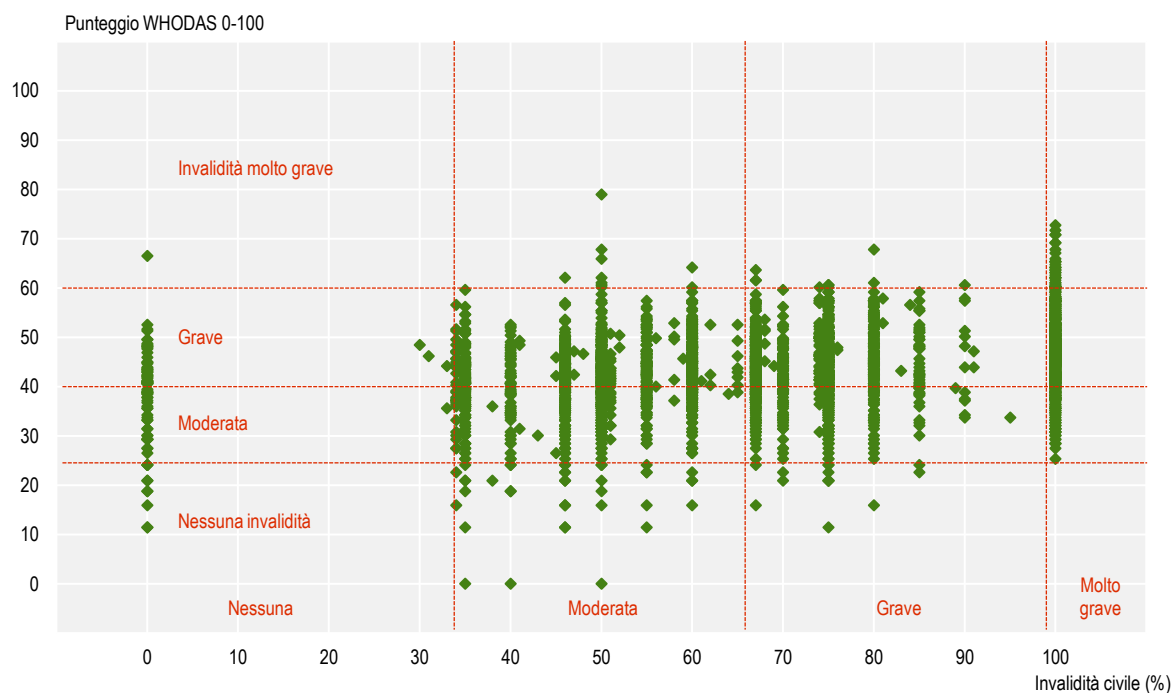
Tabella 5.8. Frequenze dei gruppi di grado di invalidità civile per gruppo di disabilità WHODAS

Gruppi di disabilità WHODAS	Gruppi di grado di invalidità civile					Dati mancanti
	Nessuna	Moderata	Grave	Molto grave		
Nessuna	10 (0,31%)	39 (1,2%)	14 (0,43%)	0 (0%)	11 (0,34%)	
Moderata	30 (0,93%)	434 (13,39%)	298 (9,19%)	94 (2,9%)	116 (3,58%)	
Grave	40 (1,23%)	646 (19,93%)	754 (23,26%)	481 (14,84%)	199 (6,14%)	
Molto grave	1 (0,03%)	10 (0,31%)	10 (0,31%)	48 (1,48%)	7 (0,22%)	
Dati mancanti	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.


Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/9uk2zh>

Figura 5.6. Distribuzioni del punteggio WHODAS al corrispettivo cut-off di invalidità civile

Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/gf49na>

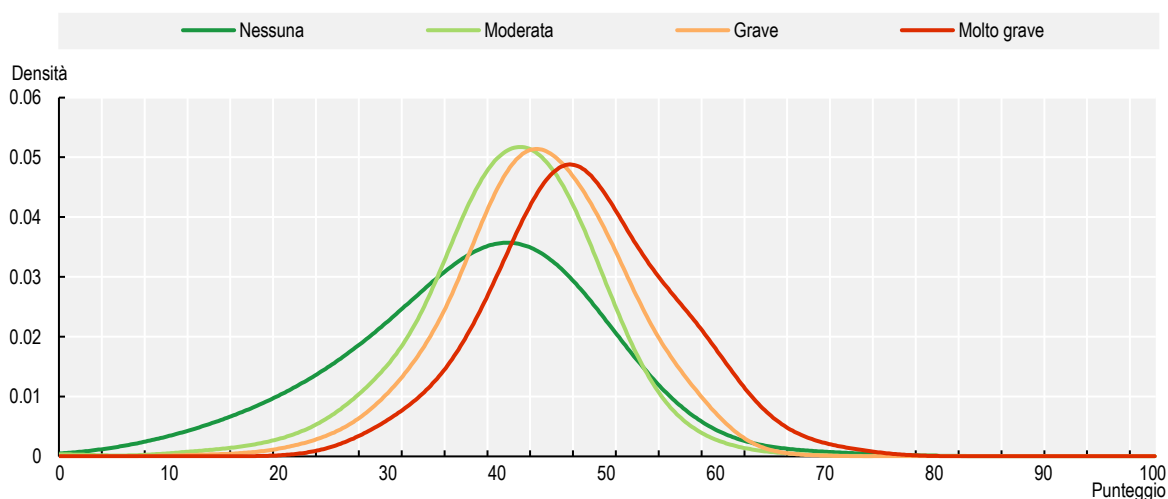
Nel grafico si possono osservare alcune eccezioni degne di nota, come ad esempio persone che hanno lo 0% di invalidità civile pur riportando una disabilità da moderata a molto grave secondo il questionario WHODAS che esamina i loro livelli di funzionamento in diversi domini di vita. Allo stesso modo, alcuni individui con una percentuale di invalidità civile superiore al 66% (cioè con un'invalidità grave o molto grave) risultano non avere alcuna disabilità in base al loro punteggio WHODAS.

5.4. Includere elementi di funzionamento nella valutazione dell'invalidità civile


5.4.1. Considerazioni generali sull'inclusione del funzionamento

I punteggi di funzionamento WHODAS in base agli attuali livelli di invalidità civile dimostrano che la valutazione medica da sola non differenzia bene i diversi livelli di disabilità, suggerendo anche un'affidabilità e una precisione piuttosto basse delle classi di invalidità civile in Italia oggi. La Figura 5.7 mostra le linee di densità dei punteggi WHODAS per i quattro livelli di invalidità civile. Mentre i punteggi WHODAS per le limitazioni funzionali molto gravi spiccano almeno un po' (linea rossa), la differenza tra il livello grave e moderato di invalidità civile (rispettivamente linea arancione e verde chiaro) sembra essere molto piccola. Queste linee di densità suggeriscono la presenza di falsi positivi (casi con alta percentuale di invalidità e basso punteggio WHODAS) e falsi negativi (casi con bassa percentuale di invalidità e alto punteggio WHODAS). Inoltre, una valutazione più accurata mostrerebbe la linea di densità del gruppo con un livello di invalidità civile nullo o molto basso (linea verde scuro) posizionata più verso il lato sinistro della figura. Anche in questo caso, ciò suggerisce che le informazioni mediche da sole possono travisare la reale portata della disabilità individuale sperimentata nella vita quotidiana.

Figura 5.7. Linee di densità del punteggio WHODAS in base alla percentuale di invalidità civile (quattro categorie)



Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.
Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

StatLink  <https://stat.link/gcid8h>

I risultati riportati nella Figura 5.7 non sorprendono in quanto WHODAS è stata progettata esplicitamente per valutare la cosiddetta disabilità complessiva della persona, mentre l'approccio medico alla valutazione della disabilità utilizzato in Italia non valuta direttamente la disabilità, ma la *deduce* dalla patologia o dalla limitazione funzionale sottostante. A volte vi è una stretta correlazione tra la gravità delle condizioni di salute e la gravità della disabilità risultante; ma a volte non vi è alcuna correlazione. Quest'ultimo caso è più evidente nel caso dei problemi di salute mentale, dove l'impatto dell'ambiente in cui la persona vive può aumentare notevolmente l'impatto dell'esperienza, ad esempio, della depressione. Questo è il problema di base della validità della valutazione della disabilità su base medica. Come sottolineato in precedenza, sebbene la presenza di una patologia e di una limitazione funzionale associata sia un prerequisito per la disabilità, dedurre il livello di disabilità dalla presenza della patologia sottostante è scientificamente problematico. Il livello di disabilità di cui un individuo fa esperienza, come sostiene l'ICF,

è determinato dall'interazione tra la condizione di salute della persona e le limitazioni funzionali associate e l'ambiente in cui la persona vive. WHODAS è stato progettato per acquisire direttamente questa esperienza di disabilità, mentre la valutazione della disabilità fondata esclusivamente su basi mediche non può farlo in modo valido o affidabile.

5.4.2. Opzioni per includere il funzionamento nella valutazione dell'invalidità civile in Italia

Il progetto pilota WHODAS in Italia ha dimostrato che è in grado di rilevare l'esperienza reale della disabilità. La questione è come includere al meglio le informazioni sul funzionamento acquisite da WHODAS nel sistema di valutazione della condizione di disabilità in Italia. Le informazioni mediche rimarranno rilevanti per la valutazione della disabilità; l'ICF chiarisce che senza una patologia sottostante e le limitazioni funzionali ad essa associate, la disabilità non esiste. Le informazioni sullo stato di salute forniscono la base per identificare specifiche dimensioni fisiche e mentali delle attività e delle aree di partecipazione vulnerabili alla disabilità, che possono poi essere confermate direttamente dai risultati ottenuti dal questionario WHODAS. Le informazioni mediche forniscono una guida essenziale sulla traiettoria di disabilità a medio e lungo termine che l'individuo sperimenterà, compreso se la persona dovrà affrontare un declino progressivo della capacità di salute con conseguente aumento della disabilità, o il contrario, un miglioramento progressivo. Sebbene le informazioni mediche rimangano una componente essenziale della valutazione della disabilità, anche la revisione medica deve cambiare con una migliore standardizzazione e linee guida metodologiche e possibilmente utilizzando le funzioni e le strutture corporee dell'ICF.

Poiché le informazioni mediche sono essenziali, questa sezione del rapporto discute le possibili opzioni per combinare le informazioni mediche e di funzionamento nella valutazione della disabilità in Italia – piuttosto che sostituire completamente l'attuale approccio medico con il questionario WHODAS. Per rispondere a tale domanda, sono stati testati diversi metodi sul set di dati del progetto pilota. Tali metodi possono essere raggruppati in tre strategie principali: (1) *averaging*, ossia fare una media tra la percentuale di valutazione medica e il punteggio WHODAS per ottenere un punteggio finale di valutazione della disabilità, (2) *flagging*, ossia contrassegnare le persone il cui punteggio WHODAS e la gravità della disabilità sono diversi dal gruppo di gravità basato sulla percentuale determinata dalle sole informazioni mediche, e (3) *scaling*, ossia bilanciare la percentuale di invalidità civile con un certo coefficiente 'x' quando il punteggio WHODAS supera o scende al di sotto di una certa soglia o valore di riferimento. Più in dettaglio, tali approcci funzionano come segue:

1. *Averaging*: fare una media in un modo predeterminato della percentuale di invalidità civile attribuita e del punteggio WHODAS. Questo approccio si basa sulla teoria che, insieme, le informazioni mediche e i punteggi di funzionamento contribuiscono, in misura diversa, a una valutazione realistica e valida della disabilità.
2. *Flagging*: identificare le persone il cui raggruppamento di gravità WHODAS differisce dal raggruppamento di gravità determinato clinicamente e contrassegnare queste persone per richiedere loro ulteriori informazioni o addirittura una nuova valutazione completa. Quando un individuo ha un punteggio WHODAS superiore o inferiore a un certo valore di cut-off, ciò suggerisce che il punteggio medico da solo non rileva adeguatamente l'esperienza di disabilità e dovrebbe essere condotta una valutazione di secondo livello.
3. *Scaling*: la percentuale di invalidità civile può essere modificata (cioè aumentata o diminuita) per riflettere il punteggio WHODAS mediante un coefficiente basato sul punteggio. Questo approccio presuppone che al centro della valutazione della disabilità e dell'invalidità civile ci sia il problema medico di cui l'individuo fa esperienza, ma allo stesso tempo che la performance sia modificata (in una certa misura) da fattori ambientali che devono essere compresi per aumentare o diminuire il punteggio medico.

Averaging, flagging e scaling sono tre dei diversi approcci potenziali per riunire due punteggi che misurano fenomeni diversi ma che, insieme, costituiscono la migliore valutazione della disabilità a nostra disposizione. Ciascun approccio si basa sull'intendimento della disabilità secondo l'ICF quale risultato di un'interazione tra la condizione di salute di base e la limitazione funzionale di una persona, da un lato, e l'ambiente fisico, umano, interpersonale, attitudinale, sociale, economico e politico in cui la persona vive, dall'altro. I tre approcci differiscono, tuttavia, nel modo in cui ponderano l'impatto dei rispettivi determinanti medici e ambientali della disabilità. La prossima sezione descrive i risultati dell'applicazione delle strategie testate utilizzando diverse combinazioni di ponderazione.

5.5. L'impatto delle diverse opzioni politiche, compresi gli elementi di funzionamento

Questa sezione presenta in modo più dettagliato le tre opzioni per includere il funzionamento nella valutazione della disabilità in Italia. Ciascuna opzione segue l'ICF nel raccomandare una combinazione di valutazione medica e del funzionamento (con quest'ultimo fornito da WHODAS). L'opzione A rappresenta la situazione in cui i punteggi WHODAS vengono considerati, o ignorati, in modo puramente discrezionale. Le opzioni B (strategie di averaging), C (strategie di flagging) e D (strategie di scaling) sono quantitative. Ciascuna opzione presenta vantaggi e svantaggi.

Il quadro per valutare i pro e i contro di ogni approccio si basa sui principi scientifici chiave che determinano la credibilità di qualsiasi processo di valutazione della disabilità: *validità* (la misura in cui l'opzione si basa su una vera valutazione della disabilità); *affidabilità* (la capacità dell'opzione di arrivare alla stessa valutazione dello stesso caso da parte di valutatori diversi); *trasparenza* (il grado in cui il processo di valutazione e i risultati possono essere descritti e compresi da tutti i portatori d'interesse); e *standardizzazione* (la misura in cui il processo resiste alla distorsione o all'alterazione nel tempo e nei diversi luoghi).

L'opzione A è quella in cui un individuo o una commissione esamina i punteggi medici e i punteggi WHODAS ed esprime un giudizio sull'entità dell'invalidità come l'individuo o la commissione ritiene opportuno. Si tratta di un'opzione puramente discrezionale, sorprendentemente comune nella pratica. Tale approccio è soggetto a manipolazione, manca di validità e affidabilità ed è assolutamente non trasparente. L'opzione è qui riportata in contrapposizione alle altre opzioni B, C e D, ma anche, per correttezza, perché alcuni Paesi continuano ad affidarsi a questa opzione per la valutazione della disabilità (strategia #1). Gli autori del presente rapporto non raccomandano questa opzione.

Averaging, flagging e scaling sono opzioni condotte quantitativamente, molto diverse dall'opzione A. In modi diversi e per ragioni diverse, soddisfano non solo i presupposti psicometrici di base della validità e dell'affidabilità, ma ognuna, in misura diversa, cerca di raggiungere la trasparenza e la standardizzazione.

5.5.1. Utilizzare un algoritmo di averaging

Nel set di dati WHODAS del progetto pilota italiano, vi è una percentuale relativamente bassa di persone che non indicano alcun problema di funzionamento (solo il 2,3%), tra le quali la maggior parte aveva un grado moderato o grave di invalidità civile. La ponderazione della percentuale di invalidità civile con il punteggio WHODAS aggiusterebbe i livelli di invalidità tenendo conto in qualche misura del livello di disabilità osservato e sperimentato valutato dal questionario WHODAS. Per avere un'idea completa della gamma di approcci possibili nell'ambito dell'opzione B, vengono mostrati quattro schemi di ponderazione: (i) 75% di percentuale di invalidità civile e 25% di punteggio WHODAS; (ii) 50% ciascuno; (iii) 25% di percentuale di invalidità civile e 75% di punteggio WHODAS; e (iv) 0% di percentuale di invalidità civile e 100% di punteggio WHODAS (rappresentati dalle strategie da #2 a #5). L'opzione #5 mostra il risultato della sola WHODAS.

Vantaggi dell'averaging: (i) la valutazione del livello di funzionamento svolge un ruolo significativo nella determinazione dell'idoneità alle prestazioni di invalidità, in modo tale che l'idoneità alle prestazioni non si basi esclusivamente su criteri puramente medici. (ii) L'approccio di averaging minimizza l'impatto dei problemi psicometrici intrinseci alla percentuale di invalidità civile basata sulla valutazione medica con tabella di Barème. (iii) La valutazione del livello di funzionamento è verificata empiricamente e statisticamente. (iv) Questa opzione offre alti livelli di validità e affidabilità. (v) La combinazione dei risultati di due valutazioni bilanciate mediante "medie ponderate" è completamente oggettiva, trasparente e non discrezionale. (vi) Il metodo non dipende dal campione.

Svantaggi dell'averaging: (i) esiste potenzialmente un numero infinito di combinazioni di schemi di ponderazione (cioè di "strategie"), ognuna delle quali influisce in modo diverso sull'insieme dei richiedenti idonei e ha conseguenze politiche e di bilancio diverse. Si tratta di un fatto inevitabile, legato alla natura della disabilità come continuum e al fatto che non esistono ancora cut-off scientificamente verificati o oggettivi per la gravità su un continuum di 0-100. (ii) Qualsiasi strategia selezionata sarà discutibile per le persone che, in base a tale strategia, non saranno certificate come disabili e non potranno dunque beneficiare di alcuna prestazione. Ciò indica la necessità di una divulgazione chiara e trasparente delle informazioni e di un solido sistema di ricorso che potrebbe includere l'uso di strumenti per i test clinici e la determinazione del funzionamento.

5.5.2. Utilizzare un algoritmo di flagging

Sei diverse strategie di flagging vengono rappresentate dalle strategie da #6 a #11. L'idea di questa strategia è di evidenziare le persone la cui percentuale di invalidità civile è inaspettata in base al punteggio WHODAS. Un approccio conservativo sarebbe quello di contrassegnare le persone con punteggi agli estremi superiori (o inferiori) della distribuzione dei punteggi WHODAS del campione, che hanno una percentuale di invalidità civile molto bassa (o alta) (#6). I quattro approcci successivi non utilizzano la distribuzione del campione, ma la distribuzione dei punteggi all'interno dei gruppi di grado di invalidità civile per aumentare o diminuire la percentuale di invalidità. L'approccio #11 combina le strategie #7-10 e considera tutti i casi che rientrano in uno di questi gruppi.

Vantaggi del flagging: (i) scientificamente valido e basato su dati reali. (ii) Dimostra che l'approccio puramente medico alla valutazione della disabilità può non valutare accuratamente la disabilità in molti casi – in cui, come riportato nel punteggio WHODAS, una persona sperimenta più o meno problemi di funzionamento nella sua vita rispetto a ciò che la patologia si pensa implichi. (iii) Alti livelli di validità e affidabilità.

Svantaggi del flagging: (i) i cut-off di WHODAS per i diversi gradi di problemi di funzionamento si basano sulle esperienze dei precedenti progetti pilota e su alcune evidenze della letteratura scientifica. Le analisi di sensibilità non sono disponibili al momento. Valori di cut-off più precisi e specifici per l'Italia potrebbero essere introdotti in momenti successivi, quando saranno raccolte maggiori informazioni sul funzionamento (supponendo che WHODAS venga introdotto nel sistema esistente). (ii) Dovranno essere sviluppate istruzioni metodologiche e procedurali tecnicamente solide per guidare il processo di rivalutazione e garantire la trasparenza.

Anche con l'avvertenza dei punti di cut-off per la gravità dell'invalidità, il metodo del flagging può essere introdotto attraverso una procedura amministrativa in due fasi specificamente progettata.

5.5.3. Utilizzare un algoritmo di scaling

L'approccio di scaling, rappresentato dalle strategie #12 e #13, riproduce un approccio in qualche modo utilizzato in alcuni Paesi (ad esempio, la Lituania), anche se generalmente in modo poco trasparente, ossia modificando la percentuale di invalidità civile assegnata da una commissione per la valutazione dell'invalidità per mezzo di un coefficiente che rappresenta informazioni sul funzionamento (ad esempio, generato da un punteggio WHODAS). L'idea alla base di tale approccio è di evitare di affidarsi esclusivamente alla decisione medica della disabilità, in quanto tale approccio sottovaluta l'impatto effettivo delle condizioni di salute sulla vita e sulla performance di funzionamento di una persona.

Vengono utilizzate due strategie per illustrare l'approccio di scaling (ci sono, in teoria, molte altre possibilità). La prima strategia prevede che i soggetti con disabilità elevata, in base al loro punteggio WHODAS, al di sopra dei cut-off WHODAS di 40 e 60, aumentino la loro percentuale di invalidità civile con un coefficiente di 1,25 (con punteggi WHODAS superiori a 40) o di 1,5 (con punteggi WHODAS superiori a 60). Inversamente, nella seconda strategia utilizzata, gli individui con una disabilità molto bassa in base al loro punteggio WHODAS, al di sotto dei cut-off WHODAS di 40 e 25, vengono selezionati per ridurre la loro percentuale di invalidità civile con un coefficiente di 0,95 (con punteggi WHODAS inferiori a 40) o 0,9 (con punteggi WHODAS inferiori a 25). Qui la scelta dei coefficienti è in qualche misura guidata dall'obiettivo di ottenere un impatto simile in entrambe le direzioni.

Vantaggi dello scaling: (i) l'utilizzo di un valore di coefficiente generato statisticamente è un approccio comune e ampiamente utilizzato. (ii) Un approccio basato sul coefficiente (aumentando o riducendo la percentuale di invalidità civile determinata clinicamente considerando il corrispondente punteggio di funzionamento) è il modo più intuitivo per combinare i punteggi di valutazioni molto diverse – mediche e di funzionamento – in un unico punteggio. (iii) Questa opzione tiene conto del fatto che una decisione medica da sola può spesso non tenere conto dei casi in cui le persone hanno un livello solo moderato o molto alto di esigenze di disabilità. (iv) Questa opzione, grazie alle proprietà psicometriche di WHODAS, avrebbe alti livelli di validità e affidabilità.

Svantaggi dello scaling: (i) come per altre opzioni, esistono molte possibili varianti dell'approccio D con risultati diversi – nel presente rapporto vengono presentate solo due possibilità, come esempio illustrativo. Sebbene l'approccio di scaling in sé sia intuitivamente comprensibile e possa essere reso trasparente al pubblico, la giustificazione scientifica e statistica dell'opzione D è in qualche modo tecnica e potrebbe non essere facilmente comprensibile da un pubblico non esperto.

La Figura 5.9 fornisce una panoramica delle strategie di verifica prese in considerazione e mostra il numero di persone che avrebbero una disabilità moderata, grave o molto grave dopo l'aggiustamento per il punteggio WHODAS. Inoltre, ed è forse l'aspetto più importante, la tabella mostra anche il numero di persone la cui classificazione di gravità dell'invalidità civile cambierebbe in un grado più alto (totale di aumenti) o più basso (totale di diminuzioni). In breve, i risultati sono i seguenti:

- Le quattro strategie di *averaging* mostrano che l'uso di WHODAS genera normalmente più spostamenti verso gradi di invalidità più elevati che spostamenti verso il basso. Dare a WHODAS un peso del 25% (strategia #2) cambia poco, in quanto interessa solo il 2,5% del campione e di questi la maggior parte vedrebbe una diminuzione – si tratta di persone appena al di sopra di una delle soglie di invalidità che sembrano funzionare bene, forse perché l'ambiente è di supporto e i loro bisogni vengono soddisfatti. Maggiore è il peso di WHODAS, più persone sono interessate e più si verificano spostamenti verso l'alto. Con un peso del 50% sia per WHODAS che per l'invalidità civile (strategia #3), si verrebbe interessato l'8,5% del campione, con un numero uguale di spostamenti verso l'alto e verso il basso. Con il solo WHODAS (strategia #5), il 42% del campione subirebbe un cambiamento nella gravità dell'invalidità, con due terzi che vedrebbero un aumento. La maggior parte degli aumenti consiste in un passaggio da un'invalidità moderata a una grave, generando potenzialmente una maggiore idoneità all'assegno di invalidità. Al contrario, il numero

di persone con un'invalidità molto grave, considerate non autosufficienti e quindi bisognose di assistenza costante, diminuirebbe drasticamente, passando da oltre il 20% a solo il 2% del campione. Ciò suggerisce che l'attuale valutazione dell'invalidità su base medica potrebbe sovrastimare il grado di invalidità e che le politiche potrebbero stabilire priorità e incentivi errati.

- Le sei strategie di *flagging* mostrano che attualmente pochissime persone ricevono una classe di invalidità che è drasticamente diverso dalla loro effettiva esperienza di disabilità, come misurata da WHODAS. Solo il 2% del campione ha punteggi WHODAS estremamente bassi o estremamente alti (strategia #6) e solo il 5,5% del campione verrebbe segnalato come avente una classe di invalidità molto diversa dal proprio punteggio WHODAS (strategia #11). Di questo 5,5%, due terzi vedrebbero potenzialmente una riduzione della loro attuale classe di gravità a seconda del risultato della seconda valutazione indicata e la maggior parte di loro sarebbero persone classificate con un'invalidità civile del 100%, pur sperimentando una disabilità molto minore. (Per le varianti di flagging supplementari, vedere la sezione 6.3).
- I coefficienti scelti per le due strategie di *scaling* generano una situazione in cui oltre l'8% del campione vedrebbe aumentare la propria classe di invalidità a causa di una disabilità (molto) grave secondo WHODAS (strategia #12) e, allo stesso modo, quasi l'8% vedrebbe la propria classe di invalidità ridotta a causa di un'esperienza di disabilità nulla o solo moderata secondo WHODAS (strategia #13). La grande differenza nell'entità dei coefficienti è il risultato dell'attuale valutazione e classe dell'invalidità, con molte persone che si trovano appena al di sopra della soglia di invalidità successiva. Un chiaro svantaggio della strategia #12 è che aumenta il numero già elevato di persone con una classe di invalidità molto grave. Combinando la strategia #12 e la strategia #13, il 16% vedrebbe modificata la propria classe.

Tabella 5.9. Panoramica delle strategie e dei cambiamenti nelle dimensioni dei gruppi in base agli approcci selezionati

	#	Descrizione	Nessuna invalidità civile	Invalità civile moderata	Invalità civile grave	Invalità civile molto grave	Totale aumenti	Totale diminuzioni
A. Discrezionale	#1	Cut-off per l'invalità civile	81	1.129	1.076	623	0	0
B. Averaging	#2	Invalità civile 75%, WHODAS 25%	82	1.157	1.047	623	21	51
	#3	Invalità civile 50%, WHODAS 50%	87	1.131	1.068	623	116	130
	#4	Invalità civile 25%, WHODAS 75%	52	1.059	1.176	622	337	209
	#5	Invalità civile 0%, WHODAS 100%	63	856	1.921	69	768	459
C. Flagging	#6	Punteggi WHODAS estremi: < 24 o > 63	118	1.102	1.064	625	7	53
	#7	Punteggio WHODAS > 40, Invalità civile < 33%.	40	1.170	1.076	623	41	0
	#8	Punteggio WHODAS > 60, Invalità Civile < 66%.	80	1.120	1.086	623	10	0
	#9	Punteggio WHODAS < 25, Invalità Civile > 66%.	81	1.143	1.062	623	0	14
	#10	Punteggio WHODAS < 40, Invalità Civile 100%.	81	1.129	1.170	529	0	94
	#11	Somma di approcci #7-#10	40	1.174	1.166	529	51	108
D. Scaling	#12	se WHODAS indica una disabilità grave, allora invalidità civile x1,25 disabilità molto grave, allora invalidità civile x1,5	78	889	1.125	817	243	0
	#13	se WHODAS indica una disabilità moderata allora invalidità civile x0,95 Nessuna invalidità allora invalidità civile x0,9	105	1.205	1.070	529	0	218

Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Questo approccio utilizza i cut-off WHODAS; i punteggi WHODAS < 25 indicano nessuna disabilità, da 20 a 40 disabilità moderata, da 40 a 60 disabilità grave e > 60 disabilità molto grave.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

5.6. Riflessioni e conclusioni

La valutazione pilota suggerisce che l'attuale sistema di valutazione della disabilità in Italia trarrebbe beneficio dall'inclusione delle informazioni sul funzionamento nel metodo di valutazione in almeno tre modi:

- la valutazione della disabilità sarebbe più precisa e accurata, riflettendo l'esperienza reale della disabilità e individuando alcune persone che non sono ben individuate da un approccio puramente medico;
- la valutazione sarebbe in linea con l'odierno intendimento interdisciplinare della disabilità, al quale l'Italia si è impegnata già 14 anni fa, quando ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite; e
- la valutazione sarebbe armonizzata con, e fornirebbe un contributo più prezioso a qualsiasi successiva valutazione individuale delle effettive esigenze di assistenza delle persone con disabilità.

L'approccio suggerito per la valutazione della disabilità è quello di combinare le informazioni mediche e di funzionamento in un qualche modo trasparente. Sebbene in linea di principio esistano molte opzioni metodologiche alternative per farlo, per l'Italia segnalare tramite algoritmo di *flagging* la necessità di una seconda valutazione sembra essere la strada più significativa e realistica. Questo perché l'attuale processo di valutazione dell'invalidità civile, attraverso il quale ai richiedenti viene assegnato un grado di invalidità, o percentuale, è fortemente influenzato e condizionato dalle varie soglie in vigore per l'ammissibilità a vari diritti, prestazioni e servizi. Pertanto, mentre in teoria alle persone potrebbe essere assegnata qualsiasi percentuale, in pratica alla maggior parte dei richiedenti una valutazione dell'invalidità civile viene assegnato un grado vicino o corrispondente a una delle soglie critiche. Tecnicamente parlando, l'attuale valutazione restituisce gradi di invalidità a scala ordinale determinati dalle soglie esistenti, piuttosto che gradi a scala intervallare che riflettono il grado di limitazione funzionale della persona. La conseguenza di ciò è che gli approcci quantitativi come lo *scaling* o l'*averaging* possono generare risultati indesiderati su entrambi i lati dello spettro. Le persone che si trovano proprio in prossimità di una soglia potrebbero facilmente scendere al di sotto di essa e, quindi, perdere diritti di invalidità critici; le persone lontane da una soglia potrebbero ricevere una percentuale di invalidità significativamente più alta, ma senza alcun cambiamento nel tipo di servizio o prestazione a cui hanno diritto.

Un motivo correlato alla limitata applicabilità in Italia, soprattutto dell'approccio di *averaging*, è la natura discrezionale della valutazione dell'invalidità civile in Italia. Sebbene la valutazione sia intrinsecamente di natura medica, i valutatori possono prendere in considerazione la reale situazione delle persone, se lo desiderano: in modo discrezionale e non trasparente, possono aumentare la percentuale di invalidità assegnata in linea con eventuali limitazioni funzionali "percepite" – percepite, perché questo viene fatto senza alcuna base o strumento per valutare il funzionamento. Questo problema è legato al problema che le soglie del sistema sembrano influenzare il risultato della valutazione. Al contrario, l'*averaging* sarebbe un approccio molto promettente e adeguato se fosse utilizzato per calcolare la media di due informazioni indipendenti: gli aspetti medici e funzionali della disabilità. Una situazione del genere potrebbe essere raggiunta anche in Italia, se le informazioni su questi due aspetti venissero raccolte in modo indipendente e la parte medica della valutazione venisse eseguita in modo standardizzato con linee guida metodologiche applicabili in tutto il Paese.

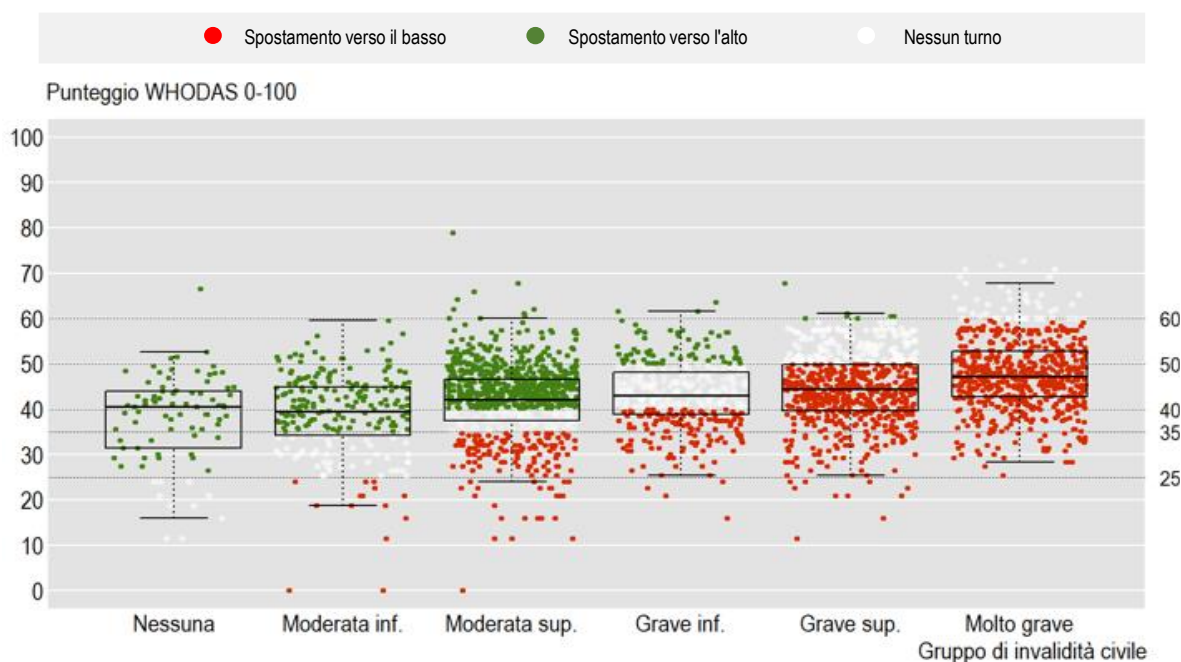
Se l'Italia sceglie di procedere con l'introduzione di un algoritmo di *flagging*, è necessario affrontare due aspetti: il peso attribuito alle informazioni sul funzionamento rispetto alle informazioni mediche e la struttura dell'intero processo di valutazione. La prima domanda sulla rilevanza attribuita al funzionamento, ossia il punteggio WHODAS, equivale a chiedere quanti casi "dovrebbero" essere segnalati. Anche con la strategia #11, il risultato combinato delle strategie #7-#10, solo il 5,5% circa di tutti i richiedenti verrebbe preso in considerazione per una seconda valutazione – mentre il restante 94,5% non sarebbe interessato da tale riforma. Si tratta di una quota molto bassa che (i) non rende giustizia all'importanza dell'effettiva esperienza di disabilità delle persone, (ii) difficilmente giustifica una riforma generale, (iii) probabilmente fallirebbe nel cambiare la mentalità di tutti verso una visione moderna della disabilità e del funzionamento e, infine, (iv) difficilmente influenzerebbe l'adeguatezza e l'efficacia dei supporti per la disabilità.

Pertanto, è utile pensare a come aumentare il numero di casi segnalati, non solo interrogando e quindi rivalutando le differenze estreme tra la percentuale di invalidità civile e il punteggio WHODAS, ma anche le differenze minori tra la visione medica e quella funzionale. A tal fine, è utile utilizzare la griglia più dettagliata delle soglie di invalidità civile, che distingue anche l'invalidità moderata inferiore da quella superiore e l'invalidità grave inferiore da quella superiore, creando così sei diverse categorie di invalidità. Allo stesso modo, l'esercizio seguente divide i gruppi di disabilità moderata e grave, come misurata dal punteggio WHODAS, in due sottocategorie ciascuna, creando così sei diverse categorie di disabilità. Le due strategie supplementari seguenti mostrano la gamma di opzioni di cui dispone l'Italia.

La prima strategia supplementare seleziona tutti i casi per una seconda valutazione per i quali la percentuale di invalidità civile determinata clinicamente sulla scala di invalidità a sei categorie differisce dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale sulla scala WHODAS a sei categorie. Figura 5.8 mostra il risultato corrispondente: i casi contrassegnati in rosso e verde sono quelli per i quali il punteggio WHODAS implicherebbe una nuova valutazione, con un potenziale spostamento verso il basso per i casi contrassegnati in rosso e uno spostamento verso l'alto per quelli contrassegnati in verde. Circa uno su quattro del campione pilota totale rientra nella stessa categoria in entrambe le scale (casi contrassegnati in grigio), mentre tutti gli altri verrebbero presi in considerazione per una nuova valutazione, con due terzi dei casi segnalati potenzialmente considerati per uno spostamento verso il basso a una classe di invalidità inferiore e un terzo per uno spostamento verso l'alto. La maggior parte dei potenziali spostamenti verso il basso riguarda persone con una classe di invalidità civile del 100% (molto grave) o una classe tra il 74% e il 99% (grave superiore). Al contrario, la maggior parte dei potenziali spostamenti verso l'alto riguarda persone con una classe di invalidità moderata superiore (46%-66%).

Figura 5.8. Circa il 75% di tutte le richieste di invalidità civile viene segnalato per una rivalutazione secondaria

Punteggio WHODAS in base al grado di invalidità civile, con possibili spostamenti verso il basso o verso l'alto per i casi in cui la percentuale di invalidità civile differisce dal punteggio WHODAS di almeno una categoria su una scala sei per sei



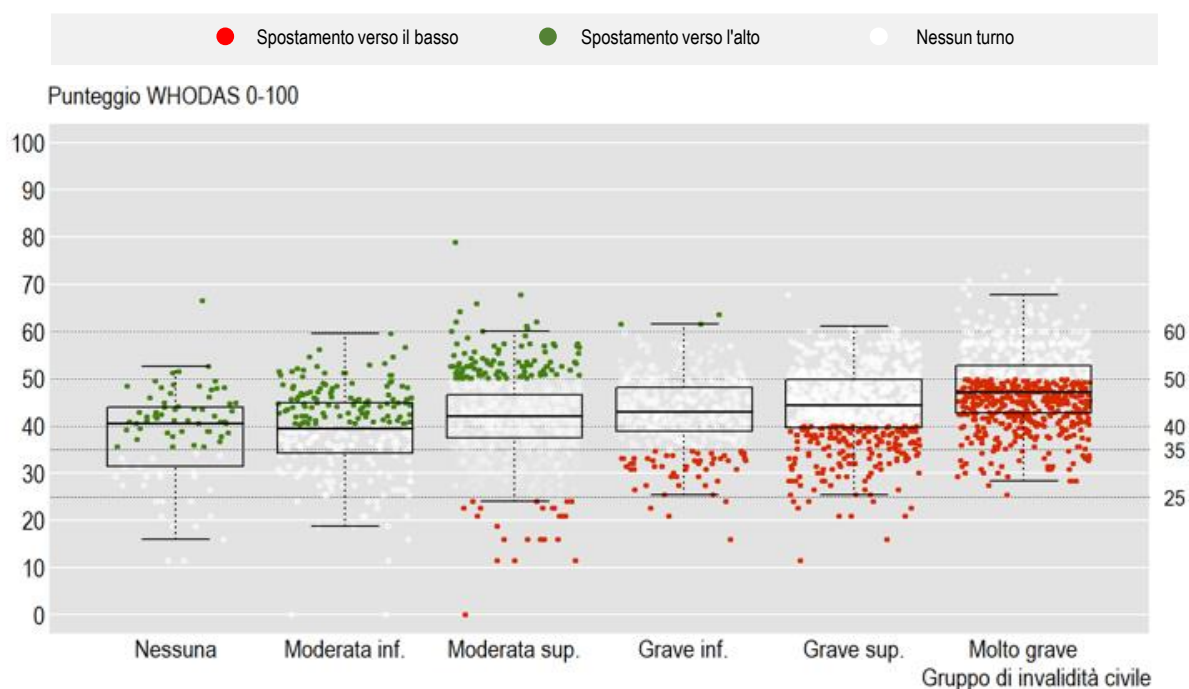
Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS..

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

La seconda strategia supplementare è meno rigorosa e consente deviazioni nelle due scale di una categoria e seleziona solo i casi per una seconda valutazione per i quali la percentuale di invalidità civile determinata clinicamente differisce dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale di *almeno due* categorie. La Figura 5.9 mostra il risultato di questa strategia intermedia, contrassegnando anche in questo caso in rosso e verde i casi con una discrepanza negativa o positiva tra la classe di invalidità civile e il punteggio WHODAS. In circa il 70% del campione pilota totale, la differenza tra le due scale è così piccola che la classe di invalidità civile assegnata rimarrebbe inalterata, mentre il 30% verrebbe selezionato per una nuova valutazione. Di questo 30%, ancora una volta, circa due terzi sono candidati a un potenziale spostamento verso il basso e un terzo a un potenziale spostamento verso l'alto. In questo caso, la maggior parte dei potenziali spostamenti verso il basso riguarda persone con una classe di invalidità civile del 100% (molto grave), mentre i potenziali spostamenti verso l'alto riguardano persone con una classe di invalidità moderata inferiore o superiore (34-45% o 46-66%).

Figura 5.9. Circa il 30% di tutte le richieste di invalidità civile viene segnalato per una rivalutazione secondaria

Punteggio WHODAS in base al grado di invalidità civile, con possibili spostamenti verso il basso o verso l'alto per i casi in cui la percentuale di invalidità civile differisce dal punteggio WHODAS di almeno due categorie su una scala sei per sei



Nota: WHODAS, Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS.

Fonte: calcoli dell'OCSE basati sui dati del pilota.

Non c'è una scelta giusta o sbagliata nell'adottare l'algoritmo di *flagging* ma, maggiore è l'importanza attribuita al punteggio WHODAS, più casi saranno considerati per una nuova valutazione. Mentre le due strategie supplementari sono di natura illustrativa, il 30% identificato nella seconda strategia supplementare potrebbe essere una via di mezzo significativa da considerare per il Governo italiano. Le soglie alla base della selezione dei casi da valutare nuovamente sono inizialmente un po' arbitrarie, ma diventeranno sempre più solide nel tempo, man mano che verranno raccolti sempre più dati attraverso il nuovo processo di valutazione.

Il secondo aspetto da considerare per l'introduzione di un algoritmo di *flagging* è la struttura del processo di valutazione, ossia la questione di chi valuta e decide in quale fase del processo. In questo contesto, il sistema italiano ha un grande vantaggio iniziale, in quanto la classe definitiva di invalidità viene approvata e assegnata dall'INPS già oggi. Questo si presta a un processo naturale. In una prima fase, le informazioni mediche vengono valutate dalla commissione di valutazione regionale, proprio come avviene oggi, e le informazioni sul funzionamento dagli operatori sociali locali, come è stato fatto nei progetti pilota regionali. Queste due informazioni raccolte in modo indipendente – il punteggio di limitazione funzionale della persona e il punteggio WHODAS della persona – vengono trasmesse all'INPS (o a qualsiasi altra autorità di supervisione), che valuta e confronta i risultati e decide in quali casi è necessaria una nuova valutazione. Questo processo riprende quello odierno, tranne per il fatto che verrebbe compiuto in modo più trasparente e deve includere tutti coloro per i quali il punteggio medico e funzionale si discostano più di quanto consentito dalla legislazione. Se i due punteggi sono abbastanza vicini, la decisione è sostanzialmente automatica e viene emessa una decisione sull'invalidità da parte dell'INPS. Le persone per le quali i due punteggi si discostano vengono prese in considerazione per una seconda valutazione. In questo caso, i valutatori medici e gli operatori sociali devono sedersi insieme, esaminare il caso e fare una nuova proposta congiunta all'INPS. Potrebbero farlo i valutatori medici e gli operatori sociali responsabili della valutazione iniziale, oppure i valutatori medici e gli operatori sociali dell'INPS (o dell'autorità di supervisione).

Naturalmente, ci sono ulteriori aspetti da considerare all'interno dei vari componenti. Per esempio, sarebbero necessarie migliori linee guida tecniche e metodologiche per i medici valutatori su come tradurre le limitazioni funzionali (attraverso le funzioni e le strutture corporee) in percentuali di invalidità, per eliminare l'attuale livello di discrezionalità e garantire che le persone con lo stesso tipo e livello di limitazione funzionale ricevano sempre la stessa percentuale di invalidità da parte dei valutatori. Allo stesso modo, si potrebbe considerare di abbandonare la scala intervallare e considerare invece solo gruppi di livelli di limitazione funzionale, come quelli utilizzati nel presente rapporto.

L'Italia ha certamente la capacità amministrativa per implementare senza problemi un tale cambiamento. L'Italia dispone di un gruppo di operatori sociali esperti, sia nel settore sanitario che in quello sociale, che potrebbero essere impegnati nella somministrazione di WHODAS. La maggior parte delle regioni italiane dispone anche di un sistema informativo avanzato che potrebbe facilmente accogliere la raccolta e l'utilizzo delle informazioni sul funzionamento, derivate da un questionario WHODAS, oltre alle informazioni sulla limitazione funzionale. Se invece di un approccio di *flagging*, che comporterà una seconda valutazione medico-funzionale combinata in casi selezionati, si scegliesse come metodo per il futuro un approccio *averaging* o *scaling*, la procedura sarebbe ancora più semplice, in quanto gran parte del processo potrebbe essere automatico. Qualunque sia la scelta finale, il risultato è che le informazioni sul funzionamento saranno sistematicamente incluse nella valutazione dell'invalidità, utilizzando un approccio standardizzato, e il processo amministrativo stesso diventerà più rigoroso, standardizzato e obiettivo.

Nell'implementare il cambiamento, il Governo italiano dovrà considerare due ulteriori aspetti politici. In primo luogo, qualsiasi nuovo metodo adottato dovrebbe probabilmente essere applicato solo ai nuovi richiedenti, per assicurarsi che il cambiamento venga accettato dalla popolazione. In tutta l'OCSE, solo pochissimi Paesi (in particolare Paesi Bassi e Regno Unito) hanno scelto di valutare nuovamente gli attuali beneficiari in base a un nuovo metodo di valutazione riformato. La maggior parte dei Paesi OCSE, in tali situazioni, sceglierebbe di mantenere i beneficiari esistenti; in genere, si ritiene più equo lasciare invariati i diritti esistenti, nonostante l'apparente disuguaglianza che tale approccio crea tra coloro che sono stati valutati prima e dopo la riforma.

In secondo luogo, sarà importante anticipare e gestire l'esito di qualsiasi riforma. Qualunque sia l'approccio scelto, ci saranno alcuni individui che beneficeranno della riforma e altri che perderanno diritti rispetto alla situazione attuale. Poiché una delle condizioni per la riforma è la neutralità dei costi, questo problema è inevitabile. L'importanza attribuita alla componente di funzionamento, rispetto alle informazioni mediche, determinerà la dimensione dei due gruppi. Invece, l'Italia potrebbe anche scegliere di produrre solo vincitori

e di utilizzare le informazioni sul funzionamento solo per identificare le persone per le quali il sistema attuale non riesce ad accertare adeguatamente le loro esigenze. Un approccio di questo tipo garantirebbe che nessuno venga lasciato indietro, ma non sarebbe neutrale dal punto di vista dei costi.

In conclusione, questa valutazione dimostra che il concetto di disabilità basato sul funzionamento (tramite WHODAS) e il concetto di invalidità civile attualmente in uso in Italia basato sulla limitazione funzionale sono estremamente diversi. Ciò non sorprende perché un approccio cerca di valutare il livello di attività e partecipazione e il tipo e la natura dei problemi delle persone in modo scientificamente testato, mentre l'altro si limita a valutare l'esistenza, o l'esistenza discrezionalmente percepita, di una condizione medica. La notevole differenza tra i due concetti dimostra l'importanza critica dell'inclusione del funzionamento nella valutazione della disabilità in Italia. Ciò contribuirà a una migliore identificazione del gruppo di persone che necessitano di assistenza, a un migliore orientamento delle prestazioni e dei servizi costosi e a un migliore collegamento con le valutazioni dei bisogni regionali e locali. Il progetto pilota ha dimostrato che le regioni italiane sono assolutamente in grado di attuare il cambiamento necessario.

Riferimenti

- Bond, T. (2015), *Applying the Rasch Model*, Routledge, <https://doi.org/10.4324/9781315814698>. [2]
- Boone, W., J. Staver and M. Yale (2014), *Rasch Analysis in the Human Sciences*, Springer Netherlands, Dordrecht, <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6857-4>. [9]
- Federici, S. et al. (2016), "World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review", *Disability and Rehabilitation*, Vol. 39/23, pp. 2347-2380, <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>. [14]
- Ferrer, M. et al. (2019), "WHODAS 2.0-BO", *Revista de Saúde Pública*, Vol. 53, p. 19, <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000586>. [13]
- Holland, P. and H. Wainer (1993), *Differential item functioning*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. [8]
- Mayrink, J. et al. (2018), "Reference ranges of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) score and diagnostic validity of its 12-item version in identifying altered functioning in healthy postpartum women", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 141, pp. 48-54, <https://doi.org/10.1002/ijgo.12466>. [12]
- Nunnally, J. and I. Bernstein (1994), *Psychometric Theory (3rd edition)*, McGraw-Hill, New York. [4]
- Rasch, G. (1960), *Probabilistic Model for Some Intelligence and Achievement Tests*, Danish Institute for Educational Research, Copenhagen. [1]
- Smith, E. (2002), "Detecting and Evaluating the Impact of Multidimensionality Using Item Fit Statistics and Principal Component Analysis of Residuals", *Journal of Applied Measurement*, Vol. 3/2, pp. 205-31. [10]
- Smith, R. and C. Miao (1994), "Assessing Unidimensionality for Rasch Measurement", in *Objective Measurement: Theory into Practice: Volume 2*, Greenwich, Ablex. [11]
- Smith, R., R. Schumacker and M. Bush (1998), "Using item mean squares to evaluate fit to the Rasch model", *Journal of Outcome Measurement*, Vol. 2/1, pp. 66-78. [7]

- Tennant, A. and P. Conaghan (2007), "The Rasch measurement model in rheumatology: What is it and why use it? When should it be applied, and what should one look for in a Rasch paper?", *Arthritis Care & Research*, Vol. 57/8, pp. 1358-1362, <https://doi.org/10.1002/art.23108>. [3]
- Yen, W. (1993), "Scaling Performance Assessments: Strategies for Managing Local Item Dependence", *Journal of Educational Measurement*, Vol. 30/3, pp. 187-213, <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1993.tb00423.x>. [6]
- Yen, W. (1984), "Effects of Local Item Dependence on the Fit and Equating Performance of the Three-Parameter Logistic Model", *Applied Psychological Measurement*, Vol. 8/2, pp. 125-145, <https://doi.org/10.1177/014662168400800201>. [5]

6

Le sfide delle politiche sulla disabilità in Italia: conclusioni e raccomandazioni

Questo capitolo riassume le conclusioni e le raccomandazioni di un progetto che sostiene il Governo italiano nei suoi sforzi per rinnovare e rafforzare e armonizzare le politiche sulla disabilità. L'analisi si basa sulle prove disponibili e su interviste approfondite con i responsabili politici e altri soggetti chiave in quattro regioni d'Italia – Regione Campania, Regione Lombardia, Provincia Autonoma di Trento e Regione Autonoma della Sardegna – e su un progetto pilota in queste quattro regioni di un metodo di valutazione alternativo della disabilità, incentrato sulle situazioni di vita reale delle persone. Il capitolo spiega in dettaglio perché il sistema di valutazione della disabilità e di protezione invalidi sociale per le persone con disabilità ha bisogno di una riforma e quali sono gli elementi che una riforma completa dovrebbe includere per rafforzare l'efficienza e l'efficacia del sistema e per affrontare le disuguaglianze di lunga data che lo caratterizzano.

Le politiche sulla disabilità sono un tema complesso e sensibile, non da ultimo perché si rivolgono a una popolazione diversificata (in termini di natura e grado di disabilità) e a un problema che sta cambiando per le persone (poiché la disabilità può migliorare o peggiorare nel tempo) e per la società (poiché emergono e vengono meglio compresi nuovi tipi di disabilità, come i disturbi mentali altamente prevalenti). Di conseguenza, la riforma della disabilità è spesso controversa e una riforma strutturale più profonda è politicamente difficile, anche perché richiede un cambiamento culturale tra i portatori d'interesse e le istituzioni chiave, le stesse persone con disabilità e la società in generale. La riforma della disabilità è quindi un processo continuo e senza fine.

Dalla ratifica da parte dell'Italia della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità nel 2009, un trattato internazionale che mira a una società veramente inclusiva, i governi italiani si sono trovati di fronte alla necessità di un cambiamento strutturale nelle politiche sulla disabilità per allineare le politiche all'ideologia della CRPD. L'attuale Governo italiano ha avviato un processo di riforma, a partire dall'adozione di una legge delega, così denominata in quanto delega la responsabilità della riforma al Governo nazionale – volta ad affrontare almeno tre problemi politici di lunga data: in primo luogo, le incongruenze con la CRPD, che richiede un nuovo modo di definire e valutare la disabilità e quindi l'idoneità al supporto; in secondo luogo, la frammentazione della valutazione e del supporto alla disabilità; e in terzo luogo, le conseguenti disuguaglianze tra le regioni italiane nell'offerta dei servizi per la disabilità e nell'utilizzo delle prestazioni per la disabilità.

Questo rapporto è il risultato di un progetto finanziato dall'Unione Europea per sostenere il Governo italiano nei suoi sforzi per aggiornare le politiche sulla disabilità e aumentare l'efficienza delle prestazioni e dei servizi per la disabilità. Il progetto ha sostenuto il Governo in tre modi: i) pilotando una nuova valutazione della disabilità in quattro regioni che rappresentano la diversità sociale ed economica dell'Italia, argomento trattato nel Capitolo 5; ii) analizzando lo stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni utilizzate in Italia, come illustrato nei Capitoli 2 e 4; e iii) analizzando il sistema della protezione sociale per le persone con disabilità in Italia, ossia le prestazioni e i servizi per la disabilità disponibili per le persone con disabilità, di cui si discute nei Capitoli 3 e 4. Questo capitolo finale riassume le conclusioni di queste analisi e fornisce raccomandazioni politiche attuabili che l'Italia deve prendere in considerazione.

6.1. Conclusioni e raccomandazioni politiche sulla valutazione della disabilità

6.1.1. Problemi principali per la valutazione della disabilità in Italia oggi

L'accertamento della disabilità è fondamentale nel sistema italiano di protezione sociale, come nella maggior parte dei Paesi OCSE, in quanto regola l'ingresso nel sistema e l'ammissibilità e l'accesso a tutti i supporti per la disabilità disponibili. Le persone con disabilità in Italia si trovano di fronte a un panorama giuridico frammentato. Coesistono diverse definizioni e corrispondenti valutazioni della disabilità (status), che riflettono l'evoluzione storica del quadro giuridico. Un approccio frammentario alla legislazione sulla disabilità ha creato un sistema in cui è complicato orientarsi, con collegamenti poco chiari o mancanti tra i diversi tipi di valutazione e una pratica di valutazione dello stato di disabilità che guarda all'individuo da una prospettiva medica piuttosto ristretta.

L'Italia gestisce cinque diverse valutazioni dello stato di disabilità in parallelo (invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità per il sostegno all'occupazione), che esaminano diverse dimensioni della disabilità, ma tutte condividono un approccio medico. I medici di base hanno una notevole responsabilità nel processo, in quanto la loro documentazione della situazione sanitaria costituisce la base per la decisione di valutazione. Questa decisione viene proposta da una commissione medico-legale (con composizione variabile per le varie valutazioni di stato, spesso denominate valutazioni di base) e dopo una visita, ma nella maggior parte dei casi la commissione segue il parere del medico di base. La valutazione utilizza tabelle di corrispondenza obsolete per effettuare la determinazione dell'invalidità,

creando così problemi soprattutto per i disturbi mentali che oggi sono le patologie predominanti, in particolare per i giovani adulti, per i quali un approccio puramente medico non riesce a valutare correttamente l'invalidità e, di conseguenza, a far coincidere le esigenze con le risorse disponibili.

Inoltre, l'Italia gestisce un sistema contributivo di assicurazione contro l'invalidità che effettua una propria valutazione per determinare la capacità lavorativa residua e permanente di una persona. Mentre la coesistenza di un sistema contributivo e di uno non contributivo è comune nei Paesi dell'OCSE, la disconnessione tra i due sistemi e l'eterogeneità delle pratiche di valutazione sono particolarmente evidenti in Italia.

Le valutazioni di base o dello stato di disabilità consentono alle persone di accedere a determinate prestazioni in denaro che dipendono dalla gravità della loro disabilità, o invalidità civile, misurata in percentuale (100%=massima disabilità). In seguito, spetta soprattutto alla persona seguire le autorità regionali e locali per ottenere altre prestazioni in natura (soprattutto servizi sanitari e sociali) e le corrispondenti valutazioni dei bisogni a livello regionale o locale.

Nell'ultimo decennio, sono stati compiuti sforzi legislativi per superare la frammentazione sia dello stato di disabilità che delle valutazioni dei bisogni, introducendo il concetto di punti unici di accesso a livello locale per fornire informazioni e condurre una pre-valutazione dei richiedenti. Questi punti unici di accesso dovrebbero, in teoria, guidare gli utenti attraverso il sistema ed eseguire un triage nelle valutazioni multidisciplinari e multidimensionali, svolgendo un ruolo importante nella presa in carico del cliente. In pratica, tuttavia, l'implementazione dei punti unici di accesso varia notevolmente da una regione all'altra e all'interno di una stessa regione, e – laddove tali punti di accesso esistono – vi sono notevoli limiti nel grado di integrazione che raggiungono tra le questioni sociali e sanitarie, nonché nelle funzioni che svolgono.

Rispecchiando la situazione delle valutazioni dello stato di disabilità, la situazione italiana è caratterizzata anche da una moltitudine di valutazioni dei bisogni a livello regionale e soprattutto locale. Le valutazioni dei bisogni vengono eseguite in diversi contesti e tendono a essere guidate dal servizio offerto (cioè, guidate dal fornitore) e modellate dalla divisione tra il settore sanitario e quello sociale. La molteplicità delle valutazioni rimane un punto debole nel passaggio di accesso ai programmi e ai servizi regionali e comunali. Un'unica valutazione multidisciplinare accettata dal settore sanitario e sociale semplificherebbe l'accesso ai servizi per le persone vulnerabili e migliorerebbe l'idoneità ai diversi servizi disponibili, in base alle esigenze individuali della persona, riducendo così la grande variazione e l'ineguaglianza nell'accesso ai servizi nelle varie regioni d'Italia.

Non solo esistono diverse valutazioni parallele dei bisogni all'interno delle regioni e tra di esse, ma esiste anche una moltitudine di strumenti utilizzati in queste valutazioni, che vanno da un approccio molto discrezionale a uno più strutturato e sistematico. Diverse regioni utilizzano una variante della 'Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità', uno strumento sviluppato in Veneto per standardizzare la fornitura di livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria. Nessuno di questi strumenti, tuttavia, è stato testato in modo scientifico per quanto riguarda la loro validità e la loro capacità di identificare i bisogni associati ai problemi di funzionamento di una persona.

Infine, c'è un ampio scollamento apparente tra le valutazioni dello stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni subregionali, con le informazioni della prima che sono di utilità limitata per la seconda a causa della prospettiva puramente medica, del formato dell'output e della condivisione limitata dei dati. Ciò comporta una duplicazione degli sforzi a tutti i livelli di governo, con le valutazioni dei bisogni, ad esempio, che spesso richiedono l'input iniziale del medico di base, piuttosto che basarsi sulle informazioni fornite per la valutazione dello stato di disabilità.

La legge delega, entrata in vigore alla fine del 2021, affronta alcuni dei punti deboli del sistema di valutazione della disabilità in Italia e propone di allontanarsi dalla visione medica ristretta della disabilità e di raggiungere una certa semplificazione e armonizzazione del sistema in tutto il Paese, anche come base

per un corrispondente cambiamento e armonizzazione del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità. La legge rimane piuttosto generica sull'imminente riforma della protezione sociale, mentre è piuttosto precisa sull'imminente riforma dell'accertamento della disabilità, compresa la richiesta di un unico ente nazionale per effettuare gli accertamenti dello stato di disabilità.

6.1.2. Raccomandazioni politiche per una valutazione della disabilità più accurata ed equa

In parte riprendendo il ragionamento alla base della legge delega e in parte andando oltre, il presente rapporto trova diverse ragioni e aree in cui il sistema di valutazione della disabilità in Italia ha urgente bisogno di essere riformato. L'Italia è incoraggiata ad adottare misure di riforma nelle seguenti direzioni.

Includere il funzionamento e le prestazioni nella valutazione dello stato di disabilità. La valutazione della disabilità in Italia utilizza ancora un approccio prevalentemente medico, non in linea con la più recente visione e definizione internazionale della disabilità. L'attenzione al deficit della funzionalità nel determinare le percentuali di invalidità civile non considera l'ambiente effettivo in cui le persone vivono e la loro capacità di funzionamento, non riuscendo così a valutare la vera entità della disabilità e non sostenendo l'equità e l'inclusione. Inoltre, l'uso di tabelle vecchie di 30 anni per tradurre le informazioni sulle menomazioni in una percentuale di invalidità civile implica che molte disabilità sono coperte in modo inadeguato, soprattutto i disturbi mentali, che sono frequenti e spesso molto invalidanti. L'adozione della Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS) nell'attuale processo di valutazione porterebbe a una valutazione più accurata della disabilità di una persona.

Utilizzare i punteggi WHODAS per segnalare la necessità di una valutazione più approfondita. L'evidenza del pilota nelle quattro regioni italiane mostra che una valutazione puramente medica identifica un gruppo piuttosto diverso come affetto da disabilità rispetto allo strumento WHODAS basato sull'ICF. I decisori politici dovranno stabilire il peso da attribuire alle informazioni di WHODAS rispetto a quelle dei dati clinici. La valutazione del pilota WHODAS ha concluso che i punteggi WHODAS in Italia potrebbero essere utilizzati al meglio per segnalare la discrepanza tra la valutazione medica e quella funzionale, richiedendo così una valutazione più approfondita della situazione della persona. L'OCSE raccomanda di segnalare circa un terzo di tutti i casi. Sebbene il Governo sia impegnato nella riforma, per soddisfare uno dei criteri centrali della CRPD che l'Italia ha ratificato più di 12 anni fa, è probabile che l'attuazione del cambiamento incontri delle resistenze. Sarà quindi importante comunicare questo cambiamento in modo molto chiaro, per conquistare le principali portatori d'interesse e l'opinione pubblica.

Coinvolgere più assistenti sociali e altre professioni nel processo di valutazione. In relazione all'orientamento medico della valutazione della disabilità in Italia, il coinvolgimento di professionisti diversi dai medici è limitato. I medici di base avviano il processo, raccolgono le prove mediche che il richiedente deve fornire per il caso e presentano il dossier medico all'autorità di valutazione. Le commissioni medico-legali, dominate da medici con diverse specializzazioni, di solito decidono in base ai dati clinici presentati dal medico di base. Questa impostazione contribuisce all'uso prevalente di criteri medici e alla scarsa considerazione dell'ambiente e della vita effettivi delle persone. Ciò rappresenta un forte argomento per dare agli assistenti sociali un ruolo maggiore nell'avvio e nella preparazione della documentazione per le valutazioni di disabilità. Il progetto pilota WHODAS ha dimostrato che gli assistenti sociali sono in grado di somministrare il questionario WHODAS e di valutare la situazione di vita e la disabilità delle persone.

Affrontare la frammentazione e la duplicazione delle valutazioni dello stato di disabilità. L'Italia conduce attualmente cinque diverse valutazioni dello stato di disabilità in parallelo, con criteri, procedure e commissioni di valutazione differenti, ma con uno scopo molto simile: determinare l'idoneità per una serie di prestazioni economiche. Questa frammentazione del sistema e la duplicazione non sono né efficienti né giustificate. In futuro, questa frammentazione dovrebbe essere eliminata sostituendo le cinque valutazioni dello stato di disabilità con un'unica valutazione che si concentri sulla capacità di una persona di svolgere le attività della vita e di partecipare alla vita sociale (che è influenzata sia dalla condizione di

salute/dalla limitazione funzionale che dall'ambiente in cui si vive). Ciò richiede un'unificazione delle varie definizioni di disabilità coesistenti. La legge delega è un po' vaga su questo tema, ma la riforma non dovrebbe rifuggire da un cambiamento radicale. Mantenere cinque diverse definizioni e valutazioni e passare a un approccio funzionante all'interno di ciascuna di esse, in modi diversi e in misura diversa, significherebbe perpetuare le differenze, la mancanza di trasparenza e l'inefficienza.

Affrontare la frammentazione e la duplicazione delle valutazioni dei bisogni. Rispecchiando l'inefficiente molteplicità delle valutazioni dello stato di disabilità, anche le regioni e i Comuni italiani operano una serie di valutazioni dei bisogni per determinare l'idoneità ai servizi speciali e alle prestazioni in natura. Queste valutazioni spesso differiscono tra le regioni e all'interno delle stesse – con la variazione all'interno della regione che riflette due problemi: in primo luogo, la totale disconnessione tra l'ambito sanitario (che è sotto l'autorità regionale) e l'ambito sociale (che è sotto l'autorità comunale); in secondo luogo, l'approccio orientato ai servizi delle valutazioni dei bisogni in Italia, dove spesso viene utilizzata una valutazione diversa per determinare l'idoneità a ogni servizio disponibile. Mantenere un sistema a due livelli, con una valutazione dei bisogni che segue una valutazione dello stato di disabilità, è un modo pratico di procedere e un approccio applicato in molti Paesi dell'OCSE. Tuttavia, l'ideale sarebbe unificare sia la valutazione dello stato di disabilità che la valutazione dei bisogni. Un'unica valutazione dei bisogni dovrebbe essere utilizzata in tutte le regioni e Comuni e all'interno delle stesse, per identificare i bisogni delle persone e determinare il diritto a diversi servizi sanitari e sociali; questa valutazione dovrebbe concentrarsi solo sui bisogni delle persone, evitando qualsiasi pregiudizio legato alla disponibilità e alla capacità di servizi specifici.

Migliorare il collegamento tra la valutazione dello stato di disabilità e la valutazione dei bisogni. Nell'attuale struttura di valutazione, non solo le valutazioni dello stato di disabilità e dei bisogni sono frammentate, ma non c'è nemmeno un collegamento tra le due. In un sistema più efficace ed efficiente, la valutazione dello stato di disabilità fornirebbe un input significativo per la successiva valutazione dei bisogni, e le informazioni raccolte nella valutazione di base verrebbero condivise con le autorità responsabili della valutazione dei bisogni. Un approccio di questo tipo richiede la raccolta e la condivisione dei dati in modo sistematico e, idealmente, elettronico. In questo modo, le persone la cui situazione viene valutata non dovranno fornire ripetutamente le stesse informazioni. Superare la frammentazione delle valutazioni dello stato di disabilità e dei bisogni faciliterà il flusso di informazioni tra le autorità di valutazione responsabili. I dati non solo dovrebbero essere condivisi, ma alcuni di essi dovrebbero anche essere resi disponibili al pubblico, per favorire la trasparenza e promuovere un dibattito pubblico obiettivo. Ad esempio, i rapporti periodici sul numero di persone che richiedono e ricevono uno stato di disabilità, per età, sesso e regione, potrebbero fornire prove aggiornate sull'attuazione della legislazione in tutta Italia.

Riconsiderare il cambiamento previsto nella struttura di governance per la valutazione della disabilità. Con la riforma costituzionale in Italia, circa 20 anni fa, è stata devoluta alle regioni una maggiore responsabilità per l'accertamento dello stato di disabilità, anche se la decisione finale è rimasta all'INPS e alcune regioni, o province, hanno scelto di delegare la loro nuova responsabilità all'INPS. La legge delega prevede un cambiamento nella struttura di governance, nominando un'unica entità che gestisca le valutazioni dello stato di disabilità in tutto il Paese in modo coerente. È discutibile se questa sia la risposta migliore alla grande differenza tra le regioni nella percentuale di persone in età lavorativa che richiedono una valutazione dello stato di disabilità – un fenomeno legato alle grandi differenze regionali nello stato dell'economia e del mercato del lavoro. Un'alternativa alla ricentralizzazione delle valutazioni della disabilità sarebbe il rafforzamento della capacità delle regioni, soprattutto perché le regioni continueranno ad avere responsabilità fondamentali in settori come la salute e i servizi sociali. Mantenere la valutazione dello stato di disabilità nelle mani delle regioni, almeno in una certa misura, faciliterebbe la riforma strutturale e impedirebbe un'ulteriore disconnessione tra lo stato di disabilità e la valutazione dei bisogni.

Rafforzare l'obiettività e ridurre la discrezionalità nelle valutazioni della disabilità. Sia lo stato di disabilità che le decisioni di valutazione dei bisogni in Italia comportano notevoli elementi di discrezionalità, che a loro volta creano potenzialmente una notevole disuguaglianza tra situazioni di vita simili. Ciò si

spiega con la mancanza di un approccio standardizzato alle valutazioni e con la mancanza di test scientifici sulle caratteristiche degli strumenti di valutazione esistenti. Nel caso della valutazione dello stato di disabilità, l'inclusione di WHODAS sarebbe un modo per ridurre la discrezionalità e raggiungere la correttezza e l'equità nella decisione. Versioni adattate di WHODAS potrebbero essere utilizzate anche per la valutazione dello stato di disabilità dei minori e degli anziani. Per la valutazione dei bisogni, l'unificazione delle valutazioni tra regioni, province e comuni, e per il settore sanitario e sociale, sarebbe l'unico modo per ridurre la discrezionalità. Ciò potrebbe essere fatto confrontando e valutando gli strumenti attualmente in uso nelle regioni e scegliendo i più performanti tra tutti gli strumenti disponibili, oppure sviluppando e testando un nuovo strumento concordato da tutte le regioni e i comuni.

Aiutare le persone con disabilità a orientarsi nel sistema complesso. Nel sistema attuale, la misura in cui le persone con disabilità ricevono tutte le prestazioni e i servizi nazionali, regionali e locali a cui potrebbero potenzialmente avere diritto, dipende in misura considerevole dalla loro capacità di orientarsi all'interno del sistema. Questa situazione è stata anche il punto di partenza per l'implementazione dei Punti unici di Accesso (PUA) in molte regioni e Comuni. I PUA sono un'idea sensata che viene scarsamente attuata nella pratica, soprattutto perché il sistema di disabilità rimane complesso e oscuro per le persone che non sono esperte di amministrazione. Una semplificazione e unificazione delle valutazioni dello stato di disabilità e dei bisogni faciliterebbe notevolmente i compiti e il ruolo dei PUA. Fino ad allora, lo status dei PUA dovrebbe essere migliorato, in modo che possano essere ciò che sono destinati a essere: il primo e unico punto di accesso all'intero sistema di disabilità, comprese tutte le valutazioni (e quindi tutte le prestazioni e i servizi) sia a livello nazionale che subnazionale. Sarà inoltre importante raggiungere un maggior grado di unificazione nell'organizzazione delle PUA e ottimizzare le loro risorse umane in tutto il territorio.

Pensare a una rivalutazione sistematica dei diritti e delle prerogative della disabilità. La legge delega non fa riferimento a due questioni importanti. In primo luogo, non affronta la questione della rivalutazione (sulla quale anche i dati sono del tutto assenti) dello stato di disabilità e dei bisogni di una persona. La rivalutazione è un aspetto importante di una politica sulla disabilità efficace ed equa, perché la disabilità può migliorare o peggiorare – in linea con i cambiamenti delle condizioni di salute e/o dell'ambiente sociale e di supporto. In molti casi, quindi, una rivalutazione regolare è giustificata e può rafforzare la credibilità e l'accessibilità di un sistema di protezione sociale generoso. Una seconda questione, in parte correlata, che viene affrontata marginalmente nella legge delega, è il trattamento dei diritti esistenti. Un Paese può scegliere di non trattare tutti i diritti esistenti o di rivalutare tutti o alcuni gruppi in linea con le nuove regole, strumenti e procedure; uno dei due approcci può essere considerato più "equo" dell'altro, in modi diversi. La rivalutazione dei diritti esistenti sarà particolarmente appropriata se e quando cambierà anche il sistema di protezione sociale.

6.2. Conclusioni e raccomandazioni politiche sulla protezione sociale

6.2.1. Questioni chiave per la protezione sociale delle persone con disabilità in Italia oggi

Valutare il sistema di protezione sociale per le persone con disabilità in Italia e comprendere l'interazione tra le politiche nazionali (per lo più vari tipi di prestazioni sociali) e le politiche regionali e locali (per lo più prestazioni in natura e servizi) è difficile, per due motivi: in primo luogo, a causa della complessità del sistema – che rappresenta una sfida per le persone con disabilità – e in secondo luogo, a causa della mancanza di prove in tutti i settori per misurare l'efficacia e l'efficienza delle politiche per la disabilità in atto. È quindi difficile valutare l'impatto effettivo e le prestazioni del sistema. Le conclusioni e le raccomandazioni politiche si basano quindi su prove limitate, molto parziali e spesso aneddotiche.

Sembra che le prestazioni di disabilità e i servizi per la disabilità disponibili in Italia siano abbastanza completi, con una serie di pagamenti contributivi e non contributivi per coprire la perdita di reddito e i costi

aggiuntivi legati alla disabilità di una persona e, allo stesso modo, un ventaglio completo di interventi forniti dalle autorità comunali di assistenza sociale, dalle autorità sanitarie regionali e dai servizi per l'impiego per rispondere alle diverse esigenze delle persone con disabilità. In apparenza, non vi è alcuna indicazione di una particolare lacuna nei servizi o di una mancanza di servizi comunemente disponibili in altri Paesi dell'OCSE. Tuttavia, al di là di questa osservazione generale, ci sono diverse questioni importanti di potenziale preoccupazione.

I dati comparativi tra Paesi mostrano che la spesa sociale pubblica per le politiche sulla disabilità in Italia è ben al di sotto della media OCSE e che la maggior parte della spesa viene utilizzata per le prestazioni di invalidità. La legge delega prevede che tutti i cambiamenti debbano rimanere all'interno dell'attuale dotazione di bilancio. La ristrutturazione, la semplificazione e l'unificazione della valutazione della disabilità dovrebbero rendere il sistema più efficiente e liberare risorse. Tuttavia, nel lungo periodo il livello di spesa per la disabilità potrebbe non essere sufficiente per realizzare il passaggio previsto a un approccio più personalizzato alla disabilità, basato su piani di vita individuali e incentrato sull'autosufficienza. Già oggi, molte persone con disabilità in Italia non hanno accesso al supporto con una maggiore attenzione al funzionamento nella valutazione della disabilità, questo gruppo potrebbe rivelarsi più numeroso di quanto si sappia attualmente.

L'adeguatezza dei pagamenti per la disabilità e dei servizi forniti in Italia è difficile da valutare, in quanto dipende molto dal pacchetto di supporto che le persone ricevono – un'area su cui si sa molto poco. Il livello dei pagamenti di invalidità non contributivi è molto basso, ad esempio, ma molte persone ricevono pagamenti aggiuntivi, come l'indennità di accompagnamento, per coprire le loro esigenze e i loro costi. I dati sulle fonti di reddito delle famiglie italiane suggeriscono che le persone con disabilità fanno affidamento sulle prestazioni sociali in misura maggiore rispetto alla media dell'OCSE Europa. Tuttavia, questo risultato è determinato da prestazioni diverse da quelle di disabilità, tra cui i pagamenti per il pensionamento (anticipato), le indennità di disoccupazione e l'assistenza sociale. I livelli di povertà in Italia per le famiglie in cui vivono persone con disabilità sono paragonabili a quelli di altri Paesi e a quelli delle persone senza disabilità. In Italia, contrariamente ad altri Paesi, il sistema di prestazioni più ampio (non solo le prestazioni di invalidità) sembra ridurre i rischi di povertà più per le persone con disabilità che per le altre persone.

L'adeguatezza dei servizi per la disabilità disponibili in Italia è ancora più difficile da valutare, mancando informazioni sistematiche sul numero di utenti dei servizi e sul numero di persone in attesa o bisognose di servizi, ma che attualmente non ne ricevono. I dati limitati disponibili suggeriscono che la spesa pro-capite per gli utenti dei servizi è piuttosto elevata, sia per i servizi di assistenza domiciliare e per i servizi volti a migliorare l'autosufficienza, sia per i servizi per l'impiego introdotti di recente. Il numero di utenti di questi servizi, tuttavia, è molto basso rispetto al gruppo potenziale di utenti, comunque definito. L'Italia sembra quindi affrontare una sfida di accesso, non una sfida di generosità, in quanto coloro che possono accedere ai servizi sembrano ben supportati.

Ci sono anche due problemi più generali nel sistema italiano di prestazioni e servizi per la disabilità. In primo luogo, esiste un enorme divario Nord-Sud. Le regioni più povere del Sud del Paese non hanno la capacità e le risorse per fornire servizi in numero sufficiente; di conseguenza, sia il numero di utenti dei servizi che la spesa pro-capite per i servizi sono inferiori rispetto alla parte più ricca del Paese. A sua volta, il numero di beneficiari di prestazioni di disabilità, in particolare di quelle non contributive, è molto più alto nel Sud che nel Nord, con un tasso di beneficiari che varia da meno del 2% della popolazione in età lavorativa in alcune regioni a più del 7% in altre. Questa differenza è il risultato di due caratteristiche del sistema previdenziale: in primo luogo, il fatto che tutte le prestazioni sono finanziate dal bilancio nazionale e, in secondo luogo, il fatto che i pagamenti non contributivi sono più interessanti nelle regioni con meno posti di lavoro e salari più bassi, e l'idoneità ai pagamenti soggetti a verifica delle condizioni economiche è molto più probabile. Qualsiasi riforma delle politiche sulla disabilità dovrà affrontare questi problemi di equità.

In secondo luogo, in Italia esiste anche un divario significativo tra disabilità grave e disabilità moderata. In linea di massima, gli assegni di invalidità e i servizi per la disabilità in Italia si rivolgono alle persone con disabilità grave (ad esempio, il 50% di loro riceve un assegno di invalidità), mentre le persone con disabilità moderata e le persone con disturbi mentali altamente prevalenti si affidano nella maggior parte dei casi al sistema di protezione sociale generale (ad esempio, solo il 10% di loro riceve un assegno di invalidità) e hanno difficoltà ad accedere ai servizi per la disabilità. Anche i servizi per l'occupazione dei disabili sono riservati alle persone con un livello di disabilità piuttosto significativo. A sua volta, l'integrazione della disabilità in tutte le politiche e le pratiche è una questione chiave per l'Italia, che punta a riforme più ampie per migliorare i risultati sociali e occupazionali per tutti, a beneficio anche delle persone con disabilità.

Infine, ci sono anche questioni sistemiche significative che l'Italia potrebbe affrontare, legate alla complessità e alla frammentazione di un sistema che coinvolge molti attori con responsabilità condivise tra il livello nazionale (prestazioni), il livello regionale (servizi sanitari) e il livello locale (servizi sociali). La natura decentrata dello Stato e la distribuzione delle responsabilità richiedono un livello significativo di condivisione delle informazioni e di cooperazione per evitare la duplicazione dei servizi da un lato e le lacune nei servizi dall'altro. A livello subnazionale, le autorità sanitarie e sociali forniscono supporti distinti che in molti casi si sovrappongono, ad esempio per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, ma il coordinamento tra i due settori è limitato. Allo stesso modo, ci sono sovrapposizioni tra gli sforzi nazionali e regionali, ad esempio per il supporto all'autosufficienza e all'assistenza a lungo termine, coperta da prestazioni in denaro e congedi familiari a livello nazionale e da prestazioni e servizi in natura a livello regionale.

6.2.2. Raccomandazioni politiche per una protezione sociale più efficace ed efficiente

Questo rapporto rileva diversi punti di forza e di debolezza nella protezione sociale delle persone con disabilità in Italia, e diverse ragioni per cui è necessaria una riforma per rafforzare l'efficienza e l'efficacia del sistema e affrontare le disuguaglianze di lunga data. L'Italia farebbe bene a prendere in considerazione l'idea di intraprendere una riforma secondo le seguenti linee.

Migliorare la base di prove implementando migliori pratiche di condivisione dei dati

In Italia si sa molto poco su quali programmi servano quali gruppi della popolazione, il che rende difficile valutare le prestazioni del sistema (copertura, adeguatezza ed efficienza). Si potrebbe fare molto per migliorare la base di prove attraverso la raccolta sistematica e la condivisione dei dati.

Investire in sistemi moderni di gestione dei dati. Attualmente, i servizi locali non sono registrati in un unico sistema informatico a livello individuale, il che rende molto difficile mappare l'insieme di prestazioni e servizi che una persona sta ricevendo, in particolare quando i servizi sono ricevuti sia dal settore sociale che da quello sanitario. Una soluzione che consenta di registrare questi dati e di archivarli in data warehouse per poi collegarli tra istituzioni e set di dati, è essenziale per identificare le aree chiave per la riforma e per facilitare il lavoro amministrativo dei dipendenti pubblici. L'iniziativa del settore sociale di implementare un sistema informatico unico (SIOSS) è benvenuta, ma occorre impegnarsi per garantire che il sistema non imponga barriere tecniche per collegare i dati del settore sociale con quelli del settore sanitario o con i dati sulle prestazioni a livello nazionale.

Utilizzare un'unica autorità centrale per collegare e archiviare i dati amministrativi. Il collegamento dei dati amministrativi tra le varie istituzioni pone delle sfide tecniche e legali che molti Paesi hanno superato istituendo un'unica autorità centrale responsabile del collegamento dei dati. In questo modo si evita anche la necessità di accordi bilaterali per lo scambio di dati e di costruire capacità tecniche in ogni istituzione. Nella maggior parte dei Paesi, questa singola autorità centrale è l'Istituto nazionale di statistica. L'Istituto nazionale di statistica italiano (ISTAT) è ben posizionato, in quanto possiede la capacità tecnica e analitica necessaria.

Affrontare i problemi di privacy. Oltre alle barriere tecniche derivanti dalla mancanza di un sistema informatico unico, le autorità italiane hanno difficoltà a condividere e ricevere dati tra le varie istituzioni a causa delle preoccupazioni sulla privacy. La normativa sulla protezione dei dati viene spesso utilizzata come scudo per impedire qualsiasi scambio di dati, applicando in molti casi norme più severe rispetto alla legislazione europea (GDPR). Lo scambio di dati tra istituzioni richiede la creazione di quadri giuridici per garantire la protezione dei dati personali e lo sviluppo di solide linee guida per l'utilizzo e la condivisione di tali dati.

Promuovere la cooperazione tra le istituzioni e i livelli di governo

L'inefficienza del sistema in Italia è legata alla mancanza di cooperazione tra i livelli di governo e ai meccanismi di finanziamento associati. Promuovere la cooperazione e razionalizzare i finanziamenti potrebbe aumentare la trasparenza sia per gli utenti che per le istituzioni erogatrici, garantendo così un migliore utilizzo delle risorse nazionali e subnazionali.

Applicare le normative che favoriscono la cooperazione. Il panorama normativo comprende iniziative promettenti per promuovere la cooperazione tra le istituzioni, ma la loro attuazione è debole. Questo è in particolare il caso della cooperazione tra il settore sanitario e quello sociale. Il regolamento stabilisce l'importanza di un unico punto di accesso per fornire servizi sanitari e sociali coordinati, con un'unica valutazione delle esigenze per determinare piani personalizzati. Sono necessari sforzi concertati per rendere i punti unici di accesso una realtà. Il Governo nazionale potrebbe assumere un ruolo più incisivo attraverso il monitoraggio e la valutazione sistematici e l'offerta di incentivi finanziari per le regioni che desiderano raggiungere un livello più elevato di integrazione dei servizi.

Creare un forum per condividere le esperienze e imparare gli uni dagli altri. Imparare dalle buone prassi di altri portatori d'interesse – tra le regioni, tra i Comuni e le province all'interno delle regioni, e tra il settore sanitario e quello sociale – può essere utile per costruire la capacità amministrativa, migliorare la programmazione e promuovere la cooperazione. L'apprendimento interistituzionale sistematico dovrebbe essere facilitato e promosso.

Sviluppare meccanismi di finanziamento che promuovano un migliore coordinamento dei supporti. Il consolidamento delle fonti di finanziamento sarebbe il modo migliore per consolidare i programmi subnazionali con obiettivi simili. Con fondi nazionali consolidati per prestazioni e servizi in natura forniti a livello subnazionale, sarebbe più facile per le regioni decidere dove integrare i fondi nazionali con le proprie risorse. In alternativa, i fondi nazionali potrebbero essere indirizzati a determinati obiettivi più ampi (come l'inclusione, la vita indipendente o l'accessibilità) senza essere destinati a programmi specifici, dando così agli enti regionali un maggiore controllo sull'uso efficiente di questi fondi. Infine, si potrebbe ottenere un migliore coordinamento e integrazione dei servizi tra il settore sanitario e quello sociale – per quanto riguarda i servizi residenziali, semi-residenziali e, soprattutto, di assistenza domiciliare – ed evitare la duplicazione dei servizi, attraverso una programmazione di bilancio integrata e trasparente.

Diminuire le differenze territoriali nell'accesso a prestazioni e servizi

Le grandi differenze territoriali di reddito e l'attuale finanziamento del sistema fanno sì che le regioni più povere si affidino pesantemente alle prestazioni sociali finanziate a livello nazionale e forniscano solo un supporto limitato al funzionamento della persona attraverso prestazioni e servizi in natura. Rettificare questa situazione e migliorare la capacità delle regioni economicamente più deboli di fornire servizi efficaci sarà fondamentale, ma non si tratta di un esercizio facile.

Affrontare le debolezze strutturali del mercato del lavoro e le disparità geografiche. Le regioni più povere in Italia hanno mercati del lavoro più deboli, salari più bassi e livelli più alti di lavoro informale. Questi fattori influenzano la dipendenza dalle prestazioni sociali e si rafforzano a vicenda, in quanto un'elevata dipendenza dalle prestazioni sociali promuove il lavoro informale. Affrontare questi problemi strutturali economici e del mercato del lavoro in tutta Italia è fondamentale. Nell'ultimo decennio, le Indagini

Economiche dell'OCSE per l'Italia hanno identificato alcune delle aree chiave da affrontare, tra cui il miglioramento delle competenze e dell'istruzione, l'introduzione di politiche attive per il mercato del lavoro, l'incremento della creazione di posti di lavoro e il ripensamento del sistema fiscale, per superare il divario Nord-Sud.

Promuovere l'armonizzazione dei servizi attraverso un focus sulle prestazioni. Per armonizzare l'offerta dei servizi sanitari e sociali, il Governo nazionale ha imposto degli standard minimi di servizio. Tuttavia, molte regioni non riescono a soddisfare questi standard, senza alcuna conseguenza. L'attuale monitoraggio degli standard minimi si concentra su una serie di indicatori lineari, piuttosto che concentrarsi sulle prestazioni del sistema nel suo complesso. L'utilizzo del regolamento esistente per armonizzare l'offerta dei servizi, rendendolo vincolante e focalizzato sulle prestazioni, aiuterebbe a rafforzare la qualità dei servizi nelle aree con prestazioni insufficienti.

Dare priorità alla fornitura di servizi rispetto all'offerta di prestazioni sociali. Il necessario spostamento dell'attenzione dall'offerta di prestazioni all'offerta di servizi per l'inclusione non sarà raggiunto senza incentivi finanziari per le regioni e i comuni. Seguendo l'esempio della Danimarca, e ribaltando la logica del sistema attuale, il Governo italiano potrebbe garantire la copertura totale dei costi per i servizi erogati a livello subnazionale, imponendo al contempo una significativa compartecipazione regionale per le prestazioni di invalidità non contributive, per rendere attraente per le regioni e i Comuni spostare la loro attenzione sulla fornitura di servizi.

Fare dell'integrazione lavorativa delle persone con disabilità una priorità politica

L'inclusione nel mercato del lavoro delle persone con disabilità è bassa in Italia, anche se non necessariamente inferiore a quella di altri gruppi vulnerabili della popolazione. In futuro, l'inclusione lavorativa dovrebbe diventare una priorità chiave, il che implica uno spostamento dell'attenzione verso le prestazioni e i servizi in natura e un cambiamento delle normative per promuovere il lavoro.

Concentrarsi sull'intervento precoce. Per promuovere efficacemente l'occupazione delle persone con disabilità è necessario intervenire non appena si manifestano le barriere all'occupazione. In Italia, dove le certificazioni di disabilità svolgono un ruolo così importante per ricevere assistenza, quando le persone con disabilità ricevono un supporto finanziario e occupazionale, spesso è troppo tardi. Ciò implica che si dovrebbe fare molto di più per le persone con patologie – molte delle quali potrebbero trasformarsi in disabilità – in una fase precedente e prima di richiedere la certificazione di disabilità, ossia nel momento in cui le persone cercano aiuto attraverso i programmi generali di protezione sociale, in particolare le indennità di malattia e di disoccupazione.

Sviluppare servizi pubblici per l'impiego efficaci e responsabili. Nonostante i recenti miglioramenti, i servizi pubblici per l'impiego in Italia hanno un ruolo limitato nel sostenere la ricerca di lavoro attraverso programmi attivi del mercato del lavoro. Questa debolezza generale influisce sul sostegno all'occupazione fornito alle persone con disabilità. C'è un'urgente necessità di migliorare la capacità dei servizi pubblici per l'impiego di fornire politiche attive del mercato del lavoro in generale, e di aumentare la responsabilità per le persone vulnerabili in cerca di lavoro, come le persone con disabilità. È inoltre necessario ampliare i servizi, passando dall'assistenza alle sole persone inserite nelle liste di collocamento per le quote di disabilità a un gruppo più ampio, con un'attenzione particolare ai disturbi mentali.

Collegare la prestazione di invalidità alle disposizioni di attivazione. Molti Paesi dell'OCSE hanno introdotto percorsi di riabilitazione completi per chi richiede una prestazione di invalidità e/o programmi temporanei che precedono la richiesta di una prestazione di invalidità (ad esempio, Austria, Paesi Bassi, Norvegia, Svizzera), e molti forniscono incentivi finanziari a chi lavora mentre riceve le prestazioni. In Italia, la ricezione di una pensione di invalidità scoraggia il lavoro, soprattutto per le persone con disabilità parziale e capacità lavorativa parziale. È urgente rivedere la complementarità delle pensioni di invalidità con il lavoro e considerare l'introduzione di percorsi di riabilitazione e di disposizioni di attivazione adeguate alla capacità.