



Disabilità, lavoro e inclusione: Rapporto Ocse valutazione Italia per una migliore assistenza

Il rapporto Ocse, “*Disabilità, lavoro e inclusione in Italia - Una migliore valutazione per una migliore assistenza*” è il risultato di un progetto biennale finanziato dall’Unione Europea, per sostenere e assistere l’Italia nel suo processo di riforma e per aggiornare le politiche sulla disabilità, aumentando l’efficienza delle prestazioni e dei servizi alle persone con disabilità.

Il progetto ha supportato il Governo in quattro modi attraverso:

- un’analisi del sistema di valutazione della disabilità in Italia e in alcuni Paesi europei dell’OCSE;
- un’analisi del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità in Italia e in alcuni Paesi europei dell’OCSE;
- 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;
- il supporto continuo al processo di riforma legislativa.

Le quattro regioni prese a riferimento nella valutazione, tra novembre 2022 e aprile 2023, sono: Campania, Lombardia, Regione Autonoma della Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. Quello che emerge, sono le persistenti disuguaglianze regionali, anche legate alle differenze nella valutazione della disabilità, sia tra le regioni che all’interno delle stesse.

Il Rapporto è un documento corposo che affronta in sei capitoli la complessità delle politiche sulla disabilità, non solo perché la popolazione è molto diversificata in termini di natura e grado di disabilità ma anche perché emergono nuovi tipi di disabilità, come i disturbi mentali.

Per quanto riguarda il **capitolo 1.**, dove si analizzano i risultati sociali e lavorativi complessivi delle persone con disabilità nel nostro Paese, si evidenzia che le persone con disabilità affrontano tassi di povertà e di occupazione paragonabili alle loro controparti in molti Paesi europei dell’OCSE, tuttavia, anche se il divario nei tassi di occupazione e povertà tra persone con e senza disabilità è minore in Italia rispetto ad altri Paesi, si sottolinea una significativa e ampia disomogeneità geografica sui rischi di povertà. I tassi di povertà delle persone con disabilità nelle regioni meridionali e nelle Isole sono più del doppio rispetto alle regioni settentrionali e centrali.

Nel **capitolo 2.**, si descrivono e si interpretano 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. La valutazione dello stato di disabilità, in particolare la valutazione dell’invalidità civile, nel nostro paese, non riflette ancora la caratterizzazione della disabilità utilizzata nella Convenzione ONU e riflessa nella Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), sui

diritti delle persone con disabilità che si traducono in una mancanza di equo supporto e inclusione. Inoltre, il sistema delle valutazioni dello stato di disabilità risulta eccessivamente medicalizzata e discrezionale, manca di linee guida tecniche e metodologiche e di uno strumento scientifico con forti proprietà psicometriche il che genera un sistema inefficiente molto complesso e frammentato che non riesce a garantire l'uguaglianza tra le persone e le regioni.

Non esiste un collegamento trasparente tra le diverse valutazioni utilizzate per il diritto alle prestazioni nazionali e le valutazioni dei bisogni utilizzate per il diritto ai servizi comunali, ad esempio, il tipo di assistenza è regolata da più livelli di legislazione nel quale le regioni, adottano i propri approcci, il che contribuisce ulteriormente alle ampie disparità nel Paese.

Una frammentazione del sistema è rappresentata anche per l'applicazione della Legge 118/1971, che stabilisce il concetto di invalidità civile. La valutazione e l'accertamento 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.

Nel **capitolo 3.**, vengono analizzati i programmi 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. Anche in questo caso, si evidenzia un sistema complesso in cui è difficile orientarsi, ma anche generalmente abbastanza adeguato alle persone che riescono ad accedere a tutto il supporto a cui hanno diritto, tuttavia, molte persone non riescono ad accedere all'assistenza. Si registra 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 sia nell'offerta sia nell'utilizzo di prestazioni. Inoltre, la divisione tra servizi sanitari e sociali non riflette la realtà delle esigenze delle persone con disabilità spesso complesse 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.

*Rilevanti sono anche i dati riportati nel **sotto capitolo 3.2.** Misure di integrazione dell'occupazione, dove si certifica che 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. 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%.*

Nel 2018, meno di 65.000 persone con disabilità si sono registrate agli SPI ai sensi della Legge sul collocamento mirato n. 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 i Servizi Pubblici per l'Impiego (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 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.

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). Nonostante gli incentivi aggiuntivi per l'assunzione di lavoratori con disabilità mentale, solo un quarto dei lavoratori assunti appartiene a questa categoria. 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.

Si sottolinea inoltre la mancanza di dati che risultano obsoleti e non corrispondenti alla realtà, 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

Anche **il sotto capitolo 3.3.1.** è di interesse poiché si analizzano i vari servizi forniti dai servizi sanitari e sociali, e fornisce una disamina dell'offerta dei servizi di assistenza residenziale e domiciliare fornita dal SSN e dai Comuni. Si osserva che la spesa per questi servizi rappresenta quasi l'1% del PIL. Le autorità sanitarie da sole, nel 2019, hanno speso lo 0,92% del PIL, escludendo i costi del personale e altre spese difficili da attribuire, per i servizi di assistenza domiciliare e residenziale (e semi-residenziale), catturando la maggior parte della spesa sanitaria per le persone con disabilità. 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). 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). 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. 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 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.

Il capitolo 4., valuta l'efficacia del supporto e delle prestazioni di protezione sociale per le persone con disabilità esaminando quattro aspetti principali: *copertura del sistema, adeguatezza del sistema, equità del sistema ed efficienza del sistema*. Dai dati rilevati risulta che il sistema è abbastanza adeguato alle 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. Molte persone ricevono assistenza domiciliare, ma troppo poche ricevono servizi sociali.

Un problema distributivo critico è l'ampio divario Nord-Sud nella copertura della protezione sociale, in cui 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.

Nell'analisi dei dati risulta che 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. 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. 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. 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.

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.

Inoltre, 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 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.

Molto limitate nel nostro Paese, 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.).

Nel **capitolo 5.**, vengono riportati i risultati di un progetto pilota tenutosi in quattro regioni italiane dell'adozione di uno strumento di valutazione dell'invalidità: la Scheda WHODAS (Disability Assessment Schedule) per la valutazione della disabilità dell'OMS, che aggiungerebbe la prospettiva del funzionamento alla valutazione dell'invalidità basata su un approccio medico attualmente in uso in Italia. L'analisi utilizzando un approccio statistico dei dati raccolti da 3.242 individui, valuta le prestazioni del questionario WHODAS e conclude che lo strumento fornisce distribuzioni valide, affidabili e scientificamente robuste dei punteggi WHODAS in tutte le regioni 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. 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.

Nel capitolo 6. - sfide delle politiche sulla disabilità in Italia: conclusioni e raccomandazioni - Partendo dai problemi ascrivibili al sistema di valutazione della disabilità nel documento vengono fornite raccomandazione e le sfide che il nostro Paese dovrà affrontare nell'immediato.

Il nostro Paese 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, tutte un approccio medico condiviso ma non in linea con la più recente visione e definizione internazionale della disabilità. I medici di base hanno una notevole responsabilità nel processo, tuttavia, 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 e spesso invalidanti, 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, gestiamo 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.

Si evidenzia che 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.

Infine, c'è un ampio scollamento evidente 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, n. 227/2021, 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 cambiamento corrispondente e armonizzazione del sistema di protezione sociale per le persone con disabilità. Tuttavia, 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.

Nelle Raccomandazioni politiche per una valutazione della disabilità più accurata ed equa, il rapporto evidenzia la necessità di:

- **adozione della Scheda WHODAS** per la valutazione della disabilità porterebbe a una valutazione più accurata della disabilità di una persona,
- **utilizzo dei punteggi WHODAS** per segnalare la necessità di una valutazione più approfondita,
- **coinvolgimento degli assistenti sociali e altre professioni nel processo di valutazione**, il progetto pilota WHODAS ha dimostrato che gli assistenti sociali sono in grado di somministrare il questionario WHODAS e valutare la situazione di vita e la disabilità delle persone,
- **unica valutazione** che si concentra 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,
- **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, consentirebbe di identificare i bisogni delle persone e determinare il diritto a diversi servizi sanitari e sociali 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**, la raccolta e la condivisione dei dati in modo sistematico e, idealmente, elettronico 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,
- **riconsiderare il cambiamento previsto nella struttura di governance per la valutazione della disabilità**, 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'alternativa alla ricentralizzazione delle valutazioni della disabilità sarebbe il rafforzamento della capacità delle regioni, 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, soprattutto perché le regioni continueranno ad avere responsabilità fondamentali in settori come la salute e i servizi sociali,
- **rafforzare l'obiettività e ridurre la discrezionalità nelle valutazioni della disabilità**, l'inclusione nel sistema di valutazione 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,

- **aiutare le persone con disabilità a orientarsi nel sistema complesso**, poiché 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, i PUA sono un'idea sensata che viene scarsamente attuata nella pratica, il cui status 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,
- **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 che è un aspetto importante di una politica sulla disabilità efficace ed equa, in linea con i cambiamenti delle condizioni di salute e/o dell'ambiente sociale e di supporto. Una seconda questione, in parte correlata, che viene affrontata marginalmente nella legge delega, è il trattamento dei diritti esistenti, in
- linea con le nuove regole, strumenti e procedure. La particolare rivalutazione dei diritti esistenti sarà appropriata se e quando cambierà anche il sistema di protezione sociale.

Protezione sociale: 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 e con una maggiore attenzione al funzionamento nella valutazione della disabilità, questo gruppo potrebbe rivelarsi più numeroso di quanto si sa attualmente. 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.

Nelle Conclusioni e raccomandazioni politiche sulla protezione sociale, il rapporto rileva diversi punti di forza e di debolezza nella protezione sociale delle persone con disabilità in Italia, sollecita per diverse ragioni la necessità di una riforma secondo le seguenti linee per rafforzare l'efficienza e l'efficacia del sistema e affrontare le disuguaglianze di lunga data:

- **migliorare la base di prova implementando le migliori pratiche di condivisione dei dati**, che consenta di registrare i dati e di archivarli in data warehouse per poi collegarli tra istituzioni e set di dati per facilitare il lavoro amministrativo dei dipendenti pubblici,
- **investire in sistemi moderni di gestione dei dati**, poiché i servizi locali non sono registrati in un unico sistema informatico a livello individuale 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, occorre implementare un sistema informatico unico (SIOSS) e 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, 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. Si propone, l'Istituto nazionale di statistica italiano (ISTAT) in quanto possiede la capacità tecnica e analitica necessaria,
- **affrontare i problemi di 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.

Per **promuovere la cooperazione tra le istituzioni e i livelli di governo** che garantirebbe la trasparenza sia per gli utenti che per le istituzioni erogatrici nonché un migliore utilizzo delle risorse nazionali e subnazionali, il rapporto indica di:

- **applicare le normative che favoriscono la cooperazione**, 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. 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 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.

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 forniscono solo un supporto limitato al funzionamento della persona attraverso prestazioni e servizi in natura. Rettificare questa situazione e **diminuire le differenze territoriali nell'accesso a prestazioni e servizi** e migliorare la capacità delle regioni economicamente più deboli di fornire servizi efficaci sarà fondamentale, pertanto, occorre:

- **affrontare le debolezze strutturali del mercato del lavoro e le disparità geografiche.** Le regioni più povere in Italia hanno mercati del lavoro più bassi, salari più bassi e livelli più alti di lavoro informale. Questi fattori influenzano la dipendenza dalle prestazioni sociali e si rafforzano a vicenda, è fondamentale affrontare questi problemi strutturali economici e del mercato del lavoro in tutta Italia, 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,
- **promuovere l'armonizzazione dei servizi attraverso un focus sulle prestazioni,** per armonizzare l'offerta dei servizi sanitari e sociali, nonostante gli standard minimi imposti dal governo centrale, molte regioni non riescono a soddisfare questi standard servizio. Tuttavia, 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 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 contributiva.

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, **fare dell'integrazione lavorativa delle persone con disabilità una priorità politica** implica uno spostamento dell'attenzione verso le prestazioni e i servizi in natura e un cambiamento delle normative per promuovere il lavoro pertanto si sollecita a:

- **concentrarsi sull'intervento precoce,** 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 efficace e responsabilità**, 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 fornita 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. 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 stimola 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.

In conclusione, rimandando a una lettura più approfondita del rapporto, possiamo dichiarare che l'Ocse, ancora una volta, bacchetta il nostro Paese per la forte disparità esistente tra Nord e Sud nell'accesso ai servizi e alle prestazioni, arranchiamo sulla piena inclusione delle persone con disabilità, ad esempio il richiamo a politiche più efficaci di inclusione nel mercato del lavoro e ai requisiti di attivazione per le persone con capacità lavorativa parziale sono particolarmente importanti per affrontare incentivi al lavoro deboli e diseguali, fornendo un orientamento professionale ai lavoratori con disabilità aiutandoli a definire un progetto occupazionale.

Per la Uil è dirimente la piena applicazione della Legge 68/99 investendo meglio sia con risorse economiche e professionali per incentivare sia le politiche attive, le quote occupazionali e il mantenimento dei posti di lavoro definendo in maniera strutturale anche la flessibilità e la conciliazione dei tempi di vita-cura-lavoro delle persone con disabilità.

Ma non solo, il rapporto ci certifica la scarsità delle risorse e una legge delega di riforma non allineata pienamente ai bisogni delle persone disabili, che rappresentano una quota significativa della popolazione a cui vanno garantiti pieni diritti di accessibilità, di cura e assistenza, innalzando gli standard delle prestazioni con investimenti certi e una programmazione trasversale e intersettoriale per una presa in carico globale in grado di superare la condizione di isolamento e migliorarne la qualità della vita.

Di seguito il Link per gli approfondimenti

[66abbfe6-it.pdf \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/it/66abbfe6-it.pdf)