

I provvedimenti di salvaguardia susseguiti dall'entrata in vigore della citata riforma sono otto⁶⁴, l'ultimo dei quali introdotto dalla legge di bilancio per il 2017. Il d.l. 16 ottobre 2017, n. 148, a seguito dell'attività di monitoraggio e verifica delle misure di salvaguardia, ha recentemente modificato la citata legge di bilancio e rideterminato il numero complessivo di soggetti salvaguardati a 153.389 unità.

Dagli ultimi dati ufficiali forniti dall'Istituto, aggiornati a maggio 2017, fino alla settima salvaguardia sono state liquidate 116.587 pensioni. Per quanto attiene l'ottava salvaguardia, le domande accolte, al mese di ottobre 2017, risultano essere 13.837 per un numero di pensioni liquidate pari a 6.444.

7.3 In tema di invalidità civile, come più volte rilevato nei precedenti referti, il principale nodo ancora irrisolto rimane l'accentramento in un unico soggetto dell'intero procedimento per il riconoscimento dello stato di invalido civile.

La maggiore criticità è, tuttora, rappresentata dal permanere di più soggetti coinvolti. E' da ricordare, in proposito, come il primo accertamento dei requisiti sanitari rimanga, infatti, di competenza delle Commissioni Asl (benché integrate da un medico Inps), mentre l'accertamento definitivo, le revisioni, le verifiche e l'intera fase amministrativa è di competenza dell'Istituto, che vi adempie attraverso le Commissioni medico legali (Cml), con funzione di definizione/validazione dei verbali Asl, e la Commissione medica superiore (Cms), con funzione di monitoraggio complessivo.

Questo modello, nonché la mancata piena adozione delle soluzioni procedurali adottate dall'Istituto (come nel caso della completa telematizzazione dell'intero procedimento: dalla presentazione della domanda all'emissione del verbale), ha generato, nei primi anni di attuazione, un appesantimento dell'intero *iter*, con ulteriore dilatazione dei tempi di riconoscimento e liquidazione della prestazione e conseguenti oneri in termini di interessi passivi.

Nel corso del 2016, la progressiva estensione della cooperazione applicativa⁶⁵, una maggiore aderenza alle disposizioni operative e la diffusione di buone pratiche, hanno consentito di ottenere un miglioramento dei tempi medi del procedimento che, se interessa in misura minore la fase

⁶⁴ l. 22 dicembre 2011, n.214, art.24, commi 14 e 15; l. 7 agosto 2012, n.135, art.22, c. 1; l. 24 dicembre 2012, n.228 (l. di stabilità 2013), art.1, cc. 231 e ss.; l. 28 ottobre 2013, n.124, art. 11 e 11 bis; l. 27 dicembre 2013 (l. di stabilità 2014), art.1, c. 194 e ss.; l. 10 ottobre 2014, n. 147, art.2, c. 1; l. 28 dicembre 2015, n. 208 (l. di stabilità 2016) art.1, c. 263 e 270; l.11 dicembre 2016 n. 232, art. 1, c. 212 e ss.

⁶⁵ La cooperazione applicativa rappresenta la parte del Sistema Pubblico di Connettività (SpC) finalizzata all'interazione tra i sistemi informatici delle pubbliche amministrazioni per garantire l'integrazione dei metadati, delle informazioni e dei procedimenti amministrativi. Il SpC, dal canto suo, è l'insieme di infrastrutture tecnologiche e di regole tecniche per consentire lo sviluppo, la condivisione, l'integrazione e la diffusione del patrimonio informativo e dei dati delle varie pubbliche amministrazioni attraverso la realizzazione di servizi basati su regole condivise che ne garantiscano la sicurezza e la riservatezza delle informazioni.

sanitaria, si rileva marcato in quella concessoria, grazie ad una migliore organizzazione delle fasi di lavorazione.

D'altro canto lo stesso legislatore, al fine di superare le difficoltà operative riscontrate soprattutto nei rapporti con le Asl, è intervenuto (art. 18, l. 15 luglio 2011, n. 111), prevedendo la stipula di convenzioni con le regioni (anche in deroga alla normativa vigente) volte ad attribuire all'Istituto le funzioni relative al primo accertamento dei requisiti sanitari.

In attuazione di tale disposizione è stata adottata, dapprima, una determinazione presidenziale (n. 429 del 2011) che ha previsto uno schema di convenzione quadro riguardante l'intero territorio regionale e la possibilità, da parte dell'Istituto, di avvalersi delle risorse umane e strumentali delle regioni per effettuare l'accertamento sanitario, qualora le risorse proprie non fossero risultate sufficienti. Difficoltà emerse in sede applicativa - segnatamente, la resistenza al trasferimento delle competenze e delle risorse finanziarie da parte delle aziende sanitarie; l'inadeguatezza delle infrastrutture informatiche in uso presso le Asl; l'obiettivo difficoltà nell'utilizzo dei medici e del personale sanitario - hanno indotto l'Inps ad optare per un modello più flessibile e facilmente adattabile al contesto locale.

Sono stati quindi siglati protocolli di intesa a carattere sperimentale con le regioni che vi hanno manifestato interesse, con contenuto il più aderente possibile allo schema delineato dalla citata determinazione presidenziale. Il carattere di sperimentality ha consentito, dal canto suo, di superare la "resistenza" delle istituzioni regionali che, nella maggior parte dei casi, hanno tuttavia preferito limitare la durata della sperimentazione ad un anno ed al territorio di alcune province.

In atto, si è addivenuti alla conclusione di accordi con le Regioni Campania, Sicilia, Veneto, Lazio, Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Calabria.

L'accentramento in Inps delle diverse fasi del procedimento ha prodotto una significativa contrazione nei tempi di fornitura del servizio e un'ottimizzazione del processo in termini di omogeneità, tracciabilità e trasparenza, con effetti positivi anche in materia di contenzioso.

Dagli ultimi dati forniti dall'Istituto, riepilogati nella tabella 32 emerge, tuttavia, nel confronto con il 2015, un generale peggioramento riferito ai tempi della fase sanitaria che, secondo l'amministrazione, è da imputare ad una serie di fattori che vanno dall'afflusso delle pratiche di revisione in virtù del disposto dell'art.25, c. 6-bis della l. n. 114/2014, che accentra in Inps la competenza in tale ambito, all'accumulo di pratiche complesse (che richiedono visite specialistiche o a domicilio) e al calo dei medici convenzionati, che l'Istituto utilizza per assolvere ai compiti in materia di invalidità in virtù della costante riduzione di risorse interne.

Tabella 32 - Tempi medi accertamenti sanitari CIC.

		Gennaio – Dicembre 2015	Gennaio –Dicembre 2016
Campania	Avellino	129	130
	Benevento	87	87
	Caserta	241	250
	Salerno	142	191
Sicilia	Trapani	80	91
	Enna	52	62
	Caltanissetta	62	85
	Messina	50	111
Veneto	S. Donà di Piave	79	36
	Venezia	97	159
	Verona	55	69
Lazio	Frosinone	77	88
Basilicata	Roma A	56	46
	Matera	59	83
	Potenza	88	127
Friuli Venezia Giulia	Pordenone	36	48
	Gorizia	20	39

Fonte: Inps

Nonostante il peggioramento nell'ultimo anno, confermato anche per il primo trimestre del 2017 rispetto al periodo antecedente la sperimentazione, i tempi medi dell'intero procedimento risultano essersi notevolmente contratti, in alcune realtà territoriali si sono, infatti, ridotti del 50 per cento. Va sottolineato che laddove i tempi della fase sanitaria appaiono ancora eccessivamente lunghi (come in Campania), ciò è dovuto anche alla presa in carico delle vecchie pratiche giacenti presso le Asl.

L'eventuale allargamento della sperimentazione all'intero territorio nazionale è stata valutata e sostenuta da una puntuale quantificazione dei fabbisogni di risorse umane e logistiche, dei costi e dei benefici attesi.

Al riguardo viene evidenziato come alcuni dei protocolli siglati a partire dalla fine del 2014, prevedano la compartecipazione delle regioni ai costi. La particolare complessità della situazione e le richieste delle amministrazioni chiamate a compartecipare agli oneri, hanno indotto l'Istituto ad approfondire i diversi aspetti, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro inter servizi, che ha concluso la propria attività nel corso dei primi mesi del 2017.

Gli esiti del gruppo di lavoro e le risultanze della sperimentazione hanno portato alla stesura di un nuovo schema di convenzione quadro con le regioni e le aziende sanitarie, che supera lo schema adottato con determinazione presidenziale n. 429 del 2011.

La nuova convenzione (approvata con determinazione presidenziale n. 141 del 13 settembre 2017) prevede, in particolare, che i costi - derivanti all'Istituto dallo svolgimento degli accertamenti sanitari - siano posti a carico delle regioni.

Il meccanismo approntato si fonda sull'individuazione della misura (ovvero il costo per singolo verbale sanitario, pari a 40,86 euro) sulla base della quale determinare il costo complessivo da imputare alla regione che potrà essere ridotto, qualora gli enti mettano a disposizione le proprie risorse logistiche e umane, sulla base di appositi parametri che saranno in seguito definiti. Diversamente, nel costo unitario come sopra descritto è da intendersi compreso l'onere necessario al reclutamento di ulteriori professionisti esterni - cui l'Istituto già fa ricorso per assolvere ai propri compiti in tema di invalidità - senza i quali sarebbe comunque impossibile svolgere gli accertamenti previsti.

Si tratta, dunque, di un intervento che non può non essere positivamente valutato nelle sue finalità, la cui effettiva validità andrà, comunque, verificata in ragione delle adesioni alle nuove convenzioni da parte delle regioni.

7.3.1 Per quanto attiene l'attività ordinaria svolta dall'Istituto, nelle sedi in cui non sono attive le convenzioni con le regioni, nel 2016 si assiste ad un leggero incremento delle richieste di accertamento sanitario inoltrate all'Istituto (+0,84 per cento), in coerenza con il *trend* fatto registrare negli ultimi anni; complessivamente esse ammontano a 2.352.811.

I verbali pervenuti dalle Asl sono risultati pari a 1.730.430, di questi 644.015 sono stati emessi con la partecipazione di un medico Inps alle Commissioni (poco più del 37 per cento). Rispetto al 2015 la presenza di medici Inps nelle Commissioni Asl risulta, pertanto, diminuita di 7 punti percentuali (44 per cento il tasso di presenza nel 2015).

La mancata piena integrazione delle commissioni mediche, mai interamente realizzata nonostante il ricorso a medici esterni convenzionati - il cui numero complessivo è diminuito a partire dal mese di maggio 2016, passando da 969 a 900 a seguito del rinnovo delle selezioni - rimane uno dei punti maggiormente critici del procedimento, con un appesantimento dell'iter procedurale, che vede sostanzialmente tre gradi di verifica⁶⁶, con conseguente maggiori oneri in termini di risorse umane e finanziarie.

⁶⁶ I verbali predisposti dalle Cmi vengono trasmessi all'Istituto e sono presi in carico dai Coordinamenti Medico Legali (Cml) delle sedi, per la loro validazione e successivamente dalla Commissione Medica Superiore (Cms), cui spetta l'accertamento conclusivo prima di procedere alla comunicazione dell'esito al richiedente. In tale fase tanto i Cml che la Cms hanno la possibilità di sospendere i verbali e convocare nuovamente a visita i soggetti richiedenti

A fronte dell'aumento delle domande, nel 2016 si riscontra una diminuzione tanto dei verbali definiti (2.184.438 rispetto ai 2.196.383 del 2015) che delle prestazioni liquidate (447.439 rispetto a 454.030 nel 2015). Nel caso dei verbali, la diminuzione è imputabile principalmente alla costante riduzione di medici interni specialisti in medicina legale la cui professionalità è stato possibile compensare solo in parte con il convenzionamento di professionisti esterni. Quanto alle prestazioni liquidate è il blocco del *turn over* e la costante perdita di risorse che va ad incidere negativamente sui livelli di produzione.

I tempi medi di liquidazione delle prestazioni, comprensivi della fase di accertamento sanitario, sebbene in miglioramento rispetto agli anni precedenti, risultano ancora eccessivamente dilatati (mediamente 173 gg. per l'invalidità civile; 224 gg. per la sordità e 217 gg. per la cecità) e vedono ancora lontano l'obiettivo del termine massimo di 120 giorni dalla data della domanda. I principali miglioramenti si registrano nella gestione del subprocedimento concessorio che, unitamente alla correzione di fenomeni distorsivi derivanti dalla non corretta applicazione delle norme sulla decorrenza dei trattamenti, hanno prodotto un decremento degli importi maturati a titolo di interessi passivi pari al 56,3 per cento (3,1 ml nel 2016, contro i 7,2 ml nel 2015), confermando una tendenza in atto ormai da alcuni anni.

7.3.2 All'attività finalizzata al riconoscimento dello stato di invalido civile svolta dall'Istituto, si affianca quella di verifica sulla permanenza dei requisiti per il mantenimento di tale stato e per il diritto alle prestazioni che da esso derivano.

L'attività di verifica che l'Inps svolge tanto in via ordinaria che straordinaria - in virtù di specifiche disposizioni di legge che hanno ampliato sempre più la competenza in tale ambito attribuendo nuovi e maggiori compiti - è di fatto stata assorbita dal 2015 nell'attività di revisione svolta in virtù di quanto previsto dall'art. 25, c. 6 bis, della l. 11 agosto 2014, n. 144. Disposizione quest'ultima che ha attribuito, in via definitiva, all'Istituto (cui compete la convocazione a visita nei casi di invalidità civile in cui sia prevista la rivedibilità) la competenza in materia di revisioni ordinarie.

Peraltro, già a partire dal 2010, i criteri adottati dall'Inps per la convocazione a visita dei soggetti da sottoporre a verifica straordinaria comprendevano tutti i titolari di prestazioni economiche soggette a scadenza (c.d. revisioni), prima che questa si verificasse, garantendo così la continuità nella fruizione dei benefici spettanti, senza alcuna sospensione.

I risultati conseguiti, in termini di risparmi, a seguito dell'attività di verifica, che ha comportato la riliquidazione o la revoca totale per motivi sanitari e/o reddituali della prestazione in godimento, sono riepilogati nelle tabelle 33 e 34.

Tabella 33 - Risparmi derivanti da prestazioni ricostituite.

Ricostituzioni per cambio fascia		Ricostituzioni per motivi documentali		Ricostituzioni per altri motivi		Ricostituzioni complessive	
Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*
5.508	19.666.749	7.769	27.148.055	413	1.380.379	13.690	48.195.183

*comprensivo delle indennità

Fonte: Inps

Tabella 34 - Risparmi derivanti da prestazioni eliminate.

Motivi sanitari/reddituali a seguito di revisione		Motivi sanitari a seguito di verifica straordinaria		Assenza a visita		Trasferimento all'estero/motivi reddituali rilevati dalle sedi	
Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*	Prestazioni	Importo*
23.664	64.762.074	979	3.184.228	99	359.355	11.688	41.573.559

*comprensivo delle indennità

Fonte: Inps

Le revoche totali di prestazioni (nel numero di 36.430) hanno consentito una minore spesa per circa 110 ml, importo che, sommato ai risparmi derivanti dalle prestazioni ricostituite, ha consentito di raggiungere un risultato pari a oltre 158 ml.

E' da rilevare, infine, come perduri il mancato aggiornamento delle tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti, approvate con un decreto del Ministero della salute risalente al 5 febbraio 1992, che costituisce uno strumento essenziale di omogeneizzazione e oggettivazione dei giudizi medico legali.

7.3.3 Per assolvere ai compiti in materia di invalidità civile, si è reso indispensabile da parte dell'Inps, come già esposto nei precedenti referti, il ricorso ai servizi di medici esterni convenzionati, il cui fabbisogno, dal 2009 ad oggi, è andato aumentando in funzione di successive riduzioni della dotazione organica (che non hanno risparmiato l'area dei medici), nonché dei pensionamenti e del blocco del *turn over*.

I medici dell'Istituto svolgono la loro attività sia in ambito assistenziale che previdenziale, effettuando accertamenti medico-legali per l'erogazione sia di pensioni che di prestazioni a sostegno del reddito. In questi campi l'Inps è subentrato alle funzioni già di competenza degli enti soppressi - in sede di prima visita, di ricorso amministrativo e di difesa in giudizio - e precedentemente affidate a strutture e a consulenti medici esterni.

Per gli anni 2014-2015 sono stati convenzionati 969 medici su un fabbisogno quantificato in 1.191 professionisti. Alla scadenza degli incarichi, attribuiti per un anno (dal 1° ottobre 2014 al 30

settembre 2015) e successivamente prorogati fino al 31 dicembre 2015, è stata autorizzata una nuova procedura selettiva per il reclutamento di 900 medici, per far fronte alle attività medico legali in essere (determinazione presidenziale n. 147 del 12 novembre 2015).

La mancata conclusione di detta procedura selettiva entro il termine previsto per la decorrenza dei nuovi contratti annuali (1° gennaio 2016), ha comportato un'ulteriore proroga di quelli in essere fino al 30 aprile 2016. A partire dal mese di maggio, a seguito della conclusione delle selezioni, il numero complessivo dei medici in convenzionamento è pertanto diminuito da 969 a 900 unità.

La spesa sostenuta per la remunerazione delle prestazioni rese dai componenti esterni delle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, handicap e disabilità ha fatto registrare nel 2016 un importo pari ad oltre 39 ml, per l'85 per cento riferito ai medici esterni e per il restante 15 per cento ai medici di categoria e operatori sociali.

E' da dire come l'esiguità di personale medico ponga interrogativi sulla effettiva possibilità per l'Istituto di far fronte ai numerosi compiti in ambito medico legale ad esso attribuiti, anche alla luce dell'entrata in vigore dal 1° settembre 2017 del "Polo Unico delle visite fiscali", di cui si dirà nei successivi paragrafi.

Oltre ai professionisti esterni e ai medici di lista per l'effettuazione delle visite fiscali, l'Istituto continua ad utilizzare strutture sanitarie o specialisti convenzionati per gli accertamenti diagnostici - con cui è attualmente in vigore apposita convenzione (determinazione n. 11/2015) e per i quali è in fase di istituzione una specifica sezione nell'Albo informatizzato dei fornitori - nonché dei medici rappresentati delle associazioni di categoria.

Il contratto in essere con questi professionisti è giunto a scadenza in data 30 giugno 2016. In data 24 giugno 2016 è stata adottata la determinazione presidenziale di disciplina del nuovo schema di contratto con validità annuale (fino al 30 giugno 2017), per un importo pari a 1,5 ml.

Alla luce di quanto detto, emerge la necessità di rideterminare globalmente il quadro di riferimento per l'utilizzo di professionisti esterni nell'area medico legale dell'Istituto - anche attraverso la revisione della normativa di riferimento, là dove necessario - per garantire la qualità dei servizi erogati agli utenti, il pieno assolvimento dei compiti sanitari e il contenimento della spesa.

7.4 In riferimento alle nuove misure dell'Ape sociale e dell'anticipo pensionistico per i lavoratori c.d. precoci, introdotte dalla legge di bilancio 2017 con decorrenza 1° gennaio - divenute operative dal mese di giugno dello stesso anno a seguito dell'adozione da parte del Presidente del Consiglio

dei ministri degli appositi decreti - l'attività dell'Istituto si è concentrata, fin da subito, nel predisporre le circolari attuative e le istruzioni per la presentazione della domanda in via telematica, nonché nell'adeguamento delle procedure informatiche.

Lo sforzo messo in campo dall'Istituto è stato di particolare rilievo - dati i tempi ristretti e l'invarianza delle risorse a disposizione per far fronte alle scadenze fissate dalla norma - e si è concretizzato nella creazione di poli territoriali e in una capillare attività formativa ed informativa rivolta al personale, agli utenti ed agli intermediari. All'Inps è stata anche affidata l'attività di monitoraggio sul numero delle posizioni ammesse al beneficio, al fine di verificare il rispetto dei limiti di spesa fissati dalla citata legge di bilancio.

L'Istituto, in forza di questa attività prodromica, ha potuto definire la totalità delle richieste di certificazione dei requisiti, pervenute entro il 15 luglio 2017 (39.721 per l'Ape sociale e 26.251 per i lavoratori precoci), entro la scadenza fissata al 15 ottobre.

La assai ridotta percentuale di domande positivamente certificate, rispetto a quelle pervenute, è in linea principale da ricondurre, secondo quanto rappresentato dall'Istituto, all'accertamento dei requisiti, posti dalla legge, della disoccupazione - che secondo primi indirizzi ermeneutici non prevedeva la possibilità di alcun tipo di rioccupazione - e dello svolgimento di attività difficoltose o rischiose.

Con riguardo a queste ultime attività, ne sono stati, comunque, sottolineati i profili di complessità connessi alla procedura di accertamento, che prevede il coinvolgimento di diversi soggetti istituzionali (Ministero del lavoro, Inail, Anpal ed Inl)⁶⁷.

I successivi indirizzi interpretativi della normativa che qui occupa, forniti dal Ministero del lavoro nell'ottobre del 2017, hanno consentito all'Inps di riesaminare d'ufficio, in particolare, tutte le domande i cui richiedenti risultassero rioccupati per periodi inferiori a sei mesi, inclusi anche coloro che avessero svolto attività di lavoro occasionale remunerato con "voucher".

Alla data del 4 dicembre 2017 il numero delle domande accolte è di 15.559 per l'Ape sociale e di 7.459 per i lavoratori precoci, con un onere complessivo di quasi 189 ml, ancora al di sotto delle risorse stanziare per il medesimo esercizio.

Alla luce del monitoraggio effettuato sulle domande accolte, saranno prese in esame dall'amministrazione le ulteriori 8.685 domande di Ape e 8.496 domande relative al beneficio per i lavoratori precoci pervenute entro il 30 novembre 2017.

⁶⁷ Lo stesso Istituto, pertanto, ha ritenuto necessario suggerire una semplificazione operativa, individuando - se necessario anche con apposita norma - un'unica amministrazione che possa certificare e comunicare all'Istituto medesimo lo svolgimento di lavori gravosi, superando l'attuale impostazione che vede coinvolte ben cinque amministrazioni.

7.5 Le prestazioni temporanee erogate dall'Inps a sostegno del reddito dei lavoratori ammontano nel 2016, come innanzi detto, a 35,401 md, con un incremento di 645 ml rispetto al 2015, e un *trend* in crescita rispetto agli anni precedenti.

Di queste prestazioni la gran parte è a carico della Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti (Gpt), finanziata in larga quota dai contributi versati dai datori di lavoro e/o dagli iscritti. Per altri istituti, quali, la Cassa integrazione straordinaria (Cigs) e la mobilità, il relativo onere è interamente a carico della Gias.

Nei successivi paragrafi è illustrato l'andamento delle principali prestazioni che l'Istituto eroga, rinviando al capitolo dieci per una trattazione di maggior dettaglio sull'andamento delle singole gestioni.

Nel 2016, è stato possibile osservare i primi effetti delle disposizioni entrate in vigore nel corso del 2015, a seguito dell'adozione dei decreti attuativi delle deleghe contenute nella l. n. 183/2014, che hanno introdotto nuovi strumenti di sostegno al reddito in caso di disoccupazione, riordinato la normativa in materia di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro e riorganizzato i servizi per il lavoro e le politiche attive.

Non è superfluo sottolineare come la disciplina delle nuove prestazioni di disoccupazione previste dalla citata legge (Naspi, Dis-coll, Asdi) abbia lo scopo di garantire maggiore equità sociale ampliando la platea dei beneficiari e rendendo più agevole l'accesso alle stesse.

Per quanto riguarda i lavoratori sospesi (in costanza, quindi, di rapporto di lavoro) è stata estesa agli apprendisti la Cassa integrazione ordinaria e straordinaria e rivista la disciplina sui fondi di solidarietà, anche in questo caso con l'intento di garantire ad una platea più vasta di lavoratori, prestazioni di sostegno al reddito durante i periodi di crisi aziendale.

Va, tuttavia, sottolineato come gli effetti delle modifiche introdotte non si sono ancora compiutamente dispiegati a causa delle criticità riscontrate nella fase transitoria e dei necessari adeguamenti dei processi amministrativi e gestionali che, come nel caso della Cassa integrazione ordinaria (Cigo), hanno prodotto un blocco delle autorizzazioni nel corso del primo trimestre 2016, per consentire l'allineamento delle procedure alle nuove disposizioni. Senza dimenticare, sempre in riferimento alla citata prestazione, che la competenza nelle definizioni delle domande è stata trasferita in capo alle sedi dell'Istituto a seguito della soppressione delle apposite Commissioni provinciali di cui all'art. 8, l. 20 maggio 1975, n. 164.

Inoltre, più recenti interventi normativi hanno introdotto, nel panorama delle misure previste a sostegno dei redditi delle famiglie, tutta una serie di nuove prestazioni di cui l'Inps diviene ente

erogatore e/o verificatore, anche nei casi in cui queste siano di competenza dello Stato o degli enti locali.

Pertanto, l'Istituto viene a configurarsi, sempre di più, come unico polo di riferimento per il *welfare* nazionale, non solo in virtù della propria *mission* istituzionale - andatasi nel tempo consolidando ed ampliando con l'attribuzione di nuove competenze - ma anche grazie al patrimonio di banche dati e alle procedure informatiche di cui dispone.

Ciò comporta la necessità di continui sforzi per l'adeguamento di processi e procedure che, in condizioni di ristrettezza di risorse, sia umane che economiche, non sempre risultano di facile realizzazione.

Tra le prestazioni in questione basti ricordare, per citarne alcune, il Sostegno all'inclusione attiva (Sia), introdotto dalla legge di stabilità 2016; il premio alla nascita (c.d. "bonus mamma domani") e il "buono nido" introdotti dalla legge di bilancio 2017.

7.5.1 Quanto alle principali prestazioni a sostegno del reddito, il monitoraggio dell'andamento della Cassa integrazione guadagni - primario strumento di aiuto alle imprese ed ai lavoratori in difficoltà - rappresenta un indicatore significativo dello "stato di salute" del sistema produttivo, in presenza di crisi di mercato o di ristrutturazioni che rendono necessaria la salvaguardia della continuità del rapporto di lavoro.

I parametri di riferimento per misurare l'indicato andamento sono le ore di cassa integrazione autorizzate e quelle utilizzate effettivamente dalle imprese, che in rapporto tra loro danno il c.d. "tiraggio".

Le tabelle 35 e 36 riassumono i dati riferiti al 2016 che, a confronto con quelli del 2015, mostrano un miglioramento, confermando la tendenza degli ultimi due anni.

Tabella 35 - CIG ore autorizzate/ore utilizzate.

	2015		2016		Var. %
Ore autorizzate*	CIG ordinaria	183.779.575	CIG ordinaria	137.572.217	-25,1%
	CIG straordinaria	400.595.229	CIG straordinaria	383.855.120	-4,2%
	CIG in deroga	98.420.340	CIG in deroga	57.818.225	-41,2%
	CIG TOTALE	682.795.144	CIG TOTALE	579.245.562	-15,1%
Ore utilizzate*	CIG ordinaria	84.387.277	CIG ordinaria	55.967.829	-33,7%
	CIG straordinaria**	250.346.149	CIG straordinaria**	153.304.628	-38,8%
	CIG TOTALE	334.733.425	CIG TOTALE	209.272.457	-37,5%

*Ore autorizzate ed utilizzate fino al mese di dicembre ** Comprende anche la Cig in deroga

Fonte: Inps - XVI rapporto annuale - luglio 2017

Tabella 36 - CIG tiraggio.

	2015		2016	
	Tiraggio	CIG ordinaria	45,9%	CIG ordinaria
	CIG straordinaria*	50,2%	CIG straordinaria*	34,7%
	CIG TOTALE	49%	CIG TOTALE	36,1%

* Comprende anche la Cig in deroga

Fonte: Inps – XVI rapporto annuale – luglio 2017

Il ricorso allo strumento della Cig risulta in diminuzione ad indicare un andamento congiunturale che va nella direzione di una crescita economica; allo stesso tempo esso riflette gli effetti normativi connessi al d.lgs. n. 148/2015, quali le limitazioni delle causali per il ricorso alla Cig ordinaria, l'incremento dei costi di accesso, l'incentivazione dei contratti di solidarietà.

Il maggiore decremento è riferibile alla Cig in deroga (-41,2 per cento), prestazione che, però, risente dei fermi amministrativi dei finanziamenti. L'autorizzazione a ricorrere a questo strumento viene infatti rilasciata dall'Inps a fronte dei decreti concessori emessi dalle regioni e condizionati dalle disponibilità finanziarie di quest'ultime.

Il miglioramento ha, comunque, riguardato in modo generalizzato tutti i settori produttivi con maggiore portata, anche per il 2016, per quanto riguarda l'edilizia (Cigo -35 per cento; Cigs -32,3 per cento e Cigd -62,5 per cento).

Il "tiraggio", infine, rispetto al 2015 mostra un netto miglioramento, assestandosi al 36,1 per cento e facendo registrare una diminuzione di oltre dieci punti percentuali.

Nella tabella 37 è esposto l'onere del 2016 per le prestazioni di integrazione salariale, insieme a quello per la copertura della contribuzione figurativa e all'ammontare dei contributi accertati che contribuiscono al finanziamento della prestazione.

Tabella 37 - Oneri prestazioni di cassa integrazione e ammontare dei contributi accertati.

(dati in milioni)

Tipo di intervento	Spesa per prestazioni	Copertura per contribuzione figurativa	Totale	Contributi accertati
CIG ordinaria	517	392	909	2.643
CIG straordinaria	1.374	1.182	2.556	1.127
CIG in deroga	199	133	332	3

Fonte: Elaborazione da Rendiconto 2016 – Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti (Gpt) e Gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali (Gias)

La Cig ordinaria, in particolare, è finanziata dal contributo versato dai datori di lavoro e dai lavoratori e varia a seconda delle dimensioni aziendali. La contribuzione figurativa è garantita dallo Stato ed è a carico della Gestione prestazioni temporanee (Gpt).

Nel caso della Cig straordinaria e di quella in deroga il finanziamento è in misura prevalente a carico dello Stato che vi provvede tramite la Gias.

La riduzione tanto delle ore autorizzate che di quelle utilizzate, evidenziata anche dall'indice di tiraggio, si riflette sugli oneri sostenuti nell'anno che, rispetto al 2015, si mostrano in diminuzione per tutte le tipologie di integrazione salariale (Cigo -288 ml, Cigs -407 ml, Gigd -281 ml).

7.5.2 Per quanto riguarda le tutele nei casi di licenziamento o di cessazione del lavoro a termine, nel 2016 sono rimasti vigenti due soli strumenti: la Nuova Assicurazione sociale per l'Impiego (Naspi) - che ha sostituito le prestazioni di Aspi e miniAspi, con riferimento agli eventi di disoccupazione a partire dal 1° maggio 2015 - e l'indennità di mobilità, giunta peraltro a conclusione il 31 dicembre 2016, come previsto dalla l. n. 92/2012. La nuova prestazione non solo ha ampliato la platea dei fruitori agli apprendisti e ai soci lavoratori di cooperative che abbiano stabilito un rapporto di lavoro subordinato, aumentando il tasso di copertura dei dipendenti, ma ha esteso il periodo di disoccupazione sussidiato.

Lo stesso d.lgs. n. 22/2015, istitutivo della Naspi, ha previsto per gli iscritti in via esclusiva alla gestione separata in possesso dei requisiti richiesti, una indennità di disoccupazione mensile denominata Dis-coll, riferita agli eventi di disoccupazione verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 2015 e sino al 31 dicembre 2015.

In riferimento a queste prestazioni nella tabella 38 si riportano i dati forniti dall'amministrazione, ponendo a confronto il 2015 e il 2016.

Tabella 38 - Domande Naspi, anticipazione Naspi e Dis-coll.

Prestazione	Pervenuto		Definito	
	2015*	2016	2015*	2016
Naspi	1.334.438	1.956.099	1.093.252	1.962.108
Anticipazione Naspi	3.438	16.609	1.187	14.263
Dis-Coll	29.135	26.051	26.111	26.945

Fonte: Inps - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2016

* periodo 1/5/2015 – 31/12/2015

L'entrata a regime della Naspi continua a determinare il costante decremento delle richieste di Aspi e miniAspi - rispettivamente del 96 per cento e di oltre il 98 per cento, rispetto all'anno precedente - proprio in virtù del carattere sostitutivo di questi ultimi strumenti (tabella 39).

Tabella 39 - Domande Aspi e miniAspi.

	Pervenuto			Definito		
	2015	2016	Variazione %	2015	2016	Variazione %
Aspi	678.604	26.142	-96,1%	779.029	31.391	-96%
MiniAspi	258.321	3.258	-98,7%	280.220	4.844	-98,3%

Fonte: Inps - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2016

L'onere supportato nel 2016 per le prestazioni sopradescritte è riepilogato nella tabella 40.

La nuova prestazione a tutela della disoccupazione ha determinato il conseguente decremento degli oneri sostenuti per le prestazioni di Aspi e miniAspi pari nel 2015, rispettivamente a 7,309 ml e 999 ml.

Tabella 40 - Spesa Naspi, Aspi e miniAspi 2016.

(dati in milioni)

	Spesa per prestazioni	Copertura per contribuzione figurativa	Totale onere	Contributi accertati
Naspi	7.492	4.073	11.565	5.010
Aspi	499	364	863	5.010
MiniAspi	7	12	19	-

Fonte: Elaborazione da Rendiconto 2016 – Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti (Gpt) e Gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali (Gias)

A completamento del quadro generale di riferimento, va evidenziata l'ulteriore diminuzione delle domande di indennità di mobilità (-46,3 per cento) e di disoccupazione (-11,6 per cento), prestazione quest'ultima rimasta in vigore per i lavoratori agricoli ed in riferimento ad alcuni trattamenti speciali nel settore edile.

Il calo dell'indennità di mobilità testimonia il sempre minor ricorso ai licenziamenti collettivi da parte delle aziende. Giova, inoltre, ricordare che la predetta indennità dal 1° gennaio 2017 è stata abrogata come previsto dalla l. n. 92/2012 e, pertanto, da tale data i lavoratori hanno a disposizione, quale strumento a tutela dello stato di disoccupazione, la sola Naspi.

In riferimento ai tempi di liquidazione di quest'ultima prestazione è da riscontrare il ritardo generalizzato (circa quattro mesi) delle prime liquidazioni. La Naspi risente, infatti, della radicale riforma delle prestazioni di disoccupazione operata dalla l. n. 92/2012 e proseguita con i successivi interventi che hanno ampliato sia la platea dei destinatari (da ultimo anche ai lavoratori

stagionali del turismo e degli stabilimenti termali) sia il periodo “di osservazione” ai fini del calcolo della durata e della misura⁶⁸ della prestazione, rendendo più complessa l’intera procedura. Lo stesso decreto istitutivo della Naspi ha previsto anche, in via sperimentale, l’Assegno di disoccupazione (Asdi) con la funzione di fornire un sostegno al reddito dei lavoratori privi di occupazione e che versino in stato di bisogno, a condizione che siano stati beneficiari della Naspi, per l’intera durata, entro il 31 dicembre 2015.

La procedura di gestione di quest’ultimo strumento, approntata dall’Istituto, ha mostrato in fase di avvio numerose criticità che non risulterebbero ancora del tutto risolte. Tali criticità, unitamente alla mancata comunicazione da parte dei centri per l’impiego della sottoscrizione del patto di servizio personalizzato da parte dei richiedenti - condizione necessaria ai fini dell’erogazione della prestazione - avrebbero determinato l’impossibilità nel procedere alla definizione delle domande⁶⁹.

7.5.3 In riferimento alle ulteriori prestazioni a sostegno del reddito familiare erogate dall’Inps, le principali risultano essere gli assegni al nucleo familiare e le indennità di maternità e di malattia.

La tabella 41 riepiloga i dati relativi alla spesa sostenuta nel 2016.

Tabella 41 - Spesa assegni familiari, indennità di maternità e di malattia.

(dati in milioni)

	Spesa per prestazioni	Contributi accertati
Assegni al nucleo familiare	5.421	6.416
Trattamenti economici di maternità*	1.865	1.140
Trattamenti economici di malattia**	2.030	4.687

*include: indennità per allattamento e quota parte indennità ex art. 49, co. 1, l. n. 488/99.

**include anche indennità ai donatori sangue.

Fonte: Elaborazione da Rendiconto 2016 – Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti (Gpt)

Per quanto attiene gli assegni per il nucleo familiare agli importi esposti in tabella vanno aggiunti ulteriori 1,704 md che rappresentano la quota parte a carico della Gias.

Sempre in materia di assegni al nucleo familiare profili di problematicità si sono registrati con l’entrata in vigore della legge sulle unioni civili che ha notevolmente variato e ampliato la platea di beneficiari. E’ stato necessario, infatti, adeguare tutte le procedure telematiche, sia quelle di domanda che di gestione, in quanto non prevedevano le nuove tipologie di stato civile.

⁶⁸ La Naspi è corrisposta mensilmente per un numero di settimane pari alla metà delle settimane contributive presenti negli ultimi quattro anni. L’indennità è commisurata alla retribuzione imponibile ai fini previdenziali degli ultimi quattro anni (comprensiva degli elementi continuativi e non continuativi e delle mensilità aggiuntive), divisa per il totale delle settimane di contribuzione (indipendentemente dalla verifica del minimale) e moltiplicata per il coefficiente numerico 4,33.

⁶⁹ Come riferito dall’amministrazione nelle verifiche trimestrali al 30 dicembre 2016, al 31 marzo 2017 ed al 30 giugno 2017.

Sempre a carico della Gias sono imputati, nel 2016, gli importi per l'erogazione delle prestazioni a sostegno della maternità e della paternità che l'Istituto eroga per conto dello Stato e dei comuni. Tra le prime si segnalano il bonus bebè per un importo di circa 500 ml e il beneficio previsto per l'acquisto di servizi di baby-sitting ovvero per la fruizione dei servizi per l'infanzia, in alternativa al congedo parentale, per una spesa di 16 ml.

La l. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di Stabilità 2016) ha istituito il Sostegno all'inclusione attiva (Sia), disciplinato con decreto del Ministero del lavoro del 26 maggio 2016 e s.m.i..

La misura prevede l'erogazione - con oneri a carico del “Fondo per la lotta alla povertà e all'inclusione sociale” istituito presso il Ministero del lavoro e da questo ripartiti tra le regioni - di un sussidio economico alle famiglie in condizioni disagiate, erogato attraverso l'attribuzione di una carta di pagamento elettronica, utilizzabile per l'acquisto di beni di prima necessità. Il sussidio è subordinato all'adesione a un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa predisposto dai servizi sociali del comune, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati ed enti no profit.

La richiesta va inoltrata al comune di residenza che provvede agli adempimenti di propria competenza e successivamente la trasmette all'Inps, il quale procede all'accertamento dei requisiti relativi alla composizione del nucleo familiare (presenza di un componente di età inferiore ai 18 anni; presenza di una persona con disabilità e di almeno un suo genitore; presenza di una donna in stato di gravidanza accertata) ed alla situazione economica, attestata attraverso l'Isee. In esito ai controlli l'Inps trasmette ai comuni l'elenco degli aventi diritto e invia a Poste italiane (gestore del servizio Carta Sia) le disposizioni per l'erogazione del beneficio.

In riferimento alla misura in questione l'amministrazione ha segnalato criticità nelle modalità di trasmissione delle domande da parte dei comuni, che hanno determinato incongruenze nei dati, con conseguente necessità di intervento da parte della struttura informatica. In generale il coinvolgimento di più soggetti nell'istruttoria ed erogazione della misura sembra avere sin qui fatto insorgere problematiche che in molti casi esulano dalla competenza risolutiva dell'Istituto (come nelle ipotesi di mancata comunicazione del progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa da parte di comuni)⁷⁰.

Nell'ambito delle prestazioni a sostegno della famiglia la l. 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio per il 2017) ha istituito il premio alla nascita - c.d. “bonus mamma domani” - che viene corrisposto dall'Inps, nell'importo di 800 euro, per la nascita o l'adozione di un minore, a partire

⁷⁰ Come riferito dall'amministrazione nelle verifiche trimestrali al 31 marzo 2017 ed al 30 giugno 2017.

dal 1° gennaio 2017. Allo stato attuale risultano pervenute oltre 100.000 domande (maggio 2017) ed è prevista una spesa di 392 ml.

La citata legge di bilancio per il 2017 ha, inoltre, previsto il c.d. “buono nido” (art. 1, c. 355) in favore dei genitori di figli minori di tre anni affetti da gravi patologie croniche. La prestazione consiste in un buono di 1.000 euro su base annua e parametrato a undici mensilità, corrisposto dall’Inps relativamente ai nati dal 1° gennaio 2016, per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido pubblici e privati, nonché per l’introduzione di forme di supporto presso la propria abitazione. Lo stanziamento previsto, per il 2017, in virtù dei limiti imposti dalla norma, ammonta a 144 ml.

Con riguardo all’erogazione dell’indennità di malattia un’attenzione particolare va riservata alle verifiche effettuate dall’Istituto.

Dopo un periodo in cui la programmazione delle visite mediche di controllo domiciliare, con particolare riferimento a quelle disposte d’ufficio, è stata fortemente condizionata dall’esiguità delle risorse a disposizione dell’Istituto - che per mantenere un buon livello di efficacia ha approntato un sistema di *data mining* che consente di individuare i soggetti a maggiore rischio prognostico da sottoporre a verifica - il 2016 segna una ripresa nei controlli, come illustrato nella tabella 42.

Tabella 42 - Visite mediche di controllo.

	2015	2016	Variazione %
VMC Totali	597.609	624.189	+4,4%
Disposte d’ufficio	305.926	337.829	+10,4%
Richieste dall’azienda	291.683	286.360	-1,8%

Fonte: Verifica trimestrale al 31 dicembre 2016

L’incremento riguarda proprio le visite mediche disposte dall’Inps; al contrario, si assiste ad un lieve decremento di quelle richieste dai datori di lavoro. La crescita dei livelli di attività è da ricondurre, secondo quanto riferito dall’amministrazione, all’aumento del numero delle certificazioni di malattia, per un totale di 12.817.102 certificati inviati all’Istituto.

L’onere sostenuto dall’Inps per l’esecuzione dei controlli in questione ammonta per il 2016 a oltre 32 ml, assestandosi sui livelli sostenuti l’anno precedente (31,5 ml).

Il nodo delle risorse a disposizione dell’Istituto ha assunto centralità alla luce dell’entrata in vigore, dal 1° settembre 2017, del “Polo unico delle visite fiscali” come disposto dagli articoli 18 e 22 del d.lgs. 27 maggio 2017, n. 75, che attribuiscono all’Istituto la competenza ad effettuare le