

E ciò anche al fine di contrastare il fenomeno non infrequente della fruizione degli interventi da parte di soggetti non aventi titolo.

7.2.1 Nel corso del 2012 sono state liquidate 1.052.872 nuove pensioni con un incremento del 7,8% rispetto al 2011; il 49% ha riguardato quelle previdenziali, mentre quelle assistenziali rappresentano il 51%.

La domanda globale di prestazioni, negli ultimi anni, è stata largamente influenzata dalle numerose riforme previdenziali che si sono susseguite e che, di volta in volta, hanno inciso tanto sui requisiti di accesso al pensionamento che sulle decorrenze dei trattamenti; ultime in ordine di tempo la Legge 30 luglio 2010, n. 122 e la riforma "Monti - Fornero".

Nelle tabelle seguenti vengono riepilogati i flussi di produzione sia per i trattamenti di natura previdenziale sia per quelli assistenziali.

Volume complessivo dei trattamenti previdenziali (IVS)

	2011	2012	Variazione 2011/2012
Pervenuto	841.609	877.764	4,30%
Accolte	523.887	529.845	1,14%
Respinte	226.158	239.812	6,04%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012.

L'aumento del pervenuto è principalmente imputabile all'andamento delle pensioni di vecchiaia che fanno registrare un +20% e che riequilibrano la contrazione di altre tipologie pensione, tra cui quelle di anzianità (-4%).

Volume complessivo dei trattamenti assistenziali (no IVS)

	2011	2012	Variazione 2011/2012
Pervenuto*	582.023	679.635	16,77%
Accolte	452.125	523.027	15,68%
Respinte	85.769	84.532	-1,44%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012.

*Per l'invalidità civile si intende il numero di verbali ricevuti dall'Ufficio amministrativo.

Sul fronte dei trattamenti assistenziali (assegno sociale, vitalizi, pensioni sociali ed invalidità civile) l'aumento delle liquidazioni rimane essenzialmente legato ad

un'azione di smaltimento di giacenze e di lavorazione di pratiche pregresse, oltre che all'accresciuta domanda di servizio.

7.3 A partire dal 1° gennaio 2010 - a seguito dalle innovazioni normative introdotte dall'art.20 del D.L. 78/2009, convertito nella Legge 102/2009 - l'invalidità civile e le prestazioni correlate hanno assunto un peso crescente in termini di risorse impiegate e di interventi organizzativi e procedurali richiesti per assolvere ai sempre maggiori compiti attribuiti all'Istituto.

Ciò allo scopo di semplificare il procedimento e di assicurare uniformità di giudizio sull'intero territorio nazionale - indispensabile alla prevenzione delle numerose frodi, che continuano a caratterizzare questa tipologia di interventi - che il legislatore si prefiggeva.

Le misure normativamente previste e le scelte procedurali operate dall'Istituto - via via modificate e perfezionate nel tentativo di risolvere le criticità emergenti - non hanno ancora trovato piena attuazione, esemplificativamente negli aspetti della efficace integrazione delle commissioni mediche ASL da parte dei medici INPS e nella completa telematizzazione dell'intero procedimento, di cui si dirà ampiamente nella successiva trattazione.

Dopo il trasferimento all'Istituto, da parte di tutte le Regioni, della potestà concessoria (che ha consentito maggiore coordinamento della fase amministrativa) è intervenuto il disposto dell'art. 18 della Legge 111/2011, che ha previsto la stipula di convenzioni con le Regioni - anche in deroga alla normativa vigente, ma comunque sempre condizionate nell'avvio e nel rinnovo - per attribuire all'Istituto le funzioni relative al primo accertamento dei requisiti sanitari, allo scopo di superare le difficoltà operative soprattutto nei rapporti con le ASL.

A distanza di due anni, soltanto con la Campania si è addivenuti alla conclusione di uno specifico accordo che ha dato avvio - in fase sperimentale e per un anno - all'accertamento dei requisiti sanitari da parte dell'Istituto; il positivo esito dell'iniziativa limitato in un primo momento alla sola provincia di Avellino, ha visto la programmata estensione anche alle province di Benevento (dal 1° novembre 2013) e Caserta (dal 1° dicembre 2013) con la prospettiva di allargamento a tutta la Regione, a conclusione della verifica dei risultati delle attività svolte, soprattutto in termini di tempestività del servizio erogato.

L'applicazione del citato articolo 18 risulta comunque condizionata dalle misure legislative di riduzione della spesa, che impongono all'Istituto ingenti risparmi, e non

rendono agevole reperire le risorse finanziarie necessarie alla liquidazione dei compensi ai componenti delle Commissioni mediche e alla copertura dei conseguenti costi di funzionamento.

Gli ultimi interventi normativi hanno altresì modificato l'art. 445 bis del codice di procedura civile (D.L. 98/2011, convertito in Legge 111/2011, art.38, co. 1, lett. b), n. 1), stabilendo l'obbligatorietà dell'accertamento tecnico preventivo ai fini della verifica delle condizioni sanitarie, quale requisito di procedibilità della domanda per il riconoscimento in giudizio dei diritti in materia di invalidità.

Il D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, convertito in Legge 4 aprile 2012, n. 35 ha inoltre stabilito la possibilità per l'Istituto, nelle controversie in materia di invalidità civile, di utilizzare i propri funzionari amministrativi per la costituzione e difesa in giudizio nel processo di secondo grado, anche ai fini della deflazione del contenzioso in materia, per il quale si rinvia al capitolo 9.

Nella specifica materia va tuttavia sottolineato il perdurante mancato aggiornamento delle tabelle indicative sulle percentuali delle invalidità, approvate con decreto risalente al 5 febbraio 1992, che costituisce uno strumento essenziale di omogeneizzazione e oggettivazione dei giudizi medico legali.

Ai lavori della apposita commissione costituita anche da tre esperti dell'INPS - che hanno visto la chiusura in data il 24 novembre 2011 - non ha ancora fatto seguito il provvedimento definitivo.

Nella tabella sottostante vengono esposti i dati relativi alle provvidenze economiche erogate dall'INPS nel corso del 2012, che mostrano un incremento di circa il 37%, nonostante la diminuzione delle richieste registrata nell'anno (-3,1%), in prosecuzione del trend 2011.

Pervenute			Erogate		
2011	2012	VAR %	2011	2012	VAR %
1.143.597	1.107.782	-3,1%	297.646	408.024	37%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012 dati relativi a domande gestite dalla procedura "INVCIV2010"

Le prestazioni di invalidità in essere al 31 dicembre 2012 assommano a 2.781.621, con un lieve decremento rispetto al 2011 (2.783.359); l'importo medio

mensile di assegni e indennità ammonta peraltro a valori modesti, nella cifra – già indicata - di 427 euro.

I tempi medi di liquidazione delle prestazioni risultano ancora lunghi – in ulteriore dilatazione rispetto al 2011 - e vedono lontano l'obiettivo del termine massimo di 120 giorni dalla data della domanda: in media trascorrono 290 gg. per l'invalidità civile, 338 gg. per la cecità civile e 399 gg. per la sordità.

Sebbene le procedure non consentano di avere informazioni esaustive sulla durata delle singole fasi del procedimento, va sottolineata l'esigenza - anche al fine di ridurre gli oneri per interessi – di ricondurre il più rapidamente possibile il periodo dell'intero iter entro la scadenza prescritta, intervenendo sui tempi di esclusiva competenza dell'Istituto.

Al riguardo conviene segnalare i risultati di una apposita campagna di audit, condotta in sei sedi individuate come critiche in base a specifici indicatori, tra cui il tempo di processo. La verifica sullo stato del procedimento ha identificato la fase concessoria - interamente di competenza dell'Istituto - come uno dei segmenti più critici, che si aggiunge a quella della gestione delle visite da parte delle ASL.

Nella fase concessoria, infatti, incidono spesso comportamenti non adeguati da parte degli operatori che l'Istituto potrebbe contrastare, rafforzando le specifiche misure di controllo prospettate nel documento conclusivo della campagna.

7.3.1 Nel corso del 2012 sono state presentate all'INPS, corredate di certificazione medica, 1.235.057 domande per il riconoscimento dell'invalidità civile; di queste, 1.178.700 risultano trasmesse in via telematica, mentre sono pervenute ancora in formato cartaceo 74.357 domande, come riepilogato nella seguente tabella.

Flusso delle domande		
Domande telematiche	Domande cartacee	Totale domande
1.178.700	74.357	1.235.057

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

Rispetto all'anno precedente assume rilievo l'incremento del 104,4% delle domande presentate in formato cartaceo (36.366 nel 2011) che, a detta dell'Istituto, trova spiegazione nella possibilità consentita alle sedi di gestire - con la data della domanda originaria - tutte le richieste di aggravamento.

Per contro, si assiste ad una diminuzione delle domande telematiche e dei certificati medici trasmessi - che nel 97,4% dei casi risultano pervenuti da parte dei medici di base (96,6% nel 2011) - e appare in parte attribuibile alla generale diminuzione delle domande inoltrate (-1,1%).

Le richieste di prestazioni, correlate alle domande registrate, ammontano a 2.067.174; le più numerose si riferiscono all'invalidità civile e al riconoscimento dello stato di *handicap* di cui alla Legge 104/92, come di seguito illustrato.

Prestazioni richieste					Totale prestazioni	Media prestazioni per domanda
Inv. Civ.	Cecità civ.	Sordità	Handicap (Legge 104/92)	Collocamento mirato (Legge 68/99)		
1.070.323	21.879	15.580	857.304	95.511	2.067.174	1,65

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

Rispetto al 2011, va rimarcato l'aumento del 2,8% delle richieste di prestazioni non economiche in sostanziale allineamento con la diminuzione di quelle economiche, rilevato nel paragrafo precedente.

Alla fase dell'invio delle domande, segue quella della convocazione a visita presso le ASL, nel cui ambito tuttavia la incompleta telematizzazione - che interessa la prima fase della procedura - impedisce la totale e immediata calendarizzazione delle visite.

Va peraltro evidenziato un miglioramento della percentuale di utilizzo della procedura telematica da parte delle ASL - passata dal 32% del 2011 al 59% nel 2012 - tanto che in alcune regioni (Molise, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria, Liguria e Sicilia) l'utilizzo di dati telematici risulta pressoché esclusivo.

Deve altresì segnalarsi che le visite mediche per l'accertamento dello stato di invalidità si svolgono presso le ASL con la presenza del medico INPS - come previsto dalle nuove disposizioni - solo nel 40,1% dei casi (37,7% nel 2010) e spesso ricorrendo all'impiego di professionisti esterni convenzionati.

La mancata piena ed efficace integrazione della commissioni mediche delle ASL rappresenta uno dei punti maggiormente critici del nuovo procedimento e rischia non solo di vanificare l'intento di correttezza e omogeneità promosso dal legislatore, ma di tradursi in un appesantimento procedurale e in uno spreco di risorse.

L'accertamento dello stato invalidante spesso si limita, infatti, ad una decisione agli atti - attraverso l'acquisizione della documentazione sanitaria prodotta dal

richiedente - che non consente di procedere secondo le modalità operative dei Collegi Medico Legali (CML) dell'Istituto, fondate sull'esame obiettivo diretto e su eventuali accertamenti specialistici mirati.

Nel delineato contesto l'Istituto ha approntato scelte operative - come il ricorso da parte dei CML alla visita diretta anche in caso di giudizio unanime della Commissione ASL integrata dal medico INPS e la scelta di sottoporre tutti i verbali alla validazione della Commissione Medica Superiore (CMS) - che, per quanto giustificabili da fattori oggettivi, hanno concorso all'aggravamento dell'iter procedurale, che vede sostanzialmente tre gradi di verifica.

Di seguito si illustrano i risultati riguardanti la fase dell'accertamento sanitario.

Visite totali	Visite CMI con medico INPS	Tasso presenza medico INPS	Verbali sospesi	Verbali chiusi
1.215.417	487.732	40,1%	17.616	1.197.801

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

Gli incrementi rispetto allo scorso anno relativi al numero di visite effettuate (83%) e di verbali definiti (84%) è da ascrivere al maggiore utilizzo della procedura telematica - che consente di avere a disposizione un più consistente numero di dati - piuttosto che ad un reale aumento delle visite o dei verbali chiusi.

I verbali predisposti vengono trasmessi all'Istituto - cui compete la decisione definitiva in merito allo stato di invalidità - e sono presi in carico dai CML delle sedi, per la loro validazione, e successivamente dalla CMS, cui spetta l'accertamento conclusivo prima di procedere alla comunicazione dell'esito al richiedente.

Nel 2012 sono pervenuti dalle ASL 1.953.033 verbali, dei quali il 61% (56% nel 2011) con modalità telematiche (1.192.727); le risultanze dell'attività dell'Istituto vengono di seguito riportate.

Verbali definiti dai CML				Verbali sospesi per visita INPS	Totale verbali esaminati
Validati	Definiti agli atti	Definiti su visita	TOTALE		
1.296.687	367.402	142.857	1.806.946	138.263	1.945.209

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

I verbali presi in carico dai CML per la successiva validazione sono stati quasi il 100%; nel 2012, inoltre, è cresciuto notevolmente il numero di verbali ASL validati che ha raggiunto la percentuale del 71,7% (50,3% nel 2011).

Tuttavia, nonostante la disponibilità di verbali telematici, quelli definiti per effetto di silenzio assenso - decorsi 60 giorni dalla loro trasmissione - sono stati 269.457; di questi il 23,8% è relativo proprio a quelli trasmessi telematicamente, con punte elevatissime in alcune regioni (93,5% Molise, 91,3% Liguria e 74,5% Basilicata).

Sebbene il dato del silenzio assenso risulti più che dimezzato rispetto al 2011 (591.339), se associato alla ridotta partecipazione dei medici INPS alle commissioni mediche ASL - già segnalata - il quadro che ne deriva può tradursi in una sostanziale rinuncia al presidio medico legale, con l'esposizione ai rischi conseguenti.

Inoltre, la decisione di sottoporre a validazione dei CML pressoché la totalità dei verbali, nel caso di silenzio assenso, rappresenta un appesantimento di non sicura utilità che induce ad una riflessione sulla scelta, inizialmente operata, di verificare i soli verbali decisi a maggioranza.

Di seguito si riepilogano i dati relativi al lavoro della Commissione Medica Superiore (CMS) che svolge il ruolo di validazione definitiva dei verbali e di omogeneizzazione dei comportamenti sul territorio ponendo a confronto gli anni 2011 e 2012.

	2011	2012	Variazione 2012/2011
Verbali esaminati	331.930	494.382	48,9%
Verbali definiti	321.630	479.725	49,1%
Verbali segnalati al CML	10.300	14.657	42,3%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

La CMS ha definito il 97% dei verbali mentre nel 3% dei casi ha effettuato una segnalazione al CML, richiedendo l'integrazione del verbale o una nuova convocazione a visita del soggetto richiedente.

Alla luce di quanto sopra esposto, risultata di piena evidenza come il processo dell'invalidità civile presenti ancora diverse criticità.

Nonostante l'aumento dell'utilizzo della procedura telematica da parte delle ASL, l'iter che porta all'erogazione di eventuali provvidenze economiche risulta ancora troppo lungo, con l'esposizione da parte dell'Istituto al pagamento di ingenti quote per interessi legali che - va ribadito - rappresentano la quota maggiore sull'intero ammontare di interessi passivi per prestazioni pensionistiche.

La duplicazione di intervento nella fase di accertamento dei requisiti sanitari - che si realizza, tanto nella integrazione delle Commissioni mediche da parte dei medici

INPS, che attraverso la pressoché totale sottoposizione dei verbali alla validazione da parte dei CML – merita attenta valutazione e verifica dei costi, soprattutto alla luce dell'indispensabile ricorso a risorse esterne, nonché misure di rimedio nelle fasi rimesse alla competenza dell'Istituto.

7.3.2 Come già esposto nei precedenti referti, per assolvere i nuovi e sempre più numerosi compiti in materia di invalidità civile, si è reso indispensabile per l'INPS il ricorso ai servizi di medici esterni convenzionati, con un conseguente maggiore onere (vedasi tabella cap. 5.5).

Tale esigenza risulta ancora più stringente alla luce degli ultimi interventi normativi - di cui si è detto nei precedenti paragrafi - e dell'incorporazione di INPDAP ed ENPALS.

I medici dell'Istituto svolgono la loro attività sia in ambito assistenziale che previdenziale, effettuando gli accertamenti medico-legali necessari per l'erogazione tanto di pensioni che di prestazioni a sostegno del reddito; in tali campi l'INPS subentra alle funzioni già di competenza degli enti soppressi - sia in sede di prima visita, di ricorso amministrativo e di difesa in giudizio - che venivano precedentemente affidate, dai suddetti enti, a strutture e a consulenti medici esterni.

Secondo i dati forniti dall'Amministrazione, dal 2008 – ultimo anno in cui l'Istituto ha svolto la funzione medico-legale esclusivamente in ambito previdenziale e di contenzioso – al 2012, i carichi di lavoro dell'area medica sono aumentati di oltre il 130% (in termini di produzione omogenizzata), a fronte di una sempre maggiore riduzione tanto delle dotazioni organiche che della consistenza.

Si è passati infatti da una dotazione di 697 medici (al 31 dicembre 2007) a quella provvisoria di 664 (si rinvia sul punto al cap.5) e da una consistenza di 648 unità (al 31 dicembre 2008) a 569 con riferimento al 31 dicembre 2012.

La stima del fabbisogno di medici individuata dall'Istituto per il 2012, in base ai carichi di lavoro - peraltro previsto in ulteriore aumento dell'11% nel 2013 – ammonta a 1.056 unità FTE (*Full Time Equivalent* - Equivalenti a tempo pieno) e ha portato al convenzionamento di circa 1.000 professionisti esterni, che sfiorano il raddoppio di quelli in organico.

Nel contesto delineato assume maggiore rilievo la segnalata esigenza di una attenta riflessione e di una approfondita analisi di costi e benefici per valutare l'alternativa di un aumento dell'organico dell'area medico-legale (cap.3.2) – anche alla luce dell'autorizzazione a bandire apposito concorso per l'assunzione di 48 dirigenti

medico legali (cap.5.2.2) - e di un compiuto riordino organizzativo, soprattutto a fronte delle nuove funzioni di natura permanente.

Al riguardo andranno verificati gli effetti della recente istituzione della Direzione centrale Assistenza e invalidità civile (cap.3.1) elevata a struttura autonoma quale presidio rafforzato delle specifiche funzioni, nei profili amministrativi e nella cura e implementazione dell'efficacia dei processi operativi.

7.3.3 Nel periodo esaminato l'Istituto ha proseguito l'attività di verifica straordinaria nei confronti dei titolari di prestazioni di invalidità civile, in attuazione della norma nella quale è stabilito che INPS effettui "250.000 verifiche annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012".

Nella programmazione dell'attività di verifica sono stati seguiti i medesimi criteri adottati già a partire dal 2010, che hanno identificato - nel campionamento - due categorie di soggetti: i titolari di indennità di accompagnamento e di comunicazione, di età compresa tra 18 e 67 anni, la cui prestazione era in godimento da almeno 10 anni alla data del 1° aprile 2007; i titolari di assegno mensile, di età compresa tra 45 e 60 anni, la cui prestazione è stata riconosciuta nei cinque anni precedenti la medesima data.

Inoltre, come per il 2011, l'Istituto ha fatto rientrare a pieno titolo tra le verifiche straordinarie quelle di revisione di tutti i titolari di prestazioni economiche soggette a scadenza. L'attività di programmazione delle visite ha consentito la convocazione prima della scadenza, garantendo la continuità nella fruizione dei benefici spettanti, senza necessità di sospendere la prestazione; le risultanze degli accertamenti svolti dall'Istituto sono stati successivamente trasmessi alle ASL, per le necessarie valutazioni sulla procedura di revisione.

Quale novità rispetto agli anni precedenti, nel 2012 i controlli hanno riguardato anche i soggetti titolari dei benefici previsti dall'art. 3, co. 3 della Legge 104/1992 - in materia di handicap - ai fini dell'accertamento della permanenza dei requisiti.

Complessivamente, al 31 dicembre 2013, sono stati definiti 205.338 verbali; le non conferme sanitarie sono state 52.187, ovvero il 25%.

Nella tabella seguente vengono esposti i risultati dell'attività svolta, in riferimento ai titolari di provvidenze economiche.

Verifiche straordinarie anno 2012				
Revoche su non conferma sanitaria	Ricostituzioni su non conferma sanitaria	Totale revoche + ricostituzioni	Risparmio mensile (euro)	Risparmio annuale (euro)
31.013	8.122	39.135	14.234.659	172.498.657

Con riferimento a questa tipologia di attività di verifica, anche nel 2012, si registra una modesta collaborazione da parte delle ASL, che solo nel 3,7% dei casi hanno inviato i fascicoli richiesti dall'Istituto.

Sempre nello stesso ambito, va sottolineato che al totale delle 800.000 verifiche stabilite per il quadriennio 2009-2012, si aggiungono le 150.000 annue previste per il periodo 2013-2015 (Legge 228/2012, art.1 co. 109); la copertura di circa la metà di titolari delle prestazioni (quasi 2,8 mln di euro) conferma gli interrogativi sulla efficacia dell'azione ordinaria.

Con riguardo alla correttezza delle prestazioni in esame, assume sempre maggiore rilievo il più rapido ed efficiente funzionamento del Casellario dell'assistenza - istituito dal D.L. 78/2010, quale anagrafe degli interventi - condiviso da tutti i soggetti coinvolti nel settore, per la gestione ottimale della rete dei servizi e il loro monitoraggio.

Per tale fondamentale strumento, non risultano tuttavia adottati i previsti decreti ministeriali di attuazione.

Conviene peraltro segnalare che con decreto 19 marzo 2013 sono state, invece, pubblicate le tabelle di quantificazione del valore capitale della prestazione erogata.

Il provvedimento adottato consente all'Istituto - in attuazione dell'art. 41 della Legge 183/2010 - di avviare l'azione di rivalsa, nei confronti del responsabile civile e della compagnia di assicurazione, qualora l'invalidità da cui scaturisce il diritto alle prestazioni (pensioni, assegni e indennità) derivi da responsabilità di terzi.

Va rilevato che nella materia l'INPS - con apposito messaggio - aveva impartito istruzioni agli uffici per l'interruzione dei termini prescrizionali già nel corso del 2011.

7.4 Gli oneri per prestazioni temporanee (27.751 mln di euro al netto degli enti incorporati) - che fanno capo al centro di responsabilità Direzione centrale Prestazioni a sostegno del reddito - sono aumentati nel 2012 del 10,3% rispetto al 2011 (25.163 mln di euro).

Tale incremento costituisce la risultante algebrica di variazioni relative a diverse componenti delle quali si segnalano le più significative:

- +1.072 mln di euro per maggiori prestazioni economiche ai lavoratori disoccupati non agricoli (indennità di mobilità, disoccupazione e relativi trattamenti per carichi familiari);
- +897 mln di euro per maggiori prestazioni anticipate dalle aziende tenute alla presentazione delle denunce rendiconto;
- +373 mln di euro per maggiori prestazioni economiche erogate direttamente ai lavoratori o rimborsate direttamente alle aziende (integrazioni salariali, assegni familiari e relative maggiorazioni, assegni per congedi matrimoniali, indennità di malattia e maternità, indennità alle lavoratrici madri, indennità di anzianità, retribuzione ai donatori di sangue);
- +147 mln di euro per maggiori indennità di disoccupazione e trattamenti per carichi familiari ai lavoratori dipendenti agricoli;
- +123 mln di euro per maggiori indennità di fine rapporto a carico del fondo di garanzia;
- +47 mln di euro per maggiori prestazioni a carico del "Fondo per l'erogazione ai lavoratori dipendenti del settore privato dei trattamenti di fine rapporto di cui all'art. 2120 del codice civile", erogate direttamente ai lavoratori o rimborsate alle aziende;
- 103 mln di euro per minori assegni straordinari per il sostegno del reddito a favore dei lavoratori delle imprese del credito.

7.4.1 Tra le varie prestazioni, il monitoraggio dell'andamento della Cassa integrazione guadagni (CIG) – principale strumento di aiuto alle imprese ed ai lavoratori in difficoltà - si rivela utile per cogliere lo stato della crisi economica, che ormai da un quinquennio investe il paese, e per valutare lo stato di salute del sistema produttivo.

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

La seguente tabella riassume i dati riferiti al 2012, posti a confronto con quelli del 2011, che mostrano un aumento tanto delle ore autorizzate che di quelle utilizzate, invertendo il trend dell'anno precedente.

CIG: ore autorizzate e ore utilizzate anni 2011-2012

	2011		2012		Var. %
Ore autorizzate	CIG ordinaria	229.477.339	CIG ordinaria	335.603.725	+46,2%
	CIG straordinaria	423.715.817	CIG straordinaria	400.284.270	-5,5%
	CIG in deroga	319.971.271	CIG in deroga	354.766.227	+10,9%
	CIG TOTALE	973.164.427	CIG TOTALE	1.090.654.222	+12%
Ore utilizzate*	CIG ordinaria	120.788.304	CIG ordinaria	147.836.412	+22,4%
	CIG straordinaria**	363.603.841	CIG straordinaria**	372.708.604	+2,5%
	CIG TOTALE	484.392.145	CIG TOTALE	520.545.016	+7,5%

*Ore utilizzate fino al mese di dicembre 2012

** Comprende anche la CIG in deroga

CIG: tiraggio anni 2011-2012

	2011		2012	
Tiraggio	CIG ordinaria	52,64%	CIG ordinaria	44,05%
	CIG straordinaria*	48,89%	CIG straordinaria*	49,36%
	CIG TOTALE	49,97%	CIG TOTALE	47,73%

* Comprende anche la CIG in deroga

La CIG ordinaria (CIGO) evidenzia un significativo andamento crescente sia delle ore autorizzate (+46,2%) che di quelle utilizzate (+22,4%) e ad essa si aggiunge, a differenza di quanto avvenuto nel 2011, anche l'aumento di quella in deroga (CIGD); la Cassa integrazione straordinaria (CIGS) fa registrare, al contrario, una lieve contrazione che trova spiegazione nell'incremento delle domande di mobilità.

In riferimento ai diversi rami di attività, nel 2012 si è avuto un generale miglioramento nei settori dell'industria - che tuttavia mostra un aumento della CIGO - e dell'artigianato; al contrario in quelli dell'edilizia e del commercio la crisi economica - che progressivamente ha colpito il sistema nel suo complesso - continua ad incidere in modo marcato.

Rispetto all'anno precedente si rileva, tuttavia, la diminuzione del "tiraggio" per la CIG ordinaria, mentre si assesta sostanzialmente sui valori dello scorso anno quello della cassa integrazione straordinaria e in deroga; nel complesso la percentuale di ore utilizzate, in linea con il 2011, è di poco inferiore al 50%.

L'andamento, che nelle risultanze totali continua a mostrare una situazione critica, va inoltre letto in relazione ai dati sui beneficiari dei trattamenti di mobilità e di

disoccupazione, in crescita rispettivamente del 16,3% e del 22,3%, con incremento dei relativi oneri.

L'aumentato ricorso alla cassa integrazione in presenza di un consistente incremento della disoccupazione potrebbe, ragionevolmente, indicare il coinvolgimento di nuovi lavoratori rispetto a quelli già destinatari di interventi negli anni passati che, a loro volta, ad oggi risultano privi di occupazione.

A completamento del quadro – quale indice della capacità delle imprese di intraprendere ovvero riprendere la propria attività - va rilevato un incremento del 5% nelle richieste di iscrizione da parte delle aziende con dipendenti che, tuttavia, rimane inferiore rispetto al numero di cessazioni comunicate alle Camere di commercio; inoltre risultano in aumento le sospensioni di attività (334.749) che superano di gran lunga le richieste di ripristino (202.301).

7.4.2 Nel 2012 è proseguito l'impegno nell'attuazione delle ulteriori misure previste dal Governo in via straordinaria, a sostegno del reddito e dell'occupazione (D.L. 185/2008, convertito in Legge 2/2009), per fronteggiare il ciclo economico peggiorativo iniziato nella seconda metà del 2008.

Il ricorso agli ammortizzatori sociali in deroga - quale strumento privilegiato nei primi anni della crisi - ha consentito di ampliare, di volta in volta, sia l'insieme dei beneficiari (a titolo esemplificativo si ricordano, tra gli altri, gli apprendisti, i lavoratori interinali e quelli a domicilio) sia i settori produttivi in grave difficoltà, non contemplati originariamente dagli interventi.

Va tuttavia osservato che tali misure speciali, che dovrebbero essere preordinate a superare situazioni eccezionali e a operare nell'immediatezza, sono state in passato e continuano ad essere frequentemente utilizzate per estendere nel tempo trattamenti già vigenti, la cui eliminazione non risulta successivamente agevole.

Con il perdurare del ciclo negativo si è reso necessario un intervento strutturale nell'obiettivo di rendere universale la tutela dei lavoratori e delle aziende; nel delineato contesto si colloca la Legge 92/2012 (Riforma Fornero) che, tra i diversi interventi, ha previsto la graduale confluenza delle preesistenti forme di tutela per la disoccupazione - dopo un periodo transitorio che si concluderà nel 2017 - nell'Assicurazione sociale per l'impiego (ASPI).

I requisiti di accesso alla nuova prestazione - estesa anche ad apprendisti, artisti e dipendenti della PA con contratto a termine - sono gli stessi previsti per il diritto all'indennità di disoccupazione ordinaria non agricola, ovvero anzianità assicurativa di

almeno 2 anni e 52 settimane di contribuzione nell'ultimo biennio, ma si contrae la durata del trattamento che varia in funzione dell'età anagrafica del lavoratore.

La riforma affianca all'ASPI la mini-ASPI, che sostituisce l'indennità di disoccupazione ordinaria non agricola a requisiti ridotti; per l'accesso a tale prestazione sono peraltro richieste almeno 13 settimane di contribuzione negli ultimi 12 mesi antecedenti l'inizio del periodo di disoccupazione.

Le nuove indennità si rivolgono non più alla tutela del posto di lavoro bensì a quella del lavoratore, che godrà di un sostegno al reddito in caso di difficoltà occupazionale.

Rimane, invece, invariata la disciplina pregressa in tema di cassa integrazione ordinaria, mentre per quanto riguarda la cassa integrazione straordinaria viene meno la fattispecie relativa alla cessazione di attività in caso di procedura concorsuale e, coerentemente con lo spirito della riforma, la cassa integrazione in deroga terminerà nel 2016.

In riferimento all'impatto delle nuove norme, di seguito si riepilogano i primi dati forniti dall'Istituto sulle domande presentate nel primo trimestre 2013.

ASPI	MNI ASPI	MINI ASPI 2012*	TOTALE
191.829	27.660	654.174	873.663

Fonte: INPS - Rapporto annuale 2012

*Relativa agli episodi di disoccupazione verificatisi nel 2012 e per i quali il lavoratore avrebbe dovuto presentare domanda, secondo la vecchia normativa, entro marzo 2013.

La Legge Fornero si propone, inoltre, di rinnovare le c.d. "politiche attive" del lavoro, adattandole alle mutate condizioni del contesto economico, nel tentativo di accrescere l'occupabilità dei soggetti.

La riforma intende incentivare la ricerca attiva di nuova occupazione attraverso: la qualificazione professionale dei giovani che entrano nel mercato del lavoro; la formazione continua dei lavoratori; la riqualificazione di quelli espulsi e il collocamento di soggetti in difficile condizione rispetto alla loro occupabilità.

I Servizi per l'impiego dovranno, inoltre, svolgere un ruolo attivo per prevenire e contrastare abusi connessi con l'erogazione dei diversi sussidi.

L'urgenza di dare maggiore impulso alle politiche "attive" del lavoro emerge dai dati recentemente divulgati dall'Ufficio statistica del Ministero del lavoro.

Nel 2011 per le politiche del Lavoro sono stati spesi 24,9 mld di euro, di cui appena il 19,1% (ovvero 4,7 mld) per quelle "attive", in particolare per la formazione

professionale, apprendistato e incentivi all'assunzione. Tale dato, che corrisponde allo 0,3% del Pil, colloca l'Italia agli ultimi posti tra i paesi europei.

Appare tuttavia indispensabile precisare quali siano gli interventi di politica attiva del lavoro, dal momento che alcuni di essi - quali gli incentivi alle assunzioni, sotto forma di minori contribuzioni a carico dei datori di lavoro - sembrano piuttosto configurarsi quale forma di "assistenza attiva"; al riguardo si rinvia al capitolo 8 del referto della Corte dei conti al Parlamento sulla gestione dell'INPS per il 2008.

7.4.3 Gli effetti della pesante congiuntura economica si possono cogliere anche dal notevole aumento dei carichi di lavoro dell'Istituto nell'area delle prestazioni a sostegno del reddito - con particolare riferimento agli "ammortizzatori sociali" - fronteggiato principalmente attraverso la telematizzazione di molti adempimenti e l'applicazione del nuovo modello organizzativo che, in ottica di flussi, mira a conseguire una più adeguata allocazione delle risorse - nonostante la loro generale contrazione nei processi di produzione (-2,70% rispetto al 2011) - tra front-office e back-office e una redistribuzione tra processi produttivi e processi di supporto.

Nel 2012 il livello dei servizi offerti mostra un miglioramento rispetto all'anno precedente (5,4% i livelli di produzione lorda) e risulta superiore sempre del 5,4% rispetto al valore obiettivo fissato.

Front office - produzione lorda				
consuntivo 2011	obiettivo 2012	consuntivo 2012	var % su consuntivo 2011	var % su obiettivo 2012
4.470.623	4.471.435	4.713.344	+5,4%	+5,4%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

In corrispondenza all'aumento della richiesta di cassa integrazione - rilevato in precedenza - si muove l'andamento delle domande di disoccupazione e di mobilità illustrato nella tabella sottostante.

	Pervenuto			Definito		
	2011	2012	Var. %	2011	2012	Var. %
Indennità di mobilità	151.896	208.938	37,55%	150.503	198.367	31,80%
Disoccupazione	2.282.132	2.605.143	14,15%	2.269.590	2.607.816	14,90%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

Prosegue il potenziamento della liquidazione delle prestazioni con flusso mensilizzato "Uniemens" che - oltre al pagamento della disoccupazione ordinaria, della mobilità, delle prestazioni di malattia e maternità dei dipendenti, nonché della disoccupazione non agricola con requisiti ridotti - è stato esteso alle altre prestazioni. Inoltre la telematizzazione delle domande di servizio e la reingegnerizzazione delle procedure hanno prodotto l'aumento del livello di efficienza dei servizi con ulteriore contrazione dei tempi di lavorazione delle istanze.

Anche nel 2012 l'indicatore di qualità dei servizi risulta in progresso e si assiste ad un sempre maggiore avvicinamento ai tempi soglia di liquidazione, previsti per le principali prestazioni, evidenziato dalla seguente tabella.

INDICATORE	CONSUNTIVO	
	2011	2012
Tempo soglia liquidazione DSO entro 30 giorni	96,64%	98,10%
Tempo soglia liquidazione DS RR entro 30 giorni	95,47%	97,37%
Tempo soglia liquidazione Indennità malattia entro 30 giorni	84,51%	92,56%

Fonte: INPS - Verifica trimestrale al 31 dicembre 2012

L'area delle indennità di malattia è quella in cui si riscontrano i miglioramenti più consistenti.

Da un punto di vista procedurale, è ormai a pieno regime l'invio telematico dei certificati da parte dei medici del Servizio sanitario nazionale (SSN), disposta nel 2010 con l'adozione del decreto del Ministero della salute in data 26.02.2010, di attuazione dell'art.8 del D.P.C.M. del 26 marzo 2008.

Nel 2012 è inoltre iniziata la sperimentazione - con il rilascio di apposito applicativo - della telematizzazione dell'intero iter che prende, appunto, avvio con l'inoltro dei certificati cui segue l'individuazione automatica delle visite mediche di controllo da effettuare, la loro assegnazione ai medici di lista e l'acquisizione degli esiti.

In merito alle visite mediche di controllo, già dal 2011 l'Istituto ha approntato un sistema di *Data Mining* che consente di individuare, con un metodo statistico predittivo, i soggetti a maggiore rischio prognostico da sottoporre a verifica; in tal modo le visite potranno essere mirate e più efficaci nella lotta all'assenteismo.

Per il 2013 l'Istituto - anche in conseguenza dei severi tagli lineari di risorse cui è stato sottoposto negli ultimi anni - ha determinato la riduzione delle visite disposte d'ufficio, che comportano cospicui oneri in capo all'Ente (circa 50 milioni di euro nel 2012), e che solo nel 9% dei casi hanno portato a una riduzione della prognosi.