

*Schema di decreto legislativo recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".*

#### RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La legge 22 dicembre 2021, n. 227 ha conferito al Governo la delega ad adottare, entro venti mesi dalla data di entrata in vigore, uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni in materia di disabilità.

L'attuale riforma è funzionale al raggiungimento della Missione 5 (Inclusione e coesione), Componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore), del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) e, in particolare, della Riforma 1.1, intitolata "Legge quadro per le disabilità".

Il PNRR ha previsto, al fine del rispetto della *milestone*, l'entrata in vigore della legge delega in materia di disabilità entro il 31 dicembre 2021 e l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi entro la fine del secondo trimestre dell'anno 2024. Pertanto, nel rispetto della prima scadenza, è stata approvata la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità". L'articolo 1, comma 1, della citata legge n. 227 del 2021, come modificato dall'articolo 1, comma 5, della legge n. 14 del 2023, ha fissato al 15 marzo 2024 il termine per l'adozione dei decreti legislativi.

**Lo schema di decreto legislativo attua la delega contenuta nell'articolo 2, comma 2, lettere a), b), c), d) e h) della legge 22 dicembre 2021, n. 227.**

In particolare, la lett. b) prevede la riunificazione e la semplificazione degli accertamenti esistenti (tra cui quello per l'accertamento dell'invalidità civile, dell'*handicap* e della disabilità ai fini lavorativi) entro una definizione omnicomprensiva di condizione di disabilità.

La successiva lettera c) disciplina la diversa valutazione multidimensionale della disabilità per la realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, entro il quale individuare i supporti e coordinarli per lo sviluppo unitario del percorso di vita.

Il procedimento valutativo multidimensionale è caratterizzato da una netta distanza concettuale rispetto a quello primario della valutazione di base. Del resto, questa *summa divisio* è imposta da un'esplicita indicazione prevista dalla delega legislativa [art. 2, comma 2, lettera a), numero 1 della l. n. 227 del 2021]. Da un punto di vista teorico e insieme sul piano pratico, mentre la valutazione di base ha come oggetto proprio l'oggettiva considerazione della condizione di disabilità, la valutazione effettuata dalle unità multidisciplinare, in un approccio multidimensionale, radica la centralità della persona con disabilità nel quadro del sistema dei sostegni, tendendo a conformarne la fruizione sull'analitica condizione



esistenziale dell'individuo, attraverso una valutazione che coinvolge la persona a tutto tondo, nella sua proiezione relazionale con l'ambiente e la comunità sociale e politica di riferimento.

L'intervento normativo risponde alla necessità di dare piena attuazione ai principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, firmata a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, in coerenza con i principi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021 - 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 final, del 3 marzo 2021.

In tale prospettiva, il presente decreto, nel ricondurre ad unità l'attuale sistema normativo, analizza e disciplina la disabilità sotto un duplice angolo prospettico: individuale e di interazione con l'ambiente.

In questo quadro, sulla base dei principi sopra richiamati, lo schema di decreto legislativo si sviluppa secondo le seguenti direttrici fondamentali preordinate a:

- a) individuare le finalità e le definizioni generali della materia (Capo I);
- b) definire finalità, principi ed effetti della valutazione di base quale procedimento unitario, nonché l'istituto dell'accomodamento ragionevole (Capo II);
- c) definire finalità, principi ed effetti della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato (Capo III)
- d) prevedere le disposizioni transitorie e finali (Capo IV).

**I. Con riferimento al Capo I, l'articolo 1 (commi 1 e 2)** definisce le finalità del decreto, in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. In particolare, le disposizioni normative in esame mirano a garantire, nel rispetto del principio di uguaglianza formale e sostanziale, il pieno esercizio delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti della vita quotidiana, attraverso l'accertamento della condizione di disabilità e la previsione dei sostegni utili a vivere tali contesti senza ostacoli e con facilitatori. In particolare, il **comma 2** prevede il ricorso all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale personalizzato e partecipato al fine di garantire i principi di autodeterminazione e di non discriminazione.

**L'articolo 2**, in attuazione del criterio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), individua le definizioni applicabili ai fini del presente decreto.

In particolare, il suddetto articolo introduce le definizioni richieste dalla legge delega, in coerenza con quanto disposto dalla Convenzione ONU, ratificata in Italia con la legge 3 marzo 2009, n. 18, quali quelle di "*condizione di disabilità*" "*persona con disabilità*" ed "*accomodamento ragionevole*". L'assetto definitorio non può quindi non prendere le mosse dalla nuova prospettiva della "*condizione di disabilità*", intesa quale interazione tra persone con compromissioni e barriere comportamentali e ambientali



che impediscono o limitano la partecipazione della persona stessa. In tal modo, si passa dalla visione medica dell'impedimento, determinato dalla malattia o patologia in sé, al modello bio-psico-sociale, che considera l'impedimento o la limitazione nella partecipazione sociale connesso al fatto che una persona con una data compromissione non può esercitare i suoi diritti, su base di uguaglianza con gli altri, se ha un contesto avverso (vedasi persona con assenza di deambulazione che però vive meglio e non in maniera limitata o impedita, i contesti di vita, se questi non presentano barriere). Il concetto di "*condizione di disabilità*" adottato è di matrice complessa ed evolutiva, socio - sanitario e correlato alle tecniche, agli strumenti e ai criteri di accertamento impiegati per il procedimento valutativo di base. Il legislatore delegato ha ritenuto di seguire fedelmente l'impostazione conferita all'atto normativo e al complesso delle definizioni da parte della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

Tanto premesso:

- la **lettera a)** definisce la "*condizione di disabilità*", in coerenza, con la lettera e) del Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite individua gli elementi sulla cui base è possibile individuare la "*condizione di disabilità*" intesa come duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale o sensoriale che, in presenza di barriere di natura diversa, può ostacolare concretamente la partecipazione alla vita quotidiana e ai diversi contesti di vita in condizione di uguaglianza con la collettività;
- la **lettera b)** prevede che la "*persona con disabilità*" è quella che, a seguito della valutazione di base, vede accertata la condizione di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. così come novellato dal presente decreto.

A questa articolata scelta di impianto normativo generale, fanno seguito ulteriori quadri definitivi, alcuni dei quali esplicitamente previsti dalla legge delega, decisivi per definire un sistema concettuale complesso ed articolato, quale è quello della materia disciplinata dal presente decreto.

Al riguardo:

- la lettera **c)** definisce «ICF»: Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;
- la lettera **d)** definisce «ICD»: Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068



- la **lettera e)** ha come oggetto la delimitazione del concetto di *“duratura compromissione”* intesa come conseguenza di qualsiasi perdita, limitazione o anomalia riferita a strutture o funzioni corporee, come classificate da ICF, caratterizzate dalla persistenza nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo;

- la **lettera f)** delinea il concetto di *“profilo di funzionamento”* secondo un sistema di codificazione che descrive lo stato di salute di una persona con riferimento alle funzioni e delle strutture corporee, delle attività e della partecipazione come classificate da ICD, correlata alla variabile evolutiva dell'età, alle condizioni di salute, ai fattori personali e alle determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento a fini scolastici. In particolare, il *“profilo di funzionamento ai fini scolastici”* ha ad oggetto la descrizione dell'interazione della persona in età evolutiva nei domini e sottodomini dell'ICF relativi all'apprendimento, comunicazione, relazione e socializzazione per definire le competenze personali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali utili per l'inclusione scolastica con l'indicazione delle aree di miglioramento e degli interventi da fare per rimuovere le barriere, rendere stabili nel tempo i facilitatori, in modo da poterne modificare l'efficacia nel tempo ed eventualmente modificarli se inefficaci.

Con specifico riguardo alle determinanti di contesto, si precisa che esse sono i fattori che definiscono le caratteristiche del contesto in cui la persona agisce, quali fattori ambientali naturali, fattori strutturali e fattori relazionali previsti dall'ICF e dalla Carta di Ottawa dell'OMS;

- **la lettera g)** definisce il *“WHODAS”* come questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità;
- la **lettera h)** ha ad oggetto la definizione di *“sostegni”*: quali servizi, misure, prestazioni e benefici individuati a conclusione dell'accertamento della *“condizione di disabilità”* e nel progetto individuale personalizzato e partecipato in grado di migliorare le capacità della persona e la sua inclusione e con un esito favorevole sulla qualità di vita, graduati, ai sensi dell'articolo 10, comma 1 lettera f), in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno.
- **la lettera i)** detta la definizione del *“piano di intervento”*: documento di pianificazione coordinamento dei sostegni individuali relativi ad un'area di intervento (quali PEI scolastico, PAI socio-assistenziale, Piano riabilitativo individuale sanitario, ecc.).
- la **lettera l)** prevede la definizione della *“valutazione di base”* come procedimento preordinato ad accertare la condizione di disabilità, partendo dall'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF dell'OMS. La valutazione è necessaria al fine di consentire l'accesso agli interventi, benefici e sostegni di intensità lieve, media, elevata o molto elevata.



- **la lettera m)** introduce la definizione di “*valutazione multidimensionale*” al fine di definire con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all’interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e facilitatori in essi presenti, ed a definire, anche in base ai suoi desideri, aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita.
- **la lettera n)** delinea il concetto di “*progetto di vita*” della persona con disabilità: come strumento finalizzato a realizzare gli obiettivi e le esigenze della persona con disabilità in una visione esistenziale unitaria che tenga conto degli interventi, dei servizi, dei sostegni, formali ed informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

In buona sostanza, la funzione dell’istituto è quella di realizzare un raccordo onnicomprensivo delle esigenze ed è fondata sul dato per cui il progetto di vita coinvolge tutti gli ambiti di vita e i contesti di riferimento e comprende, del pari, tutti gli strumenti, le risorse, le misure e i servizi, che si rendono disponibili. Infine, la natura dell’istituto lo conforma in maniera duttile e dinamica, così che il progetto è adattivo e sempre modificabile.

Rinsalda il complesso di questi tratti definitivi, che riconosce il protagonismo della persona con disabilità nella costruzione del proprio progetto di vita con il supporto dell’unità di valutazione multidimensionale, il richiamo agli accomodamenti ragionevoli che sono finalisticamente orientati a garantire il massimo sviluppo della capacità decisoria e di scelta della persona con disabilità. Ciò nel rispetto del diritto alla capacità di autodeterminazione e del diritto a una vita indipendente disciplinato dall’art. 19 della Convenzione ONU.

In linea generale, il progetto di vita è strumento di sviluppo della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte della persona con disabilità, in ottemperanza piena ai criteri direttivi stabiliti nella l. n. 227 del 2021, all’art. 2, comma 2, lett. c, punti 4) e seguenti.

- **la lettera o)** definisce il concetto di “*domini della qualità di vita*” intesi come ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità valutabili con appropriati indicatori.
- **la lettera p)** contiene la definizione del “*budget di progetto*” come l’insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita.

L’elaborazione di tali definizioni è il frutto del lavoro del Tavolo tecnico sulle modalità di attuazione della riforma sulla valutazione di base istituito dal Ministro per le disabilità a cui hanno preso parte rappresentanti designati dal Ministero della Salute,



dall'Istituto Superiore della Sanità, dall'INPS, dalle Federazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità, dalle quattro associazioni di categoria che integrano ai sensi della Legge n. 295/1990 le commissioni di accertamento, da FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), dal CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali), da FIMMG (Federazione italiana dei medici di medicina generale), da FIMMG -settore INPS, da COMLAS (Società scientifica dei medici legali delle aziende sanitarie del servizio sanitario nazionale), da SIMLA - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, da SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e dalla Conferenza delle Regioni. Tra l'altro le definizioni sono strettamente ancorate sia a quelle presenti nella Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità sia a Classificazioni internazionali adottate dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

**L'articolo 3**, dando seguito al criterio di delega previsto dall'art. 2, comma 2, lett. b), numero 1, innesta nel corpo normativo dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, tutte le conseguenze di riformulazione che scaturiscono dall'inserimento del concetto di persona con disabilità, quale fulcro per la legittimazione ai diritti a prestazione. Nel **comma 1**, quindi, si sostituisce la definizione di persona "handicappata" con quella di persona con disabilità, riprendendo la definizione di cui all'articolo 1 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, da accertare con la valutazione base. Pertanto, il presente articolo nasce l'esigenza di modificare anche i commi 2 e 3 della legge n. 104 del 1992, focalizzando l'attenzione non già sulla gravità della menomazione, ma sull'intensità di sostegni necessari per assicurare la partecipazione della persona nei contesti di vita su base di uguaglianza. A tal riguardo, si specifica che le fasce di intensità "elevata e molto elevata" determinano quel sostegno cd. "intensivo" a cui ricondurre (citando la legge 227/2021) il set di prestazioni e servizi riconducibili all'articolo 3, comma 3 dell'originaria legge 104/1992. Viene così ad essere superato, in accordo con l'impostazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, la precedente concezione della persona portatrice di handicap. La nuova disciplina legislativa determina una concordia "iso-normativa" tra i concetti alla base del diritto convenzionale, la nuova valutazione di base e il sistema di tutele, benefici e supporti garantito dalla legge n. 104 del 1992, ritenuta ancora oggi di innegabile valore e un caposaldo della protezione dei diritti a prestazione per le persone con disabilità nell'ordinamento italiano.

In dettaglio, al **comma 2**, si precisa che la persona può necessitare di sostegno o di sostegno intensivo. In ragione delle effettive e concrete necessità, si declina che il sostegno può essere lieve e medio e il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato.

Si ribadisce che la formulazione del **comma 3**, è pienamente sovrapponibile alla disposizione di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 104 del 1992: da ciò consegue,





che il presupposto per il riconoscimento dei benefici e delle prestazioni (permessi lavorativi retribuiti, ecc.) è rimasto identico ovvero collegato alla riduzione dell'autonomia "personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione", che attualmente integra la condizione di sostegno intensivo.

Ne discende che la platea dei soggetti destinatari delle misure di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, come riformulato dal presente decreto, rimane identica a quella individuata in precedenza con riferimento alla condizione di gravità dell'handicap.

Nell'ambito delle macrocategorie del "sostegno" e del "sostegno intensivo", l'ulteriore graduazione interna, consente, nel rispetto del limite massimo consentito dalla categoria di riferimento, di calibrare la durata, la frequenza e la quantità delle prestazioni e benefici non standardizzati (in via esemplificativa è beneficio standardizzato il riconoscimento di tre giorni di permesso retribuito mensile mentre è un beneficio graduabile il contributo quali ad esempio assistenza educativa domiciliare). La graduazione interna consente, quindi, di ipotizzare effetti positivi, in termini di risparmi di spesa, evitando l'automatica erogazione massima delle prestazioni e benefici.

**L'articolo 4** determina la necessità di rivedere la terminologia utilizzata in materia di disabilità, stante la modifica dell'articolo 3 della legge 104/1992 e l'introduzione del nuovo concetto di "persona con disabilità" e di disabilità correlata da necessità di ottenere sostegni per garantire il funzionamento della persona nei suoi contesti di vita. A tal riguardo si prevede che, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo:

- la parola "handicap", ovunque ricorre, è sostituita dalla seguente parola "condizione di disabilità";
- le parole "persona handicappata", "portatore di handicap", "persona affetta da disabilità", "disabile" e "diversamente abile", ovunque ricorrono, sono sostituite dalle parole "persona con disabilità".
- le parole "con connotazione di gravità", "in situazione di gravità" sono sostituiti dalle parole con necessità di sostegno elevata o molto elevata";
- le parole "disabile grave" sono sostituite da "persona con necessità di sostegno intensivo" ovunque ricorrono nel testo.

**II. Il Capo II** reca disposizioni volte a disciplinare il procedimento di valutazione di base. La valutazione di base costituisce il presupposto indefettibile per l'accertamento della condizione di disabilità. Inoltre, essa assume i crismi di un



procedimento complesso ma unitario ed omnicomprensivo, ai sensi di quanto dispone l'art. 2, comma 2, lett. b), numero 2), della l. n. 227 del 2021.

Il procedimento valutativo di base viene delineato analiticamente dagli **articoli 5** e seguenti. Il nuovo procedimento, che sfocia nella certificazione che accerta la sussistenza della condizione di disabilità, assume le caratteristiche generali, esplicitamente indicate in puntuali criteri direttivi recati dall'art. 2, comma 2, della l. n. 227 del 2021 e declinate nell'articolo 6.

Si delinea innanzitutto un sistema composito in cui idealmente si sviluppa il procedimento di valutazione di base, integrato e ricondotto ad unità ai sensi del criterio di delega di cui all'art. 2, comma 2, lett. b), numero 2) della l. n. 227 del 2021.

In particolare, l'articolo **5, comma 1**, elenca nel dettaglio la funzione della valutazione di base quale strumento preordinato al riconoscimento della condizione di disabilità definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a) del presente decreto legislativo e, altresì, comprende:

a) all'accertamento dell'invalidità civile, ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118 e delle condizioni di cui alle leggi 11 febbraio 1980, n. 18, 21 novembre 1988, n. 508 e 11 ottobre 1990, n. 289;

b) all'accertamento della cecità civile, ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e della legge 3 aprile 2001, n. 138;

c) all'accertamento della sordità civile, ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381;

d) all'accertamento della sordocecità, ai sensi della legge 24 giugno 2010, n. 107;

e) l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva, ai fini dell'inclusione scolastica, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66;

f) all'accertamento della condizione di disabilità, ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68;

g) all'individuazione dei presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza;

h) all'individuazione degli elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima, ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016 e successive modificazioni, ad eccezione dei casi di persone anziane, che sono valutati secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 2 lettera l) n. 1) della legge 23 marzo 2023, n. 33;

i) all'individuazione dei requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità, conseguenti all'accertamento dell'invalidità e ad ogni altra prestazione prevista dalla legge.



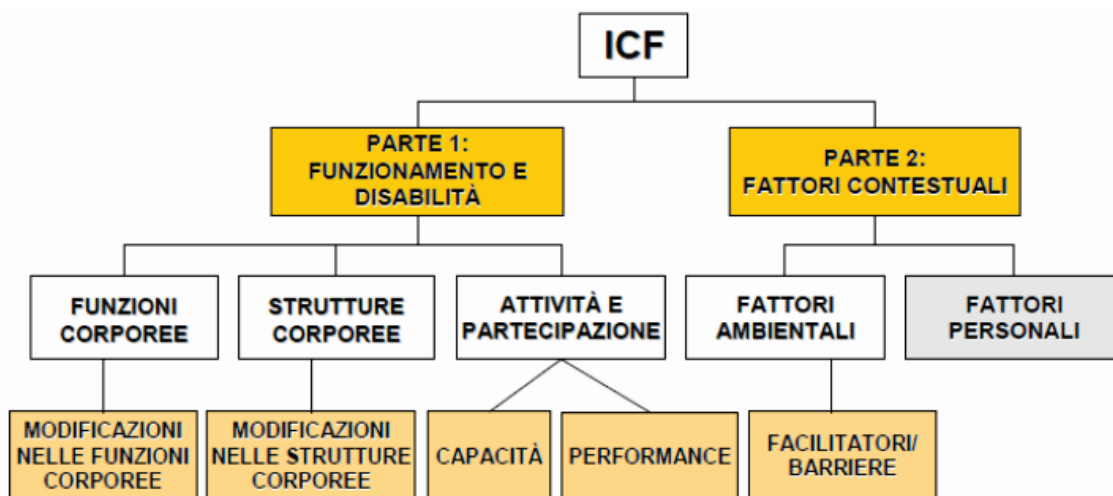


Il **comma 2** definisce l'ambito applicativo della valutazione di base, prevedendo che la stessa trovi applicazione anche nei confronti dei minori e delle persone anziane non autosufficienti, ad eccezione delle persone anziane di cui all'articolo 4 della legge 23 marzo 2023, n. 33, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera a) n. 3 della legge delega.

Il **comma 3** delinea i criteri su cui si fonda la valutazione di base.

In particolare, la **lettera a)** prevede che il processo valutativo medico-legale sia indirizzato, secondo l'ICF, ad una valutazione dell'impatto delle compromissioni, definite all'articolo 2, sulle attività della persona e la sua partecipazione ai contesti di vita.

Al riguardo, si segnala che nel 2001, l'OMS ha introdotto l'ICF, un sistema di classificazione secondo cui le condizioni di salute della persona vanno valutate in base al modello bio-psico-sociale e dunque non solo attraverso l'analisi delle funzioni e strutture corporee ma anche attraverso l'analisi degli ambienti e dei contesti di vita e dove insistono barriere e facilitatori che condizionano l'attività e la partecipazione della persona. Di seguito uno schema della struttura dell'ICF:



La Convenzione ONU del 2006, nel definire il concetto di disabilità recepito all'articolo 2, comma 1, lettera a), ha mutuato e consolidato il modello ICF stabilendo che la disabilità è il risultato dell'interazione tra la persona con le sue strutture e funzioni corporee e i fattori comportamentali e ambientale dei contesti.

La **lettera b)** prevede, ad eccezione che per i minori, l'impiego del WHODAS, un questionario psicometrico sulla disabilità autopercepita, sviluppato dall'OMS sull'impianto concettuale dell'ICF, per fornire un metodo standardizzato di misura



della salute e della disabilità nelle diverse culture. Il questionario WHODAS rileva il livello di funzionamento, negli ultimi trenta giorni e indipendentemente dalla condizione di salute, della persona in sei domini:

- 1) attività cognitive - comprendere e comunicare;
- 2) mobilità - muoversi e spostarsi;
- 3) cura di sé - provvedere all'igiene personale, vestirsi, mangiare e stare da soli;
- 4) relazioni interpersonali - interagire con altre persone;
- 5) attività della vita quotidiana - prendersi cura della casa e della famiglia, lavorare e andare a scuola/università;
- 6) partecipazione - prendere parte a iniziative della comunità, partecipare alla vita sociale e svagarsi.

La **lettera b)** prevede, altresì, l'uso di ulteriori strumenti valutazione scientificamente validati ed individuati dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

La **lettera c)** prevede il passaggio dal concetto di "gravità della patologia", che connotava negativamente la persona con disabilità, a quello di "*intensità del sostegno*" per supportare il funzionamento della persona, eliminare le barriere ed attivare facilitatori.

Non avendo la legge di delegazione eliminato l'istituto dell'invalidità civile e delle prestazioni connesse, la **lettera d)** mantiene per tali soli fini l'utilizzo di tabelle medico-legali, prevedendo, però, la modifica di quelle attuali disciplinate dal decreto del Ministro della sanità del 5 febbraio 1992. Infatti, le attuali tabelle si limitano a rilevare la patologia o menomazione in sé e la conseguente riduzione della capacità lavorativa generica in termini percentuali, mentre le tabelle aggiornate dovranno stabilire quanto la compromissione, come definita dall'articolo 2, incida sul funzionamento della persona. All'aggiornamento delle tabelle si procederà con il decreto previsto dal successivo articolo 12. Peraltro, al fine di garantire la massima tutela alle persone con disabilità, il procedimento valutativo deve ispirarsi ai principi di tempestività, prossimità, efficienza e trasparenza (**lettera e**).

Il **comma 4** prevede che il riconoscimento della condizione di disabilità cui consegue l'acquisizione di una tutela proporzionata al livello della disabilità, con priorità per le disabilità che presentano necessità di sostegno intensivo e delle correlate prestazioni, con l'attribuzione dei conseguenti benefici e prestazioni, correlate al tipo e grado di disabilità, inclusi i sostegni volti a favorire l'inclusione scolastica, presso le istituzioni della formazione superiore, e lavorativa. Ugualmente, a seguito dell'accertamento della condizione di disabilità, sorge la tutela dell'accomodamento ragionevole, alla richiesta dell'avvio di valutazione multidimensionale per l'elaborazione del progetto individuale, personalizzato e partecipato.



L'**articolo 6** scandisce le fasi del procedimento per la valutazione di base. Ai sensi del **comma 1**, il procedimento di valutazione si attiva con la richiesta, a cura dell'interessato, dell'esercente la responsabilità genitoriale ovvero del tutore o amministratore di sostegno, se autorizzato nel decreto di nomina di cui all'articolo 405 del codice civile, e con la trasmissione in via telematica del certificato medico introduttivo di cui al successivo articolo 8.

A tale specifico riguardo, si precisa che trovano applicazione le disposizioni del Codice civile con riferimento alla figura del curatore. Il curatore non rappresenta, ma assiste l'incapace, integrando la sua volontà ed intervenendo solo per il compimento di alcuni atti di straordinaria amministrazione.

Sono pertanto da considerare atti di straordinaria amministrazione tutti quelli che potrebbero comportare una riduzione di ordine economico, andando a modificare la struttura o mettendo a rischio la consistenza del patrimonio.

Ne consegue, pertanto, che il curatore potrà compiere gli atti di straordinaria amministrazione e, di conseguenza, sarà coinvolto nel procedimento di valutazione multidimensionale e nell'adozione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Di contro, considerato che il curatore non interviene nell'adozione degli atti di ordinaria amministrazione e, di conseguenza, non interviene nel processo di valutazione di base, dal momento che essendo diretto alla conservazione del patrimonio, non comporta una diminuzione del suo valore economico.

Il **comma 2** prevede che, nei soli casi individuati dal decreto interministeriale previsto dall'articolo 12, comma 2, lett. m) l'istante può richiedere, al momento della trasmissione del certificato medico introduttivo, di essere valutato sulla base degli atti raccolti. In siffatte ipotesi, unitamente alla rinuncia alla visita, l'istante trasmette l'intera documentazione, compreso il WHODAS. Nel caso in cui, sulla base della documentazione trasmessa, la Commissione rilevi motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza, dispone la visita.

Il **comma 3** consente un'integrazione documentale da parte dell'istante in considerazione del fatto che, successivamente alla redazione del certificato introduttivo, può essersi formata o reperita ulteriore documentazione. Al fine, tuttavia, di consentire un ordinato e completo svolgimento della visita da parte della Commissione, si prevede che la stessa documentazione sia messa a disposizione fino a sette giorni prima della data fissata per la visita.

La valutazione di base si svolge in un'unica seduta collegiale (**comma 5**), con le modalità di cui ai successivi articoli 9 e 10 e in occasione della visita sarà somministrato il questionario WHODAS (**comma 4**). Le modalità di somministrazione saranno



indicate da INPS, permettendo quindi all'Istituto di creare le migliori condizioni possibili per favorire la partecipazione diretta del richiedente.

Il successivo **comma 6**, in un'ottica semplificatoria e di non aggravio del procedimento per la persona con disabilità, riconosce alla Commissione la possibilità richiedere, nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o sia necessario per il riconoscimento di una maggiore intensità di sostegni, integrazione documentale o di chiedere ulteriori approfondimenti diagnostici. Ciò consentirà anche di evitare un dispendioso allungamento dei tempi procedurali.

La conclusione del procedimento valutativo è attestata da un certificato che verrà caricato ed acquisito sul fascicolo sanitario elettronico (FSE), come previsto dalla Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**comma 7**). **L'esito della valutazione di base è attestato da un certificato con validità non limitata nel tempo, per le condizioni individuate ai sensi dell'art. 12, comma 2, lett. c), che viene acquisito al fascicolo sanitario elettronico.**

La suddetta previsione risponde all'esigenza di prevedere visite successive nei casi in cui le conoscenze mediche evidenzino che in relazione ad una determinata condizione di salute ci possa essere un miglioramento o una regressione in termini di salute la finalità, pertanto, è duplice: da un lato assicurare una razionalizzazione delle procedure con conseguente risparmio degli oneri nell'ipotesi in cui si attesta una stabilizzazione della patologia, dall'altro evitare il disagio per la persona con disabilità di sottoporsi a ripetute visite nei casi di patologie irreversibili.

Al fine di una comprensione sistematica dell'intervento normativo in esame, la disposizione va letta in correlazione con le disposizioni di cui all'articolo 12, comma 2, lettere c) e d).

Il successivo **comma 8** risponde alle esigenze di semplificazione, tempestività e trasparenza del procedimento valutativo, quali principi declinati **all'articolo 5**, fissando un termine massimo, pari a novanta giorni decorrenti dalla ricezione del certificato medico introduttivo, entro il quale lo stesso procedimento deve concludersi. Nei casi di cui al comma 6, il termine è sospeso per sessanta giorni, prorogabili per ulteriori sessanta giorni, su richiesta, per conseguire l'integrazione documentale o gli approfondimenti richiesti. La disposizione risponde all'esigenza di tutelare le persone con disabilità, consentendo la possibilità di integrare la documentazione richiesta.

In considerazione della progressione delle patologie oncologiche, viene fatto salvo il termine di conclusione del procedimento valutativo di tali patologie fissato in quindici giorni. In coerenza con la possibilità di richiedere un'attività istruttoria integrativa ai sensi del comma 6, si stabilisce la sospensione del termine per il tempo necessario all'espletamento di tale attività. Le modalità applicative ed operative del procedimento in argomento saranno definite dall'INPS - soggetto unico accertatore, nel termine di sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto (**comma 9**). Il suddetto termine di



adozione da parte dell'INPS è stato individuato tenendo conto della circostanza che, a far data dal 1° gennaio 2025, partirà la fase di sperimentazione della valutazione di base come stabilito dall'articolo 33.

Il **comma 10** conferma la permanenza in capo dell'INPS delle funzioni relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità di cui all'art. 20, comma 4, della legge 3 agosto 2009, n. 102 e alle funzioni di erogazione di cui al d.lgs. 31 marzo 1998, n.112. La disposizione precisa che l'INPS, inoltre, individua le modalità con cui garantire l'erogazione tempestiva delle provvidenze economiche conseguenti alla valutazione di base, evidenziando che le stesse decorrono dal mese successivo alla data di trasmissione del certificato medico introduttivo.

L'**articolo 7** disciplina l'accertamento con efficacia provvisoria per le persone con patologie determinanti gravi compromissioni funzionali, individuate con il decreto di cui al successivo articolo 12, le cui patologie siano attestate da una certificazione rilasciata da una struttura sanitaria o socio sanitaria pubblica o privata accreditata.

La disposizione prevede, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera b, n. 1, della legge delega, in un'ottica di semplificazione, che tali persone, anche attraverso i soggetti indicati nell'articolo 6, comma 1, del presente decreto accedano direttamente alle prestazioni sociali e socio sanitarie fruiscano in via anticipata dei sostegni normativamente previsti senza la necessità che il processo valutativo di base sia concluso. È fatta salva la ripetizione, secondo le regole generali, delle prestazioni e dei sostegni in caso di conclusione del procedimento valutativo di base con esito negativo rispetto ad una condizione di disabilità o con individuazione di sostegni di minore intensità rispetto a quanto nelle more erogato.

Al fine di definire le modalità attuative dell'efficacia provvisoria, si precisa che l'efficacia provvisoria trova fondamento nella richiesta delle persone con disabilità e dei soggetti indicati nell'articolo 6, comma 1, del presente decreto.

Inoltre, il **comma 2**, al fine di dare concreta attuazione all'efficacia provvisoria del certificato, prevede l'adozione di un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze, per le disabilità, da adottarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto in esame, in cui dovranno essere individuate le prestazioni sociali e socio - sanitarie erogabili ai sensi del comma 1 e le specifiche modalità con cui richiederne l'erogazione.

L'**articolo 8** prevede che il certificato medico di base rappresenti l'unitario documento in grado di avviare la sequenza procedimentale per l'accertamento di base della condizione di disabilità. Pertanto, costituisce presupposto per l'avvio del procedimento valutativo di base, la redazione e la trasmissione telematica all'INPS di un apposito certificato medico da parte di soggetti certificatori individuati tra i medici



dipendenti delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dei centri di diagnosi e cura delle malattie rare, nonché, se autorizzati all'invio telematico da INPS, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale, i medici in quiescenza iscritti all'albo, i medici in quiescenza iscritti all'albo, i liberi professionisti ed i medici in servizio presso strutture private accreditate. È evidente la portata innovativa della disposizione che consentirà l'avvio del procedimento per l'accertamento della condizione di disabilità senza gravare la persona di ulteriori adempimenti. Inoltre, la "legittimazione diffusa" prevista in capo a diversi soggetti consente di delineare un sistema capillare e di prossimità alla persona per l'attivazione del procedimento valutativo.

La competenza, per i soli medici per i quali è richiesta la specifica autorizzazione, necessaria ai soli fini della trasmissione, ai fini della redazione il certificato medico introduttivo, è ricondotta al possesso di attestazioni di formazione in materia di prestazioni assistenziali e accertamenti sanitari di base. Pertanto, nel **comma 2** si prevede che, al fine di individuare i medici di cui al comma 1, è compito dell'INPS, nei modi indicati dal Ministero della salute, acquisire la documentazione relativa alla formazione effettuata in educazione continua in medicina in materia di classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o di promozione della salute o di accertamenti sanitari di base ovvero di prestazioni assistenziali.

Come detto il certificato medico introduttivo assume la pregnanza e il valore disciplinato di presupposto per l'apertura della valutazione e di avvio del procedimento; è parso opportuno indicarne gli elementi indefettibili, pur evitando che il certificato medico rappresenti un documento di difficile o incerta redazione, rispetto a quanto deve attestare. Il **comma 3**, quindi, indica gli elementi essenziali che devono caratterizzare il certificato medico introduttivo e, in dettaglio:

- a) i dati anagrafici, il codice fiscale, il numero di tessera sanitaria della persona per cui si richiede la valutazione di base;
- b) la documentazione relativa all'accertamento diagnostico, comprensivo di dati anamnestici e catamnestici, inclusi gli esiti dei trattamenti terapeutici di natura farmacologica, chirurgica e riabilitativa;
- c) la diagnosi codificata in base alla ICD;
- d) il decorso e la prognosi delle eventuali patologie riscontrate.

Per le successive comunicazioni, è previsto che il medico certificatore dovrà indicare nel certificato l'eventuale elezione di domicilio dell'interessato anche presso un patronato o presso le associazioni di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 5 febbraio 1992, come modificato dall'articolo 9 del presente decreto. La disposizione trova la *ratio* nell'opportunità di assicurare alla persona la facoltà di avvalersi dei soggetti indicati per la ricezione e l'invio delle comunicazioni inerenti al procedimento,





incluso la trasmissione della ulteriore documentazione sanitaria di cui all'articolo 6, comma 3 (**comma 4**).

Al fine della valutazione di base, il certificato medico introduttivo viene inserito, attraverso la trasmissione all'INPS, anche nel fascicolo sanitario elettronico (**comma 5**). Tale disposizione è finalizzata ad attuare il criterio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d) che prevede l'utilizzo di piattaforme informatiche, quali il fascicolo sanitario elettronico, per coadiuvare i processi valutativi.

L'**articolo 9, comma 1**, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, n. 4, della legge delega, individua l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), quale soggetto unico accertatore della valutazione di base. L'INPS ne garantisce l'omogeneità su tutto il territorio nazionale, secondo principi di semplificazione, trasparenza ed efficacia. La disposizione costituisce, dunque, uno dei pilastri che attribuiscono, in via esclusiva, all'INPS le nuove funzioni in punto di valutazione di base. In particolare, perfeziona la realizzazione del criterio di uni-procedimentalità della valutazione di base. Pertanto, a decorrere dalla data del 1° gennaio 2026 all'INPS è affidata, in via esclusiva, la competenza medico - legale relativa alla valutazione di base. Infatti, nel 2025 ci sarà invece la sola fase di sperimentazione.

Nell'individuare un'unica fase accertativa in capo all'INPS, si attua una semplificazione storica che elimina l'attuale doppia fase di accertamento riconducibile, in prima battuta, alle commissioni integrate ASL-INPS e, in secondo luogo, alla validazione da parte di altra commissione INPS di quanto accertato "in prima istanza". Al riguardo, occorre precisare che la possibilità di assegnare all'INPS lo svolgimento di un'unica fase accertativa è attualmente previsto dall'articolo 18, comma 22, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111. Tuttavia, solo alcune regioni, in capo alle quale si radica attualmente la competenza degli accertamenti, si sono avvalse di tale facoltà e ciò ha creato una disparità e frammentazione di disciplina sul territorio nazionale.

Nel **comma 2** si prevede che la commissione per l'accertamento dell'invalidità civile di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 245 confluisce nell'unica Commissione di valutazione di base che accerta la condizione di disabilità.

Tra l'altro, in tale Commissione di valutazione di base vengono riassorbite anche le altre commissioni volte all'accertamento dell'handicap di cui alla legge n. 104/92 e all'accertamento della disabilità a fini lavorativi di cui alla legge 1° marzo 1999, n. 68. Infatti, le due commissioni appena citate (volte all'accertamento dell'handicap e all'accertamento della disabilità a fini lavorativi) nella composizione coincidevano con quelle di cui alla legge n. 295 del 1990 (per l'invalidità civile) salvo l'integrazione da parte di un assistente sociale. Di conseguenza, nel disciplinare la Commissione per la valutazione di base onnicomprensiva unitaria, si è ritenuto necessario novellare direttamente l'intero articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.



Infatti, il **comma 3** del decreto introduce la novella dell'articolo 4 della legge 104/1992. Il medesimo stabilisce i criteri di composizione delle Commissioni che assolvono alle funzioni di Unità valutative di base, riaffermando la garanzia di svolgimento della valutazione di base secondo un metodo multidisciplinare e assicurando la pluralità degli apporti scientifici. Le Commissioni si compongono di due medici - di cui uno di categoria, del componente, ai sensi del successivo comma 4 della disposizione novellato, e di una sola figura professionale di area sociale e psicologica. La presidenza della commissione è attribuita ad un medico INPS specializzato in medicina legale o, in caso di mancata disponibilità di un medico con tale specializzazione, da un medico un medico INPS con altra specializzazione che abbia svolto attività, per almeno tre anni, in un organo di accertamento INPS in materia assistenziale o previdenziale. Il tutto fermo restando che, almeno uno dei due medici, deve essere specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini, secondo quanto disposto, rispettivamente, dai decreti del Ministro della sanità del 30 gennaio 1998 e del 31 gennaio 1998, come successivamente aggiornati (**comma 3, nella parte in cui modifica l'art. 4, comma 1 della legge n. 104 del 1992, con un nuovo comma 2**).

In attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera a) n. 3, della legge delega, con specifico riferimento al caso in cui gli accertamenti riguardino minori, le Commissioni per la valutazione di base si compongono di due medici, di cui uno di categoria, del componente, ai sensi del comma 4, e di una figura professionale di area psicologica o sociale. L'alternatività tra la figura di area psicologica o sociale è stata mutuata dall'articolo 5 del decreto legislativo 66/2017 (come novellato dal decreto legislativo 96/2019). Le commissioni sono presiedute da un medico INPS specializzato, di norma, in medicina legale o, in caso di mancata disponibilità da parte dell'INPS, da un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività, per almeno tre anni, in un organo di accertamento INPS in materia assistenziale o previdenziale, e sono composte, oltre che dal medico di categoria, anche da un medico in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o nella patologia che connota la condizione di salute del soggetto. Anche in tale ipotesi vale il richiamo ai decreti sopra citati per l'individuazione dei titoli equipollenti o affini. Tali Commissioni sono integrate da un assistente sociale o da un operatore sociale o da uno psicologo (**comma 3, nella parte in cui inserisce un nuovo comma 3 a parziale modifica dell'attuale articolo 4 comma 1 bis della legge n. 104 del 1992**).

Ogniqualevolta le Commissioni devono pronunciarsi sulle specifiche condizioni di disabilità, di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 4, della legge n. 104 del 1992 come novellato, si prevede che le stesse siano integrate con un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), dell'Unione italiana ciechi e degli ipovedenti(UICI), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e dell'Associazione nazionale delle



famiglie e delle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neuro sviluppo (ANFFAS) (**comma 4**)

Il mantenimento di tale criterio integrativo risponde all'esigenza di rispettare l'apposito criterio di delega per il quale anche la valutazione di base deve preservare la considerazione di ciascuna *species* di condizione di disabilità, garantendone la specificità e l'autonoma rilevanza, ai sensi dell'art. 2, comma 2, lett. b), numero 2 della legge di delegazione (**comma 3, nella parte in cui introduce un comma 4 all'attuale articolo 4 della legge n. 104 del 1992**).

Condizione per la definizione del procedimento di accertamento della valutazione di base è la partecipazione di almeno tre componenti, tra cui il sanitario indicato al comma 4 dell'articolo 4, della legge n. 104 del 1992 novellato; con la precisazione che, nel caso di parità di voti tra i componenti della commissione, il voto del Presidente avrà valenza doppia (**comma 3, nella parte in cui inserisce il comma 5, all'articolo 4 della legge n. 104 del 1992**).

Nel corso della valutazione di base, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto (**comma 3, nella parte in cui inserisce il comma 6, all'articolo 4 della legge n. 104 del 1992**).

Con specifico riferimento alle persone anziane non autosufficienti, nel caso in cui si debba valutare un anziano ritenuto (già dal certificato medico introduttivo) "non autosufficiente", gli accertamenti sono posti dalle commissioni previste dall'articolo 4, comma 2, lettera l), numero 1) della legge 23 marzo 2023, n. 33 (secondo i criteri e le modalità definiti dai decreti attuativi di tale altra legge delega), fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lett. s) della medesima legge per le persone con disabilità già accertata (**comma 3, nella parte in cui inserisce il comma 7, all'articolo 4 della legge n. 104 del 1992**).

Il **comma 4**, inoltre, in un'ottica di semplificazione e razionalizzazione degli oneri procedurali connessi all'espletamento della valutazione di base, prevede che l'INPS possa sottoscrivere di apposite convenzioni con le Regioni, sulla base delle risorse disponibili, al fine di avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base.

In buona sostanza, la disposizione lega l'INPS alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere sulla base di apposite convenzioni stipulate con le Regioni. La norma detta un particolare modo di svolgimento dei principi di sussidiarietà e adeguatezza, con lo scopo di garantire una valutazione di base orientata al criterio di prossimità territoriale (pur sempre legata a tecniche, criteri e pratiche di carattere omogeneo su base nazionale). Il **comma 5**, fatta salva la propria autonomia organizzativa, prevede che l'INPS, ai fini della gestione della valutazione di base, garantisca l'omogeneità e la prossimità territoriale del servizio accertativo medico-



legale su tutto il territorio nazionale. Al tempo stesso, il decreto prevede che l'INPS impronti i procedimenti amministrativi strumentali alla valutazione di base e relativi alla concessione ed erogazione delle prestazioni a criteri di semplificazione, razionalizzazione, efficacia e trasparenza. Infine, definisce il sistema organizzativo interno secondo criteri che individuano competenze e responsabilità degli organi e degli uffici, centrali e periferici.

Il comma 6 prevede, al fine di garantire piena attuazione alle disposizioni contenute nel presente articolo, l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale per il triennio 2024-2026, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali, è autorizzato ad assumere, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, mediante procedure concorsuali pubbliche.

Il **comma 7** prevede che all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale in qualità di soggetto unico accertatore della procedura valutativa di base è autorizzata la spesa per le procedure assunzionali.

Il **comma 8** disciplina gli oneri derivanti dalla partecipazione alle commissioni di un professionista sanitario in rappresentanza delle Associazioni, di cui al comma 4, dell'articolo 4, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

L'**articolo 10** prevede che il riconoscimento della condizione di disabilità scaturisce all'esito dalla valutazione di base. La disposizione sviluppa i principi di cui all'articolo 3, prevedendo che il procedimento valutativo si sviluppa attraverso attività volte a: verificare quanto accertato nel certificato medico introduttivo; verificare se le compromissioni siano durature e determinino una riduzione nel funzionamento della persona, soprattutto rispetto ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentale agli atti di vita quotidiana, tali da determinare la necessità di un sostegno continuo. Ciò anche al fine del riconoscimento delle attuali provvidenze economiche inerenti all'indennità di accompagnamento. L'accertamento deve, altresì, verificare come tali compromissioni durature determinino una ricaduta sui domini relativi all'attività e alla partecipazione secondo la classificazione ICF, con particolare riguardo per gli adulti ai domini relativi al lavoro e all'apprendimento nell'ambito della formazione superiore, per le persone in età evolutiva, per quelli relativi all'apprendimento. A tale procedimento consegue, quindi, non solo l'accertamento della condizione di disabilità ma anche l'individuazione, per fasce, della significatività delle necessità di sostegno per supportare le azioni della persona nei domini dell'attività e di partecipazione.

In particolare, il **comma 2**, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. a) n. 3, della legge delega, prevede che per i minori, la valutazione, preordinata al riconoscimento della condizione di disabilità, sia effettuata ai sensi del comma 1 e, con specifico riferimento al disposto della lettera e) - relativo alla ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali - tenga conto anche dei domini relativi all'apprendimento.



All'articolo 11, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. b) n. 1 della legge delega, si prevede che, a decorrere dalla data del 1° gennaio 2025, nella valutazione di base è utilizzata la "Classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità (ICD)" e la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), già oggetto di approvazione della 54<sup>a</sup> Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001. La disposizione si rende necessaria in quanto le classificazioni sono alla base del procedimento di accertamento della valutazione di base e della valutazione multidimensionale. L'ICF è applicata congiuntamente all'ultima versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

La disposizione precisa, altresì, che tutti gli aggiornamenti delle stesse classificazioni sono recepiti in Italia con decreto del Ministro della salute adottato, entro il 30 novembre 2024, di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, del lavoro e delle politiche sociali e l'Autorità delegata in materia di disabilità, previa intesa in Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome.

L'articolo 12, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. b) n. 1 della legge delega, è dedicato alla disciplina dell'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità, previsto dal citato decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992 per effetto delle nuove modalità di accertamento e di valutazione di base di cui al presente decreto.

In particolare, si prevede che, sulla base delle classificazioni ICD e ICF, nonché in conformità con la definizione di disabilità di cui all'art. 2, comma 1, lettera a), nel rispetto di quanto previsto dall'art. 117 della Costituzione e in coerenza con il DPCM 12 gennaio 2017, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome, sentito l'INPS, si provvede all'aggiornamento delle tabelle previste per l'invalidità civile, cecità civile e sordità civile, con l'individuazione ai soli fini dell'invalidità civile anche di percentuali correlate alle limitazioni nel funzionamento, così come previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera a). Al fine di garantire l'avvio della fase di sperimentazione, si prevede che il predetto decreto sia adottato nel termine del 30 novembre 2024 (**comma 1**).

Il suddetto termine dà la possibilità di iniziare i lavori di elaborazione del decreto ministeriale sin dalla pubblicazione in gazzetta ufficiale del decreto legislativo, non ancorando invece l'inizio dei lavori alla data di entrata in vigore del decreto legislativo, che necessariamente è stato fissato per il 30 giugno 2024, in coerenza con la scadenza della relativa milestone del PNRR.



Il **comma 2** sancisce che il medesimo decreto dovrà prevedere, altresì, tutti gli ulteriori criteri e modalità di accertamento per la più ampia condizione di disabilità. Ed invero, per attuare il procedimento valutativo di cui all'articolo 10, è necessario che tale decreto preveda:

- a) i criteri per accertare l'esistenza e la significatività (dovendo riconoscere le compromissioni che abbiano un'incidenza minima valutabile) delle compromissioni delle strutture e funzioni corporee in base ad ICF, tenendo conto dell'ICD, ma a cui si potrà aggiungere anche l'utilizzo di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica;
- b) i criteri per accertare se le compromissioni sono di lunga durata;
- c) fermi restanti i casi di esonero già stabiliti dalla normativa vigente, l'elenco delle particolari condizioni patologiche, non reversibili, per le quali sono esclusi i controlli nel tempo;
- d) i criteri per stabilire gli eccezionali casi nei quali la revisione della condizione di disabilità è ammessa al termine della scadenza indicata nel certificato di cui all'articolo 6, comma 7, di regola dopo due anni, e secondo procedimenti semplificati fondati anche sull'impiego della telemedicina o sull'accertamento agli atti;
- e) le tabelle per i soli fini di cui all'articolo 5, comma 1 lettera a);
- f) i criteri, secondo ICF, per l'individuazione del profilo di funzionamento limitatamente ai domini di cui all'articolo 10, comma 1, lettera d);
- g) i criteri per la definizione della condizione di non autosufficienza, fermo restando quanto previsto per gli anziani non autosufficienti dall'articolo 4 della legge 23 marzo 2023, n. 33;
- h) il complesso di codici ICF con cui verificare in che misura le compromissioni strutturali e funzionali ostacolano, in termini di capacità, l'attività e la partecipazione, inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento per i minori;
- i) un sistema delineato per fasce, volto ad individuare l'intensità di sostegno e di sostegno intensivo, differenziandoli tra i livelli di lieve, media, elevata e molto elevata intensità;
- l) i criteri per individuare le compromissioni funzionali per le quali riconoscere l'efficacia provvisoria alle certificazioni mediche di cui all'articolo 7;
- m) i casi eccezionali in cui il richiedente può richiedere l'accertamento sulla base degli atti.

Attraverso l'adozione del citato decreto (fonte di rango secondario, quindi duttile e suscettibile di assestamenti progressivi anche a seguito dell'esito della sperimentazione di cui all'articolo 33) si perfezionerà il nuovo procedimento di valutazione, improntato all'adozione di un sistema misto, ma comunque orientato al pieno accoglimento dell'impianto sotteso ai sistemi ICF ed ICD.





In base al **comma 3**, sarà devoluta al medesimo decreto la definizione delle modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017 n. 66 all'interno del più ampio procedimento per la valutazione di base.

L'**articolo 13**, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. b) n. 2, della legge delega, risponde all'esigenza di semplificazione delle procedure conseguenti all'accertamento di base. In particolare, la disposizione attribuisce al certificato che attesta la condizione di disabilità, ai sensi dell'articolo 6, comma 7, effetti pienamente sostitutivi di ogni altra domanda o certificazione volti al conseguimento di prestazioni sociali e socio-assistenziali, che si vanno a richiedere. In particolare, la trasmissione del certificato equivale ad istanza ai fini del conseguimento di prestazioni sociali e socio-assistenziali.

Per quanto riguarda gli ulteriori benefici cui può accedere la persona con disabilità, il procedimento per la richiesta sarà regolamentato dalle rispettive normative di settore (ad esempio per il contrassegno unificato disabili europeo).

Il **comma 2** prevede la clausola di invarianza finanziaria.

L'**articolo 14**, in coerenza con le precedenti previsioni e facendo salvo il diritto di ogni persona con disabilità di ottenere una nuova valutazione, sancisce che i sopravvenuti fattori che elevino il bisogno per più intensi sostegni, anche laddove incidente sull'accertata condizione di disabilità, debbano essere presi in considerazione in sede di valutazione multidimensionale, che è diretta a progettare, prevedere e calibrare i sostegni da erogare. Stante la clausola di salvaguardia inserita all'inizio dell'articolo, qualora dovessero determinarsi nuove compromissioni o altri fattori che incidano sulla condizione stessa di disabilità o sulla percentuale di invalidità, questi non potranno che essere accertati da una nuova valutazione di base. Infatti, una cosa sono le compromissioni e i fattori rilevanti per la valutazione di base, altra cosa sono quei fattori che incidono su una maggiore o minore intensità di sostegno.

L'**articolo 15** reca la disciplina e gli obblighi di informazione che sono finalizzati, ancora una volta, a sviluppare la piena capacitazione della persona con disabilità. La persona con disabilità e, se presente alla visita, l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore, l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri, deve essere messo a conoscenza della spettanza del diritto ad avviare la costruzione del progetto di vita, spiegando in che cosa consista e quali ne siano gli effetti (**comma 1**). Il **comma 2** prevede che, a seguito delle informazioni di cui al primo comma, al termine della visita, caricato il certificato che attesta la condizione per la disabilità sul Fascicolo Sanitario Elettronico, si rappresenti ai soggetti di cui al comma 1, la possibilità che l'istanza dell'avvio del procedimento per la valutazione multidimensionale e

l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato sia trasmesso direttamente dalla Commissione al Comune di residenza.

Tale richiesta al Comune di residenza integra, a tutti gli effetti, la presentazione dell'istanza di parte per l'avvio del procedimento di attivazione del progetto di vita individuale, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 (**comma 3**).

Anche tale previsione realizza la *ratio* di semplificazione amministrativa sottesa all'intero provvedimento e perseguita nell'obiettivo di supportare le persone con disabilità nell'accesso ai propri diritti, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. b) n. 2, della legge delega.

Il **comma 4** prevede che, fermi restando gli obblighi informativi di cui ai commi precedenti, i punti unici di accesso, nonché i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali che entrano in contatto a qualsiasi titolo con la persona con disabilità informano del diritto ad attivare un procedimento volto all'elaborazione del progetto di vita, individuale, personalizzato e partecipato. Analogo obbligo grava in capo a chi opera dimissioni protette ed ai servizi sanitari specialistici.

Quanto all'**articolo 16**, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, n. lett. d) della legge delega, esso costituisce lo svolgimento di un puntuale criterio di delega e dispone che l'INPS provveda a garantire l'interoperabilità delle banche dati esistenti alimentate da dati che hanno riguardo, a qualunque titolo, ad uno o più elementi del procedimento unitario di valutazione di base, nonché dai dati, dalle comunicazioni e dalle informazioni relativi alla conclusione del procedimento stesso. Si tratta di una serie di disposizioni che assumono una valenza conoscitiva notevole e dovrebbero consentire di mantenere un costante controllo sull'interezza dei dati e degli elementi di rilievo per la definizione delle fasi del procedimento valutativo di base e dell'effettiva garanzia dei diritti delle persone con disabilità.

A tal fine, l'INPS assume le determinazioni del caso, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali. Il quadro sintetico dei dati elaborati attraverso l'interoperabilità delle banche dati in punto di procedimento valutativo di base è trasmesso in una apposita relazione ai Ministeri Vigilanti, all'Autorità politica delegata in materia di disabilità e al Garante per le disabilità (**comma 2**).

Il **comma 3** prevede la clausola di invarianza finanziaria

L'**articolo 17** disciplina l'accomodamento ragionevole, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera a) n. 5 della legge delega. In via preliminare, si precisa che l'articolo riconosce l'accomodamento ragionevole, come previsto dall'articolo della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata il 13 dicembre 2006. L'accomodamento ragionevole è riconosciuto, nei limiti delle risorse disponibili, nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisce, secondo una condizione di uguaglianza con gli altri cittadini, l'esercizio effettivo e tempestivo dei diritti civili e sociali.

In particolare, **il comma 1, lettera a)** del suddetto articolo prevede che le finalità dell'articolo 5 della legge n. 104/1992 sono perseguite anche attraverso l'istituto dell'accomodamento ragionevole.

**Il comma 1, lettera b)** inserisce nella legge 5 febbraio 1992, n.104, dopo l'articolo 5, l'articolo 5-bis avente ad oggetto, il procedimento per l'accomodamento ragionevole.

L'articolo 5-bis, comma 1 definisce l'accomodamento ragionevole in conformità alla Convenzione ONU per le persone con disabilità.

La raccomandazione n. 84 Osservazioni Conclusive al Primo rapporto dell'Italia di attuazione della CRPD prevede che: *"Il Comitato chiede allo Stato parte di presentare entro 12 mesi, in conformità con l'articolo 35 (2) della Convenzione, informazioni scritte sulle misure adottate per attuare le raccomandazioni del Comitato di cui sopra ai paragrafi 10 e 82, riguardanti rispettivamente l'adozione di una definizione di accomodamento ragionevole e l'attuazione di uno strumento di monitoraggio indipendente"*.

In particolare, l'accomodamento consiste nelle modifiche e gli adattamenti necessari e appropriati che non impongano alla pubblica amministrazione, al concessionario di pubblici servizi, al soggetto privato un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali

Di conseguenza, all'accomodamento ragionevole si deve ricorrere esclusivamente in via sussidiaria e allorquando il diritto non è in concreto pienamente esercitabile (in via esemplificativa è ipotizzabile il ricorso all'accomodamento ragionevole per garantire l'accessibilità a un treno, nelle more della predisposizione di banchine a raso, attraverso l'utilizzo temporaneo di apposito elevatore. Mentre, il pieno diritto all'accessibilità al mezzo di trasporto sarebbe garantito, invece, attraverso un accesso in via autonoma, senza ricorrere ad alcun ausilio).

In particolare, **l'articolo 5-bis, comma 2**, ribadisce il principio secondo il quale il ricorso all'accomodamento ragionevole è sussidiario e non sostituisce e né limita il diritto al pieno accesso alle prestazioni, servizi e ai sostegni riconosciuti dalla legislazione vigente.

**Il comma 3 dell'articolo 5-bis** della legge n. 104/1992 individua l'ambito soggettivo e oggettivo dell'accomodamento ragionevole. Legittimata a proporre istanza è la persona con disabilità o l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore, l'amministratore di sostegno se dotato dei relativi poteri. Legittimati passivi sono la pubblica amministrazione, i concessionari di pubblici servizi e ogni altro soggetto privato (enti, persone fisiche, condomini etc.). Oggetto dell'istanza è la richiesta di adozione di un atto di accomodamento ragionevole. La persona, mediante l'istanza, potrebbe altresì presentare la proposta di accomodamento ragionevole.

Il **comma 4** prevede che la persona con disabilità partecipa alla definizione dell'accomodamento ragionevole.

L'individuazione dell'accomodamento ragionevole deve tener conto dei principi declinati dal successivo **comma 5**, compatibilmente con le risorse compatibili allo scopo. L'accomodamento ragionevole deve essere, innanzitutto, adeguato, pertinente ed appropriato in relazione al "valore" del diritto da garantire. Da ciò consegue che lo sforzo per assicurare il pieno esercizio debba essere tanto più elevato quanto più rilevante è il bene della vita da garantire, come nel caso di diritti incompressibili. In ordine, poi, alla valutazione circa la "non onerosità" dell'accomodamento ragionevole, va precisato che la stessa è da valutare in relazione a una serie di indici, quali, secondo il Commento generale n. 6 del Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2018, la dimensione del soggetto che deve concretamente attuare la misura dell'accomodamento ragionevole, gli effetti nella sfera di terzi, le risorse rinvenienti da sussidi pubblici, i costi finanziari, etc. I fattori presi a riferimento per realizzare la valutazione di cui sopra non vanno mai considerati singolarmente, ma nella loro correlazione, perché diversamente si potrebbe correre il rischio di valorizzare un fattore (semmai negativo) a discapito di tanti altri che invece portano ad un accomodamento ragionevole più ampio.

Tali indici devono essere alla base anche della valutazione circa la possibilità di accoglimento della proposta di accomodamento ragionevole nei casi in cui l'istante l'abbia avanzata.

Il **comma 6** prevede che nell'individuare l'accomodamento ragionevole si debba partire valutando la proposta presentata dall'istante secondo i criteri sopra menzionati.

Segue, nei successivi commi, la disciplina applicabile ai casi di rifiuto o diniego della proposta di accomodamento ragionevole opposto dai legittimati passivi e, in particolare, della pubblica amministrazione (**commi 7,8, 9**) del concessionario di pubblici servizi (**comma 10**) e del soggetto privato (**comma 11**).

Con particolare riferimento alla pubblica amministrazione, ove non sia possibile accordare l'accomodamento ragionevole più prossimo a quello richiesto, si precisa che il diniego della proposta di accomodamento ragionevole deve essere oggetto di motivazione e, al contempo, in quest'ultima ipotesi deve comunque essere predisposta la misura, secondo i principi del **comma 5**.

È altresì delineata la tecnica di tutela processuale nei confronti della pubblica amministrazione, nel caso di diniego di accomodamento ragionevole e nei casi di cui al **comma 7**, o di rifiuto della proposta formulata dall'interessato, attraverso il ricorso ai sensi della legge 1° marzo 2006, n. 67.

Il **comma 8** introduce una disposizione di coordinamento con la disciplina prevista dal decreto legislativo istitutivo del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, facendo salva la possibilità di rivolgersi allo stesso per verificare l'esistenza



di un ingiustificato rifiuto all'accomodamento ragionevole che, ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione Onu, integra un'ipotesi di discriminazione. E', altresì, previsto che il citato Garante possa, nei soli confronti della pubblica amministrazione, emettere una proposta di accomodamento ragionevole.

I **commi 10 e 11** disciplinano, rispettivamente, una forma di tutela analoga a quella prevista dal **comma 9** nell'ipotesi in cui il diniego alla misura sia opposto da parte di un concessionario di pubblico servizio o da parte di un soggetto privato.

In particolare, con riferimento al diniego opposto dal concessionario di pubblico servizio, il **comma 10**, prevede che, ferma la facoltà di agire in giudizio, ai sensi della medesima legge, possano chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole, proponendo o sollecitando, anche attraverso l'autorità di settore o di vigilanza, accomodamenti ragionevoli idonei a superare le criticità riscontrate.

Il **comma 11** disciplina l'ipotesi del rifiuto opposto dal privato, prevedendo che, ferma la facoltà di agire in giudizio, l'istante e le associazioni legittimate ad agire ai sensi della legge 1° marzo 2006, n. 67, possano chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione di rifiuto di accomodamento ragionevole.

Il **comma 12** prevede che alle disposizioni dell'articolo in esame si provveda con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**III. Il Capo III** - definisce la valutazione multidimensionale e il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, in attuazione dell'art. 2, comma 2, lettera c, n.2, 3, 4, e 5, della legge delega.

L'**articolo 18** ha ad oggetto il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Si precisa che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle relative competenze, garantiscono l'effettività e l'omogeneità del progetto di vita, prescindendo dall'età e dalle condizioni personali e sociali (**comma 1**). Al riguardo, si segnala che, analogamente al piano assistenziale individualizzato qualificato, al punto 3.2. del Piano nazionale della non autosufficienza 2022-2024, il diritto al progetto di vita deve essere inteso "livello di essenziale di processo". Pertanto, in base a tale disposizione, solo le singole prestazioni inserite nel progetto possono integrare un livello essenziale delle prestazioni sulla base delle diverse norme di riferimento.

La persona con disabilità è l'unica titolare del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e concorre a richiederne l'attivazione e a determinarne i contenuti ed esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte (**comma 2**).



Il progetto di vita può essere chiesto dalla persona con disabilità all'esito della valutazione di base, fermo restando le previsioni del successivo articolo 35, comma 4.

Dunque, se ne coglie la natura proiettiva del principio personalista disciplinato dall'art. 2 Cost.

Sempre sotto il profilo sostanziale e statico, il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato risponde ai bisogni ed alle aspirazioni della persona con disabilità, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri; e individua per qualità, quantità e intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni e i servizi volti a supportare la persona nei diversi ambiti di vita, anche eliminando eventuali ostacoli. Nel progetto di vita sono individuati, altresì, misure previste a legislazione vigente per il superamento delle condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare e di chi presta cura ed assistenza, i cd. caregiver (**comma 4**). Tali ultimi sostegni sono previsti in quanto il lavoro di cura e assistenza ricade, per la maggior parte, sui familiari che sono, molte volte, costretti a rinunce non solo personali ma anche lavorative con conseguente riduzione del reddito familiare complessivo. Ai sensi del **comma 5** il progetto di vita deve essere sostenibile nel tempo ovvero garantire continuità degli strumenti, delle risorse degli interventi, dei benefici, delle prestazioni, dei servizi e degli accomodamenti necessari.

**L'articolo 19** risponde all'esigenza di evitare che il progetto di vita si risolva nella semplice somma di una serie di piani di interventi previsti per i vari comparti (quali PEI scolastico, PAI socio-assistenziale, Piano riabilitativo individuale sanitario, ecc.), stabilendo che gli stessi siano sinergicamente coordinati (**comma 1**). Diversamente, si correrebbe il rischio di: a) prevedere interventi con approcci tra di loro contrastanti (si pensi al caso di un approccio educativo seguito dall'assistente specialistico per l'autonomia e la comunicazione in ambito scolastico diverso da quello seguito dallo specialista del servizio educativo comunale a domicilio; è evidente in tale caso che l'efficacia degli interventi programmati singolarmente si annullerebbe reciprocamente con un inutile esborso economico); b) prevedere interventi sovrapponibili (si pensi all'intervento di assistenza domiciliare integrata a carico della ASL e l'intervento di assistenza integrata socio-assistenziale a carico dell'ente locale, che prevedono l'espletamento di alcune identiche prestazioni); c) assicurare che alcune prestazioni non siano erogate in fasce orarie tra loro sovrapponibili con la conseguenza di minore fruizione della prestazione dei servizi (si pensi all'erogazione dell'attività riabilitativa durante l'orario di frequenza scolastica). L'integrazione dei differenti profili in ambito sanitario e sociale all'interno del progetto di vita è assicurata anche grazie alla collegialità della valutazione multidimensionale (**commi 1 e 2**).





In relazione ai programmi, gli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia in favore delle persone con disabilità ed i piani personalizzati volti a promuovere il diritto ad una vita indipendente di cui all'articolo 39, comma 2, lettere l-bis e l-ter, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, qualora già attivati dalle regioni, mantengono ambiti autonomi di attuazione ed esecuzione (**comma 3**).

Il **comma 4** ha cura di prevedere che, se già esistenti prima dell'elaborazione del progetto individuale, rimangono salvi i singoli sostegni, servizi o piani di intervento con la precauzione, però, di rialinearli dentro il più ampio contenitore del progetto di vita e gli eventuali nuovi sostegni e piani aggiuntivi.

L'**articolo 20** introduce la libertà della persona con disabilità di scegliere il luogo dove vivere, in attuazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU e dell'articolo 2, comma 2, lettera c) n. 4 e n. 12. della legge delega. Le disposizioni previste sono tali da garantire effettività a tale situazione giuridica soggettiva, garantendo la continuità dei sostegni, interventi e prestazioni (inclusa l'assistenza personale) previsti dal progetto di vita anche in caso di modifiche del luogo di abitazione, così da soddisfare il più possibile le esigenze e le scelte della persona con disabilità e tenendo conto della specificità del contesto, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità degli interventi o la qualità specialistica necessaria, in termini di appropriatezza.

L'**articolo 21** garantisce l'autodeterminazione e la partecipazione attiva della persona nell'intero percorso della valutazione multidimensionale e di redazione del progetto. A tal fine, è necessario garantire sempre che l'unità di valutazione multidimensionale adotti strategie finalizzate a facilitare la comprensione del procedimento nel suo articolarsi nonché delle soluzioni che si delineano e vengono proposte all'interno di tale percorso. Ciò al fine di assicurare che la persona possa sviluppare un processo decisionale, anche supportato, ed esprimere i suoi desideri, aspettative e scelte. In alcuni casi, le persone con disabilità esprimono ciò con comportamenti o comunque con canali comunicativi non ordinari e bisogna adottare ogni strategia per interpretare o ricostruire nel migliore modo possibile tali manifestazioni di volontà, non invece sostituendosi alla persona in nome di un presunto superiore, oggettivo e migliore interesse della stessa (così come raccomandato dal Commento Generale n. 1 del Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità). Difatti il progetto di vita non è "per" la persona ma "della" persona (**comma 1**).

La previsione è stata formulata recependo e tenendo conto delle indicazioni già utilizzati dalle unità di valutazione multidimensionale per i percorsi per il "durante, dopo di noi", secondo quanto disposto dagli articoli 2 e 3 D.M. 23.11.2016. Le predette disposizioni prevedono che *"Il progetto personalizzato è definito assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo altresì il suo pieno coinvolgimento nel successivo*



*monitoraggio e valutazione. Laddove la persona con disabilità grave non sia nella condizione di esprimere pienamente la sua volontà, è sostenuta dai suoi genitori o da chi ne tutela gli interessi, fermo restando quanto previsto all'art. 3, comma 1, secondo periodo” (art. 2). Il successivo art. 3 prevede che “Nel rispetto dell'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ed, in particolare, del comma 1, lettera a), gli interventi e i servizi di cui al presente articolo sono proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta. A tal fine vanno garantiti, con le minori limitazioni possibili e con particolare riguardo alle persone con disabilità intellettiva e del neuro sviluppo, gli strumenti previsti dalla vigente legislazione relativi al sostegno nella presa delle decisioni, nonché devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte”.*

Le stesse Linee di Indirizzo dell'Istituto Superiore della Sanità per le Regioni e Province Autonome finalizzate alla definizione e implementazione per i percorsi differenziati per la formulazione del progetto di vita basato sui costrutti di 'Quality of Life' prevedono la necessità di assicurare “il protagonismo della persona in questa valutazione, facendo in modo che si supporti la stessa nell'individuare i suoi bisogni, i suoi desideri ed aspettative e di conseguenza nel fissare gli obiettivi da raggiungere”.

In via esemplificativa, tra gli strumenti possono utilizzarsi linguaggio easy to read, metodo Pecs per comunicazione con immagini; tra le strategie, quella diretta a far provare le opzioni tra cui scegliere, in quanto molte persone con disabilità hanno esperienze limitate e quindi quando si chiede loro di scegliere tendenzialmente indirizzano la loro scelta verso ciò che già conoscono.

Il **comma 2** riafferma la garanzia per la persona della sua piena partecipazione a ogni fase del procedimento, prevedendola anche nella fase multidimensionale. Il complesso di queste disposizioni trova applicazione anche qualora la persona sia soggetta a una misura di protezione giuridica (tutela, curatela e amministrazione di sostegno), in coerenza con la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Il **comma 3** prevede che dalla disposizione dell'articolo in esano non debbano conseguire nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, atteso che si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie già a disposizione a legislazione vigente.

**L'articolo 22** prevede un ulteriore meccanismo per assicurare l'autodeterminazione della persona con disabilità che si manifesta attraverso la possibilità di avvalersi di una persona di fiducia.

In particolare, la persona con disabilità può anche essere supportata da una persona che coadiuvi e faciliti l'espressione delle sue scelte e l'acquisizione della piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili con il progetto di vita. Più precisamente, la suddetta attività si esplica attraverso l'adozione di tutte le strategie utili



nell'acquisizione delle scelte, anche attraverso la migliore interpretazione della volontà e delle preferenze della persona con disabilità (**comma 1**).

L'incarico, deformatizzato quanto all'atto del conferimento, è assegnato dall'interessato ad una persona che ha il precipuo compito di sviluppare l'autodeterminazione in capo alla persona con disabilità, nel quadro del procedimento di valutazione multidimensionale e, quindi, nell'ideazione e progettazione del progetto di vita, nonché nella sua esecuzione.

La persona è scelta dalla persona con disabilità anche tra gli operatori che compongono l'unità di valutazione multidimensionale, gli eventuali oneri sono a carico della persona con disabilità. (**comma 2**).

La previsione legislativa recata dalla disposizione in esame trova fondamento espresso nel criterio di delega previsto dall'art. 2, comma 2, lett. c), punto 6) della l. n. 227 del 2021.

L'**articolo 23** disciplina l'avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita personalizzato e partecipato: è la persona in possesso della certificazione che attesta la condizione di disabilità o chi la rappresenta a poter avanzare l'istanza per la determinazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. L'istanza può essere avanzata in forma libera e in ogni momento dalla persona con disabilità (**comma 1**). Al riguardo si precisa che l'avvio del procedimento può essere attivato, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo in esame di base, anche nel caso in cui, durante la visita della valutazione di base, la persona esprima la volontà di procedere alla valutazione multidimensionale.

Sono introdotte poi anche delle norme di supporto. Infatti, la persona con disabilità presenta istanza di progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato al Comune di residenza, disponendo anche di una via alternativa, consistente nella presentazione dell'istanza al Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di Comunità di riferimento. La disposizione rinvia alle leggi regionali per la previsione di ulteriori punti di ricezione dell'istanza (**comma 2**).

L'istanza può essere corredata della documentazione utile ai fini dell'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; tuttavia, non si tratta di un elemento essenziale e necessario né tantomeno di una condizione di procedibilità. Si prevede, altresì, che l'istanza possa essere accompagnata da una proposta di progetto di vita. Nel caso in cui l'istanza è stata presentata ai sensi dell'articolo 15, è consentito l'integrazione della stessa successivamente alla notizia di trasmissione dell'istanza al comune di residenza (**comma 3**).



L'avvio del procedimento è comunicato entro il termine di sette giorni dalla presentazione dell'istanza o dal termine di cui all'articolo 15, comma 3, ossia dalla trasmissione del certificato di disabilità da parte dell'unità di valutazione di base al comune di residenza (**comma 4**).

Il **comma 5** rappresenta una decalcomania di quanto previsto dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 in tema di comunicazione dell'avvio del procedimento, con l'indicazione puntuale degli elementi previsti che essa deve contenere.

La persona con disabilità può rinunciare in ogni momento al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. In nessun caso, tale eventuale rinuncia costituisce preclusione al diritto di ripresentare istanza per l'avvio di un nuovo procedimento. Trova così compiuto svolgimento il principio della rinunciabilità del progetto che, ancora una volta, attesta la centralità della volontà della persona nel procedimento e nella gestione del progetto (**comma 6**).

L'**articolo 24** è consacrato alla disciplina delle nuove unità valutative multidimensionali chiamate ad elaborare il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. In linea generale l'unità valutativa multidimensionale è delineata cercando di conseguire un punto di equilibrio tra il fine di ottenere una partecipazione, larga, estesa e plurale e multidisciplinare nel predisporre l'insieme dei sostegni e delle tutele assistenziali, e - per converso - l'obiettivo di non rendere le Commissioni organismi pletorici e dunque di difficile e lento funzionamento. (**comma 1**).

L'unità di valutazione multidimensionale (**comma 2**) è formata da due tipologie di componenti: i componenti necessari (**comma 2**) e i componenti su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta (**comma 3**) anche in funzione delle età della persona con disabilità.

Sono componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale: la persona con disabilità, nonché la persona che ha la responsabilità genitoriale in caso di minori con disabilità, in caso di minore, il tutore, l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri; il coordinatore dei processi se nominato dall'interessato; un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali; uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda Sanitaria o dal Distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, uno dei quali assume il compito di coordinatore dell'unità; un rappresentante dell'istituzione scolastica in caso di soggetti in età scolare; un membro dei servizi per l'impiego in caso di soggetti in età lavorativa.

In particolare, si precisa che l'affidamento del compito di coordinatore dell'unità di valutazione multidimensionale, assegnato ad uno dei professionisti di estrazione sanitaria trova fondamento nell'esigenza di un'equa ripartizione delle competenze sanitarie e amministrative.



I componenti a partecipazione individuati, su richiesta della persona con disabilità, nell'unità di valutazione multidimensionale assolvono alla funzione di arricchire il portato collaborativo alla valutazione, contribuendo a rappresentare elementi del contesto di vita indipendente della persona, fasi o fattori della sua storia personale, esprimendo al contempo i valori partecipativi del contesto familiare e sociale di riferimento. Essi partecipano su richiesta della persona con disabilità e senza oneri a carico della pubblica amministrazione. Sono dunque citati i parenti, gli affini, le persone strette da un vincolo civilistico di cui alla legge 76/2016, il caregiver con disabilità; un libero professionista, un medico specialista o di medicina generale, un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita anche del terzo settore, referenti dei servizi pubblici e privati (in via esemplificativa, centri diurni semplificati, istituzioni dell'Alta formazione artistica, musicale e coreutica) che già erogano servizi o prestazioni e altri soggetti che già erogano sostegni informali (per esempio interventi di organizzazione di volontariato); un membro dei servizi per l'impiego nel caso in cui la valutazione di base abbia accertato la collocabilità lavorativa (**comma 3**).

Il **comma 4** prevede che, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto legislativo, le regioni programmino e stabiliscano le modalità di riordino e unificazione, per la predisposizione del progetto di vita, delle attività e compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionale.

In particolare, le modalità dovranno procedere:

a) all'individuazione di prestazioni e trasferimenti monetari connessi alla condizione di non autosufficienza, eccettuata quella dei soggetti anziani;

b) all'individuazione di prestazioni e trasferimenti monetari connessi alla condizione di disabilità gravissima di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 30 novembre 2016, n. 280;

c) all'individuazione delle misure di sostegno ai caregiver;

d) per la redazione dei progetti individuali dell'articolo 14, della legge 8 novembre 2000, n. 328;

e) per l'individuazione dei servizi, interventi e prestazioni di cui all'articolo 4, della legge 22 giugno 2016, n. 112.

Il **comma 5** prevede che il riordino e unificazione delle attività di cui al comma 4 avvengano nel rispetto dei principi di efficienza, razionalizzazione e co-programmazione con gli enti del terzo settore nonché nel rispetto dei livelli essenziali



richiesti dalle singole discipline e di quanto disposto dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Il **comma 6**, in attuazione dei medesimi principi del comma 5, attribuisce alle Regioni nel medesimo termine, il compito di stabilire, nell'ambito della programmazione e dell'integrazione socio-sanitaria, le modalità con le quali, nel caso di predisposizione del progetto di vita, le unità di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 18 marzo 2017, n. 65, e le unità di valutazione operanti presso le Case di Comunità di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 volte a definire i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, si coordinano o si riunificano con le unità di valutazione di cui al comma 1 per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno.

Il **comma 7** prevede una clausola di invarianza finanziaria.

L'**articolo 25** disciplina il procedimento di valutazione multidimensionale che è svolto tenendo conto delle indicazioni dell'ICD e dell'ICF. Questo complesso di norme attiene al contenuto proprio della valutazione multidimensionale, chiarendone la natura multidisciplinare e il metodo bio-psico-sociale di conduzione. Ciò in conformità con quanto disposto dall'art. 2, comma 2, lettera a), numero 1) della legge n. 227 del 2021 (**comma 1**).

Il procedimento di valutazione multidimensionale si articola in quattro fasi (**comma 2**): partendo dalla rilevazione degli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri e le sue aspettative e dagli ambiti che ha liberamente scelto di vivere, si passa all'individuazione del profilo di funzionamento della persona all'interno dei contesti stessi. La seconda fase è volta a rilevare se nei diversi contesti ricorrano barriere o facilitatori e la capacità adattiva della persona. A tale fine sarà utile valorizzare i processi di autovalutazione e disporre di dati relativi al profilo di comunità e ai servizi territoriali per sostenere, da un punto di vista informativo, i processi decisionali. La terza fase individua i bisogni di sostegno; mentre la quarta definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita nonché la costruzione delle misure e degli interventi da attivare anche in termine di valutazione degli esiti.

Inoltre, **al comma 3**, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera a), n. 3, della legge delega, si prevede che la valutazione multidimensionale nel caso di minori debba coordinarsi con quanto già valutato e definito nel profilo di funzionamento ai fini dell'inclusione scolastica, in coerenza con quanto disposto dall'art. 5 del d.lgs. 13 aprile 2017, n. 66. Tale norma assume grande rilevanza in quanto comporta l'implementazione di quanto posto in essere in relazione all'inclusione scolastica (in relazione a quattro domini) all'interno del più ampio progetto di vita (che anche secondo letteratura scientifica si articola su otto domini).





Il **comma 4**, al fine di agevolare l'espletamento di alcuni specifici compiti (es. somministrazione di scale per valutare il livello adattivo), prevede la possibilità di delegare la relativa esecuzione a un componente dell'unità di valutazione, fermo restando la collegialità di ciascuna fase del procedimento.

Più in generale, l'**articolo 26**, sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale di cui all'articolo 25, concorre a delineare i tratti salienti del progetto di vita personalizzato e partecipato. La costante rivedibilità, la duttilità e l'onnicomprendività ne fanno il più completo schema contenutistico verso cui convergono tutte le prestazioni, i sostegni, formali e informali, e le risorse di ogni tipo su cui può contare la persona con disabilità nella prospettiva di realizzare l'obiettivo di una vita indipendente, così come dispone l'articolo 19 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.

Il **comma 1** di tale articolo ricorda che, a seguito dell'articolata istruttoria multidimensionale disciplinata nell'articolo 25, la persona con disabilità, in quanto titolare del progetto, i soggetti che hanno preso parte ai sensi dell'articolo 24 al relativo procedimento di valutazione multidimensionale, elaborano, all'interno e con il supporto dell'unità di valutazione multidimensionale, il progetto di vita con l'individuazione dei sostegni formali e informali utili a perseguire gli obiettivi precedentemente stabiliti ed il connesso budget di progetto di cui all'articolo 28, oltre che gli accomodamenti ragionevoli che garantiscono, nei casi di cui all'articolo 5-bis della legge n. 104/1992 (come introdotto dal decreto legislativo sulla valutazione di base, attuativo anch'esso della legge delega) l'effettivo godimento dei propri diritti civili e sociali.

Nel **comma 2** si precisa che se la persona ha già presentato una propria proposta di progetto o chi la rappresenta, all'atto dell'istanza o in corso di procedimento, l'unità di valutazione multidimensionale ne verifica l'adeguatezza e l'appropriatezza e definisce, contestualmente il budget utile.

Ai sensi del **comma 3**, il progetto contiene gli obiettivi della persona con disabilità, risultanti all'esito della valutazione multidimensionale, e i servizi, gli interventi nelle relative aree di apprendimento (apprendimento, socialità ed affettività; formazione, lavoro; casa e habitat sociale) le misure e gli accomodamenti ragionevoli necessari alla loro realizzazione. I servizi, le misure e gli accomodamenti ragionevoli, incluse le prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, devono essere strutturati per perseguire la migliore qualità di vita possibile e favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita. Il progetto contiene i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali.



Al netto di singole prestazioni, il progetto di vita può anche attivare per la persona singoli piani di interventi o, se già esistenti, comunque censirli e modularli in maniera tale che siano tra di essi coordinati, anche in termini di obiettivi, prestazioni e prestazioni interventi. La legislazione vigente già prevede in alcuni ambiti, come quello scolastico o quello socio-sanitario piani, come il c.d. "piano educativo individualizzato -PEI o il c.d. "piano riabilitativo individuale" - PRI. Ma anche in tal caso la progettazione non deve limitarsi a sommare tali piani, dovendo garantire il principio di coordinamento e non disallineamento tra i singoli piani di intervento previsto dall'articolo 19, comma 1.

Di conseguenza, con l'individuazione dei sostegni e dei piani operativi, occorre individuare nel progetto anche gli operatori e le altre figure coinvolte nella fornitura dei sostegni con l'indicazione di compiti e responsabilità.

Per dare concreta attuazione al progetto bisogna anche costruire il c.d. "budget di progetto", disciplinato all'articolo 28, quale elemento imprescindibile del progetto di vita. Infatti, il budget di progetto è la definizione, quantitativa e qualitativa, delle risorse umane (es. familiare che presta volontariamente assistenza), professionali (es. infermiere), strumentali (es. pulmino), tecnologiche (es. teleassistenza, tecnologie assistive) ed economiche, atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto personalizzato.

Il progetto deve anche contenere il nominativo del referente per l'attuazione del progetto (disciplinato nell'articolo 29), salvo diversa disposizione regionale sul punto, e, soprattutto la programmazione dei tempi e delle modalità delle verifiche periodiche, perché la disabilità è una condizione dinamica, determinata anche dalle variabili di contesto.

In particolare, la lettera g) del comma 3, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera b) n. 5, prevede espressamente che il progetto individui la programmazione di tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento, anche al fine di controllare la persistenza l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi.

Nel **comma 4** si chiarisce che nel progetto vanno definite le sfere di competenza e le attribuzioni di ciascun soggetto coinvolto nella sua attuazione.

Nel **comma 5**, si chiarisce che, al di là delle verifiche periodiche già previste dal progetto, il progetto è soggetto ad aggiornamento in ogni caso in cui venga richiesto dalla persona con disabilità.

Il **comma 6** riveste una grandissima rilevanza, visto che le misure, le prestazioni ed i servizi, da strutturare nel progetto e quindi da attuare, possono avere contenuto personalizzato anche attraverso misure atipiche. Quindi, nella costruzione del progetto di vita non si devono solo reperire le misure, le prestazioni ed i servizi da attivare per la



persona tra quelli già disponibili sul territorio, ma possono anche strutturarsene altri, anche atipici (diversi e non previsti dal catalogo delle ordinarie unità di offerta) anche attraverso l'utilizzo flessibile delle varie risorse presenti con lo strumento del budget di progetto. È il caso, per esempio, dell'attivazione di un trasporto extraurbano per studente universitario con disabilità necessitante di accompagnatore, non rientrante in prima battuta in alcun servizio predeterminato su quel dato territorio, che però può essere attuato utilizzando, in maniera integrata, la risorsa strumentale (quale il pulmino dell'università), la risorsa umana, (quale l'autista volontario presso un ente del terzo settore), e la risorsa economica, (quale contributo erogato dall'ente locale per contrattualizzare un'assistente personale). Il ricordato esempio permette anche di superare i rigidi steccati di competenza tra amministrazioni, laddove le stesse, anche insieme all'ente del terzo settore, possono mettere in compartecipazione le risorse e attivare un servizio trasversale a più competenze (dell'università, dell'ente locale, ecc.).

Il **comma 7** prevede che il progetto di vita, redatto in formato accessibile per la persona con disabilità, sia predisposto dall'unità di valutazione multidimensionale e approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi ed interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto. Il progetto è sottoscritto dalla persona con disabilità, secondo le proprie capacità comunicative e da chi ne cura gli interessi.

Il **comma 8** chiarisce che il progetto di vita, condiviso e strutturato così come indicato nel presente articolo, diviene immediatamente efficace e vincolante tra le parti e, quindi, immediatamente attuabile, ferma restando la possibilità di modifica del medesimo ad istanza di parte, ai sensi delle verifiche di cui al comma 3 lettera g) o ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lett. e).

L'**articolo 27** nel richiamare il diritto della persona al progetto di vita, prevede, al **comma 1**, che questo debba essere garantito anche quando sia variato il contesto di vita, il contesto territoriale ed ambientale, tenendo conto della specificità degli stessi. Inoltre, si chiarisce che, anche nel caso di modifica del contesto di residenza (da un territorio all'altro, piuttosto che il trasferimento da una soluzione alloggiativa ad altra), si debba garantire la continuità dei sostegni alla persona per l'esercizio dei suoi diritti e per sostenere le sue relazioni sociali ed affettive. In particolare, il progetto di vita è finalizzato ad attuare sostegni e servizi che garantiscano l'effettività della vita autonoma ed indipendente della persona con disabilità e l'esercizio dei diritti all'affettività e alla socialità.

Nel **comma 2**, si prevede che il progetto di vita, che tiene conto proprio del funzionamento della persona nei vari specifici ambienti e contesti, è rimodulato al variare di questi, garantendo, in ogni caso un livello di organizzazione e di prestazioni non inferiori a quelli inizialmente previsti.



Al **comma 3** si introduce una disposizione finalizzata volta ad assicurare un coordinamento con la disciplina di cui alla legge n. 33 del 2023, prevedendo, in particolare, la continuità del progetto di vita dell'età che, ai sensi della legislazione vigente, individua le persone anziane, garantendo il livello degli stessi setting assistenziali.

L'**articolo 28** è dedicato al *budget* di progetto. L'istituto, fondamentale per l'implementazione del progetto di vita della persona con disabilità, viene per la prima volta disciplinato compiutamente a livello di normazione primaria statale; infatti, l'unico precedente statale lo si rinviene nel decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 23 novembre 2016, attuativo della legge n. 112/2016, laddove vi è la definizione, seppur ai soli fini della costruzione per i percorsi del "durante, dopo di noi", del budget di progetto. Vi sono state esperienze di costruzione del budget di progetto anche con specifico riferimento anche alcuni gruppi di popolazione, come il disagio mentale, ma mai a livello statale, di rilievo generale con specifico e diretto riferimento alla vita delle persone con disabilità. In alcuni casi vi è una produzione legislativa regionale sul punto, che presenta alcuni validi spunti. Per tale ragione, le disposizioni recate dal presente decreto dovranno integrarsi con le discipline adottate nei diversi contesti territoriali. Non a caso, **il comma 2** reca innanzitutto la definizione e i principi di fondo che informano la predisposizione del *budget* di progetto.

Tra i principi che presiedono alla formazione, alla gestione e all'impiego del budget di progetto vi è la garanzia dell'integrazione socio-sanitaria che è criterio di delega di portata generale esplicitamente previsto all'art. 2, comma 2, lettera c), numero 1) della l. n. 227 del 2021.

Il **comma 1** chiarisce che il budget è costituito in modo integrato dall'insieme di tutte le tipologie di risorse: umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, sia pubbliche che private, incluse quelle attivabili in seno alla comunità territoriale e quelle riconducibili a sostegni del tutto informali, come il familiare, risorsa umana coinvolta nell'attività di cura ed assistenza.

Il **comma 2** chiarisce ulteriormente che tale utilizzo integrato e coordinato delle risorse si ottiene attraverso anche l'istituto della co-programmazione, quale strumento di pianificazione territoriale dell'allocazione delle risorse, partendo dai bisogni espressi (per tramite degli enti del terzo settore di rappresentanza delle persone con disabilità) e la co-progettazione quale modalità di strutturazione di interventi con più attori, pubblici e privati.

Il **comma 3** prevede che il budget di progetto sia caratterizzato da flessibilità e dinamicità: la ragione è da ricondursi all'esigenza per cui sia possibile integrare, ricomporre e riconvertire l'utilizzo di risorse pubbliche, private ed europee per l'attuazione del progetto di vita.



Il **comma 4** prevede che, alla formazione del budget di progetto concorrano, in modo integrato, tutte le risorse e gli interventi pubblici disponibili a legislazione vigente, inclusi quelli derivanti, nei limiti della quota che la programmazione di ciascun fondo, adotta nel rispetto della relativa disciplina, assegna agli interventi per la disabilità, dal Fondo di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dal Fondo di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112, dal Fondo di cui all'articolo 1, comma 254 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, dal Fondo di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537. Ciò non toglie che possano comporre il budget anche altre più specifiche risorse economiche pubbliche, oltre quelle private, e risorse strumentali, tecnologiche, umane e professionali.

Il **comma 5** fornisce un'ulteriore declinazione rispetto all'istituto del budget di progetto prevedendo che, al fine di garantire interventi personalizzati, i responsabili dei servizi pubblici sanitari e socio-sanitari che intervengono ai sensi dell'articolo 26, comma 7, si avvalgono delle risorse complessivamente attivabili nei limiti delle destinazioni delle risorse umane, materiali, strumentali e finanziarie.

Per esempio, così come già accade oggi solo in alcuni sporadici casi, il dirigente di un servizio socio-sanitario potrebbe decidere di sovvenzionare una figura socio-sanitaria all'interno di un servizio che prevalentemente è socio-assistenziale per supportare la frequenza presso quest'ultimo di una persona che necessita anche di alcuni interventi socio-sanitari, evitando semmai di ricorrere ad un servizio tutto totalmente sanitario con un setting assistenziale nel complesso del tutto eccessivo. Per ulteriore esempio, si consideri il caso, di interventi domiciliari di cure infermieristiche e di assistenza (quali quelle di quotidiana somministrazione di flebo o di pulitura della PEG) unitamente a contestuali interventi di mera assistenza (di igiene e di sollevamento della persona dal letto) che potrebbero, secondo una specifica valutazione del caso, essere gestiti all'interno di un unico intervento di assistenza domiciliare integrata, trattandosi di prestazioni spesso inscindibili, evitando lo spaccettamento degli interventi e le duplicazioni di costi da parte di entrambi i comparti (sociale e sanitario). Pertanto, si lascia nella facoltà dei responsabili dei vari servizi e comparti, di costruire insieme in maniera flessibile un budget che riesca anche ad attivare servizi del tutto innovativi e non rientranti nel catalogo ordinario dei servizi per centrare le esigenze della persona con disabilità rilevate durante la valutazione multidimensionale e nella costruzione del progetto di vita e così realmente personalizzare il tutto. Al tempo stesso, occorre anche considerare che, a seconda delle esigenze dei casi concreti, si possa altresì costruire una parte di budget pure sommando le risorse a valere su fondi nazionali così come quelle a valere su fondi regionali o locali, senza prevedere a priori un'incompatibilità.

Si ricorda che comunque nell'utilizzare varie fonti di finanziamento occorre garantire che siano rispettati i criteri di accesso (per esempio, utilizzando risorse a valere



sul Fondo per il “durante, dopo di noi”, solo nel caso in cui la persona abbia la certificazione ex articolo 3, comma 3, della legge n. 112/2016). In ogni caso, i responsabili possono ricorrere in tale costruzione flessibile anche all’istituto dell’accomodamento ragionevole, secondo però i principi e i criteri propri di questo, ben declinati nell’articolo 18 del decreto legislativo, che introduce l’articolo 5-bis della legge n. 104/1992, nonché alle risorse proprie dell’istituto Fondo per l’implementazione dei progetti di cui all’articolo 33.

Il **comma 6** dell’articolo 28 prevede che il budget di progetto sia un elemento indefettibile del progetto di vita, anche nelle successive rimodulazioni, perché è lo strumento con cui, volta per volta, si dà effettiva attuazione allo stesso.

Il **comma 7** prevede, opportunamente ed in ossequio anche ad uno specifico criterio di delega, che la persona può conferire risorse proprie secondo un’esperienza già consolidata in tema di percorsi per il “durante, dopo di noi” (ai sensi della legge n. 112/2016), anche avvalendosi di supporti informali (ad esempio, il supporto della madre, del vicino, dell’associazione di volontariato).

Il **comma 8** prevede che la persona con disabilità possa La persona con disabilità può anche autogestire il budget con l’obbligo di rendicontare secondo quanto preventivamente previsto nel progetto, nel rispetto delle modalità, dei tempi, dei criteri e degli obblighi di comunicazione definiti con decreto dell’Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, della salute, del lavoro e delle politiche sociali, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data entrata in vigore del presente decreto.

Il comma 9, prevede che fermo restando quanto previsto dal comma 5, per le finalità di cui all’articolo 26, comma 6, il budget di progetto è impiegato senza le limitazioni imposte dall’offerta dei singoli servizi, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e dei relativi tetti di spesa statali e regionali a legislazione vigente per garantire prestazioni integrate e trasversali agli ambiti sociali e sanitario, e alle rispettive competenze.

L’**articolo 29** è dedicato ad una figura assolutamente rilevante per dare effettiva attuazione e concretezza al progetto individuale: il c.d. “*referente per l’attuazione del progetto individuale*”. Esso, infatti, secondo il **comma 1** dell’articolo, avrà il compito di curare la realizzazione del progetto e dare impulso all’avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni in esso previsti, assistere i referenti dei vari interventi o piani degli interventi anche al fine di assicurare il coordinamento tra tutti e curare il monitoraggio dell’andamento del progetto, valorizzando l’opinione della persona titolare del progetto in termini di qualità di vita. In tale ultima veste, tale referente dovrà raccogliere eventuali segnalazioni trasmesse da terzi (per esempio, amministratore di sostegno), ma soprattutto dovrà curare il costante dialogo con la persona con disabilità, con i suoi





familiari ed il caregiver, verificando eventuali necessità di intervento e, se del caso, richiedere la convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale onde rimodulare il progetto. Si dà atto che le Regioni possono intervenire in materia, disciplinando, semmai, ulteriori compiti del referente o individuando i relativi profili soggettivi.

**L'articolo 30** disciplina il coordinamento per l'integrazione delle programmazioni sociali e sanitarie nazionali e regionali.

In particolare, **al comma 1**, si prevede che le regioni sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali e delle verifiche dell'adeguatezza delle prestazioni rese, anche tenendo conto di quanto richiesto come risorse integrative a valere sul Fondo di cui all'articolo 31, co-programmano annualmente con gli enti del terzo settore gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi sociali e sanitari. Inoltre, ai sensi del **comma 2**, l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, ha il compito di promuovere annualmente il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali sociali e sanitarie in favore delle persone con disabilità, avvalendosi di un tavolo di confronto con il Ministero della salute, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, la Commissione Salute nell'ambito della Conferenza Stato Regione e le parti sociali e le organizzazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità. Al **comma 3** viene precisato che ai componenti il tavolo non spetta alcun tipo di emolumento o compenso.

**L'articolo 31** prevede, **al comma 1**, l'adozione del fondo per l'implementazione dei progetti di vita istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per il successivo trasferimento al bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri. La dotazione del Fondo è determinata in 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Peraltro, la dotazione è ripartita annualmente tra le Regioni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute e del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza Unificata (**comma 2**), sulla base della rilevazione, effettuata entro il 28 febbraio di ogni anno, dei fabbisogni inerenti all'implementazione di cui al comma 1 dei progetti di vita del territorio.

Con il medesimo decreto saranno stabilite le modalità di monitoraggio e di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni rese.

Il **comma 3** prevede che le risorse del surrichiamato Fondo sono integrative ed aggiuntive rispetto alle risorse già destinate a legislazione vigente per le persone con disabilità, che costituiscono comunque un limite di spesa per l'attuazione delle finalità



di cui al presente articolo, che confluiscono nel budget di progetto di cui all'articolo 28. Pertanto, tutte le pubbliche Amministrazioni dovranno continuare a garantire i servizi e le prestazioni già previste a legislazione vigente, dovendo questo fondo essere finalizzato all'attuazione di interventi innovativi per il territorio e flessibili rispetto alle ordinarie attività di offerta.

L'**articolo 32**, comma 1, stabilisce che le misure di formazione e affiancamento in favore dei vari soggetti coinvolti a vario titolo nelle unità di valutazione multidimensionale e dei servizi pubblici scolastici, della formazione superiore, sociali, sanitari e lavorativi per l'attuazione delle modalità di attività previste dagli articoli 24, 25, 26, 27, 28, e dei servizi 29, siano stabilite, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, con decreto dell'Autorità Politica delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, d'intesa con la Conferenza Unificata.

Nel **comma 2** si prevede che il surrichiamato decreto dovrà individuare:

- a) le iniziative formative di carattere nazionale congiunte per il personale dell'unità di valutazione multidimensionale, i servizi pubblici e per il Terzo Settore;
- b) trasferimenti di risorse alle regioni per formazione di carattere territoriale, previa predisposizione di un piano e conseguente attività di monitoraggio.

Il **comma 3** si prevede che agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si provveda nel limite di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 30 milioni per il 2025.

#### IV. Il Capo IV reca le disposizioni transitorie e finali

L'**articolo 33** prevede che tutto l'anno 2025 sia dedicato alla fase di sperimentazione della valutazione di base di cui al Capo II del presente decreto e del nuovo modello di valutazione multidimensionale e dell'elaborazione del progetto individuale con connesso budget di progetto di cui al Capo III del presente decreto.

Ciò al fine di verificare eventuali criticità a cui rispondere con il decreto correttivo da poter attuare entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore del decreto legislativo.

Nel **comma 1**, con riferimento alla valutazione di base, si prevede che il periodo di sperimentazione, decorrente dal 1° gennaio 2025, è individuato in dodici mesi, anche in previsione della possibilità di intervenire con un correttivo entro i successivi ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, nonché di testare ed eventualmente correggere il decreto attuativo di cui all'articolo 12.



Analoga sperimentazione è prevista al **comma 2** con riferimento alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita di cui al Capo III.

In particolare, per lo svolgimento delle attività di cui ai commi 1 e 2, risorse integrative ed aggiuntive rispetto alle risorse già destinate a legislazione vigente per sperimentare prestazioni e servizi personalizzati, che confluiscono nel budget di progetto di cui all'articolo 28.

In particolare, si prevede che siano definiti i criteri di individuazione dei territori entro cui attivare tale sperimentazione, indicando che la stessa debba svilupparsi considerando la differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia e la differenziazione dimensionale.

Il **comma 3**, con riferimento alla sperimentazione di cui al **comma 1**, prevede che con decreto, da adottare entro il 30 novembre 2024, su iniziativa del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS, sono definite le modalità e i soggetti coinvolti nonché l'assegnazione delle risorse ed il monitoraggio.

Il suddetto termine dà la possibilità di iniziare i lavori di elaborazione del decreto ministeriale sin dalla pubblicazione in gazzetta ufficiale del decreto legislativo, non ancorando invece l'inizio dei lavori alla data di entrata in vigore del decreto legislativo, che necessariamente è stato fissato per il 30 giugno 2024, in coerenza con la scadenza della relativa milestone del PNRR.

Il **comma 4**, con riferimento alla sperimentazione di cui al **comma 2**, prevede che, il decreto da adottare entro cinque mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, su iniziativa dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, 281, sono definite le modalità e i soggetti coinvolti nonché l'assegnazione delle risorse ed il monitoraggio.

Ai sensi del **comma 5** si prevede espressamente che trovano applicazione le disposizioni previgenti per le istanze di accertamento della condizione di disabilità, presentate nei territori coinvolti dalla sperimentazione entro la data del 31 dicembre 2024.

L'**articolo 34** reca le disposizioni di copertura finanziaria, per larga parte dedicate alla modifica del sistema determinata dall'introduzione del nuovo sistema uniprocedimentale e semplificato relativo alla valutazione di base e alle Commissioni che assolvono alle funzioni di Nuclei valutativi di base della condizione di disabilità.



In particolare, l'**articolo 35** disciplina il citato principio di non regressione e protegge i diritti acquisiti. Si tratta di una disposizione particolarmente rilevante perché ottempera in modo compiuto a quanto disposto dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 1) della legge di delegazione. La complessa opera di coordinamento normativo che segna l'esito dell'adozione del presente schema di decreto legislativo impone di regolare la salvaguardia dei livelli di protezione e tutela delle persone con disabilità sia nel quadro dei periodi intertemporali caratterizzati dal succedersi delle norme, sia nella prospettiva che, sul piano dell'effettività, le nuove disposizioni finiscano per ridurre le vie di accesso ai benefici e alle tutele di diritti fondamentali quali quelli che vengono in gioco con il nuovo statuto disciplinare della disabilità.

L'**articolo 36**, in attuazione dell'art. 2, comma 2, lettera d), è finalizzato a semplificare il procedimento di accertamento, integrando le finalità del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Sistema informativo unitario dei servizi sociali con quelle dirette alle valutazioni e accertamenti sanitari per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali.

In particolare, **comma 1**, prevede che le unità di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 24, trasmettono all'INPS, ai sensi dell'articolo 24, comma 5, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 il numero dei progetti di vita elaborati e la tipologia delle prestazioni individuate. Tale onere di comunicazione non è aggiuntivo dal momento che i Comuni e gli ambiti territoriali trasmettono già alcuni dati all'INPS.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, infatti, come previsto dall'art. 12, comma primo, del decreto-legge 18 ottobre 2012 n. 179, contiene l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale. Pertanto, l'accesso al FSE consentirebbe alla Commissione medica di ricostruire il quadro clinico in cui versa il richiedente prestazioni previdenziali e assistenziali senza che questi debba presentare particolare documentazione.

Il procedimento di accertamento risulterebbe, quindi, notevolmente semplificato, oltre che più trasparente. L'interessato, inoltre, concedendo l'autorizzazione all'accesso, avrebbe la certezza di aver rappresentato compiutamente la propria condizione psico-fisica, poiché il fascicolo contiene tutta la sua storia sanitaria. Le decisioni delle Commissioni sarebbero in tal modo più trasparenti, più corrette ed accurate. Infine, il potenziamento delle possibilità dell'accertamento agli atti avrebbe l'effetto naturale di riduzione dei tempi di definizione dei procedimenti di accertamento. Il diritto alla riservatezza potrebbe essere tutelato chiedendo comunque all'utente una preventiva autorizzazione all'accesso totale o parziale al FSE, ed esclusivamente per le finalità legate al riconoscimento di prestazioni previdenziali o assistenziali.

L'**articolo 37** individua le disposizioni abrogate per effetto del presente decreto.

L'**articolo 38** disciplina l'entrata in vigore delle disposizioni del presente decreto legislativo.



*Decreto legislativo recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".*

### **Relazione tecnica**

Lo schema di decreto legislativo è predisposto in attuazione della delega conferita al Governo ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità".

Le disposizioni intervengono negli ambiti individuati dall'articolo 1, comma 5, lettere a), b), c), d) e h) della citata legge n. 227 del 2021, relativi, in particolare: (i) all'accertamento della condizione di disabilità e alla revisione dei suoi processi valutativi di base; (ii) alla valutazione multidimensionale della disabilità e alla realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Ai fini di un corretto inquadramento, si rammenta che l'attuazione della riforma in materia di disabilità e l'adozione dei relativi decreti legislativi, in particolare quelli in esame sulla riforma della valutazione di base e della valutazione multidimensionale della disabilità, sono funzionali al conseguimento della Milestone M5C2-2, prevista nell'ambito della Missione 5 (Inclusione e coesione), Componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore), Riforma 1.1. (Legge quadro per le disabilità) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Il termine per il conseguimento della *milestone*, collegato all'adozione dei decreti in esame, è fissato al secondo trimestre dell'anno 2024.

Al riguardo, si segnala che in data 9 ottobre 2023 la Commissione europea, a seguito di interlocuzione avviata su richiesta dell'Ufficio legislativo del Ministro per le disabilità, per il tramite della competente Struttura di missione PNRR, ha confermato che la Milestone del 30 giugno 2024, collegata all'adozione dei decreti legislativi, è compatibile con il meccanismo di sperimentazione previsto dallo schema di decreto legislativo in esame, con il quale si stabilisce che talune disposizioni dello stesso acquisiscano efficacia in maniera progressiva, in considerazione della loro portata innovativa e della delicatezza della materia trattata.

Premesso quanto sopra, si procede alla relazione tecnica dei singoli articoli.

L'**articolo 1** del presente decreto individua le finalità dello stesso.

In particolare, le disposizioni del presente decreto sono finalizzate ad individuare l'ambito di intervento del provvedimento in esame, in ossequio alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 5 lettere a), b), c) d) e h) della legge delega 22 dicembre 2021, n. 227. Inoltre, viene indicato che l'impianto è coerente con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità fatta a New York il 13 dicembre 2006.

Dal tenore delle disposizioni in argomento emerge che trattasi di disposizioni di natura ordinamentale, che non determinano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.





Le disposizioni **dell'articolo 2** intervengono per garantire le corrette definizioni dei termini ricorrenti nel provvedimento; pertanto, non determinano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**L'articolo 3** attua il criterio di delega previsto dall'art. 2, comma 2, lett. b), numero 1, e modifica l'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, in conseguenza dall'inserimento del concetto di persona con disabilità quale fulcro per la legittimazione ai diritti.

Nel **primo comma** quindi si sostituisce la definizione di persona "handicappata" con quella di persona con disabilità, riprendendo la definizione di cui all'articolo 1 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, da accertare con la valutazione di base. Pertanto, nel presente articolo nasce l'esigenza di modificare anche i commi 2 e 3 della legge n. 104 del 1992, focalizzando l'attenzione non già sulla gravità della menomazione, ma sull'intensità di sostegni necessari per assicurare la partecipazione della persona nei contesti di vita su base di uguaglianza.

Al riguardo, si sottolinea, altresì, che la legge delega chiede all'articolo 2, comma 2, lett. b) n. 1) che, con la condizione di disabilità, si indichi la necessità di sostegno e i relativi grado di intensità (non parlandosi più di "handicap").

Al **comma 2**, novellando la disposizione originaria, si chiarisce che la persona può necessitare di sostegno o di sostegno intensivo. Al fine di individuare gli interventi in ragione delle effettive e concrete esigenze viene ulteriormente stabilito che la necessità di sostegno può essere lieve e medio; inoltre, si precisa che il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato.

La formulazione del **comma 3** è pienamente sovrapponibile alla disposizione di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 104 del 1992: da ciò consegue che il presupposto per il riconoscimento dei benefici e delle prestazioni (permessi lavorativi retribuiti, ecc.) è rimasto identico ovvero collegato alla riduzione dell'autonomia "personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione", che con la modifica in esame integra la condizione di sostegno intensivo.

Ne discende che la platea dei soggetti destinatari delle misure di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992 come riformulato dal presente decreto rimane identica a quella individuata in precedenza con riferimento alla condizione di "gravità dell'handicap".

A ciò si aggiunga, che nell'ambito delle macrocategorie del "sostegno" e del "sostegno intensivo", l'ulteriore graduazione interna, consente, nel rispetto del limite massimo consentito dalla categoria di riferimento, di calibrare la durata, la frequenza e la quantità delle prestazioni e benefici non standardizzati (in via esemplificativa è beneficio standardizzato il riconoscimento di tre giorni di permesso retribuito mensile; mentre ad esempio è un beneficio graduabile il contributo di assistenza educativa domiciliare). La graduazione interna consente, quindi, una più efficiente allocazione delle risorse pubbliche, evitando l'automatica erogazione massima delle prestazioni e benefici.



L'**articolo 4** determina la necessità di rivedere la terminologia utilizzata in materia di disabilità e, quindi, è insuscettibile di generare nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 5** reca le disposizioni volte a disciplinare le finalità, gli ambiti, i principi e gli effetti della valutazione di base, in ossequio all'art. 2, comma 2, lett. b), della legge delega.

Si interviene, in particolare, al **comma 1**, con una norma di natura "ricognitiva" in quanto volta a garantire che la valutazione di base è finalizzata al riconoscimento e all'accertamento delle specifiche condizioni di disabilità, nel rispetto delle diverse e specifiche leggi, che già garantiscono il relativo regime di riferimento. Il **comma 2** delinea l'ambito soggettivo di applicazione per la valutazione, escludendo le persone anziane non autosufficienti. Il **comma 3** indica i principi a cui si ispira, nel rispetto della legge delega, il procedimento di valutazione di base. Il **comma 4** prevede che il riconoscimento della condizione di disabilità determina l'acquisizione di una tutela proporzionata alla gradualità della disabilità stessa, con priorità per le disabilità che presentano necessità di sostegno intensivo e delle correlate prestazioni previste dalla legge, inclusi i sostegni volti a favorire l'inclusione scolastica e lavorativa. Tra le tutele contemplate, si annovera anche l'accomodamento ragionevole (vedasi successivo art. 17) e il diritto a richiedere l'attivazione del progetto di vita (vedasi successivo art. 18). Al riguardo, si segnala nessun effetto discende in relazione all'eventuale necessità di personale docente di sostegno, atteso che l'assegnazione delle ore di sostegno avviene in base al profilo di funzionamento/del debito di funzionamento che non viene modificato dal decreto in esame (si rinvia al D.m. 182 del 29.1.2020 adottato dal Ministero dell'istruzione di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e al D.m. 1° agosto 2023 n. 153).

Dal tenore delle disposizioni emerge che l'attuazione delle disposizioni esaminate, non determinano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'**articolo 6** è volto a disciplinare il procedimento per la valutazione di base.

In particolare, il **comma 1** prevede che l'iniziativa per la valutazione di base sia in capo al diretto interessato, all'esercente la responsabilità genitoriale, ovvero tutore o amministratore di sostegno dotato dei relativi poteri in sede di decreto di nomina ex all'art. 405 c.c. Il procedimento prevede altresì la trasmissione in via telematica del certificato introduttivo.

Trattasi di una norma di natura ordinamentale, che non innova per quanto attiene ai profili di natura finanziaria, pertanto è neutra finanziariamente.

Il **comma 2** prevede, nei soli casi individuati dal decreto interministeriale previsto dall'articolo 12, comma 2, lett. m), che l'istante possa richiedere, al momento della trasmissione del certificato medico introduttivo, di essere valutato sulla base degli atti raccolti.

In tale ipotesi, l'istante insieme alla richiesta di rinuncia agli atti trasmette l'intera documentazione compreso il WHODAS.



Al riguardo, si osserva che la disposizione non genera nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. La disposizione pone in capo al cittadino l'onere di produrre il Whodas preventivamente somministrato con eventuali costi a suo carico.

Il **comma 3** prevede la possibilità in capo all'istante di produrre ulteriore documentazione fino a sette giorni prima della data fissata per la visita.

Pertanto, la norma ha natura ordinamentale ed è priva di effetti per la finanza pubblica. La valutazione di base di svolge in un'unica seduta collegiale (**comma 5**) e in occasione della visita sarà somministrato il questionario WHODAS (**comma 4**). Le modalità di somministrazione saranno indicate da Inps, permettendo quindi all'Istituto di creare le migliori condizioni possibili per favorire la partecipazione diretta del richiedente.

La disposizione si limita a regolamentare il procedimento e, pertanto, non determina effetti finanziari immediati. Tuttavia, si segnala che la somministrazione del Whodas e gli eventuali costi collegati alla relativa somministrazione saranno analizzati in sede di esame della disposizione di cui all'art. 9, comma 3.

Il successivo **comma 6**, in un'ottica semplificatoria e di non aggravio del procedimento per la persona con disabilità, riconosce alla Commissione la possibilità di richiedere, nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o sia necessaria per il riconoscimento di una maggiore intensità di sostegni, un'integrazione documentale o di chiedere ulteriori approfondimenti diagnostici.

Il comma 6 ha natura ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Ai sensi del **comma 7**, la conclusione del procedimento valutativo è attestata da un certificato, che avrà nei casi individuati dal decreto di cui al successivo articolo 12, comma 2 lette. c) durata non limitata. Nel medesimo certificato saranno individuate le necessità e l'intensità dei sostegni, nonché nelle ipotesi previste da citato decreto il periodo di validità del medesimo certificato. E', inoltre, previsto che tale certificato verrà caricato ed acquisito sul fascicolo sanitario elettronico.

Il suddetto adempimento è privo di incidenza sugli oneri della finanza pubblica, potendosi al contrario ipotizzare un risparmio di spesa, connessa alla circostanza per cui l'organo accertatore non dovrà procedere all'invio in forma cartacea e nei confronti dell'interessato del verbale di accertamento, come avviene attualmente. Ed inoltre, si segnala che la disposizione attua la misura del PNRR Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3. Inoltre, si osserva che si tratta di un adempimento, a completamento della procedura valutativa di base, cui il soggetto accertatore unico INPS provvede con le risorse strumentali, umane e finanziarie disponibili e integrate ai sensi dell'articolo 34.

Il successivo **comma 8** risponde alle esigenze di semplificazione, tempestività e trasparenza del procedimento valutativo, quali principi declinati all'articolo 5, fissando un termine massimo, pari a novanta giorni decorrenti dalla ricezione del certificato medico introduttivo, entro il quale lo stesso procedimento deve concludersi. In considerazione della progressione delle patologie oncologiche, viene fatto salvo il termine di conclusione del procedimento valutativo di tali patologie fissato in quindici giorni. In coerenza con la possibilità di richiedere un'attività istruttoria integrativa ai sensi del comma 6, si stabilisce la sospensione, per sessanta giorni, prorogabili su richiesta, per ulteriori sessanta, del termine per il tempo necessario all'espletamento di



tale attività. Le modalità applicative ed operative del procedimento in argomento saranno definite con un successivo provvedimento dell'INPS - soggetto unico accertatore, da adottare nel termine di sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto (**comma 9**). Il termine di adozione del provvedimento da parte dell'INPS è stato individuato tenendo conto della circostanza che a far data dal 1° gennaio 2025 partirà la fase di sperimentazione della valutazione di base come stabilito dall'articolo 33.

Il **comma 10** conferma la permanenza in capo all'INPS delle funzioni relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità di cui all'art. 20, comma 4, del decreto legge n. 78 del 2009 convertito dalla legge n. 102 del 2009 e alle funzioni di erogazione di cui al d.lgs. 31 marzo 1998, n.112.

I commi 8, 9 e 10 hanno natura ordinamentale e sono privi di rilevanza finanziaria.

Le disposizioni di cui **all'articolo 7**, presentano un carattere "di specialità" collegato alla necessità di tener conto della gravità di particolari patologie.

Pertanto, le stesse prevedono la possibilità che si acceda tempestivamente alle prestazioni sociali e socio-sanitarie e alle misure di sostegno, prima che si sia concluso il processo di valutazione di base.

L'articolo prevede, inoltre, che, a tali prestazioni, le persone con le patologie determinanti gravi compromissioni funzionali previste dal decreto di cui all'articolo 12 possano accedere anche anticipatamente rispetto alla conclusione del procedimento valutativo di base, in forza di una richiesta formalizzata.

L'articolo si conclude con una clausola di salvaguardia volta a prevedere, comunque, la ripetibilità totale o parziale delle prestazioni e delle misure di sostegno, secondo la disciplina generale in materia, all'esito negativo della fase valutativa.

La disposizione non è suscettibile di produrre nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica dal momento che, per un verso si limita a prevedere l'anticipata erogazione dei benefici rispetto alla conclusione del procedimento valutativo (ciò in ossequio al principio generale della decorrenza dalla data della domanda). D'altra parte, subordina la definitiva acquisizione dei benefici alla conclusione del procedimento con l'accertamento positivo della condizione della disabilità, prevenendo per il caso contrario la ripetibilità totale o parziale di quanto indebitamente percepito.

**L'articolo 8** in esame reca al **comma 1** le disposizioni volte a disciplinare la procedura per la redazione del certificato medico introduttivo e la sua trasmissione all'INPS.

In primo luogo, la norma individua, al comma 1, la platea dei medici che possono rilasciare il certificato in questione, nonché gli specialisti ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale.

Segnatamente, si tratta dei medici delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dei centri di diagnosi e cura delle malattie rare che hanno già la presa in carico sanitaria della persona.

Viene inoltre previsto che possano procedere alla trasmissione del certificato medico introduttivo anche i medici in quiescenza iscritti all'albo o i liberi professionisti nonché



i medici delle cure primarie, gli specialisti ambulatoriali del SSN ed i medici in servizio presso strutture private accreditate, autorizzati dall'INPS.

Dai contenuti della disposizione emerge che la stessa non determina nuovi o maggiori per la finanza pubblica.

Al riguardo si precisa che, con riferimento alla prima categoria di soggetti (medici delle Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i centri di diagnosi e cura delle malattie rare) gli stessi devono rilasciare i certificati durante l'orario di servizio e nell'ambito dell'attività di presa in carico del paziente.

Con riferimento agli ulteriori soggetti autorizzati all'invio telematico (medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici in quiescenza, i liberi professionisti e i medici in servizio presso strutture private accreditate) si rappresenta che l'eventuale onere connesso alla richiesta di rilascio del certificato è a carico esclusivo del soggetto richiedente.

Il **comma 2** prevede che l'INPS, secondo le modalità indicate dal Ministero della salute verifichi il possesso della documentazione attestante l'avvenuta formazione in educazione continua in medicina in materia di classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o di promozione della salute o di accertamenti sanitari di base ovvero di prestazioni assistenziali, ai fini dell'individuazione dei medici di cui al secondo periodo del comma 1.

L'onere formativo è ad esclusivo carico del medico che intende essere autorizzato dall'INPS alla trasmissione dei certificati. Ne consegue, pertanto, che la disposizione non comporta alcun onere aggiuntivo per la finanza pubblica.

Il **comma 3**, quindi, indica il contenuto essenziale certificato medico introduttivo.

Il **comma 4** prevede che il medico certificatore riporti nel certificato l'eventuale elezione di domicilio dell'interessato, anche presso un patronato o una delle associazioni di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, ai fini delle ulteriori comunicazioni inerenti al procedimento per la valutazione di base.

Al fine della valutazione di base, il certificato medico introduttivo viene inserito, attraverso la trasmissione all'Inps, anche nel fascicolo sanitario elettronico (**comma 5**). Tale disposizione è finalizzata ad attuare il criterio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d) che prevede l'utilizzo di piattaforme informatiche, quali il fascicolo sanitario elettronico, per coadiuvare i processi valutativi.

I commi **3, 4 e 5** hanno natura ordinamentale e non determinano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'**articolo 9** disciplina la riconduzione dell'accertamento in capo ad INPS, come unico soggetto accertatore. Ciò comporta il superamento dell'ordinaria struttura bifasica degli accertamenti oggi ricompresi nella valutazione di base e che si sviluppano in una prima fase accertativa, innanzi alle Commissioni integrate ASL - INPS, e ad una verifica di secondo livello (sugli atti o con altra visita diretta) innanzi alla Commissione INPS.

Già con l'articolo 18 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, è stata riconosciuta la facoltà alle Regioni di delegare l'INPS per un accertamento in un'unica fase, anche per eliminare i costi delle Commissioni integrate sopra citate.



Quindi, in termini generali, la riforma in esame comporta una riduzione di costi per le spese specifiche connesse alle attività di accertamento già espletate dalle predette Commissioni. Occorre, però, allocare in capo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali risorse per assicurare al soggetto unico accertatore un'adeguata organizzazione funzionale all'ampliamento delle competenze a seguito del totale trasferimento delle competenze in capo all'Istituto.

Nel calcolare gli oneri si è tenuto conto dei dati forniti dall'INPS.

Tale incremento di risorse per l'INPS è determinato tenendo conto dei seguenti elementi:

- 1) il numero totale delle persone che chiedono l'invalidità civile e/o lo stato di handicap pari (inclusa una stima delle revisioni) a circa 1.750.000;
- 2) il numero delle domande relative agli anziani non autosufficienti è pari al 50%;
- 3) il numero dei componenti delle commissioni: per l'operatività di tali commissioni si ipotizza che esse operino con i due medici INPS, un professionista sanitario in rappresentanza delle associazioni di categoria e di una figura professionale appartenente all'area sociale o psicologica (4 componenti);
- 4) il numero annuo delle giornate lavorative per dipendente paria a 210;
- 5) numero di visite per giornata pari a 5,33 tenendo conto che la visita della commissione con somministrazione del questionario WHODAS impegna un'ora di lavoro dei componenti la commissione e che nel 6,56% dei casi (6,47% per l'anno 2021 e 6,65% per l'anno 2022) sono riferite ai minori per i quali non è prevista la somministrazione del questionario;
- 6) si stima che il personale impegnato attualmente nell'espletamento delle funzioni sanitarie dell'Istituto è dedicato per il 30% a funzioni previdenziali;
- 7) il restante 70% del personale si occupa degli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile sia degli anziani non autosufficienti che degli altri soggetti interessati dal presente decreto, ragionevolmente in pari misura;
- 8) si stima un fabbisogno di personale sanitario pari al 20% del personale medico;
- 9) si stima un fabbisogno di personale amministrativo pari al 13% del personale medico.

Rispetto a tali elementi l'Inps ha proceduto al calcolo del personale necessario all'espletamento della nuova competenza della valutazione di base in termini di personale medico, di figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali, di personale sanitario e di personale amministrativo di supporto. Dal personale necessario per assicurare la funzione, tenendo conto del personale attualmente previsto nel fabbisogno sostenibile (PIAO 2023-2025) non impegnato in altre funzioni, si determina il personale da assumere a tempo indeterminato in deroga alle vigenti facoltà assunzionali con conseguente incremento della dotazione organica del medesimo Istituto.

Con specifico riferimento al personale medico si precisa che a legislazione vigente l'attività è assicurata con 728 unità di medici dipendenti (a 36 ore settimanali) cui si aggiungono 701 medici convenzionati (a 35 ore settimanali). Il totale dei medici disponibili è pertanto pari a 1.410 medici impegnati in attività di 36 ore settimanali. Tenendo conto delle complessive attività della funzione medica si stima, sulla base delle ipotesi di cui ai precedenti punti 6 e 7 (30% dei medici si occupa delle funzioni previdenziali e del restante 70% metà si occupa della disabilità degli anziani non





autosufficienti), un numero di medici potenzialmente destinabili alla funzione di accertamento unico pari a 781 unità. Le unità di personale medico necessario all'espletamento della funzione sono calcolate pari a 1.562 derivante dal rapporto del numero delle visite da assicurare nell'anno 875 mila e il numero delle visite potenzialmente effettuabili da ciascun medico in un anno (210 per 5,33) moltiplicato per due (numero di medici in commissione).

Nella tabella seguente sono quantificate le spese derivanti dalle assunzioni in esame: in particolare, le immissioni in ruolo avverranno a decorrere dal mese di novembre dell'anno 2024 (primo scaglione di personale pari a 424 unità) e dell'anno 2025 (a completamento del contingente di personale pari 1.707 unità), in relazione ai tempi tecnici necessari per l'espletamento delle previste procedure concorsuali.

	Medici	figura professionale aree psicologiche e sociali	Personale sanitario	Personale amministrativo	Totale
Personale necessario per assicurare la valutazione di base	1.562	781	312	203	
Personale attualmente previsto nel fabbisogno sostenibile per l'invalidità civile	493	-	173	61	
Personale ad incremento limiti facoltà assunzionali	1.069	781	139	142	
Costo unitario personale inclusi oneri riflessi (in euro)	148.035,65	53.786,97	53.786,97	53.786,97	
<b>Totale spesa (in euro)</b>	<b>158.250.109,85</b>	<b>42.007.623,57</b>	<b>7.476.388,83</b>	<b>7.637.749,74</b>	<b>215.371.871,99</b>

Il costo annuo lordo dei Funzionari e dei Medici di I livello è riportato nelle varie componenti della retribuzione nelle tabelle che seguono.

Spese	Spese per il personale sanitario (I livello)	Spese per il personale amministrativo (I livello)	Spese per il personale sanitario (II livello)	Spese per il personale amministrativo (II livello)	Spese per il personale sanitario (III livello)	Spese per il personale amministrativo (III livello)	Spese per il personale sanitario (IV livello)	Spese per il personale amministrativo (IV livello)	Spese per il personale sanitario (V livello)	Spese per il personale amministrativo (V livello)	Totale
Spese per il personale sanitario (I livello)	1.069	781	312	203							
Spese per il personale amministrativo (I livello)											
Spese per il personale sanitario (II livello)											
Spese per il personale amministrativo (II livello)											
Spese per il personale sanitario (III livello)											
Spese per il personale amministrativo (III livello)											
Spese per il personale sanitario (IV livello)											
Spese per il personale amministrativo (IV livello)											
Spese per il personale sanitario (V livello)											
Spese per il personale amministrativo (V livello)											
<b>Totale</b>	<b>1.069</b>	<b>781</b>	<b>312</b>	<b>203</b>							

Pertanto, a regime il personale Inps deve essere incrementato di complessive 2.131 unità così ripartite: 1.069 unità di medici; 920 Funzionari sanitari delle aree psicologiche e sociali; 142 Funzionari amministrativi.

A ciò si deve aggiungere il costo dei professionisti sanitari in rappresentanza delle associazioni di categoria pari circa a € 32.810.000, calcolando un costo giornaliero di € 200 per ciascuna delle giornate di espletamento della visita in un anno (come da delibera



del CdA dell'Inps n. 102 del 06.07.2022). I professionisti in esame sono pagati dall'Inps sulla base di uno schema di contratto tra Inps e professionisti sanitari in rappresentanza delle associazioni di categoria e da queste ultime individuati.

Al riguardo si precisa che in relazione al periodo di sperimentazione di un anno a decorrere dal 1° gennaio 2025, disciplinata dall'articolo 33 del presente decreto, si è ipotizzato un impiego di personale dipendente e di professionisti sanitari in rappresentanza delle associazioni di categoria pari a un quinto del totale in ragione del ridotto ambito territoriale che sarà coperto dalla sperimentazione, ipotizzabile nel 20 per cento dell'intero territorio nazionale. A tal fine, una parte delle assunzioni deve essere disposta in anticipo rispetto alla condizione di regime, ed in particolare, nell'arco del 2024 devono essere assunti 213 unità di medici, 183 Funzionari sanitari e delle aree psicologiche e sociali e 28 Funzionari amministrativi. Considerato il tempo necessario all'inserimento dei nuovi assunti si ipotizza che per far fronte alla sperimentazione il personale necessario per il 2025 venga assunto a novembre 2024. Per lo stesso motivo il restante personale dovrà entrare in servizio a partire da novembre 2025.

Di seguito si riporta la previsione degli effetti finanziari.

Prospetto oneri annui (in milioni di euro)

Anno	oneri personale Inps	oneri professionisti associazioni	Totale oneri
2024	-7.146.775		-7.146.775
2025	-71.629.183	-6.600.000	-78.229.183
dal 2026	-215.371.872	-32.800.000	-248.171.872

Nella tabella seguente sono riportate le spese relative all'espletamento delle procedure concorsuali e le spese di funzionamento.

Altre Spese	Spese concorso anno 2024
Spese concorso e funzionamento	2.086.768,50

	Spese di funzionamento
2024	396.486,02
2025	1.625.592,66
dal 2026	198.243,01



Di seguito gli effetti finanziari complessivi

Prospetto oneri annui (in milioni di euro)

Anno	oneri personale Inps	oneri professionisti associazioni	Totale oneri
2024	-9.630.031		-9.630.031
2025	-73.254.776	-6.600.000	-79.854.776
dal 2026	-215.570.116	-32.800.000	-248.370.116

Nel comma 3 della disposizione novellata è previsto, tra l'altro, che il richiedente l'accertamento possa farsi assistere da un medico di propria fiducia con oneri a proprio carico. Ne consegue, pertanto, che la disposizione non produce, con riferimento al comma 3, effetti finanziari per la finanza pubblica.

Il comma 4 prevede che l'INPS possa, sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente, stipulare specifiche convenzioni con le Regioni per avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base.

**L'articolo 10** prevede che il riconoscimento della condizione di disabilità scaturisce dalla valutazione di base.

La disposizione prevede che il procedimento valutativo si sviluppa attraverso attività volte a: verificare quanto accertato nel certificato medico introduttivo; verificare se le compromissioni siano durature e determinino una riduzione nel funzionamento della persona soprattutto rispetto ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentale agli atti di vita quotidiana, tali da determinare la necessità di un sostegno continuo. L'accertamento operato è preordinato anche al fine del riconoscimento delle attuali provvidenze economiche inerenti all'indennità di accompagnamento. A tale procedimento consegue, quindi, non solo l'accertamento della condizione di disabilità ma anche l'individuazione, per fasce, della significatività delle necessità di sostegno per supportare le azioni della persona nei domini dell'attività e di partecipazione.

La disposizione, pertanto, ha natura ordinamentale e si profila priva di rilevanza economica sulla finanza pubblica.

**L'articolo 11** prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, nella valutazione di base è utilizzata la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* approvata dalla 54<sup>a</sup> Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima dell'entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità. La medesima norma, nel rispetto dei criteri previsti dalla legge delega, prevede che l'ICF è applicata congiuntamente all'ultima versione della Classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità (ICD).



Dal tenore della disposizione emerge che la stessa non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'**articolo 12** reca la disciplina dell'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità, previsto dal citato decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992. Pertanto, la disposizione è insuscettibile di generare nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 13** risponde all'esigenza di semplificazione delle procedure conseguenti all'accertamento di base. In particolare, il comma 1 attribuisce al certificato trasmesso effetti pienamente sostitutivi di ogni altra domanda o certificazione volti al conseguimento di prestazioni sociali e socio-assistenziali. La disposizione, in quanto diretta ad assegnare una particolare funzione al certificato che attesta la condizione di disabilità non è suscettibile di generare oneri a carico della finanza pubblica. Al contrario, tale nuova disciplina comporterà un "risparmio di oneri" per i cittadini che non dovranno inoltrare alcuna domanda per accedere ai benefici connessi al riconoscimento della condizione di disabilità. In ordine alla neutralità finanziaria, analizzata dal punto di vista dell'INPS, si richiama quanto detto in relazione all'articolo 6, comma 7.

L'**articolo 14**, in coerenza con le precedenti previsioni e facendo salvo il diritto di ogni persona con disabilità di ottenere una nuova valutazione, sancisce che i sopravvenuti fattori che elevino il bisogno per più intensi sostegni, anche laddove incidente sull'accertata condizione di disabilità, debbano essere presi in considerazione in sede di valutazione multidimensionale, che è diretta a progettare, prevedere e calibrare i sostegni da erogare. E' evidente, quindi, che la norma ha carattere procedimentale in quanto finalizzata a disciplinare la situazione in cui dovessero manifestarsi nuove compromissioni o altri fattori che incidano sulla condizione stessa di disabilità o sulla necessità di sostegno. Da ciò consegue che dalla stessa non possano derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 15** reca la disciplina e gli obblighi di informazione che sono finalizzati a sviluppare la piena capacitazione della persona con disabilità e, quindi, non produce alcun onere (commi 1 e 4). A seguito dell'attività informativa di cui al **comma 1**, i soggetti interessati hanno la facoltà di richiedere alla commissione, al fine di attivare il procedimento per l'elaborazione del progetto di vita, di trasmettere il certificato al comune di residenza (**comma 2**). In relazione a tale trasmissione, si osserva che si tratta di un adempimento non incidente in via significativa sul carico di lavoro e pertanto ad esso la commissione provvede con le risorse strumentali, umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente. Il **comma 3** prevede che tale comunicazione integri la presentazione dell'istanza di avvio del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita individuale. Anche tale previsione realizza la *ratio* di semplificazione amministrativa sottesa all'intero decreto perseguita nell'obiettivo di supportare le persone con disabilità nell'accesso ai propri diritti: la disposizione, pertanto, non genera



nuovi oneri a carico della finanza pubblica, risolvendosi, in realtà, in un risparmio di spesa a favore dei cittadini.

L'**articolo 16** dispone che l'INPS provveda garantire l'interoperabilità delle banche dati esistenti alimentate da dati che hanno riguardo, a qualunque titolo, ad uno o più elementi del procedimento unitario di valutazione di base, nonché dai dati, dalle comunicazioni e dalle informazioni relativi alla conclusione del procedimento stesso. In considerazione della clausola finanziaria di cui al comma 3, l'INPS provvederà con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. L'INPS considerate le attività già espletate e gli oneri sostenuti per la gestione della attuale configurazione delle procedure assicura di poter provvedere all'attuazione del presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 17** disciplina, in coerenza con la previsione di cui all'art. 2 della Convenzione ONU, l'accomodamento ragionevole quale tutela riconosciuta nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisce, secondo una condizione di uguaglianza con gli altri cittadini, l'esercizio effettivo e tempestivo dei diritti civili e sociali.

All'accomodamento ragionevole si deve ricorrere esclusivamente in via residuale e allorquando la suddetta tutela non è in concreto pienamente esercitabile. È evidente che le modifiche e gli adattamenti adottati in conseguenza dell'accomodamento ragionevole rappresentano un *minus* rispetto a quelle misure che dovrebbero essere adottate per assicurare alle persone con disabilità, in condizione di uguaglianza con gli altri cittadini, l'esercizio effettivo e tempestivo dei diritti civili e sociali. Pertanto, la disposizione non appare suscettibile di generare oneri aggiuntivi rispetto a quelli necessari, a legislazione vigente, per garantire il pieno esercizio del diritto riconosciuto a tutti i cittadini.

In ogni caso, è stato precisato che i soggetti tenuti provvedano a individuare le misure di accomodamento ragionevole tenuto conto, e nei limiti, delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente.

L'**articolo 18** apre il Capo III dello schema di decreto legislativo recante "valutazione multidimensionale e progetto di vita individuale personalizzato e partecipato". Il **comma 1** della disposizione prevede che il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, deve essere garantito indipendentemente dall'età, dalle condizioni personali e sociali. La norma individua altresì nella persona con disabilità il soggetto titolare del progetto di vita che può richiederne l'attivazione e concorrere alla determinazione dei suoi contenuti, anche con il supporto di chi ne cura gli interessi (**comma 2**). Nei **commi 3 e 4**, vengono anticipati gli obiettivi e il contenuto generale del progetto di vita. All'interno di esso devono trovare risposta i bisogni e le aspirazioni della persona con disabilità, facilitando l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita, e individuando per qualità, quantità e intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli



volti a supportare la persona nei diversi ambiti di vita, anche eliminando eventuali ostacoli.

Ai sensi del **comma 5** il progetto di vita deve essere sostenibile nel tempo ovvero garantire continuità degli strumenti, delle risorse, degli interventi, dei benefici, delle prestazioni, dei servizi e degli accomodamenti ragionevoli necessari.

Con riguardo agli effetti sul fronte della finanza pubblica, si evidenzia che la predisposizione di un progetto individuale per realizzare la piena inclusione delle persone con disabilità nei vari ambiti della vita è già prevista e demandata, a legislazione vigente, ai comuni, che devono operare d'intesa con le aziende sanitarie locali, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328. La medesima legge n. 328 del 2000, all'articolo 22, comma 2, lettera f), qualifica gli interventi per la piena integrazione delle persone con disabilità attraverso il progetto di vita individuale quale "livello essenziale delle prestazioni sociali". La norma ha, dunque, carattere ordinamentale, insuscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**L'articolo 19** prevede che il progetto di vita assicuri il coordinamento tra i piani di intervento definiti per ogni singolo contesto di vita (**comma 1**), nonché l'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito della valutazione multidimensionale, attraverso la definizione congiunta e contestuale degli interventi da attivare (**comma 2**). La disposizione risponde all'esigenza di evitare che il progetto di vita si risolva nella semplice sommatoria di piani potenzialmente non comunicanti o incompatibili tra loro. Allo stesso modo, garantendo l'integrazione e il coordinamento tra i diversi piani di intervento, nel rispetto delle competenze dei diversi livelli di governo, il progetto di vita supera il fenomeno delle sovrapposizioni e delle duplicazioni tra i vari programmi e interventi di sostegno. Nella medesima ottica si pone la disposizione di cui all'articolo 19, comma 3, dello schema di decreto legislativo che fa salva la specificità dei piani di intervento di cui all'articolo 39, comma 2, lettere l-bis) e l -ter), della legge 5 febbraio 1992, n. 104, fermo restando la necessità di un loro coordinamento, sulla base delle valutazioni dell'unità di valutazione multidimensionale, al fine di evitare una duplicazione degli interventi finanziati.

L'esplicitazione dei principi di coordinamento, di contestualità e di integrazione degli interventi non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e, anzi, potrà auspicabilmente generare economie di bilancio, prudenzialmente non considerate in questa sede, arginando la frammentazione dei servizi e delle misure e gli elevati costi che da essa derivano in termini di inefficienza.

Il **comma 4** della disposizione, nel prevedere che restano salvi i sostegni, i servizi e i piani di intervento attivati prima dell'elaborazione del progetto di vita con l'eventuale aggiornamento degli stessi, dà attuazione allo specifico criterio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lettera h), n. 1, della legge n. 227 del 2021. La norma non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica, limitandosi a garantire la continuità e l'aggiornamento, sulla base delle risultanze del progetto di vita, di interventi già programmati e finanziati a legislazione vigente.





**L'articolo 20, al comma 1**, include la libertà di scelta sul luogo di abitazione e la domiciliarità delle cure - salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità degli interventi o la qualità specialistica necessaria - tra i principi che devono orientare la predisposizione del progetto di vita. La norma è insuscettibile di determinare effetti dal punto di vista finanziario, limitandosi a ribadire principi già vigenti e tutelati a normativa esistente. Al riguardo, si richiamano, in particolare, l'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, firmata a New York il 13 dicembre 2006, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, che tutela appunto il diritto alla "vita indipendente" delle persone con disabilità, anche con riguardo al diritto di "scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza", nonché l'articolo 21, comma 4, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", ai sensi del quale: "nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali". Dall'affermazione rafforzata dei suddetti principi potrebbero derivare risparmi, soprattutto in conseguenza dei processi di deistituzionalizzazione e di prevenzione dell'istituzionalizzazione stessa, che tuttavia si è ritenuto prudenzialmente di non considerare in questa sede.

Il **comma 2** dell'articolo 20 è volto ad assicurare la continuità dei sostegni, degli interventi e delle prestazioni individuati dal progetto di vita in caso di modifiche del luogo di abitazione della persona con disabilità, tenendo conto in ogni caso della specificità del nuovo contesto di vita. Anche questa disposizione è neutra dal punto di vista finanziario in quanto il limite alle soluzioni individuabili sarà rappresentato dalle risorse del budget di progetto.

**L'articolo 21** riconosce il principio dell'autodeterminazione e della partecipazione attiva della persona con disabilità nel percorso della valutazione multidimensionale e nella redazione del progetto di vita. La previsione è stata formulata recependo e tenendo conto delle indicazioni già utilizzate dalle unità di valutazione multidimensionale per i percorsi per il "durante, dopo di noi", secondo quanto disposto dagli articoli 2 e 3 D.M. 23.11.2016. In via esemplificativa, tra gli strumenti possono utilizzarsi linguaggio easy to read, metodo Pecs per comunicazione con immagini; tra le strategie, quella diretta a far provare le opzioni tra cui scegliere, in quanto molte persone con disabilità hanno esperienze limitate e quindi quando si chiede loro di scegliere tendenzialmente indirizzano la loro scelta verso ciò che già conoscono. L'adozione di tali metodi e strategie non ha particolare impatto in termini di costi organizzativi sul procedimento di valutazione multidimensionale e redazione del progetto di vita. Tuttavia, in via prudenziale, la norma è stata corredata da specifica clausola d'invarianza.

**L'articolo 22, comma 1**, dà attuazione ai principi sopra richiamati, riconoscendo alla persona con disabilità la possibilità di farsi supportare da un'altra persona che faciliti



l'espressione delle sue scelte e l'acquisizione della piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili con il progetto di vita. Il comma 2 della disposizione fa salva la possibilità che la persona di cui al comma 1 possa essere individuata tra i componenti dell'unità di valutazione multidimensionale. Con riguardo ai profili finanziari, si rappresenta che il dovere di agevolare l'espressione dei bisogni della persona con disabilità rientra già tra i compiti basilari che le unità di valutazione multidimensionale sono chiamati ad assolvere, in osservanza a quanto disposto dal citato articolo 19 della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità. In questo senso si pone anche l'articolo 3, comma 1, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 23 novembre 2016, recante "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016", ai sensi del quale: "nel rispetto dell'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ed in particolare, del comma 1, lettera a), gli interventi e i servizi di cui al presente articolo sono proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta". Allo stesso modo, non dovrebbero essere ipotizzabili oneri nel caso in cui la persona con disabilità individui la persona deputata a supportarla nell'espressione delle sue scelte nell'esercente la responsabilità genitoriale oppure nelle figure di protezione giuridica (tutore e amministratore di sostegno). Nel primo caso, la funzione genitoriale reca in sé - tra gli altri - il dovere in parola, nel secondo caso, fermo restando che il compito rientra nei doveri individuati nei relativi provvedimenti di nomina, eventuali istanze saranno inoltrate al giudice tutelare, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Tuttavia, in via prudenziale, viene precisato che eventuali oneri sono a carico della persona con disabilità. L'unico profilo innovativo introdotto dalla norma, ossia quello di poter nominare una persona esterna all'unità di valutazione multidimensionale, non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica, in quanto, in questo caso, il corrispettivo eventualmente spettante a tale persona ricade in capo al soggetto privato che decide di avvalersene. La disposizione, pertanto, presenta carattere di neutralità finanziaria.

**L'articolo 23** disciplina l'avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita. Il **comma 1** non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto si limita a descrivere le modalità con le quali può essere presentata l'istanza da parte del cittadino. Il **comma 2** prevede che l'istanza può essere presentata presso il comune di residenza ovvero presso il Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di comunità di riferimento, ferma restando la possibilità per le regioni di individuare ulteriori punti di ricezione dell'istanza. La norma non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto si limita a indicare le sedi presso le quali l'istanza può essere presentata dalla persona con disabilità, rimanendo ferma l'autonomia delle amministrazioni nell'individuazione della struttura concretamente deputata all'attivazione del progetto di vita. Struttura che deve già esistere a normativa vigente per ottemperare a quanto previsto dall'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328.



Il **comma 3** prevede che la persona con disabilità possa allegare all'istanza una proposta di progetto di vita. La disposizione non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in ragione della sua natura meramente procedimentale e in ragione del fatto che la presentazione di una "proposta di progetto di vita" potrebbe agevolare il lavoro dell'unità di valutazione multidimensionale tenuta alla sua elaborazione.

I **commi 4 e 5** disciplinano la fase di avvio del procedimento amministrativo, mentre il comma 6 prevede che la persona con disabilità possa rinunciare all'istanza o al progetto di vita, anche successivamente alla sua definizione. Le disposizioni sono prive di impatto dal punto di vista finanziario in ragione del loro carattere procedimentale. Peraltro, gli adempimenti connessi all'avvio del procedimento amministrativo sarebbero comunque dovuti all'utente, ai sensi di quanto previsto dalla legge 7 agosto 1990, n. 241.

L'**articolo 24**, al **comma 1**, individua nell'unità di valutazione multidimensionale il gruppo di lavoro competente all'elaborazione del progetto di vita. I **commi 2 e 3** della disposizione disciplinano la composizione dell'unità di valutazione multidimensionale, elencando rispettivamente i componenti necessari ed eventuali della stessa. In particolare, sono componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale: (i) la persona con disabilità; (ii) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, nonché il tutore o l'amministratore di sostegno se dotati di poteri; (iii) la persona eventualmente individuata dalla persona con disabilità per facilitare l'espressione delle scelte e la comprensione delle misure del progetto di vita; (iv) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali; (v) uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda sanitaria o dal distretto sanitario con il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria; (vi) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, come già previsto dalla norma medesima. Accanto ai componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale, il **comma 3** della disposizione consente la partecipazione di componenti eventuali, su richiesta della persona con disabilità, la cui funzione è quella di arricchire il portato collaborativo alla valutazione.

La norma non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Quanto ai componenti necessari, infatti, si evidenzia come, ai sensi del citato articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, il progetto di vita deve essere predisposto dai comuni, in qualità di titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, "d'intesa con aziende unità sanitarie locali" e deve comprendere "oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale". La predisposizione di un progetto di vita nel rispetto delle prescrizioni citate richiede già oggi, imprescindibilmente, la costituzione di una unità che può essere definita di "valutazione



multidimensionale” e che comprenda almeno la partecipazione, oltre che della persona con disabilità e dei suoi rappresentanti, di “un operatore dei servizi sociali territoriali” (lato comune) e di un “professionista designato dal distretto” (lato azienda sanitaria). L’unico profilo innovativo della disposizione è quello di esplicitare il riferimento all’unità di valutazione multidimensionale, ma si tratta di una precisazione che rimane sul piano ordinamentale, insuscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Con riferimento ai componenti eventuali dell’unità di valutazione multidimensionale, il comma 3 dell’articolo 24 ha cura di precisare che la loro partecipazione avviene senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Al riguardo, si rappresenta che la tabella seguente (che prende in considerazione tutte le regioni tranne le due Province Autonome) dimostra che sia i Punti Unici di accesso o comunque di primo contatto con la persona che vuole attivare un piano personalizzato di vario tipo (dopo di noi, di vita, ecc.), sia le unità di valutazione multidimensionali, sia i responsabili che devono seguire l'attuazione del progetto personalizzato (del dopo di noi, del PAI per la non autosufficienza, ecc.) esistono. Tuttavia, la mancanza di coordinamento delle relative attività crea un effetto moltiplicatore di oneri amministrativi, spese e anche disallineamenti e sovrapposizione di interventi che, incidono, riducendola sulla loro stessa efficacia.

Regione	Disciplina principale sui PUA	Disciplina principale sulle UVM	Disciplina principale su Case manager
Abruzzo	D.C.A. n. 107/2013 D.G.R. n. 149/2023	D.C.A. n. 107/2013 D.G.R. n. 149/2023 D.G.R. n. 589/2021	D.C.A. n. 107/2013 D.G.R. n. 149/2023
Basilicata	L.R. n. 4/2007 D.G.R. n. 778/2017	L.R. n. 4/2007 DGR 783/2022 D.G.R. n. 778/2017	L.R. n. 4/2007 D.G.R. n. 778/2017
Calabria	L.R. n. 23/2003 D.G.R. n. 43/2023	L.R. n. 23/2003 D.G.R. n. 43/2023 D.G.R. n. 55/2023 D.G.R. n. 59/2023	L.R. n. 23/2003 D.G.R. n. 43/2023 D.G.R. n. 59/2023
Campania	L.R. n. 11/2007 D.G.R. n. 790/2012	L.R. n. 11/2007 D.G.R. n. 41/2011	L.R. n. 11/2007 D.G.R. n. 41/2011
Emilia Romagna	D.G.R. n. 130/2021	D.G.R. n. 1206/2007	D.G.R. n. 1206/2007



		D.G.R. n. 1230/2008 D.G.R. n. 130/2021	D.G.R. n. 1230/2008 D.G.R. n. 130/2021
Friuli Venezia Giulia	L.R. n. 16/2022 D.G.R. n. 2042/2022	L.R. n. 22/2019 D.G.R. n. 549/2023 D.P. n. 7/2015	D.P. n. 7/2015 L.R. n. 16/2022 D.G.R. n. 549/2023
Lazio	L.R. n. 11/2016 D.G.R. n. 1/2019 D.C.A. n. 431/2012 D.G.R. n. 315/2011	L.R. n. 11/2016 D.G.R. n. 1/2019 D.C.A. n. 431/2012 D.G.R. n. 341/2021	L.R. n. 11/2016 D.G.R. n. 341/2021 D.G.R. n. 249/2023
Liguria	L.R. n. 12/2006	L.R. n. 12/2006 D.G.R. n. 446/2015 D.G.R. n. 253/2021	L.R. n. 12/2006 D.G.R. n. 446/2015 D.G.R. n. 253/2021
Lombardia	D.G.R. n. 7751/2022 D.G.R. n. XI/6760/2022	L.R. n. 3/2008 L.R. n. 5/2022 D.G.R. n. 7751/2022 D.G.R. n. XI/6760/2022 D.G.R. n. 275/2023	DGR n. 4138/2020 D.G.R. n. 275/2023
Marche	D.G.R. n. 111/2015 D.G.R. n. 107/2020 D.G.R. n. 709/2023	D.G.R. n. 709/2023 D.G.R. n. 733/2021 D.G.R. n. 1028/2021	D.G.R. n. 733/2021
Molise	D.G.R. n. 447/2017	D.G.R. n. 447/2017 D.G.R. n. 13/2021 D.G.R. n. 431/2023	D.G.R. n. 447/2017 D.G.R. n. 13/2021 D.G.R. n. 431/2023
Piemonte	D.G.R. n. 55-9323 /2008	D.G.R. n. 26-13680/2010 D.G.R. n. 47-5478/ 2017	D.G.R. n. 47-5478/ 2017
Puglia	L.R. n. 19/2006 R.R. n. 4/2007	L.R. Puglia n. 19/2006 R.R. n. 4/2007	L.R. Puglia n. 19/2006 R.R. n. 4/2007



	D.G.R. n. 691/2011	D.G.R. n. 691/2011	
Sardegna	L.R. n. 23/2005 D.G.R. n. 5/39/2022 D.G.R. n. 63/12/2020	L.R. n. 23/2005 D.G.R. n. 5/39/2022 D.G.R. n. 63/12/2020	L.R. n. 23/2005 D.G.R. n. 5/39/2022 D.G.R. n. 63/12/2020
Sicilia	D.P.G.R. 26/01/2011	D.P.G.R. 26/01/2011  Decreto Assessore Sanità 1/8/2005  Decreto Assessore Famiglia 2727/2017	D.P.G.R. 26/01/2011  Decreto Assessore Famiglia 2727/2017
Toscana	D.G.R. n. 1449/2017 D.G.R. n. 1508/2022	L.R. n. 66/2008 D.G.R. n. 1449/2017 D.G.R. n. 1642/2019	L.R. n. 66/2008 D.G.R. n. 1449/2017 D.G.R. n. 1642/2019
Umbria	L.R. n. 11/2015 D.G.R. n. 409/2023	D.G.R. n. 230/2009	L.R. n. 11/2015
Valle d'Aosta	D.G.R. n. 629-630/2023	Art. 8 L.R. n. 14/2008	L.R. n. 14/2008
Veneto	D.G.R. n. 256/2023 D.G.R. n. 1247/2016	D.G.R. n. 256/2013 D.G.R. n. 4588/2007	D.G.R. n. 256/2023

I **commi 4 e 5** dell'articolo 24 prevedono che le regioni programmino le modalità di riordino e di riunificazione delle attività attualmente svolte dalle unità di valutazione multidimensionale costituite nel relativo territorio, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni richiesti dalle singole discipline e di quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in materia di PUA nonché dei principi di razionalizzazione, efficienza e co-programmazione con gli enti del terzo settore.

Il **comma 6** prevede che le regioni stabiliscano le modalità con le quali, nel caso di predisposizione del progetto di vita, le unità di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 18 marzo 2017, n. 65, e le unità di valutazione multidimensionale operanti presso le Case di comunità di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, volte a definire i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, si coordinino, con possibilità anche di riunificazione, con le unità di valutazione di cui al comma 1 per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno.





La finalità di tali disposizioni è quella di promuovere un coordinamento tra le diverse unità di valutazione multidimensionale esistenti a livello locale, al fine di superare la frammentazione e, sovente, la duplicazione delle valutazioni, degli accertamenti e delle prestazioni riconosciute all'esito di essi. A titolo esemplificativo, una persona con disturbo dello spettro autistico a basso funzionamento può trovarsi a dover effettuare una valutazione per l'accertamento della disabilità gravissima e il riconoscimento dei connessi benefici da parte dell'unità di valutazione multidimensionale prevista dalla programmazione della non autosufficienza; una valutazione multidimensionale per l'attivazione delle misure previste dalla legge n. 112 del 2016 (c.d. legge sul dopo di noi); nonché una ulteriore valutazione multidimensionale, prevista dall'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, per l'attivazione di un programma riabilitativo individuale. La parcellizzazione delle valutazioni per l'accesso a prestazioni connesse è fonte di disagi per la persona con disabilità, costretta a visite ripetute e almeno in parte inutili, e di inefficienza per le amministrazioni, con il rischio anche di erogare prestazioni sovrapposte o incompatibili che non sono realmente funzionali, nel loro complesso, ai bisogni e alle esigenze di inclusione della persona con disabilità. Il modello proposto dall'articolo 24, commi da 4 a 6, dello schema di decreto legislativo si propone di superare le descritte criticità, disciplinando la possibilità di una valutazione onnicomprensiva, che possa consentire, cioè, di valutare in una sede unica quello che altrimenti dovrebbe continuare ad essere valutato per compartimenti, in maniera coerente con la struttura di contenitore del progetto di vita. L'operazione di semplificazione e di razionalizzazione delle procedure produrrà, ad ogni evidenza, risparmi di spesa che in questa sede, cautelativamente, non vengono quantificati. Con particolare riguardo al comma 4 dell'articolo in commento, si precisa che lo stesso non riconosce nuove prestazioni o nuovi trasferimenti monetari, ma opera semplicemente una ricognizione dei compiti e delle attività che vengono svolti, a legislazione vigente, dalle unità di valutazione multidimensionale già esistenti e operanti a livello di ambito, nell'ottica di una progressiva riunificazione di detti compiti e attività all'interno dell'unità di valutazione multidimensionale di cui al comma 1, competente all'elaborazione del progetto di vita. In quanto norma meramente ricognitiva, volta a promuovere un più efficiente coordinamento delle attività che già vengono svolte dalle unità di valutazione multidimensionale, ai sensi delle norme richiamate dal medesimo comma 4, lettere da a) a e), alla stessa non possono essere imputati nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Ai sensi del comma 7, l'attuazione delle disposizioni del presente articolo avviene nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**L'articolo 25** disciplina il procedimento della valutazione multidimensionale da svolgere tenendo conto delle indicazioni dell'ICD e dell'ICF, coerentemente con i principi e con i criteri direttivi della citata legge delega n. 227 del 2021. La natura procedimentale delle disposizioni ne evidenzia il carattere ordinamentale e neutrale dal punto di vista finanziario, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 32 per quello che concerne la formazione e le misure di formazione.



L'**articolo 26** disciplina la forma e i contenuti essenziali del progetto di vita, la cui predisposizione deve avvenire (cfr. il **comma 1** della norma in analisi) sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale. Il **comma 2** prevede che la proposta di progetto di vita eventualmente presentata dalla persona con disabilità debba essere valutata dall'unità di valutazione multidimensionale che ne verifica l'adeguatezza e l'appropriatezza e, contestualmente, definisce il *budget* utile.

Sul piano dei contenuti, il **comma 3** prevede che il progetto di vita indichi e integri al suo interno, in particolare e tra l'altro: gli obiettivi della persona con disabilità risultanti all'esito della valutazione multidimensionale; gli interventi individuati nelle diverse aree; i servizi, le misure e gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita, incluse le prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017; i piani operativi e specifici individualizzati delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto; gli operatori e le altre figure coinvolti nella fornitura dei sostegni; la nomina del referente per l'attuazione del progetto; la programmazione dei tempi e delle modalità delle verifiche periodiche al fine di controllare l'adeguatezza e delle prestazione rese relativamente agli obiettivi; il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche pubbliche e private, già presenti o attivabili, che compongono il budget di progetto. Ai sensi del **comma 4**, il progetto di vita deve altresì definire le sfere di competenza e le attribuzioni di ciascun soggetto attuatore. I **commi 5 e 6** prevedono, rispettivamente, che il progetto di vita sia soggetto ad aggiornamento, anche su richiesta della persona con disabilità, e che le prestazioni e i servizi da strutturare nell'ambito di esso possano assumere contenuto personalizzato. Sul piano formale, il **comma 7** stabilisce che il progetto di vita sia redatto in formato accessibile e approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e interventi previsti e da attivare in seno al progetto, nonché dalla persona con disabilità secondo le proprie capacità comunicative. Il **comma 8** prevede che il progetto di vita ha efficacia dal momento della sottoscrizione, ferme restando le possibilità di modifica anche su istanza di parte e di verifiche.

Con riguardo agli effetti sul fronte della finanza pubblica, si ribadisce che la predisposizione di un progetto individuale per la piena inclusione delle persone con disabilità e l'attuazione degli interventi in esso previsti costituiscono già oggi, a legislazione vigente, diritti della persona con disabilità che le unità di offerta del territorio sono tenute a garantire, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi del combinato disposto degli articoli 14 e 22 della citata legge n. 328 del 2000.

Il legislatore delegato, nel riformare la disciplina del progetto di vita, ha comunque considerato che le nuove previsioni garantiscono un livello di tutele più elevato per le persone con disabilità e potranno condurre all'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni ulteriori che attualmente non sono contemplati negli ordinari schemi di offerta, con conseguente incremento degli oneri a carico dei soggetti attuatori. Per assicurare la copertura di tali oneri, sostenendo l'elaborazione dei progetti di vita nel rispetto della nuova disciplina, lo schema di decreto legislativo ha quindi istituito un "Fondo per l'implementazione dei progetti di vita", per la cui illustrazione si rinvia a quanto si dirà nel prosieguo, con riferimento all'articolo 31. Per quanto concerne la ricognizione



puntuale delle risorse e degli istituti disponibili a legislazione vigente che possono concorrere al finanziamento degli interventi previsti nel progetto di vita si rinvia al commento dell'articolo 28.

L'**articolo 27** garantisce l'attuazione del progetto di vita, anche in caso di variazione del contesto territoriale e di vita della persona con disabilità e di continuità anche nell'età anziana. In tale ottica, la disposizione precisa che il progetto di vita – che tiene conto proprio del funzionamento della persona nei vari specifici ambienti e contesti – è rimodulato al variare di questi, garantendo, in ogni caso un livello di organizzazione e di prestazioni non inferiori a quelli inizialmente previsti. La previsione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza della pubblica, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 31.

L'**articolo 28** reca la disciplina del *budget* di progetto. Lo strumento, ai sensi del **comma 1**, è costituito dall'insieme delle risorse che, in modo integrato, sostengono l'attuazione del progetto stesso. Il **comma 2** richiama, nella predisposizione del *budget* di progetto, i principi della co-programmazione e della co-progettazione già previsti, in via generale, dall'articolo 55 del codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 e nell'ambito delle relative risorse disponibili.

Il **comma 3** assicura che il *budget* di progetto abbia la necessaria flessibilità e dinamicità nella gestione delle risorse. Ciò al fine di integrare, ricomporre, riconvertire l'utilizzo di risorse pubbliche, private ed europee nell'attuazione del progetto di vita.

Il **comma 4** contiene l'indicazione delle risorse pubbliche che possono concorrere, in modo integrato e per quanto di competenza, alla formazione del budget di progetto. In particolare, vengono richiamati, tra gli altri:

- il Fondo di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che, con una dotazione strutturale pari ad euro 913.600.000 per il 2024, ad euro 914.185.000 euro per il 2025 ed a euro 961.000.000 per il 2026, concorre agli interventi per la disabilità, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e in proporzione alle destinazioni individuate in sede di programmazione regionale per interventi a favore delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima, in misura tendenzialmente pari a circa il 38% del Fondo medesimo;
- il Fondo di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112, la cui intera dotazione è destinata agli interventi per la disabilità (con una dotazione strutturale pari ad euro 72.295.000,00 per il 2024 e 2025 ed euro 73.330.996,00 annui a decorrere dal 2026);
- il Fondo di cui all'articolo 1, comma 254, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, la cui dotazione strutturale è pari a 25,8 milioni di euro e. In relazione a tale fondo viene adottato un piano di riparto in favore delle regioni.
- il Fondo di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537 con una quota per la disabilità pari a 8 milioni di euro.

Si precisa che l'elencazione di cui sopra non ha natura tassativa, rimanendo ferma la facoltà delle amministrazioni, nell'ambito delle rispettive competenze, di attingere a risorse ulteriori, qualora disponibili e utilizzabili, nel rispetto della relativa destinazione



e programmazione, per il finanziamento di prestazioni previste nel progetto di vita. In ogni caso, l'utilizzo delle risorse non deve pregiudicare il finanziamento di interventi già previsti ed autorizzati a legislazione vigente. In questa prospettiva, l'articolo 28, comma 4, dello schema di decreto precisa che al *budget* di progetto concorrono in modo integrato le risorse pubbliche, nei limiti previsti a legislazione vigente.

Le disposizioni in esame non incidono sulla valutazione di capienza già effettuata, a normativa vigente, in relazione a ciascuno dei citati fondi. A valere su di essi, infatti, continueranno ad essere finanziati i medesimi interventi e prestazioni che sono già finanziati a legislazione vigente, ancorché da ora in avanti in modo coordinato e razionalizzato. Per le prestazioni ulteriori che saranno eventualmente attivate, invece, potranno essere attinte risorse da altri fondi pubblici tra cui Fondo per l'implementazione dei progetti di vita per il quale si rinvia al commento dell'articolo 31, ovvero risorse private eventualmente disponibili.

Il **comma 5** introduce una precisazione rispetto alla partecipazione alla costruzione del budget di progetto da parte dei dirigenti sanitari e socio-sanitari che devono indicare l'apporto nell'ambito delle risorse complessivamente attivabili in ambito sanitario e nel limite della relativa destinazione.

I **commi 6 e 7** ribadiscono, rispettivamente, che il budget di progetto costituisce parte integrante del progetto di vita e che la persona con disabilità può partecipare volontariamente alla costruzione del *budget* di progetto e può provvedere al conferimento all'interno dello stesso di risorse proprie. Ai sensi del **comma 8**, la persona con disabilità può anche autogestire il *budget* con obbligo però di rendicontare, in questo caso, secondo quanto preventivamente previsto nel progetto, nel rispetto delle modalità, dei tempi, dei criteri e degli obblighi di comunicazione definiti con decreto dell'Autorità delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, della salute, del lavoro e delle politiche sociali, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le disposizioni non sono suscettibili di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 29, comma 1**, demanda alle regioni l'individuazione del profilo soggettivo del referente per l'attuazione del progetto di vita nonché i relativi compiti. Il **comma 2** della disposizione elenca i compiti che, in ogni caso, devono essere assegnati al referente dalle norme regionali. Come evidenziato nella tabella allegata a commento dell'articolo 24 in relazione alle unità di valutazione multidimensionale, le regioni prevedono una figura, definita *case manager*. Pertanto, la disposizione in esame non ha carattere innovativo ma delinea semplicemente un nuovo modello operativo di funzioni già esistenti: pertanto, dalla disposizione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. In ogni caso, il comma 2, quindi, precisa che all'attuazione della disposizione si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

L'**articolo 30, comma 1**, prevede che le regioni, sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali e delle verifiche dell'adeguatezza delle



prestazioni resi, anche tenendo conto di quanto richiesto come risorse integrative a valere sul fondo di cui all'articolo 31, co-programmino annualmente con gli enti del Terzo settore gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi sociali e sanitari. Il **comma 2** della disposizione assegna all'autorità politica delegata in materia di disabilità, il compito di promuovere annualmente il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali sociali e sanitarie in favore delle persone con disabilità, attraverso un tavolo di confronto con il Ministero della salute, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, la Commissione salute nell'ambito della Conferenza Stato-Regione e le parti sociali e le organizzazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità. Ai componenti del suindicato tavolo non spettano non sono riconosciuti emolumenti, compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o indennità comunque denominati.

**L'articolo 31**, comma 1, istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita con una dotazione di 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, il cui stanziamento è trasferito al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri. Il comma 2 demanda a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza unificata, il riparto tra le Regioni delle risorse del Fondo. Il comma 3 chiarisce che le risorse del Fondo sono integrative e aggiuntive rispetto a quelle già destinate a legislazione vigente al finanziamento delle prestazioni e dei servizi in favore delle persone con disabilità che confluiscono nel budget di progetto. Esso, concorre alla copertura dei costi necessari per l'attivazione delle prestazioni incluse nel progetto di vita solamente in via residuale ed eccezionale, segnatamente per il finanziamento di quelle prestazioni che, per natura o caratteristiche, non possono essere finanziate a valere sui fondi citati dall'articolo 28, comma 4.

In ogni caso, la dotazione del Fondo per l'implementazione dei progetti di vita è da intendersi quale limite massimo della spesa cui concorre lo Stato, in relazione alle finalità del fondo medesimo.

**L'articolo 32**, comma 1, prevede che l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto il Ministro della salute e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, stabilisca, con decreto, le misure per la formazione delle unità di valutazione multidimensionale e dei servizi pubblici scolastici, sociali, sanitari e lavorativi. Ai sensi del comma 2, il decreto definisce, in particolare: a) iniziative formative di carattere nazionale congiunte per il personale dell'unità di valutazione multidimensionale, i servizi pubblici e per il Terzo Settore; b) trasferimenti di risorse alle regioni per formazione di carattere territoriale, previa predisposizione di un piano, e relativa attività di monitoraggio. Per l'attuazione della formazione, il comma 3 della disposizione prevede uno stanziamento di 20 milioni di euro per l'anno 2024 e di 30 milioni di euro per l'anno 2025 che costituisce limite massimo di spesa.



Con specifico riguardo al profilo dell'idoneità del costo, si rappresenta che nel 2020 la formazione finanziata dalla Regione Lombardia per la formazione inerente ai soli progetti per il "durante, dopo di noi" (e non anche quelli per i progetti di vita per i minori, i progetti per la non autosufficienza, per la vita indipendente, ecc.), quando già erano a regime da anni, è stata pari a 400.000 euro. L'onere in questione, peraltro, era riferito alla sola formazione di operatori sociali e non anche del personale indicato dall'articolo 32, comma 2. In considerazione della platea più ampia di soggetti da formare e della più ampia latitudine contenutistica della formazione medesima si è stimato che, per la formazione in una regione come la Lombardia, la formazione territoriale necessita di circa 3 milioni di euro. Di conseguenza, in virtù del fatto che la regione Lombardia copre circa 1/6 della popolazione italiana, si dovrebbero allocare tra le regioni per la formazione di livello territoriale 18 milioni di euro nel corso del 2024, finanziando invece formazione di livello nazionale (video, campagne di comunicazione, webinar, pubblicazioni) 2 milioni di euro.

Nel 2025 stante anche la possibilità di dover fare un richiamo di formazione rispetto anche agli esiti rilevati durante la fase di sperimentazione, si finanziano 10 milioni in più rispetto all'anno precedente.

Alla copertura dell'onere derivante dalla disposizione si provvede ai sensi dell'articolo 34.

**L'articolo 33**, al fine di assicurare progressività e gradualità nell'implementazione della riforma, prevede una procedura di sperimentazione del nuovo modello di valutazione di base e multidimensionale e di elaborazione del progetto di vita, della durata di dodici mesi, a partire dal 1° gennaio 2025. Ciò anche al fine di intercettare eventuali criticità a cui rispondere con il decreto correttivo che, ai sensi della legge delega, può essere adottato entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo. I **commi 1 e 2** della norma definiscono i criteri di individuazione dei territori entro cui attivare la sperimentazione, valorizzando la differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia e la differenziazione dimensionale. Per gli oneri relativi alla fase di sperimentazione prevista dal comma 1 si rinvia al commento dell'articolo 9, comma 7.

I **commi 3 e 4** demandano a un decreto dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità l'individuazione delle modalità e dei soggetti coinvolti per la procedura di sperimentazione. La norma nella parte in cui prevede l'adozione del decreto ha carattere ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Per lo svolgimento delle attività di sperimentazione relative alla valutazione multidimensionale, nel richiamare quanto esposto in relazione all'articolo 31, si precisa che lo stanziamento di 25 milioni di euro è per l'anno 2025.

L'**articolo 34** reca le disposizioni di copertura finanziaria, per larga parte dedicate alla modifica del sistema determinata dall'introduzione del nuovo sistema uni procedimentale e semplificato relativo alla valutazione di base e alle Commissioni che assolvono alle funzioni di Unità valutative di base della condizione di disabilità.

Tanto premesso, si precisa che:





- per l'anno 2024 l'onere complessivo è pari a 29.630.031 euro;
- per l'anno 2025 l'onere complessivo è pari a 134.854.776 euro;
- a decorrere dall'anno 2026 l'onere complessivo è pari a 273.370.116 euro annui.

Tanto detto in ordine alla quantificazione degli oneri, va precisato che l'articolo 1 comma 330 della legge 160/2019 è stato previsto che: "Al fine di dare attuazione a interventi in materia di disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali è istituito un fondo denominato «Fondo per la disabilità e la non autosufficienza», con una dotazione pari a 29 milioni di euro per l'anno 2020, a 200 milioni di euro per l'anno 2021 e a 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022. Con appositi provvedimenti normativi, nei limiti delle risorse di cui al primo periodo, che costituiscono il relativo limite di spesa, si provvede a dare attuazione agli interventi ivi previsti."

L'articolo 1 comma 178 della Legge n. 234/ 2021 ha previsto che "Il Fondo per la disabilità e la non autosufficienza di cui all'articolo 1, comma 330, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2022 è denominato « Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità» ed è trasferito presso lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di dare attuazione a interventi legislativi in materia di disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità di competenza dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità. A tal fine, il predetto Fondo è incrementato di 50 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2023 al 2026."

La quantificazione degli oneri tiene conto del meccanismo dell'erogazione anticipata delle prestazioni di cui all'articolo 7.

Agli oneri sopra evidenziati, quindi, si provvede mediante le risorse di cui all'articolo 1, comma 330, della legge 27 dicembre 2019, n.160 relative al Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità (capitolo 3088- Missione 13.1.3 e 10.1.2) iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

**L'articolo 35** disciplina il citato principio di non regressione e protegge i diritti già acquisiti precedentemente all'attivazione della procedura di sperimentazione, ovvero anteriormente alla data del 1° gennaio 2025. Pertanto, la disposizione non genera alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

**L'articolo 36** al comma 1 prevede che le unità di valutazione multidimensionali di cui all'articolo 24 trasmettono all'INPS, ai sensi dell'articolo 24, comma 5, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 il numero dei progetti di vita elaborati e la tipologia delle prestazioni individuate. Tale onere di comunicazione non è aggiuntivo dal momento che i Comuni e gli ambiti territoriali trasmettono già alcuni dati all'INPS. La norma pertanto ha genera nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il comma 2 estende le finalità del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali, previste dall'art. 12, comma 2, del decreto-Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, anche alle valutazioni e accertamenti sanitari per il riconoscimento di prestazioni



assistenziali e previdenziali, consentendo l'accesso al FSE ai membri delle Commissioni mediche preposte alla verifica dei presupposti sanitari per il riconoscimento di tali prestazioni. La norma pertanto ha carattere ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**L'articolo 37** individua le norme abrogate. La norma, pertanto, ha carattere ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

**L'articolo 38** disciplina l'entrata in vigore del decreto. La norma, pertanto, ha carattere ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.





*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

**VERIFICA DELLA RELAZIONE TECNICA**

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito Positivo.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Firmato digitalmente



## ANALISI TECNICO-NORMATIVA (A.T.N.)

**Amministrazione proponente:** Ministro per le disabilità

**Titolo:** *Decreto legislativo recante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.*

**Referente del Ministro per le disabilità:** Ufficio legislativo

### PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

#### **1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di governo.**

Il provvedimento in esame è volto a dare seguito a quanto indicato nella legge 22 dicembre 2021, n. 227 Recante “Delega al Governo in materia di disabilità”, emanata in attuazione anche della Riforma 1.1. della Missione 5 Componente 2 del PNRR e anche per dar seguito alle indicazioni della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Il PNRR ha previsto, al fine del rispetto della milestone, l'entrata in vigore della legge delega in materia di disabilità entro il 31 dicembre 2021 e l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi entro la fine del secondo trimestre dell'anno 2024. Pertanto, nel rispetto della prima scadenza, è stata approvata la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante “Delega al Governo in materia di disabilità”. L'articolo 1, comma 1, della citata legge n. 227 del 2021, come modificato dall'articolo 1, comma 5, della legge n. 14 del 2023, ha fissato al 15 marzo 2024 il termine per l'adozione dei decreti legislativi.

Lo schema di decreto legislativo attua la delega contenuta nell'articolo 2, comma 2, lettere a), b), c) d) e h) della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

In particolare, il decreto prevede l'adozione della definizione della condizione di disabilità, prevede la riunificazione e la semplificazione degli accertamenti esistenti (tra cui quello per l'accertamento dell'invaliderà civile, dell'handicap e della disabilità ai fini lavorativi) entro una definizione omnicomprensiva di condizione di disabilità e disciplina la diversa valutazione multidimensionale della disabilità per la realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, entro il quale individuare i supporti e coordinarli per lo sviluppo unitario del percorso di vita.

Il provvedimento in esame determina l'introduzione di un nuovo sistema uni-procedimentale e semplificato preordinato alla valutazione di base che incide, altresì, sulla composizione delle Commissioni che assolvono alle funzioni di Unità di valutazione della condizione di disabilità.

Di particolare importanza e di impatto è la previsione dell'istituto dell'accomodamento ragionevole, del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e della valutazione multidimensionale, che trovano la loro cittadinanza nelle disposizioni contenute nella legge delega e che trovano nel presente decreto concreta attuazione

#### **2) Analisi del quadro normativo nazionale.**

Il quadro normativo relativo alla norma in commento risulta essere il seguente:

- 
- Costituzione articoli 2, 3, 32, 38 e 117



- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con legge 3 marzo 2009, n. 18 e in particolare gli articoli 1, 2, 3, 5 e 19;
- Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021– 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 final, del 3 marzo 2021
- Legge 3 marzo 2009, n. 18
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227 – Art 2, comma 2, lett. a), b), c) d) e h);
- Legge 26 maggio 1970, n. 381, recante “Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti.”;
- Legge 27 maggio 1970, n. 382, recante “Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili.”;
- Decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, recante “Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili”, convertito, con modificazioni, con la legge 30 marzo 1971, n. 118;
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18 recante la disciplina sull’“Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili”;
- Legge 21 novembre 1988, n. 508, recante “Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti”;
- Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi
- Legge 11 ottobre 1990, n. 289, recante “Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un’indennità di frequenza per i minori invalidi”;
- Legge 15 ottobre 1990, n. 295, recante “Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti.”;
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.
- Legge 12 marzo 1999, n. 68, recante “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”;
- Legge 3 aprile 2001, n. 138, recante “Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici”;
- Decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante “Misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione.”, convertito con modificazioni dalla legge 9 marzo 2006, n. 80;
- Legge 24 giugno 2010, n. 107, recante “Misure per il riconoscimento dei diritti alle persone sordocieche.”;
- Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante “Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107.” ed in particolare l’articolo 5 che, tra l’altro, disciplina le commissioni mediche incaricate di effettuare l’accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica e apporta modifiche alla citata legge n. 104 del 1992;
- Legge 23 marzo 2023, n. 33, recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

### **3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e i regolamenti vigenti.**

L'intervento normativo prevede la definizione della condizione di disabilità, la previsione del procedimento di valutazione di base e dell'istituto dell'accomodamento ragionevole, del progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato e della valutazione multidimensionale. Il provvedimento in esame incide sulle previsioni della legge 5 febbraio 1992 n. 104 e sul decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante “Provvedimenti anticrisi,



nonché proroga termini”, convertito, con modificazioni, con la legge 3 agosto 2009, n. 102, recante “,

In particolare, nell’articolo 37 del presente decreto sono elencate le disposizioni abrogate per effetto dell’entrata in vigore della nuova disciplina normativa.

**4) *Analisi della compatibilità dell’intervento con i principi costituzionali***

Non si ravvisano profili di incompatibilità con i principi costituzionali.

**5) *Analisi delle compatibilità dell’intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.***

Non si ravvisano profili di incompatibilità.

**6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza sanciti dall’articolo 118, primo comma, della Costituzione.***

Il decreto legislativo in oggetto è compatibile con i suddetti principi.

**7) *Verifica dell’assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.***

Non si ravvisano criticità.

**8) *Verifica dell’esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all’esame del Parlamento e relativo stato dell’iter.***

Non risultano iniziative all’esame del Parlamento concernenti la medesima materia.

**9) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo progetto.***

Non risultano orientamenti prevalenti della giurisprudenza ovvero giudizi di costituzionalità pendenti.

**PARTE II. CONTESTO NORMATIVO COMUNITARIO E INTERNAZIONALE**

**10) *Analisi della compatibilità dell’intervento con l’ordinamento comunitario.***

Il provvedimento legislativo è pienamente compatibile con l’ordinamento europeo.

**11) *Verifica dell’esistenza di procedure d’infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.***

Non vi sono procedure di infrazione.

**12) *Analisi della compatibilità dell’intervento con gli obblighi internazionali.***

L’intervento normativo è pienamente compatibile con gli obblighi internazionali.

**13) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia dell’Unione europea sul medesimo o analogo oggetto.***

Non risultano giudizi pendenti dinanzi alla Corte di Giustizia europea nelle medesime materie.

**14) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell’uomo sul medesimo o analogo oggetto.***

Non risultano giudizi pendenti innanzi alla Corte europea dei diritti dell’uomo sui medesimi o analoghi oggetti.





**15) Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea.**

Non vi sono indicazioni in merito.

**PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO**

**1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.**

L'articolo 2 del decreto contiene, in attuazione delle previsioni della legge delega le definizioni del concetto di disabilità, di condizione di disabilità, di persona con disabilità, di duratura compromissione, del profilo di funzionamento, dell'accomodamento ragionevole, della valutazione di base, della valutazione multidimensionale, del progetto di vita, dei domini della qualità di vita.

L'esigenza di adottare un nuovo impianto definitorio risponde all'esigenza di dare piena attuazione ai principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, firmata a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18 in coerenza con i principi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021 – 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) final, del 3 marzo 2021.

Le disposizioni incidono sul precedente impianto normativo in un'ottica di semplificazione e razionalizzazione delle previsioni normative ed, al fine di rendere coerenti le stesse con il sistema attualmente vigente, è prevista una fase di sperimentazione a decorrere dal 1 gennaio 2025 e per un periodo di dodici mesi, preordinata ad assicurare, tra l'altro, il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento volta all'applicazione provvisoria e a campione della normativa in esame.

Nonché, al fine di realizzare la piena attuazione delle disposizioni in esame, sono previste delle misure di formazione dell'unità di valutazione multidimensionale da adottare con decreto dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministero della salute e del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la conferenza unificata.

**2) Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi.**

La verifica è stata effettuata con esito positivo.

**3) Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.**

L'intervento fa ricorso alla tecnica della novella legislativa.

**4) Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.**

Non risultano effetti abrogativi impliciti.

**5) Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.**

Il provvedimento in esame non contiene disposizioni aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica.

**6) Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.**



Non risultano deleghe aperte sul medesimo oggetto.

**7) *Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruenza dei termini previsti per la loro adozione.***

Il decreto in esame richiede l'adozione di decreti attuativi e, in particolare, le disposizioni sono le seguenti:

**Articolo 11, comma 1**

L'articolo 11, comma 1, prevede che, con decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, del lavoro e delle politiche sociali e l'Autorità delegata in materia di disabilità, previa intesa in Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome siano adottati gli ulteriori aggiornamenti di recepimento della Classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità (ICD)

**Articolo 12, comma 1.**

All'articolo 12, comma 1, è previsto l'adozione di un decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito l'Inps, da emanarsi entro cinque mesi dall'entrata in vigore del presente decreto legislativo, con cui si provvede, sulla base delle classificazioni ICD e ICF, e in conformità con la definizione di disabilità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), dello schema di decreto in argomento con cui si provvede all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992.

**Articolo 32, commi 1 e 2**

L'articolo 32 prevede che, con decreto dell'Autorità Politica delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministero della salute e del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, 281, sono stabilite le misure di formazione delle unità di valutazione multidimensionale e dei servizi pubblici scolastici, sociali, sanitari e lavorativi per l'attuazione delle modalità di attività previste dagli articoli 24, 25, 26, 27, 28 e 29. In particolare, il decreto dovrà definire le iniziative formative di carattere nazionale e i trasferimenti di risorse alle regioni per la formazione regionale nonché l'attività di monitoraggio delle stesse.

**Articolo 33, comma 3**

La disposizione prevede che le modalità ed i soggetti coinvolti nella procedura di sperimentazione prevista al comma 1 del presente articolo, siano stabiliti con decreto da adottare entro cinque mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su iniziativa del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome, sentito l'Inps.

**Articolo 33, comma 4**

La disposizione prevede che le modalità ed i soggetti coinvolti nella procedura di sperimentazione prevista al comma 2 del presente articolo prevede che, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute e del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, 281, siano individuate le risorse relative al Fondo per l'implementazione dei progetti di vita nonché le modalità di monitoraggio e di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni rese.

**8) *Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con***



*correlata indicazione nella relazione economico-finanziaria della sostenibilità dei relativi costi.*

Non sono stati utilizzati dati e riferimenti statistici e non si ravvisa la necessità di commissionare elaborazioni statistiche.



## **ANALISI DELL'IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (A.I.R.)**

(Allegato 2 della direttiva del P.C.M. in data 16 febbraio 2018 – G.U. 10 aprile 2018, n. 83)

**Provvedimento:** Decreto legislativo recante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

**Amministrazione competente:** Presidenza del Consiglio -Ministro le disabilità

**Referente del Ministero per le disabilità:** Ufficio legislativo, dottoressa Carmela Chiara Palermo  
0667792449

### **SINTESI DELL'AIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI**

La presente relazione riassume il percorso logico – giuridico seguito nel corso dell'istruttoria normativa che ha portato alla stesura del decreto in esame, con riguardo agli effetti che tale provvedimento potrebbe determinare sull'accertamento della condizione di disabilità e sull'erogazione dei connessi benefici e sostegni.

Il provvedimento in esame è volto a dare seguito a quanto indicato nella legge 22 dicembre 2021, n. 227 Recante “Delega al Governo in materia di disabilità”, emanata in attuazione anche della Riforma 1.1. della Missione 5 Componente 2 del PNRR e anche per dar seguito alle indicazioni della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Il PNRR ha previsto, al fine del rispetto della milestone, l'entrata in vigore della legge delega in materia di disabilità entro il 31 dicembre 2021 e l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi entro la fine del secondo trimestre dell'anno 2024. Pertanto, nel rispetto della prima scadenza, è stata approvata la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante “Delega al Governo in materia di disabilità”. L'articolo 1, comma 1, della citata legge n. 227 del 2021, come modificato dall'articolo 1, comma 5, della legge n. 14 del 2023, ha fissato al 15 marzo 2024 il termine per l'adozione dei decreti legislativi.

Lo schema di decreto legislativo attua la delega contenuta nell'articolo 2, comma 2, lettere a), b), c), d) e h) della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

In particolare:

la lett. a) prevede l'adozione della definizione della condizione di disabilità;

la lett. b) prevede la riunificazione e la semplificazione degli accertamenti esistenti (tra cui quello per l'accertamento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità ai fini lavorativi) entro una definizione omnicomprensiva di condizione di disabilità, secondo quanto previsto dalla lettera a) del medesimo comma 2.

La successiva lettera c) disciplina la diversa valutazione multidimensionale per la realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, entro il quale individuare i supporti, i sostegni e coordinarli per lo sviluppo unitario del percorso di vita.

Pertanto, il provvedimento in esame determina, in primo luogo, l'introduzione di un nuovo sistema uniprocedimentale e semplificato preordinato alla valutazione di base che incide, altresì, sulla composizione delle Commissioni che assolvono alle funzioni di Unità di valutazione di base della condizione di disabilità. Di particolare importanza e di impatto è la previsione dell'istituto dell'accomodamento ragionevole, che, previsto nella legge delega, trova nel presente decreto concreta attuazione.

Inoltre, con il presente decreto, si introduce, in attuazione della legge delega, la valutazione multidimensionale come procedimento valutativo preordinato a collocare al centro dello stesso

la persona con disabilità nella sua proiezione relazionale con l'ambiente, la comunità sociale di riferimento. In tal senso, viene previsto che la persona con disabilità abbia diritto al progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Con riguardo agli obiettivi, si segnala che il provvedimento è volto a realizzare le finalità e gli obiettivi della legge delega, garantire la semplificazione, razionalizzazione e riordino del sistema normativo, in una prospettiva di tutela, accessibilità e inclusione delle persone con disabilità.

Le misure introdotte determinano un favorevole impatto in termini di semplificazione e razionalizzazione delle procedure per la P.A., nonché un favorevole impatto per le persone con disabilità.

## **1. CONTESTO E PROBLEMI DA AFFRONTARE –**

L'intervento normativo in esame trova fondamento nella necessità di dare piena attuazione ai principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, firmata a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18 in coerenza con i principi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021 – 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 final, del 3 marzo 2021.

La condizione di disabilità, come è noto, discende dall'interazione negativa tra deficit di salute e ambiente in cui la persona vive: in particolare, essa è *“il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con altri (cfr. preambolo, punto e, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità)”.*

In buona sostanza, la mancanza di autonomia individuale e l'incapacità di compiere le azioni comuni, esprimendo la propria capacità di scelta e autodeterminazione, nei vari contesti della vita quotidiana determina una condizione di svantaggio e di disuguaglianza.

Senza alcun dubbio, la condizione di disabilità è uno dei fattori principali, a cui vanno aggiunti altri fattori, come la situazione patrimoniale e la disponibilità di reddito, il livello di istruzione, la partecipazione alla vita sociale, culturale e sportiva.

Ed invero, la condizione di disabilità preclude alla stessa persona l'inclusione sociale nella realtà quotidiana che non riguarda soltanto le attività elementari ed essenziali (fare la doccia, alzarsi e sedersi, spogliarsi, vestirsi, mangiare), ma investe la sua socialità, il suo inserimento scolastico, lavorativo e culturale.

Ne consegue, pertanto, la necessità di un adeguamento normativo preordinato ad incidere, con interventi mirati, sul contesto che si manifesti non soltanto attraverso l'accessibilità al diritto (ad es. entrare in un edificio) ma attraverso un accesso su base di uguaglianza con altri (in particolare, con riferimento all'esempio, stesso accesso da dove entrano gli altri e non già dà un accesso secondario). Ed invero, intervenire sul contesto, senza garantire la fruibilità piena, ma una fruibilità separata vuol dire realizzare una discriminazione indiretta.

Alla luce di quanto sopra, sono necessari degli interventi efficaci per consentire la piena accessibilità e l'inclusione delle persone con disabilità, sia attraverso l'introduzione di un sistema di definizioni chiare e precise, sia attraverso la semplificazione dei procedimenti amministrativi preordinati al riconoscimento della condizione di disabilità e all'erogazione dei connessi benefici, riducendo le fasi ed evitando un inutile aggravio dell'*iter* per le persone con disabilità e per le loro famiglie.

Le criticità connesse alla piena inclusione delle persone con disabilità rendono necessaria, altresì, la previsione di strumenti normativi che riconoscano alla persona con disabilità, qualora non sia possibile la piena soddisfazione del diritto, almeno una soluzione più prossima rispetto

all'esigenza prospettata al fine di consentire risultati soddisfacenti in termini di qualità di vita, di inserimento lavorativo e di sostegno adeguato.

Peraltro, la persona con disabilità ha diritto a pensare un percorso di vita che tenga conto dei suoi desideri, delle sue scelte nel rispetto delle proprie attitudini e dei propri talenti in un ambito sociale e relazionale. Quanto rappresentato, deve realizzarsi nell'ambito di un progetto di vita, individuale, partecipato e personalizzato.

Fino ad oggi abbiamo assistito solo ad interventi spot volti a rispondere a singoli bisogni, per lo più assistenziali, senza una costruzione di interventi coordinati tra loro che, partendo dalle condizioni di salute, dai bisogni e dalle capacità della singola persona, nonché dalle sue aspettative e preferenze, valorizzino un percorso unitario e progressivo di acquisizione di autonomie e di benessere nella misura massima possibile.

In particolare, il contesto su cui si inserisce la disposizione normativa in esame è molto vasto se solo si consideri che l'Italia ha una popolazione con un numero elevato di persone con disabilità che tiene conto degli adulti, adolescenti, bambini, lavoratori, disoccupati studenti, studenti uomini e donne.

A ciò si aggiunga, poi, che la rete dei servizi e delle strutture mostra forti squilibri territoriali con la conseguenza che le persone con disabilità e le loro famiglie subiscono discriminazioni in base al luogo in cui vivono.

Inoltre, il contesto in esame va valutato anche in ragione del supporto delle famiglie (in Italia ci sono circa 2 milioni e 300mila famiglie nelle quali vive almeno una persona con disabilità) nonché dei sostegni provenienti da reti esterne al nucleo familiare (parte amicale o solidale il 32,4% delle famiglie delle persone con disabilità ricevono sostegni informali).

In alcuni casi, la rete di aiuti familiari e informali non è sufficiente, con la conseguente necessità, da parte delle famiglie, di richiedere servizi a pagamento in assenza di un'offerta assistenziale adeguata sul territorio.

Ne consegue, pertanto, che la presenza di una persona con disabilità in ambito familiare, con maggiore effetti sulle famiglie a basso reddito, è destinata ad incidere con riflessi negativi sul reddito della famiglia stessa sia in termini di spesa diretta (maggiori spese connesse alle spese per medicinali, per cure mediche, per assistenza domiciliare, ecc.) sia in termini di spesa indiretta o mancato reddito (derivante dall'impossibilità di lavorare per il familiare che assiste la persona disabile).

Ed invero, non può non considerarsi che la condizione di disabilità di un componente della famiglia potrebbe determinare un minor reddito complessivo e un maggior rischio di povertà della famiglia stessa che contribuisce, in tal modo, a favorire l'esclusione sociale e la non accessibilità. Alla luce di quanto sopra rappresentato, non può non rilevarsi che il contesto evidenziato investe aspetti non solo giuridico definitivi ma anche aspetti di carattere trasversale di economico sociale. In buona sostanza, la condizione di disabilità non incide solo sulla persona con disabilità ma anche sulla sua famiglia, ma incide anche sulla programmazione economica dello Stato, sulla distribuzione delle risorse, dei sostegni e dei benefici.

Il contesto della disabilità ha ad oggetto sia uomini che donne, sia studenti che i lavoratori.

Gli alunni con disabilità nella scuola italiana sono passati da circa 200 mila iscritti nell'anno scolastico 2009/2010 a quasi 272 mila nell'anno scolastico 2017/2018. Nello stesso arco temporale, anche gli insegnanti per il sostegno sono significativamente aumentati: da 89 mila a 156 mila (+75% circa). Gli alunni con disabilità privilegiano indirizzi formativi orientati al lavoro immediato e rinunciano di fatto a prolungare la propria formazione fino all'università: il 49,8% degli alunni con disabilità si è iscritto a una scuola con indirizzo professionale, contro il 20,1% del totale degli alunni. Solo il 31,5% delle scuole ha abbattuto le barriere fisiche e sono ancora meno, il 17,5%, quelle che hanno eliminato le barriere senso-percettive.

Le differenze territoriali sono molto marcate: l'accessibilità fisica è assicurata dal 66,2% delle scuole della Valle d'Aosta e soltanto dal 21,6% di quelle della Campania; l'accessibilità sensoriale dal 38,4% delle scuole della Provincia Autonoma di Bolzano e soltanto dall'8,5% di quelle della Calabria.

Con riferimento al profilo lavorativo, si evidenzia che, nella popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni risulta occupato solo il 31,3% di coloro che soffrono di gravi limitazioni gravi (26,7% tra le donne, 36,3% tra gli uomini) contro il 57,8% delle persone del resto della popolazione. Le persone con limitazioni gravi in cerca di occupazione sono il 18,1% (21,2% dei maschi e 15,1% delle femmine), tra il resto della popolazione senza limitazioni si attesta al 14,8% (15,2% uomini e 14,4% donne). Le persone con disabilità sono in prevalenza occupate nel settore della Pubblica Amministrazione: il 49,7% rispetto al 41,3% di quella senza limitazioni. Considerando gli attivi, cioè gli occupati e le persone in cerca di occupazione, il gap tra la popolazione con limitazioni gravi e il resto della popolazione aumenta, infatti sono il 49,4% tra i primi e il 72,6% tra i secondi. Le persone con disabilità raggiungono posizioni mediamente meno elevate nella carriera lavorativa, circa il 54% sono operai o lavoratori in proprio (50,4% nel resto della popolazione), il 46% è un dirigente, libero professionista o quadro (49,6% nel resto della popolazione). Una misura indiretta della qualità del lavoro è il grado di soddisfazione per le mansioni svolte: la quota dei soddisfatti tra gli occupati con limitazioni gravi è al 65,4%, tra le persone senza limitazioni sale al 75,9%.

Il contesto rappresentato e le criticità rilevate hanno reso necessario l'intervento normativo di cui al decreto legislativo in esame.

## **2. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO**

### **2.1 Obiettivi generali e specifici**

In questa sezione si riportano gli obiettivi che hanno guidato la formulazione dell'intervento normativo, coerenti con i problemi di cui alla sezione 1.

L'obiettivo è riformare il sistema della disabilità, intervenendo non solo sulla definizione stessa di disabilità, ma anche sulle procedure di riconoscimento di invalidità, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, superando il sistema attuale della percentuale di invalidità su base di tabelle, a favore di un nuovo "profilo di funzionamento", in linea con l'ICF e le disposizioni della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Pertanto, l'obiettivo generale del presente decreto è quello ricondurre ad unità l'attuale sistema normativo, caratterizzato da una forte frammentarietà dei processi di valutazione dei bisogni delle persone con disabilità, analizzando e disciplinando la disabilità sotto un duplice angolo prospettico: individuale e relazionale e di interazione con l'ambiente.

In particolare, gli obiettivi specifici sono i seguenti:

L'intervento regolatorio persegue i seguenti obiettivi:

- a) **Ridurre i tempi e gli oneri per la gestione dei procedimenti amministrativi**, con particolare riferimento a quelli che prevedono, attualmente, l'intervento di una pluralità di accertamenti complessi. Quanto sopra con una duplice finalità, sia amministrativa che sociale;
- b) **Semplificare e accorpare i procedimenti amministrativi**, anche mediante l'eliminazione di adempimenti non necessari e sostanzialmente riproduttivi di analoghi adempimenti procedurali; riducendo il numero delle fasi e delle amministrazioni intervenienti;
- c) **ridurre i procedimenti di accertamento e la riconduzione ad un unico soggetto accertatore** in un'ottica di riduzione dei tempi e dei costi procedurali nel lungo periodo e degli oneri procedurali per le persone con disabilità;
- d) **attuare della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità con specifico riferimento all'inserimento di una disciplina nazionale in materia di accomodamento ragionevole**;



- e) **prevedere di un sistema adeguato di graduazione dei sostegni per le persone con disabilità;**
- f) **riduzione percentuale del flusso informativo per effetto della semplificazione procedimentale;**
- g) **adottare una disciplina unitaria preordinata a definire il procedimento di valutazione multidimensionale finalizzato all'elaborazione dei progetti di vita individuali che tenga conto della persona con disabilità nella sua realtà,** nelle sue fragilità e capacità, nelle sue interazioni con i diversi ambienti di vita.

Le disposizioni normative in esame mirano a garantire il pieno esercizio delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti della vita quotidiana, attraverso l'accertamento della condizione di disabilità e la previsione dei sostegni utili a vivere tali contesti senza ostacoli e con eventuali supporti.

In primo luogo, il nuovo quadro definitorio, di cui all'articolo 2 del presente decreto, in attuazione delle previsioni dalla legge delega, mira a definire un quadro concettuale complesso ed articolato. In particolare, la definizione di disabilità non viene ancorata a un mero aspetto patologico ma viene analizzata secondo una prospettiva più ampia e di "*partecipazione sociale*". In buona sostanza, la disabilità rileva quale compromissione duratura che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare concretamente la partecipazione, su base di uguaglianza con gli altro, nei diversi contesti di vita quotidiana.

In secondo luogo, si prevede che l'accertamento della condizione di disabilità, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, così come novellato dall'articolo 3 dal decreto in esame, venga effettuato attraverso la valutazione di base.

La valutazione di base ha le caratteristiche di un procedimento complesso, unitario ed omnicomprensivo, in attuazione dell'art. 2, comma 2, lett. b), numero 2, della l. 227 del 2021, che diversamente dal passato, accerta le compromissioni che, come detto, in interazione con barriere di diversa natura ostacolano la partecipazione della persona ai contesti di vita.

L'accertamento della condizione di disabilità costituirà poi il presupposto per la successiva valutazione multidimensionale, che porterà alla redazione del progetto di vita individuale.

In tale prospettiva, la valutazione dell'impatto delle compromissioni sull'attività e sulla partecipazione dovrà essere effettuata, in attuazione del richiamo operato dalla legge delega, secondo la classificazione ICF e ICD, introdotta dall'OMS. In particolare, le condizioni di salute vanno analizzate in una prospettiva bio – psico – sociale, quindi non solo secondo l'aspetto medico ma anche attraverso l'analisi degli ambienti e dei contesti di vita.

Peraltro, in ossequio alla legge delega, articolo 2, comma 2, n. 4, è previsto l'affidamento in capo ad un unico soggetto accertatore della competenza medico – legale sulle procedure valutative suindicate.

Gli obiettivi di questa previsione sono identificati nella volontà di garantire l'omogeneità sul territorio nazionale delle procedure di valutazione e nella semplificazione e nella razionalizzazione degli aspetti procedurali e organizzativi, anche ai fini deflattivi del contenzioso giudiziario.

Attualmente, la legge 15 ottobre 1990, n. 295 attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di svolgere gli accertamenti, fermo restando la possibilità per le Regioni di affidare all'INPS - ai sensi dell'articolo 18, comma 22, decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n.111 - in deroga alla citata legge n. 295, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari per il riconoscimento dei vari status di invalidità/handicap.

L'articolo 9 del presente decreto, facendo proprie le indicazioni della legge delega, individua nell'INPS il "Soggetto unico accertatore della procedura valutativa di base", a decorrere dal 1° gennaio 2026.

La *ratio* della previsione è da ricondursi all'esigenza di omogeneità e di semplificazione del procedimento valutativo, in un'ottica di trasparenza, economicità, efficienza.

In buona sostanza, con l'intervento *de quo*, si realizza la *reductio ad unum* del procedimento valutativo: attualmente, la valutazione prevede un doppio accertamento riconducibile in prima battuta alle commissioni integrate ASL – INPS e, in secondo luogo, alla validazione da parte di altra commissione INPS di quanto, preventivamente, accertato dalla Commissione di prima istanza.

Il provvedimento in esame, inoltre, dà seguito ai criteri di delega sopra enunciati, disciplinando le modalità attuative dell'accomodamento ragionevole: il diritto è riconosciuto nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisce, secondo una condizione di uguaglianza con gli altri cittadini, l'esercizio effettivo e tempestivo dei diritti civili e sociali. L'istituto ha natura sussidiaria e non sostituisce il diritto al pieno accesso delle prestazioni, servizi, sostegni previsti dalla legge vigente ed è riconosciuto nella misura in cui il diritto del cittadino non possa essere pienamente garantito.

La disposizione mira a dare concreta e pratica applicazione all'articolo 2, comma della Convenzione ONU del 13 dicembre 2006 che ha introdotto l'accomodamento ragionevole, affermando che il rifiuto di un accomodamento ragionevole integra la fattispecie di discriminazione fondata sulla disabilità.

Da ciò consegue che lo sforzo per assicurare il pieno esercizio del diritto debba essere tanto più elevato quanto più rilevante è il bene della vita da garantire, come nel caso di diritti incompressibili.

Di particolare impatto è la previsione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato che risponde ai bisogni e alle aspirazioni della persona con disabilità, facilitandone l'inclusione sociale, e individua i benefici, le prestazioni e i servizi svolti a supporto della persona nei diversi ambiti di vita, anche eliminando gli eventuali ostacoli.

In tale progetto, si mira a massimizzare non solo il raggiungimento del risultato e del sostegno, ma anche l'autodeterminazione della persona con disabilità attraverso la sua partecipazione attiva nel percorso di valutazione multidimensionale. Ed in tale prospettiva, si giustifica la circostanza che la persona con disabilità sia non mero destinatario del progetto di vita nell'ambito della suddetta valutazione ma sia parte necessaria dello stesso.

La riforma così descritta non si presenta priva di effetti atteso che la stessa è destinata ad incidere, come detto in precedenza, profondamente sia sulle definizioni, sul metodo di valutazione attraverso l'uso dell'ICF, sia sul procedimento con l'individuazione di un unico soggetto accertatore e la sua diversa disciplina. Con specifico riguardo al nuovo procedimento, si evidenziano quali elementi di novità: la circostanza che la valutazione di base riassume in sé gli accertamenti attualmente previsti da e regolamentati di diverse fonti normative (art. 5); l'attivazione del procedimento attraverso la semplice trasmissione del certificato medico introduttivo (con l'eliminazione della domanda amministrativa attualmente richiesta); l'ampliamento della platea dei soggetti abilitati alla trasmissione del certificato medico introduttivo (art. 8); lo svolgimento dell'accertamento in un'unica seduta collegiale con la somministrazione del Whodas (art. 10); il ridimensionamento del numero dei componenti la Commissione; la previsione di un termine massimo entro cui definire il procedimento valutativo; la limitazione della rivedibilità a casi eccezionali da individuare con successivo decreto (art. 12); valore polifunzionale del certificato (art. 13); l'implementazione del FSE (art.36).

Inoltre, la riforma innova attraverso l'istituzione e proceduralizzazione dell'istituto dell'accomodamento ragionevole e del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato nell'ambito della valutazione multidimensionale.

Ne consegue, pertanto, che sebbene nel lungo periodo la riforma produrrà effetti favorevoli in termini organizzativi - gestionali in un'ottica di semplificazione delle procedure di accertamento, con indubbi vantaggi sia per la pubblica amministrazione che per il privato cittadino, non può revocarsi in dubbio che la stessa, nel breve periodo e fino a che non andrà compiutamente a regime, determinerà uno "stravolgimento" del precedente *modus operandi* e la necessità di adattamento ad un nuovo sistema di valutazione e riconoscimento della condizione di disabilità.

In particolare, la visita per l'accertamento della condizione di disabilità è molto articolata, come previsto dall'articolo 10, dal momento che non si limita solo ai pregressi accertamenti ma si estende anche all'individuazione del profilo di funzionamento della persona e alla determinazione dell'intensità dei sostegni per garantire la partecipazione nei suoi vari contesti di vita.

D'altro canto, di contro, in termini assoluti, intervenendo sull'eccezionalità della rivedibilità, si riduce il numero complessivo delle visite da effettuare, ciò anche in ragione dell'accorpamento in un'unica visita di più casi in cui si ha una duplicazione di visita ai fini di accertamento diversi (ad esempio, oggi un minore soggiace ad un accertamento di invalidità civile con una commissione diversa da quella di accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici).

Inoltre, non può negarsi, come sopra anticipato, che il nuovo procedimento valutativo connesso all'implementazione del nuovo sistema di classificazione ICF e ICD, non si profila privo di effetti anche in considerazione delle diversità applicative tra le diverse aree geografiche del paese.

Per tale ragione, infatti, l'articolo 33 dello schema di decreto in esame, prevede una fase di sperimentazione al fine di testare concretamente gli effetti del decreto e di apportare *in itinere* gli adeguati interventi correttivi. Ed invero, la riforma del procedimento valutativo di base della disabilità, in conformità alle indicazioni dell'ICF (Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) e tenendo conto dell'ICD (Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità), richiede imprescindibilmente una fase di adattamento e di transizione, anche in considerazione dei numerosi soggetti coinvolti (medici, psicologi e assistenti sociali, tra gli altri) e della necessità di una loro adeguata formazione.

Analogamente è prevista una fase di formazione per l'attuazione del progetto di vita individuale e personalizzato nell'ambito della valutazione multidimensionale.

Come anticipato, inoltre, rilevante sarà l'impatto sul sistema organizzativo e sulla collettività, dell'introduzione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita, che dovrà essere strutturato tenendo conto della specificità del contesto.

Ed invero, in tale prospettiva, con riferimento al progetto di vita e alla valutazione multidimensionale, vengono individuati degli strumenti applicativi, organizzativi e finanziari preordinati a dare concreta attuazione ai suddetti istituti.

In particolare:

- a) viene istituito per dare attuazione al progetto di vita un *budget* di progetto, costituito in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili in seno alla comunità territoriale, al fine di garantire gli interventi personalizzati;
- b) è prevista l'istituzione del referente per l'attuazione del progetto di vita;
- c) è prevista l'istituzione del Fondo per l'implementazione del progetto di vita;

- d) sono stabilite le misure di formazione delle unità di valutazione multidimensionale e dei servizi pubblici scolastici, sociali, sanitari e lavorativi nonché, per tale finalità, il trasferimento delle risorse alle regioni ed il loro monitoraggio.
- e) è previsto un periodo di sperimentazione dal 1° gennaio 2025 e fino al 1° gennaio 2026.

## **2.2 Indicatori e valori di riferimento**

Trattandosi di un provvedimento che incide in termini di semplificazione e di razionalizzazione del procedimento preordinato all'accertamento della condizione di disabilità e dei connessi benefici, il grado di raggiungimento degli obiettivi è legato alle modalità attuative delle previsioni e alla loro realizzazione pratica.

Pertanto, al fine di verificare l'impatto dell'intervento normativo, sono previsti degli indicatori preordinati a valutare l'incidenza della disposizione e, in particolare:

- numero dei processi valutativi di base rispetto al doppio procedimento di accertamento previsto dalla disciplina previgente, come indicatore di valutazione delle previsioni dell'art. 9 (Soggetto unico accertatore), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett a),b) c);
- numero di richieste di accomodamento ragionevole e numero di accoglimenti o dinieghi, come indicatore di valutazione delle previsioni dell'articolo 17 (accomodamento ragionevole), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett d);
- numero degli accertamenti conclusi con necessità di attribuzione di un sostegno (a fronte di quelli conclusi con rigetto della domanda), come indicatore delle previsioni dell'articolo 3 (Persona con disabilità avente diritto ai sostegni ed alle prestazioni), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett e);
- numero di domande di valutazione multidimensionale, come indicatore dell'attuazione delle previsioni dell'articolo di cui all'articolo 25 (Valutazione multidimensionale), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett. g)
- numero di progetti di vita per effetto del presente decreto e numero di progetti di vita secondo la disciplina preesistente, come misura di valutazione dell'articolo 26 (Forma, contenuti propri del progetto di vita), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett. g)
- riduzione percentuale del flusso informativo in conseguenza della interoperabilità delle banche dati, con riferimento all'articolo 13 (Valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità e semplificazione delle procedure di erogazione) e all'articolo 36 (Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali e del Sistema informativo unitario dei servizi sociali), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett. f);
- riduzione degli oneri amministrativi connessi alla valutazione da parte di un unico soggetto accertatore con conseguente riduzione del numero di commissioni di accertamento rispetto alla disciplina previgente, come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett a),b) c);
- riduzione dei tempi procedurali per il riconoscimento della condizione di disabilità e per l'attribuzione dei benefici (valutazione di base, valutazione multidimensionale e definizione del progetto di vita), come strumento di valutazione dell'obiettivo specifico 2.1 lett a),b) c);

La valutazione dovrà essere calcolata prima e dopo l'intervento normativo, avvalendosi del supporto dell'INPS, in quanto soggetto accertatore, ora in seconda istanza, e, a seguito

dell'intervento normativo, unico soggetto accertatore, e dei soggetti rispettivamente competenti con riferimento all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita.

Il monitoraggio di detti indicatori consentirà al Ministro per le disabilità di verificare lo stato di attuazione dei singoli obiettivi specifici attraverso la raccolta dei dati che verranno acquisiti annualmente sia nella fase di sperimentazione che successivamente presso i soggetti attuatori della riforma.

Ulteriori effetti verranno confrontati con ulteriori indicatori calcolati nell'ambito della statistica ufficiale in momenti temporali diversi (prima e dopo intervento) per le persone con disabilità:

- ✓ tasso di partecipazione al mercato del lavoro
- ✓ livello di integrazione degli studenti disabili;
- ✓ tasso di partecipazione sociale;
- ✓ tasso di partecipazione culturale.

Allo stato, la situazione è la seguente.

Mercato lavoro: nella popolazione di 15-64 anni di età con limitazioni gravi, solo il 33,5% è occupato, nel resto della popolazione di pari età la quota si attesta al 60,2%; la quota delle persone in cerca di occupazione è pari al 18,7% contro il 12,9% che si riscontra tra le persone senza disabilità.

Rispetto alla posizione nella professione si evidenzia che tra i lavoratori con disabilità una presenza più massiccia tra le posizioni intermedie (37,5% vs 36,5% osservato nel resto della popolazione) e tra i lavoratori in proprio o coadiuvanti (il 13,6% contro il 11,1%); meno frequentemente ricoprono posizioni apicali il 15,6% vs 18,3% del resto della popolazione.

Istruzione: nella classe di età 25-44 anni, possiede almeno il diploma di scuola superiore il 55,7% delle persone con disabilità contro il 78,0% riscontrato tra le persone senza disabilità; il 5,3% delle persone con disabilità non ha conseguito nessun titolo di studio, la percentuale scende all'0,8% nel resto della popolazione.

Fonte: Indagine Aspetti della vita quotidiana – Istat – Anno 2022 (Contributo che è stato inviato all'osservatorio dall'Istat)

Integrazione scolastica:

Nell'anno scolastico 2021-2022 sono 316mila gli alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane.

Nelle scuole che hanno attivato la DAD (64%), più di 86mila studenti con disabilità hanno preso parte alle lezioni in presenza mentre il resto della classe era collegata da remoto; quasi 76mila hanno partecipato a distanza, la quota di esclusi si è attestata all'1,7% (per il resto degli iscritti la quota di esclusi è pari allo 0,4%). Gli aspetti di socializzazione risultano: degli oltre 86mila alunni con disabilità che hanno partecipato in presenza nei periodi in cui la classe era in DAD, solo uno su tre ha potuto interagire con i coetanei collegati da remoto, gli altri hanno partecipato con il solo insegnante per il sostegno, in totale isolamento dal gruppo classe.

Fonte: Indagine INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ | A.S. 2021-2022 – Istat <https://www.istat.it/it/files//2022/12/Alunni-con-disabilita-AS-2021-2022.pdf>

Tasso di partecipazione sociale:

Solo l'8,3% delle persone con disabilità partecipa a riunioni di associazioni (culturali/ricreative, ecologiche, diritti civili, per la pace), o di organizzazioni sindacali, o di associazioni professionali/di categoria, o di partiti politici o svolgimento di attività gratuita per un partito, o pagamento di una retta mensile o periodica per un circolo/club sportivo. Nel resto della popolazione tali attività vengono svolte dal 24,5% delle persone.

### Tasso di partecipazione sociale:

Solo l'8,3% delle persone con disabilità partecipa a riunioni di associazioni (culturali/ricreative, ecologiche, diritti civili, per la pace), o di organizzazioni sindacali, o di associazioni professionali/di categoria, o di partiti politici o svolgimento di attività gratuita per un partito, o pagamento di una retta mensile o periodica per un circolo/club sportivo. Nel resto della popolazione tali attività vengono svolte dal 24,5% delle persone.

### Tasso di partecipazione culturale:

La partecipazione culturale delle persone con disabilità è molto limitata, infatti sol l'8,1% delle persone con disabilità nel corso dell'anno svolge tre o più attività di partecipazione culturale\* sul totale delle persone di 14 anni e più. Lo svantaggio rispetto al resto della popolazione è rilevante, infatti sono il 28,9% delle persone a svolgere le attività considerate.

\*Le attività considerate sono andare almeno 4 volte al cinema, o almeno 1 volta rispettivamente a teatro, musei e/o mostre, siti archeologici, monumenti, concerti di musica, o aver letto un quotidiano almeno tre volte a settimana o letto almeno 4 libri nell'anno.

Fonte: Indagine Aspetti della vita quotidiana – Istat – Anno 2022 (Contributo che è stato inviato all'osservatorio dall'Istat)

Inoltre, al fine di valutare la qualità percepita è prevista l'adozione di uno strumento di valutazione/questionario dal quale sia possibile rilevare (indicatore) il grado di soddisfazione percepito dell'utenza e l'adeguatezza dello strumento adottato rispetto all'esigenza prospettata.

## **3. OPZIONI DI INTERVENTO E VALUTAZIONE PRELIMINARE**

Come detto in precedenza, nel sistema normativo italiano esistono varie definizioni che riguardano le persone con disabilità, frutto di una normativa stratificata nel tempo e non sempre congruente né scientificamente aggiornata. Ne derivano anche percorsi e modalità valutative differenti spesso onerose per il cittadino e per la pubblica amministrazione. A questo si aggiunga l'evidenza che questi percorsi non sempre sono funzionali ad erogare sostegni e supporti efficaci. Oltre ciò, va aggiunto che la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ratificata dall'Italia nel 2009) delinea una definizione della disabilità con la quale confliggono le disposizioni ancora vigenti. Già nel 2016 il Comitato ONU ha richiamato l'Italia ad una concreta adozione di quella definizione nell'impianto normativo italiano.

L'opzione considerata dall'intervento normativo è volta a dare seguito a quanto indicato nella legge 22 dicembre 2021, n. 227 Recante "Delega al Governo in materia di disabilità", emanata in attuazione anche della Riforma 1.1. della Missione 5 Componente 2 del PNRR e anche per dar seguito alle indicazioni della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Ne consegue, pertanto, la non percorribilità dell'opzione zero atteso che non sarebbe coerente né con i principi della suddetta Convenzione ONU né, ancor di più, con gli obiettivi del PNRR sopra richiamanti, comportando, inoltre, il perdurare di una situazione di frammentarietà e stratificazione normativa.

Ed invero, "l'opzione zero", pertanto, risulta non praticabile poiché il mancato adeguamento normativo alle nuove esigenze e, in particolare, alla maggiore inclusività richiesta dalla normativa europea si porrebbe in palese contrasto con gli obiettivi previsti dal surrichiamato Piano.

Di contro, la previsione normativa in esame, se correttamente applicata e a pieno regime, è idonea a fornire una definizione omnicomprensiva della condizione di disabilità, a ridefinire il procedimento di accertamento della stessa, attraverso la *valutazione di base*, individuando un

unico soggetto accertatore, nella figura dell'INPS, con una notevole riduzione dei tempi di accertamento e un rilevante risparmio di spesa in termini complessivi Ed, infine, il decreto in argomento nel disciplinare l'istituto dell'accomodamento ragionevole dà compiuta attuazione all'art. 4, comma 4, della surrichiamata Convenzione ONU.

A ciò si aggiunga, poi, che la previsione di una disciplina normativa unitaria per la valutazione multidimensionale e per il progetto di vita ha lo scopo di dare attuazione, oltre che ai principi della Convenzione e della legge delega, ai principi costituzionali di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione ed è preordinata a dettare dei principi e regole univoche di applicazione e procedurali.

Di contro, l'opzione zero, anche con riferimento al progetto di vita e alla valutazione multidimensionale, non è percorribile dal momento che il "non intervento" non sarebbe in grado di fornire una risposta valida al raggiungimento degli obiettivi. Infatti, lo si ripete, la mancata adozione del presente provvedimento non solo si sostanzierebbe in un inadempimento dei principi e delle finalità della legge delega ma permetterebbe, neanche, il rispetto degli impegni assunti a livello nazionale ed europeo, volti a garantire la razionalizzazione, il riordino e la semplificazione della materia.

L'intervento, pertanto, nella sua concezione, è stato valutato come lo strumento migliore per realizzare le finalità e gli obiettivi della legge delega, per la semplificazione, razionalizzazione e riordino del sistema normativo.

In particolare, la riforma in esame comporta una riduzione di costi per le spese specifiche connesse alle attività di accertamento già espletate dalle predette Commissioni. Occorre, però, allocare in capo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali le risorse necessarie per assicurare al soggetto unico accertatore un'adeguata organizzazione funzionale all'ampliamento delle competenze a seguito del totale trasferimento delle competenze in capo all'Istituto.

In particolare, con il provvedimento in esame si riunificano:

- 1) invalidità civile;
- 2) cecità civile;
- 3) sordità civile;
- 4) sordocecità;
- 5) condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica (ossia accertamento della 104/1992 per i minori ai fini dell'inclusione scolastica);
- 6) condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68;
- 7) individuazione dei presupposti sanitari e di funzionamento per il riconoscimento della non autosufficienza (tranne quella degli anziani non autosufficienti) e della disabilità gravissima;
- 8) individuazione dei presupposti sanitari e di funzionamento per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza;
- 9) certificazione di alcuni requisiti per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità, conseguenti all'accertamento dell'invalidità (certificazione utile per il rilascio del contrassegno, ecc.).

Nel ricondurre gli accertamenti di cui ai punti subb. 1-4) all' onnicomprensiva condizione di disabilità, il Tavolo Tecnico sulla valutazione di base ha stabilito di mantenere, come enclave all'interno del procedimento unitario, l'utilizzo di tabelle delle minorazioni, cui oggi sono ricollegati svariati benefici (provvidenze economiche, ecc.). Quindi, ferma restante la valutazione in merito alla condizione di disabilità tout court e alla certificazione dell'intensità dei sostegni rimane come parte settoriale solo quella relativa alle tabelle. Tra l'altro, sulla scorta dell'obsolescenza dei criteri di costruzione delle Tabelle di cui al DM 5 febbraio 1992, si è ritenuto di devolvere (ai sensi dell'articolo 12, comma 1) ad un decreto del Ministero della Salute, da emanarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro



del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in Conferenza Stato – Regioni e Province autonome, sentito l'INPS, l'aggiornamento delle attuali tabelle, costruite più che altro sulle residue capacità lavorative generiche delle persone e non già sul loro funzionamento.

Si è scelto, altresì, di semplificare l'iter della c.d. “valutazione di base”, determinando che:

- 1) l'avvio del procedimento per la valutazione di base avviene con la sola trasmissione del certificato medico introduttivo (senza ulteriore domanda amministrativa);
- 2) il caricamento della documentazione sanitaria ed indicativa del funzionamento da sottoporre alla commissione avviene già con il certificato medico introduttivo, affinché la commissione stessa possa esaminarla per tempo;
- 3) il procedimento si chiude entro 90 giorni dall'invio del certificato medico elettronico;
- 4) dopo la valutazione di base, il certificato della condizione di disabilità con tutti le determinazioni in esso contenute (percentuali di invalidità civile; intensità dei sostegni, ecc.) è caricato direttamente sul fascicolo sanitario elettronico, evitando smarrimenti di spedizioni postali ed allungamento dei tempi per la comunicazione dell'esito steso.

Si è razionalizzato il sistema.

Oggi il sistema ingaggia l'attività di tantissimi componenti ed è bifasico:

- 1^ parte innanzi alle Commissioni Integrate Asl Inps che si compongono di 3 medici Asl + 1 medico Inps + 1 medico di categoria + 1 assistente sociale e un esperto nella materia, per le certificazioni di cui alla legge 104/1992 e 68/1999.
- 2^ parte innanzi alle Commissioni Inps con almeno 2 medici Inps + 1 medico di categoria + 1 assistente sociale e un esperto nella materia, per le certificazioni di cui alla legge 104/1992 e 68/99.

Solo in alcuni casi, perché le Regioni hanno scelto di delegare le attività all'Inps, si ha un'unica fase accertativa, che comunque già comprende dai 3 ai 5 componenti: 2 medici Inps + 1 medico di categoria + 1 assistente sociale + 1 esperto nella materia)

Con la riforma vi sarà in tutto il territorio nazionale un'unica fase accertativa con una commissione composta da 2 medici Inps + 1 medico di categoria + 1 figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali

Si è scelto anche di accorpate le varie commissioni di accertamento per i minori che oggi si trovano ad andare davanti:

- alle Commissioni Asl – Inps integrate, così come accade per gli adulti, per l'accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità civile, sordocecità civile e della condizione tout court ex lege n. 104/1992;
- alle commissioni per l'accertamento della condizione di disabilità ai fini scolastici (accertamento della condizione ex lege n. 104/1992 ai soli fini scolastici ai sensi dell'art. 4 comma 1 bis dell'attuale legge n. 104/1992, introdotto con Dlgs. n. 96/2019).

La scelta assunta è quella che i minori non possono essere soggetti a due visite per la condizione ex legge n. 104/1992 e per quella specifica ai fini scolastici e quindi di comprendere una commissione che svolga tutti gli accertamenti.

L'opzione prevista, sebbene nel breve periodo, sia destinata a produrre un onere aggiuntivo per la finanza pubblica attraverso l'istituzione di un unico soggetto accertatore, nel lungo periodo produrrà un notevole vantaggio sia in termini economici sia in termini di risparmio di spesa, derivante dalla *reductio ad unum* della procedura di accertamento e il valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità.

Sulla base di quanto sopra, l'opzione scelta è idonea a garantire il raggiungimento degli obiettivi indicati nella apposita sezione e in particolare, la razionalizzazione dei tempi e la riduzione e semplificazione degli oneri amministrativi connessi ai procedimenti, un sistema adeguato dei sostegni per le persone con disabilità, riduzione del flusso informativo nonché l'adozione di un

sistema unitario per la valutazione multidimensionale, finalizzata all'elaborazione dei progetti di vita.

Ed ancora, con riferimento al progetto di vita e alla valutazione multidimensionale, l'opzione scelta realizza il coordinamento tra le amministrazioni, l'integrazione degli interventi di presa in carico, di valutazione attraverso un approccio multidisciplinare e con la partecipazione diretta della persona con disabilità che è collocata al centro del progetto di vita e non è mero destinatario dello stesso.

#### **4.COMPARAZIONE DELLE OPZIONI E MOTIVAZIONE DELL'OPZIONE PREFERITA**

##### **4.1 Impatti economici, sociali e ambientali per categoria di destinatari**

Gli impatti economici del provvedimento sono individuati, principalmente, nelle disposizioni finanziarie contenute all'articolo 34.

Tuttavia, avendo riguardo ad una nozione più ampia e non strettamente finanziaria, gli impatti attesi per la collettività, per le persone con disabilità e per i relativi nuclei familiari sono favorevoli e discendono dalla semplificazione del procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità, attraverso il procedimento valutativo di base quale progetto unitario e attraverso l'attribuzione al certificato che attesta la condizione di disabilità del valore polifunzionale previsto dall'articolo 13, in cui si prevede che il certificato che attesta la condizione di disabilità, da inserire nel FSE, sostituisce a tutti gli effetti le relative certificazioni e ha valore di istanza ai fini del conseguimento di prestazioni sociali e socio – assistenziali.

In buona sostanza, il decreto produce non solo un risparmio in termini economici, ma anche riduce sostanzialmente l'aggravio conseguente alla necessità di rinnovare più volte l'accertamento per finalità diverse e dà attuazione al progetto di vita individuale personalizzato e partecipato nell'ambito della valutazione multidimensionale, attraverso la piena esplicitazione dell'autodeterminazione della persona con disabilità.

- **Destinatari diretti** delle disposizioni contenute nell'intervento normativo in parola: il Governo e, in particolare, il Ministro per le disabilità, Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, l'INPS nonché le Amministrazioni competenti per materia rispetto alle singole misure rientranti nella propria competenza.

Impatti sui destinatari diretti:

giovarsi di uno strumento normativo che consentirà loro di eliminare la stratificazione normativa in materia, con una riduzione dei tempi procedurali e della spesa complessiva nel lungo periodo, garantendo, in tal modo una migliore soddisfazione della collettività e accrescendo la fiducia rispetto all'operato e all'efficienza della Pubblica Amministrazione.

- **Destinatari indiretti e relativi impatti:** sulla scorta di un giudizio prognostico, i destinatari del provvedimento sono individuabili nelle persone con disabilità e nei familiari degli stessi.  
In particolare, il contesto su cui si inserisce la disposizione normativa in esame è molto vasto se solo si consideri che l'Italia ha una popolazione con un numero elevato di persone con disabilità che tiene conto degli adulti, adolescenti, bambini, lavoratori, disoccupati studenti, studenti uomini e donne.

Secondo l'Istat, ad oggi le persone con disabilità in Italia sono 3,1 milioni, pari al 5,2% della popolazione italiana (cfr. Conoscere il mondo della disabilità - Istat), che investe sia

uomini che donne, sia adulti che bambini, sia studenti che lavoratori con differenti limitazioni funzionali.

Secondo dati ISTAT, la “geografia della disabilità” vede al primo posto le Isole, con una prevalenza del 6,3%, contro il 4,8% del Nord ovest. Le Regioni nelle quali il fenomeno è più diffuso sono l’Umbria e la Sardegna (rispettivamente, il 8,7% e il 7,3% della popolazione). La Lombardia ha prevalenza più bassa: il 4,1%.

Inoltre, attualmente, il numero totale delle persone che chiedono l’invalidità civile e/o lo stato di handicap sono pari a circa 1.300.000 all’anno (1.267.225 per l’anno 2021; 1.345.992 per l’anno 2022).

Un aspetto rilevante per le condizioni di vita è costituito dalla tipologia di limitazioni funzionali e dal livello di riduzione dell’autonomia personale a provvedere alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, ecc.) o a svolgere le attività domestiche quotidiane (preparare i pasti, fare la spesa, usare il telefono, prendere le medicine, ecc.).

Nella popolazione di 15 anni e più il 2% ha gravi limitazioni nella vista, il 4,1% nell’udito e il 7,2% nel camminare. L’11,2% degli anziani riferisce gravi difficoltà in almeno un’attività di cura della persona (Activities of daily living, ADL).

Nella popolazione di 15 anni e più il 2% ha gravi limitazioni nella vista, il 4,1% nell’udito e il 7,2% nel camminare.

La capacità di spostarsi liberamente è molto limitata tra le persone con disabilità. I dati sulla mobilità, relativi al 2019, mostrano che solo il 14,4% delle persone con disabilità si sposta con mezzi pubblici urbani, contro il 25,5% del resto della popolazione. Tali differenze variano molto con l’età. Tra gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni, utilizza il trasporto urbano il 26,3% di coloro che soffrono di limitazioni e il 29,6% di coloro che non ne soffrono. Nel caso dell’utilizzo del treno, le differenze sono ancora più marcate. Fonte: [https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita\\_24-marzo-2021.pdf](https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita_24-marzo-2021.pdf)

Nell’a.s. 2019/2020 gli alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane sono quasi 300 mila, oltre 13 mila studenti in più rispetto all’anno precedente. Questi alunni sono stati presi in carico da circa 176 mila insegnanti di sostegno, 1,7 per ogni insegnante; si deve però evidenziare come il 37% non abbia una formazione specifica. Particolarmente carente è il numero di assistenti all’autonomia e alla comunicazione nel Mezzogiorno: il rapporto alunno/assistente è pari a 5,5, con punte massime in Campania e in Molise (oltre 13 alunni per assistente). La presenza di assistenti aumenta nelle regioni del Centro e del Nord (4,4) raggiungendo i livelli più alti nella Provincia Autonoma di Trento, in Lombardia e nelle Marche, con un rapporto che non supera la soglia di 3,1 alunni per assistente. Le politiche e gli interventi per l’integrazione scolastica scontano ancora la carenza di strumenti tecnologici: la dotazione di postazioni informatiche è insufficiente nel 28% delle scuole. Il livello di questa carenza diminuisce nel Nord, dove la quota scende al 24%, e aumenta nel Centro e nel Mezzogiorno, dove sale rispettivamente al 29% e al 32%. Altro aspetto critico riguarda la presenza di barriere architettoniche: solamente una scuola su 3 risulta accessibile per gli alunni con disabilità motoria. Nel Nord del Paese si registrano valori superiori alla media nazionale (36% di scuole a norma) mentre il dato peggiora, raggiungendo i livelli più bassi, nel Mezzogiorno (27%). La regione più virtuosa è la Valle d’Aosta, con il 63% di scuole accessibili, di contro la Campania si distingue per la più bassa presenza di scuole prive di barriere fisiche (21%). Le maggiori difficoltà di accesso sono incontrate degli alunni con disabilità sensoriali: sono appena il 2% le scuole che dispongono di tutti gli ausili senso-percettivi destinati a favorire l’orientamento all’interno del plesso e solo il 18% dispone di almeno un ausilio. Anche in questo caso sul

territorio si delinea un chiaro gradiente Nord-Sud: la quota diminuisce progressivamente, passando dal 22% delle regioni del Nord al 14% di quelle del Mezzogiorno. Le opportunità di partecipazione scolastica degli alunni con disabilità sono state limitate a causa della pandemia che ha reso necessaria la didattica a distanza. Tra aprile e giugno 2020, oltre il 23% degli alunni con disabilità (circa 70 mila) non ha preso parte alle lezioni (gli altri studenti che non hanno partecipato costituiscono invece l'8% degli iscritti). Fonte: [https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita\\_24-marzo-2021.pdf](https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita_24-marzo-2021.pdf)

Con riferimento al mercato del lavoro delle persone con disabilità, nel 2019, considerando la popolazione tra i 15 e i 64 anni, risulta occupato solo il 32,2% di coloro che soffrono di limitazioni gravi contro il 59,8% delle persone senza limitazioni. Fonte: [https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita\\_24-marzo-2021.pdf](https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita_24-marzo-2021.pdf).

Le misure introdotte sono destinate a produrre effetti positivi sia per i destinatari diretti che per i destinatari indiretti del provvedimento, nella misura in cui attraverso la semplificazione procedimentale si realizza un incremento della partecipazione al mercato del lavoro, del rendimento scolastico e dell'integrazione degli studenti disabili, nonché una maggiore partecipazione alle attività culturali e ricreative, come conseguenza del riconoscimento del diritto sia all'accomodamento ragionevole che al progetto di vita.

Più precisamente, in termini di impatti attesi di natura economica, il provvedimento, dopo la fase sperimentale e di avviamento che come indicato nell'articolo 33 produrrà oneri economici, determinerà nel lungo periodo un risparmio di spesa connesso, in primo luogo, alla riduzione dei procedimenti accertativi e di riconoscimento della disabilità concentrati nella valutazione di base, alla riduzione degli oneri procedurali, alla previsione di un unico soggetto accertatore, al riconoscimento del valore polifunzionale del certificato medico e dall'utilizzo del FSE per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali e del riconoscimento del Sistema informativo unitario dei servizi sociali, nonché dalla previsione dell'interoperabilità tra le banche dati sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base.

Inoltre, vi sarà una riduzione dei tempi procedurali anche correlati alla previsione della validità non limitata nel tempo del certificato per le condizioni individuate all'articolo 12, comma 2 del decreto in esame.

In altri termini, i costi sostenuti per l'avviamento della riforma (ivi compresi i costi assunzionali) saranno compensati, nel lungo periodo, della semplificazione e razionalizzazione delle procedure in questione sopra indicate, a beneficio delle Amministrazioni coinvolte nonché delle persone con disabilità.

Ne consegue, pertanto, che il provvedimento in esame produrrà un impatto sociale positivo, realizzando al contempo uno snellimento delle procedure amministrative e favorendo l'inclusione sociale delle persone con disabilità, anche attraverso l'istituto dell'accomodamento ragionevole e del progetto di vita individuale nell'ambito della valutazione multidimensionale, realizzando in tal modo gli obiettivi di accessibilità e inclusione di cui ai principi della Convenzione ONU del 2006 e della legge n. 227 del 2021.

In altri termini, gli impatti attesi per le persone con disabilità e per i relativi nuclei familiari sono favorevoli e discendono dal nuovo procedimento valutativo che riassume in sé i diversi procedimenti valutativi, dalla semplificazione procedimentale, dal valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità, dalla definizione della disciplina applicativa dell'accomodamento ragionevole.

Ed ancora, la persona con disabilità ed i suoi familiari potranno trarre benefici e vantaggi dall'implementazione del progetto di vita personalizzato che pone la persona al centro del

progetto e non lo considera mero destinatario dello stesso, coordinando gli interventi attualmente erogati settorialmente, secondo i diversi ambiti di riferimento.

Nello specifico, ai fini della valutazione dell'impatto sulle persone le persone con disabilità, il provvedimento si apprezza nella misura in cui, garantendo l'accessibilità, permette alle persone con disabilità di esprimere, nei diversi contesti sociali, i propri diritti sia in ambito individuale che sociale in condizione di parità con gli altri cittadini e in assenza di qualsiasi discriminazione diretta o indiretta che possa manifestarsi nei diversi ambiti e contesti della vita quotidiana.

In particolare, alcuni ambiti, come noto, sono: a) Invalidità civile: Procedimento di accertamento e riconoscimento delle minorazioni civili (ad esclusione delle valutazioni medico sanitarie); Revisione stato di invalidità; Concessione di provvidenze e benefici economici a favore degli invalidi civili; b) Istruzione: Integrazione e inclusione scolastica degli alunni con disabilità fisica, intellettiva e sensoriale; Trasporto scolastico degli studenti con disabilità; c) Mobilità: Accessibilità alle strutture e ai mezzi di trasporto; Eliminazione barriere architettoniche nel contesto urbano; Procedure di rilascio del contrassegno per circolazione e sosta veicoli a servizio delle persone con disabilità; Concessione contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche in edifici privati; d) Sistema di protezione sociale e di cura: Erogazione di sostegni economici (a favore di: soggetti con disabilità grave o gravissima o in condizione di non autosufficienza; caregiver familiari di persone con disabilità grave e gravissima; persone con disabilità che vogliono realizzare un Progetto di vita indipendente); Erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie (predisposizione progetti personalizzati di presa in carico ex articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328; accesso o frequenza a centri diurni e socioeducativi; ospitalità temporanea o permanente in strutture residenziali); Assistenza domiciliare; e) cultura.

A titolo esemplificativo, si evidenzia che anche il gesto più comune di andare al museo può essere complicato per la persona con disabilità. Ed invero, ancora oggi non sono molti i musei italiani che hanno predisposto soluzioni valide per l'accessibilità dei loro spazi e la fruibilità e delle loro raccolte agli utenti disabili. E così un momento che poteva rivelarsi piacevole si trasforma in una frustrante odissea tra rampe infinite di scale, bagni stretti, vetrine troppo alte, pannelli esplicativi concepiti per docenti universitari, nessun ausilio per non vedenti.

Analogo discorso potrebbe porsi per l'accesso ai luoghi turistici che, spesso, sono preclusi alle persone con disabilità.

Ognuno dovrebbe essere libero di visitare tutti i luoghi che desidera, senza doversi preoccupare che una sua eventuale condizione di svantaggio gli impedisca di godersi il viaggio. Purtroppo, molto spesso, chi è affetto da una disabilità o ha un problema fisico o di salute incontra numerose difficoltà nel viaggiare e, a volte, deve rinunciare a farlo.

## **4.2 Impatti specifici**

### **A. Effetti sulle PMI (Test PMI)**

Non sussistono specifici effetti da segnalare.

### **B. Effetti sulla concorrenza**

Non si ravvisano effetti sulla concorrenza.

### **C. Oneri informativi**

**L'opzione prescelta consente di ridurre ad un unico accertamento la pluralità di accertamenti già esistenti ai sensi dell'articolo 5, e nel contempo prevede un unico certificato rilasciato ai sensi dell'articolo 13, nonché l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali e l'utilizzo del sistema informativo unitario dei servizi sociali, come disposto dall'articolo 36.**

Non si ravvisano oneri informativi a carico dei cittadini **ed in particolare delle persone con disabilità**.

Quanto agli oneri finanziari, il provvedimento determina oneri aggiuntivi per la finanza pubblica:

- per l'anno 2024 si è calcolato un onere connesso alle attività di formazione di cui all'articolo 32, comma 3 quantificato in euro 20.000.000,00 per l'anno 2024 e per le attività dell'INPS l'onere è pari ad euro 9.630.030.000 per un totale di euro 29.630.030 (arrotondato a 29,6 milioni);
- per l'anno 2025 si è calcolato un onere complessivo di euro 134.854.776 (arrotondato a 134,9 milioni) determinato dalla somma del costo connesso alle attività di formazione di cui all'articolo 32, comma 3 quantificato in euro 30.000.000,00, alla sperimentazione della valutazione di base di cui all'articolo 33, comma 1, quantificato in euro 79.854.776 e alla sperimentazione della valutazione multidimensionale di cui all'articolo 33, comma 2, quantificato in euro 25.000.000,00;
- a decorrere dall'anno 2026 si è calcolato un onere complessivo di euro 273.370.096 (arrotondato a 273,4 milioni) connesso al costo a regime per la valutazione di base di cui all'articolo 9 pari a euro 248.370.096 e all'erogazione del Fondo di cui all'articolo 31 per un ammontare di euro 25.000.000,00.

#### **D. Rispetto dei livelli minimi di regolazione europea**

L'intervento risulta in linea con le norme in materia derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

#### **4.3 Motivazione dell'opzione preferita**

L'opzione considerata dall'intervento normativo è dettata dalla necessità di dare seguito ai criteri di delega contenuti nella legge 22 dicembre 2021, n. 227, intervenendo anche con la tecnica della "novella" su atti normativi di assetto di carattere generale. Tale opzione è da considerarsi congrua anche in ottica di mainstreaming, risultando gli interventi assolutamente innescati dentro le più ampie politiche di inclusione sociale, in linea con le esigenze in sede nazionale ed europea.

Ciò in quanto la disciplina normativa in tema di accertamento della condizione di disabilità svolge un ruolo centrale dal momento che costituisce l'antecedente logico per l'attribuzione ed il riconoscimento connesso alla condizione di disabilità e al diritto di accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale partecipato e personalizzato.

#### **4.4 Comparazione delle opzioni e motivazione dell'opzione preferita**

Non si ravvisano opzioni alternative all'intervento proposto.

### **5. MODALITA' DI ATTUAZIONE E MONITORAGGIO**

#### **5.1 Attuazione**

Le disposizioni, una volta entrate in vigore, sono di immediata applicazione.

#### **5.2 Monitoraggio**

Il sistema di monitoraggio dello stato di avanzamento del Pnrr impone un controllo basato sui risultati (target e milestone), attraverso sistemi di rilevazione idonei a monitorare i risultati effettivi generati dai provvedimenti adottati ed il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati. Il tema della riforma è legato a importanti *milestone* del PNRR relative alla Missione 5 Componente 2 del PNRR e, in particolare, alla Missione 5 – Componente 2 - "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore.

A tale sistema, si accompagna il monitoraggio previsto dal decreto (art. 33) che fa capo al Ministro per le disabilità e le cui modalità saranno definite con successivo decreto.

Inoltre, il monitoraggio dovrà verificare l'attuazione degli obiettivi generali e speciali.

In particolare, verificare se è stato raggiunto l'obiettivo di riformare il sistema della disabilità. Nonché di ridurre i tempi e gli oneri gestionali, di semplificare e accorpare i procedimenti amministrativi, ridurre il flusso informativo per effetto della semplificazione procedimentale, implementare un unico soggetto accertatore, prevede una normativa che disciplini l'accomodamento ragionevole, la realizzazione di un sistema adeguato di graduazione dei sostegni per le persone con disabilità; adottare una disciplina unitaria preordinata a definire il procedimento di valutazione multidimensionale finalizzato all'elaborazione dei progetti di vita individuali che tenga conto della persona con disabilità nella sua realtà, nelle sue fragilità e capacità, nelle sue interazioni con i diversi ambienti di vita.

Il sistema di monitoraggio delineato fa capo al Ministro per le disabilità che attraverso le Amministrazioni rispettivamente competenti (INPS, ASL, Enti locali etc.) procederà ad acquisire i dati necessari a verificare lo stato di attuazione e il funzionamento della riforma con la previsione sin dalla fase di sperimentazione di un report sintetico sul grado di attuazione della riforma. In tale ottica, la fase di sperimentazione risulterà necessaria per acquisire un set di dati che potrà rivelarsi utile ai fini dell'adozione di eventuali correttivi alla nuova disciplina, prima della sua applicazione su scala nazionale.

## **CONSULTAZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'AIR**

Non vi sono state consultazioni.

## **PERCORSO DI VALUTAZIONE**

Nell'elaborazione del testo, si è tenuto conto del lavoro del Tavolo tecnico sulle modalità di attuazione della riforma sulla valutazione di base istituito dal Ministro per le disabilità a cui hanno preso parte rappresentanti designati dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore della Sanità, dall'INPS, dalle Federazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità, dalle quattro associazioni di categoria che integrano ai sensi della Legge n. 295/1990 le commissioni di accertamento, da FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), dal CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali), da FIMMG (Federazione italiana dei medici di medicina generale), da FIMMG -settore INPS, da COMLAS (Società scientifica dei medici legali delle aziende sanitarie del servizio sanitario nazionale), da SIMLA - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, da SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e dalla Conferenza delle Regioni.