

# dossier

XIX Legislatura

Marzo 2024

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

Atto del Governo n. 122



## SERVIZIO DEL BILANCIO

Tel. 06 6706 5790 – ✉ SBilancioCU@senato.it – 🐦 @SR\_Bilancio

Nota di lettura n. 130



## SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO

Tel. 06 6760 2174 / 9455 – ✉ bs\_segreteria@camera.it

Verifica delle quantificazioni n. 184

La redazione del presente dossier è stata curata dal Servizio del bilancio del Senato della Repubblica.

## INDICE

<b>Capo I Finalità e definizioni generali.....</b>	<b>1</b>
Articolo 1 ( <i>Finalità</i> ) .....	1
Articolo 2 ( <i>Definizioni</i> ) .....	1
Articolo 3 ( <i>Modifiche all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104</i> ) .....	3
Articolo 4 ( <i>Terminologia in materia di disabilità</i> ).....	5
<b>Capo II Procedimento valutativo di base e accomodamento ragionevole.....</b>	<b>5</b>
Articolo 5 ( <i>Finalità, ambiti, principi ed effetti della valutazione di base</i> ).....	5
Articolo 6 ( <i>Procedimento per la valutazione di base</i> ) .....	8
Articolo 7 ( <i>Efficacia provvisoria anticipata</i> ) .....	10
Articolo 8 ( <i>Certificato medico introduttivo</i> ) .....	11
Articolo 9 ( <i>Soggetto unico accertatore della procedura valutativa di base, per il suo svolgimento. Composizione e funzionamento delle Commissioni</i> ).....	12
Articolo 10 ( <i>Procedimento valutativo di base e riconoscimento della condizione di disabilità</i> ).....	22
Articolo 11 ( <i>Adozione della classificazione ICF ed ICD e loro aggiornamenti ai fini dello svolgimento della valutazione di base</i> ).....	22
Articolo 12 ( <i>Aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, a seguito dell'adozione delle classificazioni ICD e ICF</i> ) .....	23
Articolo 13 ( <i>Valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità e semplificazione delle procedure di erogazione</i> ).....	24
Articolo 14 ( <i>Fattori incidenti sull'intensità dei sostegni sopravvenuti alla valutazione di base</i> ) .....	25
Articolo 15 ( <i>Obblighi di informazione alla persona con disabilità</i> ).....	25
Articolo 16 ( <i>Interoperabilità tra le banche dati sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base</i> ) .....	26
Articolo 17 ( <i>Istituti di tutela dell'accomodamento ragionevole</i> ) .....	27
<b>Capo III Valutazione multidimensionale e progetto di vita individuale personalizzato e partecipato .....</b>	<b>29</b>
Articolo 18 ( <i>Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato</i> ) .....	29
Articolo 19 ( <i>Coordinamento, contestualità e integrazione nel progetto di vita</i> ).....	30
Articolo 20 ( <i>Libertà di scelta sul luogo di abitazione e continuità dei sostegni</i> ) .....	31
Articolo 21 ( <i>Supporti per la presa di decisioni e per la manifestazione delle scelte</i> ) .....	32
Articolo 22 ( <i>Supporto a processi di partecipazione</i> ) .....	33
Articolo 23 ( <i>Avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita</i> ) .....	34
Articolo 24 ( <i>Unità di valutazione multidimensionale</i> ).....	35
Articolo 25 ( <i>Valutazione multidimensionale</i> ) .....	41
Articolo 26 ( <i>Forma, contenuti propri del progetto di vita</i> ).....	41
Articolo 27 ( <i>Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione</i> ) .....	43
Articolo 28 ( <i>Budget di progetto</i> ) .....	44
Articolo 29 ( <i>Referente per l'attuazione del progetto di vita</i> ).....	47

Articolo 30 ( <i>Coordinamento per l'integrazione delle programmazioni sociali e sanitarie nazionali e regionali</i> ) .....	47
Articolo 31 ( <i>Fondo per l'implementazione dei progetti di vita</i> ) .....	48
Articolo 32 ( <i>Misure di formazione</i> ).....	49
<b>Capo IV Disposizioni finanziarie, transitorie e finali.....</b>	<b>50</b>
Articolo 33 ( <i>Fase di sperimentazione</i> ) .....	50
Articolo 34 ( <i>Disposizioni finanziarie</i> ).....	51
Articolo 35 ( <i>Principio di non regressione e tutela dei diritti acquisiti. Disposizioni transitorie e finali</i> ).....	52
Articolo 36 ( <i>Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali e del Sistema informativo unitario dei servizi sociali</i> ) .....	53
Articolo 37 ( <i>Abrogazioni</i> ) .....	54
Articolo 38 ( <i>Entrata in vigore</i> ).....	55

## INFORMAZIONI SUL PROVVEDIMENTO

---

<b>Natura dell'atto:</b>	Schema di decreto legislativo	
<b>Atto del Governo n.</b>	122	
<b>Titolo breve:</b>	Definizione della condizione di disabilità	
<b>Riferimento normativo:</b>	Articoli 1 e 2, comma 2, lettera a), b), c), d) e h), numero 1), della legge 22 dicembre 2021, n. 227	
<b>Relazione tecnica (RT):</b>	Presente	
	<b>Senato</b>	<b>Camera</b>
<b>Commissione competente:</b>	5ª Commissione permanente (Bilancio) in sede <i>consultiva per i profili finanziari</i> 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) in sede <i>consultiva</i>	XII Affari Sociali V Bilancio e Tesoro

---

## CAPO I FINALITÀ E DEFINIZIONI GENERALI

### Articolo 1 (Finalità)

Il comma 1 chiarisce che il presente decreto legislativo costituisce attuazione dell'articolo 1, comma 5, lettere a), b), c), d) e h) della legge n. 227 del 2021 per assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti.

Il comma 2 afferma che le disposizioni contenute nel presente decreto legislativo sono finalizzate a garantire, in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge n. 18 del 2009, l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione.

**La RT** ribadisce che l'articolo 1 del presente decreto individua le finalità dello stesso.

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.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

### Articolo 2 (Definizioni)

Il comma 1 dispone che, ai fini del presente decreto, si applicano le seguenti definizioni:

- a) «*condizione di disabilità*»: una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri;
- b) «*persona con disabilità*»: persona definita dall'articolo 3, comma 1, della legge n. 104 del 1992, come modificato dal presente decreto;
- c) «*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 n. 1068 del 1947;
- d) «*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 n. 1068 del 1947;
- e) «*duratura compromissione*»: compromissione derivante da qualsiasi perdita, limitazione o anomalia a carico di strutture o di funzioni corporee, come classificate dalla "ICF", che persiste nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo;
- f) «*profilo di funzionamento*»: descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle Funzioni e Strutture Corporee, delle Attività e della Partecipazione secondo ICF tenendo conto ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali ed alle determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici;
- g) «*WHODAS*»: *WHO Disability Assessment Schedule* questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità;
- h) «*sostegni*»: i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita individuale personalizzato e partecipato per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, graduati in "sostegno" e "sostegno intensivo", in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno;
- i) «*piano di intervento*»: documento di pianificazione coordinamento dei sostegni individuali relativi ad un'area di intervento;
- l) «*valutazione di base*»: procedimento volto ad accertare, attraverso l'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione, la condizione di disabilità ai fini dell'accesso agli interventi, benefici e sostegni di intensità lieve, media, elevata o molto elevata;
- m) «*valutazione multidimensionale*»: procedimento volto a delineare 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;
- n) «*progetto di vita*»: progetto della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri, aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, gli interventi, i servizi, i sostegni, formali e 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;
- o) «*domini della qualità di vita*»: ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità valutabili con appropriati indicatori;

- p) «*budget di progetto*»: 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.

**La RT** afferma che 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.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

### **Articolo 3**

#### ***(Modifiche all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104)***

Il comma 1 sostituisce i commi 1, 2 e 3 dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992 con i seguenti:

Il comma 1 definisce persona con disabilità (in luogo di "handicappata") colui che presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base (l'attuale definizione individua la persona handicappata in colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione).

Il comma 2 riconosce alla persona con disabilità il diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo (finora in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione), individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie (finora si fa riferimento alle sole terapie riabilitative). La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio. Il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato (tali due ultimi periodi rappresentano un'innovazione normativa).

Il comma 3 stabilisce che, qualora la compromissione (finora minorazione), singola o plurima, abbia ridotto l'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, il sostegno è intensivo (finora in tal caso si fa riferimento ad una situazione con connotazione di gravità) e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Il comma 2 dell'articolo 3 del presente schema di decreto sostituisce la rubrica dell'articolo 3 della legge n. 104 con la seguente: «Persona con disabilità avente diritto ai sostegni ed alle prestazioni».

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

La RT chiarisce che la definizione di cui al comma 1 ricalca quella recata dall'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, 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").

Il comma 2 chiarisce che la persona può necessitare di sostegno o di sostegno intensivo.

La formulazione del comma 3 è pienamente sovrapponibile alla disposizione di cui all'articolo 3, comma 3, della legge n. 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 n. 104 del 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.

La Rel. III. poi 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 n. 104 del 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.

**Al riguardo**, si osserva che le modifiche delle definizioni recate ai commi 1 e 2 dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992 non sembrerebbero equivalenti alle vigenti definizioni. Tuttavia, non sembra potersi riconnettere *ex ante* un rilievo di natura finanziaria a tali modifiche, la cui portata appare comunque gestibile in modo da evitare che di per sé esse determinino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica,



anche alla luce del fatto che molte prestazioni – come asserito dalla RT – saranno calibrate sotto diversi profili e quindi i relativi oneri certamente modulabili.

#### **Articolo 4** ***(Terminologia in materia di disabilità)***

Il comma 1 dispone che, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto:

- a) la parola: «handicap», ovunque ricorre, è sostituita dalle seguenti parole «condizione di disabilità»;
- b) le parole: «persona handicappata», «portatore di handicap», «persona affetta da disabilità», «disabile» e «diversamente abile», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «persona con disabilità».

Il comma 2 dispone che, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto:

- a) le parole: «con connotazione di gravità» e «in situazione di gravità», ove ricorrono e sono riferite ai soggetti indicati nel comma 1, sono sostituite dalle seguenti: «con necessità di sostegno elevato o molto elevato»;
- b) le parole: «disabile grave», ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «persona con necessità di sostegno intensivo».

**La RT** afferma che 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.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **CAPO II** **PROCEDIMENTO VALUTATIVO DI BASE E ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE**

### **Articolo 5** ***(Finalità, ambiti, principi ed effetti della valutazione di base)***

Il comma 1 definisce la valutazione di base come il procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a), che altresì comprende:

- a) l'accertamento dell'invalidità civile di cui alla legge n. 118 del 1971 e delle condizioni di cui alla legge n. 18 del 1980 (indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili), alla legge n. 508 del 1988 (norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti), nonché alla legge n. 289 del 1990 (modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 508 del 1988);
- b) l'accertamento della cecità civile, ai sensi della legge n. 382 del 1970 e della legge n. 138 del 2001;
- c) l'accertamento della sordità civile, ai sensi della legge n. 381 del 1970;
- d) l'accertamento della sordocecità ai sensi della legge n. 107 del 2010;
- e) l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 66 del 2017;
- f) l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge n. 68 del 1999;

- g) l'individuazione dei presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza;
- h) l'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, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 30 novembre 2016, n. 280, ad eccezione della condizione di non autosufficienza delle persone anziane;
- i) l'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 estende l'applicazione della valutazione di base di cui al comma 1 anche ai minori e alle persone anziane, ad eccezione delle persone anziane non autosufficienti di cui all'articolo 4 della legge n. 33 del 2023.

Il comma 3 prevede che il procedimento di valutazione di base sia informato ai seguenti criteri:

- a) orientamento dell'intero processo valutativo medico-legale sulla base dell'ICD e degli strumenti descrittivi ICF, con particolare riferimento all'attività e alla partecipazione della persona, in termini di capacità dell'ICF;
- b) impiego, quale strumento integrativo e di partecipazione della persona, ad eccezione dei minori di età, ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, del WHODAS e dei suoi successivi aggiornamenti, nonché di ulteriori strumenti di valutazione scientificamente validati ed individuati dall'OMS;
- c) considerazione dell'attività della persona, al fine di accertare le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o delle misure volte a compensare la restrizione della partecipazione della persona e a sostenerne la massima inclusione possibile;
- d) in particolare, per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile di cui al comma 1, lettera a), impiego di tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche;
- e) tempestività, prossimità, efficienza e trasparenza.

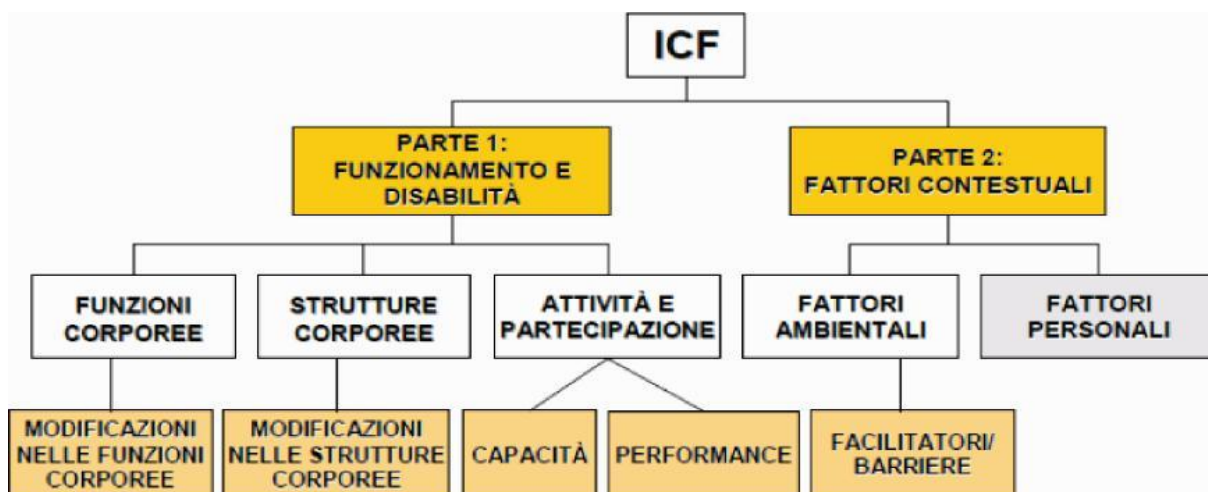
Il comma 4 riconnette al riconoscimento della condizione di disabilità della persona l'acquisizione di una tutela proporzionata al livello di disabilità, con priorità per le disabilità che presentano necessità di sostegno intensivo e delle correlate prestazioni previste dalla legge, inclusi i sostegni volti a favorire l'inclusione scolastica, presso le istituzioni della formazione superiore e lavorativa. A tale riconoscimento consegue anche la tutela dell'accomodamento ragionevole come definito dall'articolo 5-bis della legge n. 104 del 1992 e la richiesta dell'avvio del procedimento di valutazione multidimensionale per l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, secondo quanto previsto dagli articoli 17 e 18.

**La RT** puntualizza che le disposizioni in esame sono volte a disciplinare le finalità, gli ambiti, i principi e gli effetti della valutazione di base, in ossequio all'articolo 2, comma 2, lett. b), della legge delega.

Dopo aver sintetizzato l'articolo la RT sottolinea che nessun effetto finanziario discende dall'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 DM 182 del 29.1.2020, adottato dal Ministero dell'istruzione di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e al DM n. 153 del 1° agosto 2023).

Dal tenore delle disposizioni emerge che la loro attuazione non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

La Rel. III. ricorda 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) del comma 3 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 30 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 Rel. III. sottolinea che 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.

**Al riguardo**, per quanto attiene al comma 3, oltre a rinviare alle osservazioni formulate sugli articoli 11 e 12 in merito all'impatto dell'introduzione dell'ICF nei criteri valutativi, si segnala che la lettera d), come risulta anche dal chiarimento fornito dalla Rel. III., sembra implicare la sostituzione di tabelle che si limitano a rilevare la patologia o menomazione in sé e la conseguente riduzione della capacità lavorativa generica in termini percentuali, con tabelle aggiornate che dovranno stabilire quanto la compromissione, come definita dall'articolo 2, incida sul funzionamento della persona. L'operazione non sembrerebbe neutrale e potrebbe riflettersi in un differente, e forse più ampio, concetto di disabilità. Anche fornendo alcuni esempi, sarebbe auspicabile l'acquisizione di chiarimenti sulla questione, onde valutarne la rilevanza per quanto di competenza.

Per i restanti commi non si hanno rilievi da formulare, rinviando a quanto osservato sugli articoli 17 e 18.

## **Articolo 6** ***(Procedimento per la valutazione di base)***

Il comma 1 prevede che il procedimento per la valutazione di base si attivi su richiesta dell'interessato, dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, o del tutore o amministratore di sostegno se dotato di poteri, con la trasmissione, in via telematica, del certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8.

Il comma 2, nei soli casi di cui all'articolo 12, comma 2, lettera m), permette all'istante di richiedere, contestualmente alla trasmissione del certificato medico introduttivo, di essere valutato senza il ricorso alla visita diretta, sulla base degli atti raccolti. In tal caso, l'istante, unitamente alla richiesta di rinuncia alla visita, trasmette l'intera documentazione, compreso il *WHODAS*. Se la commissione ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta, dispone la visita.

Il comma 3 prevede che il richiedente, sino a sette giorni prima della seduta di valutazione di base, possa trasmettere o depositare ulteriore documentazione medica o sociale, rilasciata da una struttura pubblica o privata accreditata.

Il comma 4 stabilisce che in occasione della visita per la valutazione di base è somministrato il questionario *WHODAS*, secondo le modalità indicate ai sensi del comma 9.

Il comma 5 prevede che la valutazione di base si svolga in un'unica visita collegiale ai sensi degli articoli 9 e 10.

Il comma 6 stabilisce che la commissione richiede integrazione documentale o ulteriori approfondimenti diagnostici nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o siano necessari per il riconoscimento di una maggiore intensità dei sostegni.

Il comma 7 dispone che l'esito della valutazione di base è attestato da un certificato con validità non limitata nel tempo, per le condizioni individuate ai sensi dell'articolo 12, comma 2, lett. c), che viene acquisito al fascicolo sanitario elettronico. Nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità della persona, sono individuate nel medesimo certificato anche le necessità e l'intensità dei sostegni, nonché l'ipotesi dell'eccezionale caso di cui all'articolo 12, comma 2, lettera d) con il relativo periodo di validità del medesimo certificato.

Il comma 8, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6, comma 3-*bis*, del decreto-legge n. 4 del 2006 (ai sensi del quale l'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche entro 15 giorni dalla domanda dell'interessato), stabilisce che il procedimento di valutazione di base si conclude entro 90 giorni dalla ricezione del certificato medico introduttivo. Nei casi di cui al comma 6, il termine è sospeso per 60 giorni, prorogabili, su richiesta, di ulteriori 60 giorni.

Il comma 9 demanda all'INPS la definizione delle ulteriori modalità di svolgimento del procedimento e delle riunioni delle commissioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.

Il comma 10 conferma le funzioni e le competenze di attuazione ed esecuzione dell'INPS in materia di concessione delle prestazioni di cui all'articolo 20, comma 4, del decreto-legge n. 78 del 2009 (in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità), e quelle di erogazione di cui al decreto legislativo n. 112 del 1998. L'INPS determina le modalità con cui garantire la tempestiva erogazione delle provvidenze economiche conseguenti alla valutazione di base. Le provvidenze decorrono dal mese successivo alla data di trasmissione del certificato medico introduttivo.

**La RT** afferma che il comma 1 ha natura ordinamentale, che non innova per quanto attiene ai profili di natura finanziaria, per cui è neutro finanziariamente.

In relazione al comma 2 la RT esclude la sussistenza di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto la disposizione pone in capo al cittadino l'onere di produrre il *WHODAS* preventivamente somministrato con eventuali costi a suo carico.

La RT sottolinea poi il carattere ordinamentale anche dei commi 3 e 6.

I commi 4 e 5 si limitano a regolamentare il procedimento e, pertanto, non determinano effetti finanziari immediati. Comunque, la RT segnala che la somministrazione del *WHODAS* e gli eventuali costi ad essa collegati saranno analizzati in sede di esame della disposizione di cui all'articolo 9, comma 3.

In relazione al comma 7, la RT assicura che il caricamento e l'acquisizione del certificato sul fascicolo sanitario elettronico sono privi di incidenza sulla 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. Inoltre segnala che tale disposizione attua la misura del PNRR Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3. e 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 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 90

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 15 giorni. In relazione al comma 9 la RT aggiunge che 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.

Dopo aver puntualizzato il contenuto del comma 10, la RT conclude affermando che gli ultimi 3 commi analizzati hanno natura ordinamentale e sono privi di rilevanza finanziaria.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

### **Articolo 7** ***(Efficacia provvisoria anticipata)***

Il comma 1 dispone che le persone con le patologie determinanti gravi compromissioni funzionali previste dal decreto di cui all'articolo 12, attestate da certificazione rilasciata da una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata accreditata, accedono, su richiesta formalizzata dai soggetti di cui all'articolo 6, comma 1, alle prestazioni sociali e socio-sanitarie individuate ai sensi del comma 2 anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base, fatta salva la ripetizione delle prestazioni e dei sostegni in caso di conclusione di tale procedimento con esito negativo o con accertamento indicante una necessità di sostegni di minore intensità rispetto a quanto erogato.

Il comma 2 demanda ad un apposito decreto interministeriale, da emanarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, l'individuazione delle prestazioni erogabili ai sensi del comma 1 e delle specifiche modalità con cui richiedere l'erogazione.

**La RT** afferma che le disposizioni 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.

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.

**Al riguardo**, si osserva che, in presenza di prestazioni non puramente monetarie, l'anticipo della loro erogazione all'atto della domanda – in ossequio al principio generale della decorrenza dalla data della domanda - non sembra privo di effetti finanziari, come effettivamente lo sarebbe nel caso di trasferimenti di denaro, in

presenza di un esito positivo della domanda. In presenza invece di successivo rigetto (anche parziale) della richiesta, anche l'eventuale ripetizione dell'indebito non può essere *sic et simpliciter* equiparata alla mancata concessione anticipata del beneficio, alla luce delle inevitabili incertezze insite nell'azione da esperire allo scopo.

## **Articolo 8** **(Certificato medico introduttivo)**

Il comma 1 considera presupposto per l'avvio del procedimento valutativo di base la trasmissione telematica all'INPS di un certificato medico rilasciato dai medici in servizio presso le ASL, le Aziende ospedaliere, gli IRCCS, i centri di diagnosi e cura delle malattie rare. Possono procedere alla trasmissione telematica anche i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali del SSN, i medici in quiescenza iscritti all'albo, i liberi professionisti e i medici in servizio presso strutture private accreditate, come individuati dall'INPS ai sensi del comma 2.

Il comma 2 dispone che l'INPS, nei modi indicati dal Ministero della salute, acquisisce la documentazione relativa alla formazione effettuata in educazione continua in medicina in materia di classificazioni internazionali dell'OMS 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.

Il comma 3 dispone che il certificato medico introduttivo reca quale contenuto essenziale:

- 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 al sistema ICD;
- d) il decorso e la prognosi delle eventuali patologie riscontrate.

Il comma 4 stabilisce che il medico certificatore riporta nel certificato di cui al comma 3 l'eventuale elezione di domicilio dell'interessato, anche presso un patronato o una delle associazioni di cui all'articolo 4, comma 4, della legge n. 104 del 1992, come modificato dall'articolo 9 del presente decreto, ai fini delle ulteriori comunicazioni inerenti al procedimento per la valutazione di base.

Il comma 5 prevede l'inserimento del certificato medico introduttivo ai fini della valutazione di base, con la trasmissione all'INPS, anche nel fascicolo sanitario elettronico.

**La RT** assicura che il comma 1 non determina nuovi o maggiori per la finanza pubblica, precisando che, con riferimento alla prima categoria di soggetti (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) 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) la RT rappresenta che l'eventuale onere connesso alla richiesta di rilascio del certificato è a carico esclusivo del soggetto richiedente.

In relazione al comma 2 la RT afferma che 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.

Dopo aver ribadito il contenuto dei commi 3 e 4 la RT conclude affermando che la disposizione di cui al comma 5 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.

**Al riguardo**, si osserva che la disposizione di cui al comma 2 sembra porre in capo all'INPS un'intensa opera di valutazione dell'idoneità a certificare da parte dei medici di cui al secondo periodo del comma 1, pur restando in capo a questi eventuali oneri formativi. Andrebbe assicurato, anche fornendo elementi quantitativi perlomeno di massima, la sostenibilità di tale attività a valere sulle risorse già disponibili a legislazione vigente, valutando altresì l'opportunità di inserire sul punto un'apposita clausola d'invarianza finanziaria.

## **Articolo 9**

### ***(Soggetto unico accertatore della procedura valutativa di base, per il suo svolgimento. Composizione e funzionamento delle Commissioni)***

Il comma 1 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2026, la gestione del procedimento per la valutazione di base è affidata, in via esclusiva, all'INPS. Viene fatto espressamente salvo quanto previsto dai successivi articoli 12 e 33, concernenti, rispettivamente, l'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, e la procedura di sperimentazione delle disposizioni relative alla valutazione di base.

Il comma 2 al fine di garantire l'effettività dei principi di efficacia, efficienza, economicità, celerità ed adeguatezza dei procedimenti di valutazione di base, assegna alle Unità valutative di base le competenze e le funzioni di accertamento e valutazione di cui all'articolo 1, commi 1 e 2, della legge n. 295 del 1990 (ai sensi dei quali gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, presso le quali operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della USL territorialmente competente).

Il comma 3 sostituisce l'articolo 4 (*Riconoscimento della condizione di disabilità attraverso la valutazione di base*) della legge n. 104 del 1992 con i seguenti commi, riferibili appunto al nuovo articolo 4.

Il comma 1 prevede che il riconoscimento della condizione di disabilità di cui all'articolo 3 (della legge n. 104) sia d'ora innanzi effettuato dall'INPS mediante l'attività di commissioni che assolvono alle funzioni di "Unità valutative di base".



Il comma 2 stabilisce che le commissioni di cui al comma 1 si compongono di due medici nominati dall'INPS, del professionista sanitario previsto dal comma 4 e di una figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali. Le commissioni sono presiedute da un medico INPS specializzato in medicina legale. Nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'INPS nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento INPS in materia assistenziale o previdenziale. In ogni caso, almeno uno dei componenti deve essere un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini.

Il comma 3 disciplina la composizione delle commissioni nel caso di minori, ripetendo quanto previsto dal precedente comma con la specificazione che almeno uno dei medici nominati dall'INPS deve essere in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona (in tal caso non è invece richiesta la specializzazione di almeno un medico in medicina legale o del lavoro).

Il comma 4 dispone che le commissioni di cui ai commi 2 e 3 sono integrate con un professionista 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 neurosviluppo (ANFFAS), ogni qualvolta debbano pronunciarsi sulle specifiche condizioni di disabilità.

Il comma 5 prevede che la "valutazione di base" sia definita con la partecipazione di almeno 3 componenti, al cui numero può concorrere anche il professionista sanitario di cui al comma 4, se presente. In caso di parità di voti, il voto del Presidente di commissione vale doppio.

Il comma 6 stabilisce che nel corso della valutazione di base, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto.

Il comma 7 dispone che gli accertamenti per le persone anziane non autosufficienti sono posti in essere ai sensi dell'articolo 4, comma 2, lettera l), numero 1) della legge n. 33 del 2023 (valutazione multidimensionale unificata, destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi n. 104 del 1992 e n. 18 del 1980), fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lett. s), della medesima legge per le persone con disabilità che sia già stata accertata (mantenimento di servizi e prestazioni per coloro che entrano nell'età anziana).

Il comma 4 dell'articolo 9 del presente schema di decreto, al fine di garantire la semplificazione e razionalizzazione degli oneri procedurali connessi all'espletamento della valutazione di base, autorizza l'INPS, sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente, a stipulare apposite convenzioni con le Regioni per avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base.

Il comma 5 dispone che l'INPS, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, ai fini della gestione della valutazione di base, deve:

- a) garantire l'omogeneità e la prossimità dell'attività valutativa su tutto il territorio nazionale;
- b) improntare i procedimenti amministrativi strumentali alla valutazione di base e relativi alla concessione ed erogazione delle prestazioni a criteri di semplificazione, razionalizzazione, efficacia e trasparenza;
- c) definire il sistema organizzativo interno secondo criteri che individuano competenze e responsabilità degli organi e degli uffici, nonché gli ambiti di competenza degli uffici centrali e periferici.

Il comma 6, al fine di garantire piena attuazione alle disposizioni contenute nel presente articolo, autorizza l'INPS, per il triennio 2024-2026, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali e con incremento della propria dotazione organica, ad assumere con contratto di lavoro a tempo indeterminato, mediante procedure concorsuali pubbliche, per titoli ed esami, anche tramite scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici, 1.069 unità di personale da inquadrare nell'Area dei Medici di primo

livello per l'assolvimento delle funzioni medico-legali di propria competenza, 142 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari amministrativi e 920 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari sanitari del Comparto Funzioni Centrali.

Il comma 7, in relazione alle assunzioni di cui al comma 6, autorizza una spesa pari a 7.146.775 euro per l'anno 2024, a 71.629.183 euro per l'anno 2025 e a 215.371.872 euro annui a decorrere dall'anno 2026. È altresì autorizzata, in favore dell'INPS, una spesa pari a 2.483.256 euro per l'anno 2024, di cui 2.086.769 euro per la gestione delle procedure concorsuali e 396.487 euro per le spese di funzionamento, e una spesa pari a 1.625.593 euro per l'anno 2025 e a 198.244 euro annui a decorrere dall'anno 2026, per le spese di funzionamento. E' previsto che alla copertura degli oneri derivanti dal presente comma si provveda ai sensi dell'articolo 34.

Il comma 8 provvede, sempre ai sensi dell'articolo 34, alla copertura degli oneri derivanti dalla partecipazione alle commissioni di un professionista sanitario in rappresentanza delle Associazioni, di cui al comma 4, dell'articolo 4, della legge n. 104, nel limite massimo di 6,6 milioni di euro per l'anno 2025 e di 32,8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

**La RT** evidenzia che il nuovo assetto delineato dai commi 1 e 2, riconducendo l'accertamento della disabilità esclusivamente in capo all'INPS, 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 in una verifica di "secondo livello" (sugli atti o con altra visita diretta) innanzi alla Commissione INPS.

La RT ricorda poi che già con l'articolo 18 del decreto-legge n. 98 del 2011 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, assicura che 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'INPS. 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 annue;
- 2) il numero delle domande relative agli anziani non autosufficienti 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 una figura professionale appartenente all'area sociale o psicologica (4 componenti complessivi);
- 4) il numero annuo delle giornate lavorative per dipendente pari a 210;
- 5) il 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) la stima che il personale impegnato attualmente nell'espletamento delle funzioni sanitarie dell'INPS sia dedicato per il 30% a funzioni previdenziali;

7) la stima che il restante 70% del personale si occupi 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) la stima di un fabbisogno di personale sanitario pari al 20% del personale medico;

9) la stima di 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.

La RT segnala che 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 dell'INPS.

Con specifico riferimento al personale medico, precisa che a legislazione vigente l'attività è assicurata con 728 medici dipendenti (a 36 ore settimanali), ai quali si aggiungono 701 medici convenzionati (a 35 ore settimanali). Il totale dei medici disponibili è pertanto equivalente a 1.410, impegnati in attività di 36 ore settimanali (la RT implicitamente rapporta i 701 medici a 35 ore all'orario di 36 ore, stimandoli fittiziamente in 682).

Tenendo conto delle complessive attività della funzione medica la RT stima, sulla base delle ipotesi di cui ai numeri 6 e 7, 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 fra il numero delle visite da assicurare nell'anno (875.000) 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 assunzioni necessarie e le spese da esse derivanti: in particolare, le immissioni in ruolo avverranno a decorrere dal mese di novembre del 2024 (primo scaglione di personale pari a 424 unità) e del 2025 (a completamento del contingente di personale con 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 la valutazione di base	1.562	781	312	203	2.858
Personale attualmente previsto nel fabbisogno sostenibile per l'invalidità civile	493	-	173	61	727
<b>Personale ad incremento limiti facoltà assunzionali</b>	1.069	781	139	142	2.131
<b>Costo unitario personale inclusi oneri riflessi (in euro)</b>	148.035,65	53.786,97	53.786,97	53.786,97	
<b>Totale spesa (in euro)</b>	158.250.109,85	42.007.623,57	7.476.388,83	7.637.749,74	215.371.871,99

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

INPS	Stipendio CCNL 2019-2021 (12 mesi)	Tredicesima	Oneri riflessi (40,26%)	Totale annuo lordo dipendente	Trattamento economico accessorio medio (al lordo degli oneri riflessi pari al 32,85%)	Retribuzione e totale lordo stato	incremento contrattuale CCNL 2022-2024 $C=(A+B)*5,78\%$	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2022-2024	ASSUNZIONI	Onere anno 2024 per 213 unità (rateo 2/12)	Onere anno 2025 per 856 unità (rateo 2/12)	Oneri (a regime dal 2026) per 1.069 unità complessive
Medico I livello - tempo pieno	36.293,08	3.024,42	15.829,23	55.146,73	84.800,00	139.946,73	8.088,92	148.035,65	213	5.255.265,58	31.531.593,45	31.531.593,45
									856	-	21.119.752,73	126.718.516,40
<b>TOTALE</b>									<b>1.069</b>	<b>5.255.265,58</b>	<b>52.651.346,18</b>	<b>158.250.109,85</b>

INPS	Stipendio CCNL 2019-2021	Tredicesima	Indennità di amministrazione	Totale fondamentale lordo	Oneri riflessi (40,26%)	Totale fondamentale e lordo stato	Trattamento economico accessorio	Retribuzione pro capite totale (fondamentale e)	Incremento contrattuale CCNL 2022-2024 (5,78%)	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO	ASSUNZIONI	Onere anno 2024 per 211 unità (rateo 2/12)	Onere anno 2025 per 851 unità (rateo)	Oneri (a regime dal 2026) per 1.062 unità
Funzionari	23.501,93	1.958,49	1.752,72	27.213,14	10.956,01	38.169,16	12.678,81	50.847,96	2.939,01	53.786,97	211	1.891.508,45	11.349.050,67	11.349.050,67
											851	-	7.628.785,25	45.772.711,47
<b>TOTALE</b>											<b>1.062</b>	<b>1.891.508,45</b>	<b>18.977.835,92</b>	<b>57.121.762,14</b>

Altre Spese	2024	2025	dal 2026
Spese concorsuali	2.086.768,50		
Spese di funzionamento	396.486,02	1.625.592,66	198.243,01
<b>TOTALE</b>	<b>2.483.254,52</b>	<b>1.625.592,66</b>	<b>198.243,01</b>

TOTALE	2.131	7.146.774,02	71.629.182,10	215.371.871,99

A ciò si deve aggiungere il costo dei professionisti sanitari in rappresentanza delle associazioni di categoria, pari circa a 32.810.000 euro, calcolando un costo giornaliero di 200 euro per ciascuna delle giornate di espletamento della visita in un anno (come da delibera del CdA dell'INPS n. 102 del 06.07.2022).

La RT fa presente che tali professionisti sono pagati dall'INPS sulla base di uno schema di contratto tra l'INPS stesso e le pertinenti associazioni di categoria.

In relazione al periodo di sperimentazione di un anno a decorrere dal 1° gennaio 2025, disciplinata dall'articolo 33 del presente decreto, la RT ha ipotizzato un impiego di personale dipendente e di professionisti sanitari pari a un quinto del totale (20%), in ragione del ridotto ambito territoriale che sarà coperto dalla sperimentazione, ipotizzabile nel 20% dell'intero territorio nazionale.

A tal fine evidenzia che una parte delle assunzioni deve essere disposta in anticipo rispetto alla condizione a regime: in particolare, nell'arco del 2024, devono essere assunti 213 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

La RT sottolinea infine che il richiedente l'accertamento può farsi assistere da un medico di propria fiducia con oneri a proprio carico. Ne consegue, pertanto, che tale previsione non produce effetti per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, considerato preliminarmente che la RT richiama il decreto-legge n.98 del 2011 che già consentiva alle Regioni di delegare l'INPS per l'accertamento in un'unica fase sulla base di apposite convenzioni, andrebbe chiarito se tale facoltà è stata utilizzata da qualche Regione.

In relazione ai risparmi correlati all'eliminazione della attuale cd. struttura bifasica degli accertamenti, ai quali fa espresso cenno la RT, si osserva che non viene fornita alcuna stima del loro ammontare, per cui sarebbe auspicabile perlomeno l'indicazione della spesa complessiva annua ad oggi sostenuta dalle amministrazioni competenti agli accertamenti sanitari per la certificazione di disabilità, dal momento che dal combinato disposto del presente articolo e dell'articolo 37 (abrogazioni) potrebbero scaturire anche significativi risparmi.

Per quanto riguarda il nuovo modello di accertamento, imperniato esclusivamente sulle strutture sanitarie dell'INPS, la RT quantifica le risorse umane che si rendono necessarie ad assicurare al soggetto unico accertatore un adeguamento della sua organizzazione funzionale.

In relazione ai dati e alle stime presentati dalla RT ai numeri 1-9) e utilizzati per la quantificazione, andrebbero indicate le fonti e le motivazioni alla base di alcuni di essi. In particolare, i valori riportati ai numeri 1) e 2) sul numero di visite da effettuare appaiono prudenziali e comunque plausibili, il dato di cui al numero 3) trova il suo fondamento nel dispositivo e le ipotesi recate dai numeri 4) e 5) si ritengono condivisibili. Sarebbe utile invece l'acquisizione di elementi informativi circa la percentuale finale (35%), desumibile dai numeri 6) e 7), del personale attualmente impegnato nelle funzioni sanitarie dell'INPS e che si occupa degli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile non riguardanti gli anziani non autosufficienti, nonché uno specifico approfondimento sull'origine delle stime inerenti al fabbisogno di personale sanitario (20% del personale medico) e di personale amministrativo (13% del personale medico) necessario per lo svolgimento delle funzioni delle unità valutative di base (nn. 8 e 9).

Sulla base dei dati e delle ipotesi fornite dalla RT, comunque, la tabella correttamente individua in 493 unità il numero di medici già in servizio o a disposizione dell'INPS e potenzialmente destinabili alla funzione di accertamento "unico". Tuttavia, oltre ad evidenziare che la parte discorsiva della RT quantifica la medesima platea in 781 unità, si osserva che dalla ricognizione dei dati reperibili dall'INPS, aggiornati al 2024, i

medici dipendenti risulterebbero sensibilmente meno numerosi (517 unità) rispetto a quelli indicati dalla RT (728 unità)<sup>1</sup>.

Analogamente andrebbero forniti elementi di riscontro in merito ai dati riportati dalla RT circa il personale già in servizio nell'INPS e appartenente ai profili delle professioni sanitarie (non medici) e amministrative (rispettivamente 173 e 61 unità), che attualmente sarebbe adibito alle commissioni di valutazione (in prima o seconda istanza), al fine di individuare il fabbisogno organico aggiuntivo.

In relazione al comma 6, che individua puntualmente le assunzioni autorizzate, andrebbe valutata l'opportunità di prevedere, per le varie professionalità, un numero di reclutamenti rimodulabile "fino a" e non in valore assoluto, in modo da assicurare la compatibilità dei contingenti con l'autorizzazione di spesa di cui al comma 7, formulata in termini di limite massimo.

Si rileva poi che la RT provvede alla stima degli oneri relativi alle assunzioni in esame ipotizzando che le immissioni in ruolo avverranno, per un primo contingente, a decorrere dal mese di novembre del 2024 (primo scaglione di personale pari a 424 unità) e solo dal novembre del 2025 per la restante parte del personale (con ulteriori 1.707 unità), in relazione ai tempi tecnici necessari per l'espletamento delle procedure concorsuali. Si osserva che la stima dell'assunzione del primo contingente nel mese di novembre 2024 appare incompatibile con la decorrenza dell'applicabilità delle norme dal 1° gennaio 2025, ai sensi dell'articolo 38, comma 2, dello schema in esame. Al contrario, per il secondo contingente, il rispetto della tempistica di novembre 2025 appare necessario per il contenimento degli oneri entro i tetti prefissati.

Relativamente al costo unitario annuo indicato per il reclutamento del personale medico (1.069 unità dal 2025) e delle professionalità inquadrare per i profili sanitari e amministrativi della III area del C.C.N.L. "Funzioni centrali" comparto EPNE (211 unità nel 2024 e 851 nel 2025)<sup>2</sup>, risultando pienamente riscontrata la congruità dei dati riportati nella tavola della RT, anche in considerazione dell'aggiornamento delle retribuzioni medie, non vi sono osservazioni da formulare<sup>3</sup>. Sarebbe comunque

---

<sup>1</sup> I dati di organico più recenti disponibili sul sito dell'INPS concernenti l'organico di diritto dell'ente indicano 26.711 unità, di cui 517 medici di I livello e di II livello e 21.965 unità della III Area professionale a gennaio 2024. Cfr. INPS, Piano dei fabbisogni di personale 2024/2026, adottato con deliberazione del Consiglio di amministrazione n.14 del 31 gennaio 2024, pagina 61.

<sup>2</sup> In particolare, per i professioni dell'area medica delle elevate professionalità il trattamento economico è comunque regolato dal CCNL Dirigenti del comparto EPNE 2008/2009, parte II, articoli 8-11.

<sup>3</sup> I dati del Conto Annuale della RGS, aggiornati al 2022, indicano una retribuzione media annua lorda per i medici dell'INPS di 146.382 euro, di cui 44.257 euro di componenti fondamentali (Tabellare, I.I.S, R.I.A. e 13a mensilità) e 102.125 euro di componenti retributive accessorie. Quanto al personale di III Area, la retribuzione media annua indicata è di 47.170 euro annui, di cui 28.008 di componenti fondamentali e 19.161 euro di componenti accessorie. I dati ARAN aggiornati però al 2021, indicano una retribuzione media annua per i medici degli EPNE di 113.834 euro annui lordi, di cui 43.602 di voci stipendiali e 70.232 euro di componenti retributive accessorie. Le retribuzioni per il personale di terza fascia (funzionari) assommano a 44.780 euro medi annui, di cui 27.762 di componenti fondamentali e 17.018 accessorie. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.O.P., Conto Annuale al 2022, tavole sul sito *internet* del Dipartimento; ARAN, Retribuzioni medie per macro voce e profilo di inquadramento, Dati statistici, EPNE, 2021, sul sito *internet* dell'Agenzia.



opportuno illustrare il metodo di calcolo utilizzato per le tredicesime mensilità in relazione al trattamento accessorio.

Si rileva poi la necessità di integrare la RT fornendo ulteriori elementi conoscitivi in merito ai criteri adottati nel computo e nella ripartizione delle spese da sostenersi in relazione ai fabbisogni per lo svolgimento delle procedure concorsuali e per spese di funzionamento. Sarebbe utile acquisire elementi informativi in merito all'attuale dotazione di ambulatori presso le sedi territoriali dell'INPS, nonché in merito alle attrezzature sanitarie che si renderanno necessarie al funzionamento delle commissioni di valutazione dell'INPS ai fini accertativi in esame. Andrebbero a tale proposito illustrate le ragioni delle variazioni nella quantificazione delle spese di funzionamento, previste pari a 0,4 milioni di euro circa nel 2024, 1,6 milioni circa nel 2025 e a 0,2 milioni circa in via permanente a decorrere dal 2026. Sul medesimo punto la RT stima una sperimentazione pari al 20% dell'intero territorio nazionale nel 2025, per cui anche le spese di funzionamento dovrebbero essere più basse di quelle relative all'anno successivo. Per le spese per la gestione delle procedure concorsuali e di funzionamento, si ricorda che le norme in esame si applicano dal 1° gennaio 2025, ai sensi dell'articolo 38, comma 2.

In relazione al comma 8, alla luce dell'onere unitario giornaliero di 200 euro da corrispondere ai professionisti in questione, della composizione delle commissioni e dell'arco temporale coperto da attività nel corso dell'anno (210 giorni), la quantificazione a regime risulta corretta. Peraltro, trattandosi di autorizzazione predisposta come limite massimo di spesa, in assenza di indicazioni puntuali sul numero di soggetti da retribuire, non vi sono osservazioni da formulare.

In relazione ai riflessi sui diversi oneri della sperimentazione per il 2025 appare necessario, per il loro contenimento entro i limiti previsti, che essa si estenda effettivamente - come presupposto dalla RT - su aree del territorio nazionale con popolazione complessiva non superiore al 20% di quella nazionale.

In merito al comma 3, dal momento che la norma costituisce una mera facoltà per l'INPS che prevede che la stipula delle convenzioni con le Regioni possa trovare attuazione nei soli limiti delle risorse già previste dalla legislazione vigente, nulla da osservare.

Si segnala infine che, in mancanza del prospetto riepilogativo degli effetti attesi sui saldi, non è possibile valutare se parte delle spese abbiano natura capitale né l'insieme degli effetti indotti (pure ricompresi dalla RT in relazione all'autorizzazione assunzionale prevista dal comma 7), che si rifletterebbero in riduzione degli oneri sull'indebitamento netto e sul fabbisogno. Tale lacuna informativa confligge con quanto espressamente stabilito dalla circolare n. 32/2010 del dipartimento della R.G.S in presenza di oneri di personale.

## **Articolo 10**

### ***(Procedimento valutativo di base e riconoscimento della condizione di disabilità)***

Il comma 1 stabilisce che il riconoscimento della condizione di disabilità costituisce il risultato del procedimento valutativo di base, comprendente:

- a) l'accertamento e la verifica della condizione di salute della persona descritta nel certificato medico introduttivo con i codici ICD;
- b) la valutazione delle durature e significative compromissioni dello stato di salute, funzionali, mentali, intellettive o sensoriali, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenendo conto dell'ICD;
- c) i deficit funzionali e strutturali che ostacolano, in termini di salute, l'agire della persona e che rilevano in termini di capacità secondo ICF;
- d) l'individuazione del profilo di funzionamento della persona, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentale agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi;
- e) la ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali in termini di capacità secondo la classificazione ICF, nei domini relativi all'attività e alla partecipazione, considerando anche i domini relativi al lavoro e all'apprendimento nell'ambito della formazione superiore;
- f) la valutazione del livello delle necessità di sostegno, lieve o medio, o di sostegno intensivo, elevato o molto elevato, correlate ai domini dell'ICF sull'attività e sulla partecipazione dell'ICF.

Il comma 2 stabilisce che il riconoscimento della condizione di disabilità per i minori è effettuato ai sensi del comma 1 e comprende per la valutazione di cui alla lettera e) del medesimo comma i domini relativi all'apprendimento.

**La RT** puntualizza che 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.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 11**

### ***(Adozione della classificazione ICF ed ICD e loro aggiornamenti ai fini dello svolgimento della valutazione di base)***

Il comma 1 stabilisce 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'OMS. L'ICF è applicata congiuntamente all'ultima versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) della stessa OMS e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

Il comma 2 rinvia ad apposito decreto interministeriale, da adottarsi entro il 30 novembre 2024, la definizione dei termini e delle modalità di applicazione degli aggiornamenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

**La RT** assicura che dal tenore della disposizione emerge che la stessa non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, andrebbero forniti chiarimenti circa la sostanziale equivalenza complessiva dei criteri di valutazione desumibili dall'ICF e dall'ICD rispetto a quelli attualmente utilizzati per i giudizi sulla disabilità. Appare infatti inevitabile che un'eventuale maggiore o minore rigidità complessiva dei criteri di valutazione della disabilità rispetto a quelli finora previsti potrebbe avrebbe effetti finanziari.

## Articolo 12

### *(Aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, a seguito dell'adozione delle classificazioni ICD e ICF)*

Il comma 1 dispone che, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 117 della Costituzione, ed in coerenza con quanto stabilito dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, con decreto, da emanarsi entro il 30 novembre 2024, 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), all'aggiornamento progressivo 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, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992.

Il comma 2 prevede che con il decreto di cui al comma 1 siano individuati, tenendo conto delle differenze di sesso e di età:

- a) i criteri per accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e funzioni corporee in base ad ICF, tenendo conto dell'ICD;
- 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 che portano ad individuare, ai soli fini dell'articolo 5, comma 1, lettere a), una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla durata compromissione;
- f) i criteri, secondo ICF, per l'individuazione del profilo di funzionamento limitatamente ai domini di cui all'articolo 10, comma 1, lett. 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 n. 33 del 2023;
- 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) gli eccezionali casi in cui il richiedente può chiedere l'accertamento sulla sola base degli atti.

Il comma 3 demanda al medesimo decreto di cui al comma 1, in relazione a quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera e), 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 n. 66 del 2017 all'interno del procedimento per la valutazione di base.

**La RT** ribadisce che l'articolo 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 decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992. Pertanto, la disposizione è insuscettibile di generare nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

**Al riguardo**, si rinvia alle osservazioni già formulate in relazione all'articolo precedente, che appaiono peraltro suffragate dalla disposizione di cui al comma 1 che prevede “sulla base delle classificazioni ICD e ICF, e in conformità con la definizione di disabilità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), [...] l'aggiornamento progressivo 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, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992”. Sembra infatti, anche alla luce della prevista progressività dell'operazione, che i nuovi criteri, definizioni e modalità di accertamento non si risolveranno in una mera riproposizione di quelli attualmente in uso.

### **Articolo 13**

#### ***(Valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità e semplificazione delle procedure di erogazione)***

Il comma 1 considera il certificato che riconosce la condizione di disabilità, di cui all'articolo 6, comma 7, come sostitutivo, a tutti gli effetti, delle relative certificazioni. La trasmissione del certificato nell'interesse della persona ha valore di istanza ai fini del conseguimento di prestazioni sociali e socio-assistenziali.

Il comma 2 dispone che all'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** afferma che l'articolo 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, richiama quanto detto in relazione all'articolo 6, comma 7.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare.

#### **Articolo 14**

##### ***(Fattori incidenti sull'intensità dei sostegni sopravvenuti alla valutazione di base)***

Il comma 1, fermo restando il diritto della persona a richiedere una nuova valutazione di base, stabilisce che i sopravvenuti fattori cui consegue un innalzamento del bisogno dell'intensità dei sostegni, anche qualora incida sull'accertata condizione di disabilità, sono presi in considerazione in sede di valutazione multidimensionale al fine dell'individuazione delle prestazioni e dei servizi ad essa correlati.

**La RT** afferma 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.

**Al riguardo**, premesso che la norma non appare di natura procedimentale, stante le sue evidenti, potenziali implicazioni finanziarie, non si hanno comunque rilievi da formulare, atteso che già a legislazione vigente è possibile richiedere la fornitura di prestazioni e servizi aggiuntivi in presenza di un peggioramento delle condizioni dell'assistito, che appare corrispondere all'innalzamento del bisogno dell'intensità dei sostegni a cui fa riferimento l'articolo in esame.

#### **Articolo 15**

##### ***(Obblighi di informazione alla persona con disabilità)***

Il comma 1 dispone che la commissione, al termine della visita della valutazione di base, informa la persona con disabilità, e, se presente, l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri, che, fermi restanti gli interventi, i sostegni e i benefici che direttamente spettano all'interessato a seguito della certificazione della condizione di disabilità, sussiste il diritto ad elaborare ed attivare un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, quale ulteriore strumento di capacitazione.

Il comma 2 prevede che, a seguito dell'attività informativa al termine della visita, i soggetti di cui al comma 1 abbiano facoltà di richiedere che la commissione, caricato il certificato che attesta la condizione di disabilità sul fascicolo sanitario elettronico («FSE»), trasmetta il medesimo anche al comune di residenza, al fine di avviare il procedimento per l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Il comma 3 stabilisce che, nell'ipotesi di cui al comma 2, la comunicazione al comune di residenza integra, a tutti gli effetti, la presentazione dell'istanza di parte per l'avvio del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita individuale, ai sensi della legge n. 241 del 1990.

Il comma 4 dispone che, fermo restando quanto previsto 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 la informano del diritto ad attivare un procedimento volto all'elaborazione del progetto di vita, individuale, personalizzato e partecipato. È fatto obbligo di prestare le medesime informazioni in capo a chi opera dimissioni protette e ai servizi sanitari specialistici.

**La RT** assicura che la trasmissione al comune di residenza del certificato che attesta la condizione di disabilità (comma 2) costituisce 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.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare.

## **Articolo 16**

### ***(Interoperabilità tra le banche dati sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base)***

Il comma 1 dispone che l'INPS provvede a garantire l'interoperabilità delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di valutazione di base, nonché dai dati, dalle comunicazioni e dalle informazioni relativi alla conclusione del procedimento stesso, assumendo le determinazioni del caso, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.

Il comma 2 prevede che il quadro sintetico dei dati elaborati attraverso l'interoperabilità delle banche dati relativi al procedimento valutativo di base sia trasmesso, con una apposita relazione, ai Ministeri vigilanti, all'Autorità politica delegata in materia di disabilità e al Garante per le disabilità.

Il comma 3 stabilisce che all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** afferma che 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.

**Al riguardo**, nel prendere atto delle assicurazioni che sarebbero state date dall'INPS, andrebbero fornite indicazioni di maggior dettaglio in ordine alla sostenibilità della clausola d'invarianza finanziaria.

## **Articolo 17** ***(Istituti di tutela dell'accomodamento ragionevole)***

Il comma 1, al fine di riconoscere l'accomodamento ragionevole e predisporre misure idonee per il suo effettivo esercizio, inserisce (lettera a)) nell'articolo 5 della legge n. 104 del 1992 il comma 1-*bis*, che dispone che le finalità di cui al comma 1 (ovvero, attraverso una pluralità di obiettivi, la rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale della persona con disabilità) sono realizzate anche attraverso l'accomodamento ragionevole di cui all'articolo 5-*bis*.

La lettera b) del medesimo comma 1 dell'articolo 17, inserendo l'articolo 5-*bis* (*Accomodamento ragionevole*) nella legge n. 104 del 1992, riconduce all'«accomodamento ragionevole», ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano 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, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali, nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non ne garantisca l'effettivo e tempestivo esercizio (comma 1).

Il comma 2 (del nuovo articolo 5-*bis*), fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera *m-bis*), dispone che l'accomodamento ragionevole è attivato in via sussidiaria e non sostituisce né limita il diritto al pieno accesso alle prestazioni, servizi e sostegni riconosciuti dalla legislazione vigente.

Il comma 3 attribuisce alla persona con disabilità, all'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, al tutore, all'amministratore di sostegno se dotato dei poteri la facoltà di richiedere, con apposita istanza scritta, alla pubblica amministrazione, ai concessionari di pubblici servizi e ai soggetti privati l'adozione di un accomodamento ragionevole, anche formulando una proposta.

Il comma 4 prevede che la persona con disabilità partecipi al procedimento dell'individuazione dell'accomodamento ragionevole.

Il comma 5 impone che l'accomodamento ragionevole risulti adeguato, pertinente e appropriato rispetto all'entità della tutela da accordare e alle condizioni di contesto nel caso concreto e compatibile con le risorse effettivamente disponibili allo scopo.

Il comma 6 stabilisce che nella definizione dell'accomodamento ragionevole deve essere previamente verificata la possibilità di accoglimento della proposta presentata dal richiedente ai sensi del comma 3.

Il comma 7 prevede che la P.A. nel provvedimento finale tenga conto delle esigenze della persona con disabilità anche attraverso gli incontri personalizzati di cui all'articolo 1, comma 1-*bis*, della legge n. 241 del 1990, concludendo il procedimento con diniego motivato ove non sia possibile accordare l'accomodamento ragionevole più prossimo a quello richiesto e indichi l'accomodamento secondo i principi del comma 5.

Il comma 8 ammette ricorso, avverso il diniego di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione, ovvero nei casi di cui al comma 7, ai sensi della legge n. 67 del 2006 (misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni).

Il comma 9 fa salva, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo istitutivo del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, la facoltà dell'istante e delle associazioni legittimate ad agire ai sensi della legge n. 67 del 2006 di chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione e anche di formulare una proposta di accomodamento ragionevole.

Il comma 10 dispone che, nel caso di rifiuto da parte di un concessionario di pubblico servizio dell'accomodamento ragionevole, richiesto ai sensi del comma 3, l'istante e le associazioni legittimate ad agire ai sensi della legge n. 67 del 2006, ferma restando la facoltà di agire in giudizio ai sensi della medesima legge, possono 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 dispone che, nel caso di rifiuto da parte di un soggetto privato dell'accomodamento ragionevole, richiesto ai sensi del comma 3, l'istante e le associazioni legittimate ad agire, ferma restando la facoltà di agire in giudizio, possono chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole.

Il comma 12 stabilisce che all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** afferma che risulta evidente dalla natura sussidiaria e residuale dell'accomodamento ragionevole che le modifiche e gli adattamenti in cui consiste 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.

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

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 ecc. 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.

**Al riguardo**, si osserva che, a fronte dell'assenza di oneri aggiuntivi asserita dalla RT, la ricostruzione offerta dalla Rel. III. e l'esempio dalla stessa presentato suggeriscono che in realtà la sussistenza di oneri ulteriori è insita nelle misure di accomodamento ragionevole. D'altronde, la stessa clausola d'invarianza di cui al comma 12 presuppone l'esistenza di oneri ulteriori, valutati però evidentemente di entità contenuta e ampiamente modulabili, in modo da essere sostenuti a valere sulle risorse ordinariamente disponibili. Tale prospettazione andrebbe confermata e presenta comunque significativi margini di aleatorietà nella sua implementazione, alla luce dell'estrema eterogeneità dei soggetti coinvolti e delle azioni in cui può concretizzarsi un accomodamento ragionevole.

Inoltre, andrebbe assicurato che le verifiche che il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità dovrà effettuare ai sensi dei commi 9,10 e 11, siano dallo stesso effettuabili avvalendosi delle sole risorse disponibili a legislazione vigente.

### **CAPO III**

#### **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO**

#### **Articolo 18**

##### ***(Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato)***

Il comma 1 stabilisce che lo Stato, le Regioni e gli enti locali, nell'ambito delle relative competenze, garantiscono l'effettività e l'omogeneità del progetto di vita, indipendentemente dall'età, dalle condizioni personali e sociali.

Il comma 2 dispone che la persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l'attivazione, concorre a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte. La persona con disabilità può chiedere l'elaborazione del progetto di vita all'esito della valutazione di base, fermo restando quanto previsto dall'articolo 35, comma 4.

Il comma 3 precisa che il progetto di vita è diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri.

Il comma 4 prevede che il progetto di vita individui, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita, compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali. Nel progetto di vita sono altresì comprese le misure previste a legislazione vigente per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare e di chi presta cura ed assistenza ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge n. 205 del 2017 (recante la definizione di *caregiver* familiare).

Il comma 5 impone che il progetto di vita sia sostenibile nel tempo ovvero garantisca continuità degli strumenti, delle risorse, degli interventi, dei benefici, delle prestazioni, dei servizi e degli accomodamenti ragionevoli.

**La RT** 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 n. 328 del 2000 (progetti individuali per le persone disabili). 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.

**Al riguardo**, pur convenendo che il progetto di vita individuale appare in linea di massima, per tipologie di interventi e finalità perseguite, riconducibile all'attuale progetto individuale per le persone disabili, andrebbe confermato che il contenuto delle singole prestazioni, che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni, non venga modificato in senso incrementativo, anche alla luce del maggiore ruolo rivestito dalla persona con disabilità, abilitata ad esercitare "le prerogative volte ad apportare [al progetto di vita] le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte". Tale previsione, in particolare, induce a ritenere opportuno un supplemento di valutazione in ordine all'asserzione della RT che la norma sia "insuscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

## **Articolo 19**

### ***(Coordinamento, contestualità e integrazione nel progetto di vita)***

Il comma 1 stabilisce che il progetto di vita assicura il coordinamento tra i piani di intervento previsti per ogni singolo contesto di vita e dei relativi obiettivi.

Il comma 2 prevede che l'integrazione socio-sanitaria sia conseguita in sede di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 24 attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, l'analisi dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta e contestuale degli interventi da attivare.

Il comma 3 ribadisce che i programmi, gli interventi di sostegno alla persona con disabilità e alla famiglia ed i piani personalizzati volti a promuovere il diritto ad una vita indipendente di cui all'articolo 39, comma 2, lettere *1-bis* e *1-ter*, della legge n. 104 del 1992, già attivati dalle Regioni nell'esercizio della loro competenza, mantengono ambiti autonomi di attuazione ed esecuzione.

Il comma 4 fa salvi i sostegni, i servizi ed i piani di intervento attivati prima dell'elaborazione del progetto di vita con l'eventuale aggiornamento degli stessi per essere coerenti ai miglioramenti e ai nuovi sostegni indicati nel progetto.

**La RT** afferma che i commi 1 e 2 rispondono 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 al comma 3, che fa salva la specificità dei piani di intervento di cui all'articolo 39, comma 2, lettere l-bis) e l-ter), della legge n. 104 del 1992, ferma 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, 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.

**Al riguardo**, anche alla luce dei chiarimenti forniti dalla RT, non vi sono osservazioni da formulare.

## **Articolo 20**

### ***(Libertà di scelta sul luogo di abitazione e continuità dei sostegni)***

Il comma 1 dispone che il progetto di vita tende a favorire la libertà della persona con disabilità di scegliere dove vivere, individuando appropriate soluzioni abitative e, ove richiesto, garantendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità, in termini di appropriatezza, degli interventi o la qualità specialistica necessaria.

Il comma 2, al fine di dare attuazione al comma 1, prevede che le amministrazioni competenti alla realizzazione del progetto di vita assicurino la continuità dei sostegni, interventi e prestazioni individuati, anche in caso di modifiche del luogo di abitazione della persona con disabilità, tenendo conto della specificità del contesto, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare, in termini di appropriatezza, l'intensità degli interventi o la qualità specialistica necessaria.

**La RT** assicura che 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 n. 18 del 2009, 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 DPCM 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992”, 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.

La RT asserisce che anche la disposizione di cui al comma 2 è neutra dal punto di vista finanziario, in quanto il limite alle soluzioni individuabili sarà rappresentato dalle risorse del *budget* di progetto.

**Al riguardo**, si osserva che la disposizione in esame sembra assumere in realtà un carattere più stringente rispetto alla disciplina vigente, atteso che garantisce il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali, salvo il caso dell’impossibilità di assicurare l’intensità, in termini di appropriatezza, degli interventi o la qualità specialistica necessaria, mentre il richiamato articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992 si limita a prevedere una preferenza per gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l’attivazione delle risorse disponibili. Va tuttavia evidenziato che permane il vincolo del *budget* di progetto, anche se andrebbe chiarito se sull’ammontare delle relative risorse possano infine scaricarsi tensioni corrispondenti a maggiori prestazioni richieste, fino al punto da alterarne l’importo, anche solo in prospettiva e per richiedenti futuri (v. articolo 28). A sostegno della neutralità finanziaria dell’articolo, comunque, concorre anche il possibile manifestarsi di risparmi correlati ai processi di deistituzionalizzazione – come accennato dalla RT. In generale, sarebbe tuttavia auspicabile un approfondimento sulla portata finanziaria dell’articolo.

## **Articolo 21**

### ***(Supporti per la presa di decisioni e per la manifestazione delle scelte)***

Il comma 1 prevede che il principio di autodeterminazione e di partecipazione attiva della persona con disabilità nell’intero procedimento di valutazione multidimensionale, di redazione e di monitoraggio del progetto di vita sia assicurato con l’adozione di strategie e, nei limiti delle risorse disponibili, anche mediante l’utilizzo di strumenti, finalizzati a facilitare la comprensione delle fasi del procedimento e di quanto proposto per supportare l’adozione di decisioni e la manifestazione dei desideri, aspettative e scelte, anche attraverso la migliore interpretazione possibile degli stessi.

Il comma 2 stabilisce che le disposizioni di cui al comma 1 si applicano anche nel caso la persona con disabilità sia soggetta a misure di protezione giuridica (tutela, curatela e amministrazione di sostegno) con le garanzie previste dal codice civile.

Il comma 3 dispone che all'attuazione delle disposizioni si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** afferma che 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.

**Al riguardo**, alla luce dei chiarimenti forniti, della clausola d'invarianza finanziaria e dell'evidente modulabilità degli strumenti e delle strategie allo scopo utilizzabili, non si hanno rilievi da formulare.

## **Articolo 22** ***(Supporto a processi di partecipazione)***

Il comma 1 permette che, per le finalità di cui all'articolo 21, la persona con disabilità sia supportata da una 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. L'attività di supporto della persona comprende l'adozione di tutte le strategie utili nell'acquisizione delle scelte, anche attraverso la migliore interpretazione della volontà e delle preferenze.

Il comma 2 stabilisce che la persona di cui al comma 1 può essere scelta dalla persona con disabilità anche tra i componenti dell'unità di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 24, comma 2, lettere b), d), e) e f) e che gli eventuali oneri sono a carico della persona con disabilità.

**La RT** 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 dall'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'articolo 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.

**Al riguardo**, ricordato che la disposizione in esame trova fondamento espresso nel criterio di delega previsto dall'articolo 2, comma 2, lett. c), punto 6), della legge n. 227 del 2021, non vi sono osservazioni.

### **Articolo 23**

#### ***(Avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita)***

Il comma 1 consente alla persona con disabilità o a chi la rappresenta, oltre che con le modalità di cui all'articolo 15, commi 2 e 3, di avanzare l'istanza per la predisposizione del progetto di vita in forma libera e in qualsiasi momento.

Il comma 2 prevede che l'istanza di cui al comma 1 sia presentata al comune di residenza o al Punto unico di accesso (PUA) della Casa di comunità di riferimento. Le Regioni possono individuare ulteriori punti di ricezione dell'istanza.

Il comma 3 permette alla persona con disabilità di allegare all'istanza una proposta di progetto di vita. La proposta di progetto di vita può essere presentata anche successivamente all'avvio del procedimento.

Il comma 4 dispone che l'avvio del procedimento è comunicato entro sette giorni dalla presentazione dell'istanza o dal termine di cui all'articolo 15, comma 3.

Il comma 5, fermo restando quanto previsto dall'articolo 8 della legge n. 241 del 1990 (che disciplina modalità e contenuti della comunicazione di avvio del procedimento amministrativo in generale), stabilisce che la comunicazione dell'avvio del procedimento contiene l'indicazione dei seguenti elementi:

- a) la data di presentazione dell'istanza o dell'assenso manifestato alla commissione ai sensi dell'articolo 15, comma 3, per l'elaborazione del progetto di vita;
- b) nel caso di cui all'articolo 15, comma 3, l'indicazione della trasmissione del certificato della condizione di disabilità e del deposito della documentazione;
- c) l'indicazione che la persona con disabilità può farsi assistere da una persona che lo supporta ai sensi dell'articolo 22;
- d) la data entro cui termina il procedimento per la redazione del progetto di vita.

Il comma 6 attribuisce alla persona con disabilità il diritto di rinunciare all'istanza o al progetto di vita, anche se già definito. La rinuncia non preclude il diritto di ripresentare istanza per l'avvio di un nuovo procedimento.

**La RT** ribadisce 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. Tale struttura deve già esistere a normativa vigente per ottemperare a quanto previsto dall'articolo 14 della legge n. 328 del 2000.

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 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.

La RT sottolinea poi il carattere procedimentale dei commi 4, 5 e 6.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare.

## **Articolo 24** ***(Unità di valutazione multidimensionale)***

Il comma 1 dispone che l'unità di valutazione multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione di cui all'articolo 25, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali.

Il comma 2 individua come componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale:

- a) la persona con disabilità;
- b) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri;
- c) la persona di cui all'articolo 22, se nominato dall'interessato;
- d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- e) uno o più professionisti sanitari designati dalla ASL o dal distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, di cui uno assume la funzione di coordinatore dell'unità di valutazione multidimensionale;
- f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo n. 66 del 2017 (progetto individuale per l'inclusione scolastica).

Il comma 3 consente la partecipazione all'unità di valutazione multidimensionale, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta, e senza oneri a carico della pubblica amministrazione:

- a) del coniuge, di un parente, di un affine, di una persona con vincoli di cui alla legge n. 76 del 2016 (soggetti dello stesso sesso uniti civilmente o soggetti conviventi) o del *caregiver*, come definito dall'articolo 1, comma 255, della legge n. 205 del 2017;
- b) di un medico specialista o di un medico di medicina generale o di un pediatra di libera scelta o di specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari;

c) di un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita anche del terzo settore;

d) di referenti dei servizi pubblici e privati presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche informali.

Il comma 4 dispone che entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto legislativo le Regioni, al fine della predisposizione del progetto di vita, programmano e stabiliscono le modalità di riordino e unificazione all'interno delle unità di valutazione multidimensionale di cui al comma 1, delle attività e compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionali operanti per:

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

b) l'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) l'individuazione delle misure di sostegno ai caregiver;

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

e) per l'individuazione dei servizi, interventi e prestazioni di cui all'articolo 4, della legge n. 112 del 2016 (percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento, interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, interventi innovativi di residenzialità – come il co-housing - per le persone con disabilità grave ecc.).

Il comma 5 prevede che il riordino e unificazione di cui al comma 4 avvengano nel rispetto dei principi di razionalizzazione, efficienza e coprogrammazione 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 n. 234 del 2021 (ai sensi del quale il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità»).

Il comma 6 prevede che, nello stesso termine di cui al comma 4, le Regioni, fermo restando il rispetto dei principi di cui al comma 5, nell'ambito della programmazione e dell'integrazione socio-sanitaria, 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 DPCM 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 stabilisce che all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** assicura che le disposizioni sulla composizione dell'unità di valutazione multidimensionale non determinano 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 n. 328 del 2000, 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 precisa che la loro partecipazione avviene senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Al riguardo, la RT 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.

<b>Regione</b>	<b>Disciplina principale sui PUA</b>	<b>Disciplina principale sulle UVM</b>	<b>Disciplina principale su Case manager</b>
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. 1230/2008 D.G.R. n. 130/2021	D.G.R. n. 1206/2007 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

<b>Regione</b>	<b>Disciplina principale sui PUA</b>	<b>Disciplina principale sulle UVM</b>	<b>Disciplina principale su Case manager</b>
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 D.G.R. n. 691/2011	L.R. Puglia n. 19/2006 R.R. n. 4/2007 D.G.R. n. 691/2011	L.R. Puglia n. 19/2006 R.R. n. 4/2007
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

La RT sottolinea poi che la finalità dei commi 4-6 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 DPCM 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 dai commi da 4 a 6 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, la RT 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. La RT ricorda poi l'esistenza della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 7.

**Al riguardo**, anche alla luce dei chiarimenti forniti dalla RT e della presenza della clausola d'invarianza finanziaria, non vi sono rilievi da formulare.

## **Articolo 25** **(Valutazione multidimensionale)**

Il comma 1 prevede che il procedimento di valutazione multidimensionale sia svolto, sulla base di un metodo multidisciplinare, e sia fondato sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD.

Il comma 2 articola il procedimento in quattro fasi:

a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;

b) individua le barriere ed i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;

c) comprende le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale, ai bisogni della persona ed ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;

d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi.

Il comma 3 stabilisce che, nel caso di minori, la valutazione multidimensionale considera anche il profilo di funzionamento redatto ai fini scolastici secondo quanto disposto dall'articolo 5, comma 4, del decreto legislativo n. 66 del 2017.

Il comma 4 dispone che ciascuna fase di cui al comma 2 è svolta collegialmente, ferma restando la possibilità di delegare ad uno dei componenti dell'unità di valutazione specifici compiti.

**La RT** afferma che 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. La Rel. Ill. aggiunge che il comma 3 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.

**Al riguardo**, non vi sono rilievi da formulare.

## **Articolo 26** **(Forma, contenuti propri del progetto di vita)**

Il comma 1, sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale di cui all'articolo 25, prevede che i soggetti che hanno preso parte, ai sensi dell'articolo 24 al relativo procedimento, predispongano il progetto di vita che individua i sostegni, il *budget* di progetto e gli accomodamenti ragionevoli che garantiscono l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali.

Il comma 2 prevede che, nel caso in cui la persona con disabilità o chi la rappresenta ha presentato una proposta di progetto di vita, l'unità di valutazione multidimensionale ne verifichi l'adeguatezza e l'appropriatezza e, contestualmente, definisca il *budget* di progetto di cui all'articolo 28.

Il comma 3 dispone che il progetto individua:

a) gli obiettivi della persona con disabilità risultanti all'esito della valutazione multidimensionale;

b) interventi individuati nelle seguenti aree:

- 1) apprendimento, socialità ed affettività;
- 2) formazione, lavoro;
- 3) casa e *habitat* sociale;

c) i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché 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, incluse le prestazioni di cui al DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta ufficiale, n. 65, del 18 marzo 2017;

d) i piani operativi e specifici individualizzati delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità; nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi;

e) gli operatori e le altre figure coinvolte nella fornitura dei sostegni indicati con l'indicazione di compiti e responsabilità;

f) la nomina del referente per la sua attuazione, salva diversa disposizione regionale;

g) la programmazione di tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi;

h) il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare nonché al sistema dei supporti informali, che compongono il *budget* di progetto di cui all'articolo 28.

Il comma 4 stabilisce che nel progetto di vita sono definite le sfere di competenza e le attribuzioni di ciascun soggetto coinvolto nella sua attuazione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 per il referente per l'attuazione del progetto di vita.

Il comma 5 assoggetta il progetto di vita ad aggiornamento anche su richiesta dalla persona con disabilità.

Il comma 6 prevede che le misure, le prestazioni e i servizi contenuti nel progetto di vita siano determinati per garantire l'inclusione della persona e a tal fine possano essere conformati sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale e possano assumere contenuto personalizzato rispetto all'offerta disponibile.

Il comma 7 dispone che il progetto di vita, redatto in formato accessibile per la persona con disabilità, è predisposto dall'unità di valutazione multidimensionale ed è 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 prevede che il progetto di vita abbia efficacia dal momento della sottoscrizione, ferma restando la possibilità di modifica del medesimo su istanza di parte ai sensi del comma 5, a seguito delle verifiche di cui al comma 3, lettera g) o ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera e).

**La RT**, dopo aver illustrato l'articolo, 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. La Rel. Ill. sottolinea la notevole rilevanza rivestita dal comma 6, atteso 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), 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 il 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.).

**Al riguardo**, andrebbero forniti chiarimenti circa il grado di crescita del livello di tutele che la norma sembra prospettare rispetto alla situazione esistente e alla quale fa espresso riferimento la stessa RT, onde poter valutare la reale portata innovativa delle nuove, maggiori tutele e la conseguente congruità delle risorse di cui all'articolo 31. Su entrambi tali parametri, infatti, non vengono forniti né in questa sede né in relazione all'articolo 31 elementi di analisi, pur restando confermato che gli interventi operano nei limiti delle risorse disponibili.

### **Articolo 27**

#### ***(Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione)***

Il comma 1 garantisce il diritto al progetto di vita anche in caso di variazione del contesto territoriale, di vita o del luogo di abitazione, tenendo conto della specificità dei contesti di riferimento.

Il comma 2 prevede la rimodulazione del progetto di vita in funzione della valutazione dei nuovi contesti di vita o di residenza, secondo il principio di continuità dell'assistenza e garantendo, per qualità, quantità e intensità, livelli di organizzazione e di prestazioni non inferiori a quelli precedenti.

Il comma 3 esclude che il progetto di vita per la persona con disabilità si interrompa al compimento dell'età che, ai sensi della legislazione vigente, individua le persone anziane, fermo restando quanto previsto al comma 2 e fatto salvo quanto previsto dagli articoli 3 (recante i criteri per l'esercizio della delega in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità della popolazione anziana) e 4 (recante i criteri per l'esercizio della delega in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti) della legge n. 33 del 2023.

**La RT**, dopo averlo sintetizzato, assicura che l'articolo non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza della pubblica, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 31.

**Al riguardo**, si rinvia a quanto osservato in relazione all'articolo 31.

## **Articolo 28** **(Budget di progetto)**

Il comma 1 stabilisce che l'attuazione del progetto di vita è sostenuta dal *budget* di progetto che è costituito, in modo integrato, dall'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.

Il comma 2 prevede che la predisposizione del *budget* di progetto sia effettuata secondo i principi della co-programmazione, della co-progettazione con gli enti del terzo settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati.

Il comma 3 qualifica il *budget* di progetto come caratterizzato da flessibilità e dinamicità al fine di integrare, ricomporre, ed eventualmente riconvertire, l'utilizzo di risorse pubbliche, private ed europee.

Il comma 4 dispone che alla formazione del *budget* di progetto concorrono, in modo integrato e nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, gli interventi pubblici, inclusi quelli derivanti dal Fondo di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006 (Fondo per la non autosufficienza), dal Fondo di cui all'articolo 3 della legge n. 112 del 2016 (Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare), dal Fondo di cui all'articolo 1, comma 254, della legge n. 205 del 2017 (Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare), dal Fondo di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge n. 537 del 1993 (Fondo per il finanziamento ordinario delle università).

Il comma 5, al fine di garantire interventi personalizzati, stabilisce che i soggetti 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 dell'ambito sanitario.

Il comma 6 prevede che il *budget* di progetto costituisca parte integrante del progetto di vita e sia adeguato in funzione dei progressivi aggiornamenti.

Il comma 7 permette che la persona con disabilità partecipi volontariamente alla costruzione del *budget* conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali.

Il comma 8 prevede che la persona con disabilità possa 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 interministeriale, da adottarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Il comma 9, fermo restando quanto previsto dal comma 5, per le finalità di cui all'articolo 26, comma 6, prevede che il *budget* di progetto sia impiegato senza le limitazioni imposte dall'offerta dei singoli servizi, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 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.

**La RT** ribadisce che 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 n. 296 del 2006, che, con una dotazione strutturale pari a 913.600.000 euro per il 2024, a 914.185.000 euro per il 2025 e a 961.000.000 euro 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 n. 112 del 2016, la cui intera dotazione è destinata agli interventi per la disabilità (con una dotazione strutturale pari a 72.295.000 euro per il 2024 e 2025 e a 73.330.996 euro annui a decorrere dal 2026);

- il Fondo di cui all'articolo 1, comma 254, della legge n. 205 del 2017, la cui dotazione strutturale è pari a 25,8 milioni di euro;

- il Fondo di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge n. 537 del 1993, con una quota per la disabilità pari a 8 milioni di euro.

La RT 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 il comma 4 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.

Dopo averli illustrati, la RT conclude affermando che i commi 5, 6, 7 e 8 non sono suscettibili di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In relazione al comma 5 la Rel. III. fornisce l'esempio, riscontrabile attualmente solo in alcuni sporadici casi, del dirigente di un servizio socio-sanitario che 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. Come ulteriore esempio, indica 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. La Rel. III. ricorda altresì 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 del 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 del 1992, nonché alle risorse proprie dell'istituto Fondo per l'implementazione dei progetti di cui all'articolo 33.

**Al riguardo**, preso atto dei chiarimenti forniti dalla RT e rilevato che il singolo *budget* di progetto è definito comunque nel rispetto dei limiti delle dotazioni disponibili a legislazione vigente (comma 4), si osserva che andrebbe comunque esclusa la possibilità che la nuova normativa, anche in relazione alla rilevanza attribuita alla volontà e ai desideri dell'assistito, alla completezza dei profili coinvolti in termini di servizi (più facilmente attivabili proprio a cagione della loro gestione unitaria, pur potendosi ben ipotizzare una più agevole eliminazione di duplicazioni) e alla previsione di un progressivo adeguamento alle mutate esigenze, si risolva in un aumento, perlomeno teorico, delle prestazioni e dei servizi erogabili. Tale aumento, infatti, certamente incontrerebbe inizialmente il vincolo delle risorse disponibili, ma potrebbe

successivamente tradursi in richieste di integrazioni di tali risorse da parte degli operatori coinvolti.

## **Articolo 29** ***(Referente per l'attuazione del progetto di vita)***

Il comma 1 dispone che le Regioni disciplinano i profili soggettivi per l'individuazione del referente per l'attuazione del progetto di vita e i relativi compiti. In ogni caso, il referente ha i seguenti compiti:

- curare la realizzazione del progetto e dare impulso all'avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni in esso previsti;
- assistere i responsabili e referenti degli interventi, dei servizi e delle prestazioni, secondo quanto indicato nel progetto di vita, anche al fine di assicurare il coordinamento tra i singoli servizi o piani operativi;
- curare il monitoraggio in corso di attuazione del progetto, raccogliendo, se del caso, le segnalazioni trasmesse dai terzi;
- garantire il pieno coinvolgimento della persona con disabilità e del suo *caregiver* o di altri familiari, nel monitoraggio e nelle successive verifiche;
- richiedere la convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale al fine di rimodulare il progetto di vita.

Il comma 2 stabilisce che all'attuazione della presente disposizione si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**La RT** ricorda che, 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 precisa che all'attuazione della disposizione si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 30** ***(Coordinamento per l'integrazione delle programmazioni sociali e sanitarie nazionali e regionali)***

Il comma 1 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-programmino annualmente con gli enti del terzo settore gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi sociali e sanitari.

Il comma 2 dispone che l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, anche sulla scorta di quanto rilevato ai sensi dell'articolo 31, promuove 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 Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, la Rete di

cui all'articolo 21 del decreto legislativo n. 147 del 2017, la Commissione salute nell'ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e le parti sociali e le organizzazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità.

Il comma 3 stabilisce che ai componenti del tavolo di cui al comma 2 non sono riconosciuti emolumenti, compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o indennità comunque denominati.

**La RT** nulla aggiunge al contenuto delle disposizioni.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare.

### **Articolo 31**

#### ***(Fondo per l'implementazione dei progetti di vita)***

Il comma 1 istituisce, per l'implementazione dei progetti di vita che prevedono l'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni non rientranti nelle unità di offerta del territorio di riferimento, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, di seguito denominato «Fondo». La dotazione del Fondo è determinata in 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Ai relativi oneri si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Il comma 2 demanda ad un decreto interministeriale la ripartizione annuale tra le Regioni delle risorse del Fondo, 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 sono stabilite le modalità di monitoraggio e di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni rese.

Il comma 3 stabilisce che le risorse del Fondo, che costituiscono comunque un limite di spesa per l'attuazione delle finalità di cui al presente articolo, sono integrative ed aggiuntive rispetto alle risorse già destinate a legislazione vigente per le prestazioni ed ai servizi in favore delle persone con disabilità che confluiscono nel *budget* di progetto di cui all'articolo 28.

**La RT** ribadisce che le risorse del Fondo concorrono 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.

**Al riguardo**, rilevato che sarebbe opportuna l'acquisizione di indicazioni, perlomeno di massima, in ordine alla congruità delle risorse inerenti al Fondo, non vi sono osservazioni da formulare, essendo l'onere limitato all'entità dello stanziamento e caratterizzato da ampi margini di modulabilità, anche alla luce del suo carattere integrativo e aggiuntivo.

## **Articolo 32** **(Misure di formazione)**

Il comma 1, al fine di garantire una formazione integrata dei soggetti coinvolti nella valutazione multidimensionale e nell'elaborazione del progetto, demanda ad apposito decreto interministeriale, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'individuazione delle misure di formazione delle 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 29.

Il comma 2 stabilisce che il decreto di cui al comma 1 definisce:

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

Il comma 3 provvede alla copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, nel limite di 20 milioni di euro per l'anno 2024 e di 30 milioni di euro per il 2025, ai sensi dell'articolo 34.

**La RT**, con specifico riguardo al profilo dell'idoneità dell'onere, 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) con ulteriori 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.

**Al riguardo**, premesso che l'onere è comunque configurato in termini di tetto di spesa, mentre non vi sono osservazioni in ordine alla congruità dell'onere stesso, alla luce dei dati della RT, andrebbero forniti chiarimenti sull'implicita assenza di necessità formative a decorrere dal 2026, che sembrerebbero invece inevitabili in relazione all'ingresso nelle unità di valutazione di nuovi soggetti (per pensionamenti, trasferimenti, cambiamenti di mansioni ecc. delle figure professionali inizialmente presenti) e a possibili esigenze di aggiornamento professionale.

Inoltre, in mancanza del prospetto riepilogativo degli effetti sui saldi, andrebbero forniti chiarimenti sull'impatto delle spese di formazione sul 2024, considerato che le

disposizioni in esame entrano in vigore solo nel secondo semestre dell'anno (cfr. articolo 38).

## **CAPO IV**

### **DISPOSIZIONI FINANZIARIE, TRANSITORIE E FINALI**

#### **Articolo 33** **(Fase di sperimentazione)**

Il comma 1 prevede che il 1° gennaio 2025, anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento, sia avviata una procedura di sperimentazione per 12 mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia, e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione di base disciplinata dal Capo II del presente decreto. All'attuazione del presente comma, per gli anni 2024 e 2025, si provvede con le risorse indicate dall'articolo 9, comma 7.

Il comma 2 prevede che dal 1° gennaio 2025 sia avviata una procedura di sperimentazione per 12 mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia, e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale e del progetto di vita previste dal Capo III del presente decreto. Per lo svolgimento delle attività di cui al presente comma sono destinate le risorse di cui all'articolo 31, comma 1, che sono 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.

Il comma 3 demanda ad un decreto interministeriale la definizione delle modalità e l'individuazione dei soggetti coinvolti per la procedura di sperimentazione di cui al comma 1, nonché la verifica dei suoi esiti.

Il comma 4 stabilisce che le modalità e i soggetti coinvolti per la procedura di sperimentazione di cui al comma 2, l'assegnazione delle risorse e il relativo monitoraggio sono stabiliti con decreto da adottare entro cinque mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

Il comma 5 prevede l'applicazione delle previgenti disposizioni alle istanze di accertamento della condizione di disabilità, presentate nei territori coinvolti dalla sperimentazione entro la data del 31 dicembre 2024.

**La RT** puntualizza che l'articolo, 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 12 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 24 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo. I commi 3 e 4 hanno carattere ordinamentale e non comportano 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, la RT precisa che lo stanziamento di 25 milioni di euro è per l'anno 2025.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

### **Articolo 34** ***(Disposizioni finanziarie)***

Il comma 1 provvede alla copertura degli oneri derivanti dagli articoli 9, commi 7 e 8, 31, comma 1, e 32, comma 3, pari a 29.630.031 euro per l'anno 2024, 134.854.776 euro per l'anno 2025, 273.370.116 euro annui a decorrere dal 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 178, della legge n. 234 del 2021.

Il comma 2 impone che, salvo quanto disposto dal comma 1, dall'attuazione del presente decreto non derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il comma 3 autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**La RT** puntualizza che l'articolo 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. Ribadito il profilo degli oneri, la RT ricorda che l'articolo 1, comma 330, della legge n. 160 del 2019 ha 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 del 2021 ha poi 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 n.160 del 2019, 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.

**Al riguardo**, premesso che il Fondo utilizzato a copertura presenta le occorrenti risorse, andrebbe assicurato che il loro utilizzo non pregiudichi attività o programmi già avviati a legislazione vigente, anche alla luce del fatto che gran parte di tali risorse coprirà le spese di personale di cui all'articolo 9, non essendo pertanto destinate ad iniziative direttamente a favore delle persone con disabilità, per cui non sembra nemmeno ipotizzabile una sostituzione dei programmi eventualmente già avviati con nuovi ed equivalenti programmi. Si segnala infine l'assenza del prospetto riepilogativo dei saldi, la cui acquisizione sarebbe invece necessaria.

### **Articolo 35**

#### ***(Principio di non regressione e tutela dei diritti acquisiti. Disposizioni transitorie e finali)***

Il comma 1 stabilisce che, ai sensi dell'articolo 2, (comma 2, nds.), lettera h), punto 1, della legge n. 227 del 2021 (che, con riguardo alle disposizioni finali e transitorie, richiede che in sede di esercizio della delega si coordinino le disposizioni nuove con quelle vigenti, facendo salvi le prestazioni, i servizi, le agevolazioni e i trasferimenti monetari già erogati ai sensi della normativa vigente, al fine di salvaguardare i diritti già acquisiti), le disposizioni di cui al presente decreto garantiscono in ogni caso il mantenimento dei diritti riconosciuti dalla disciplina in vigore fino al 31 dicembre 2025.

Il comma 2 fa altresì salvi le prestazioni, i servizi, le agevolazioni e i trasferimenti monetari già erogati o dei quali sia comunque stata accertata la spettanza entro il 31 dicembre 2025, in materia di invalidità civile, di cecità civile, di sordità civile, di sordocecità e per quanto disposto dalla legge n. 104 del 1992. Alle istanze di accertamento presentate entro la data del 31 dicembre 2025 si applicano le previgenti disposizioni.

Il comma 3 dispone l'applicazione, fino al 31 dicembre 2025, alle revisioni e alle revoche delle prestazioni già riconosciute, anche nei territori soggetti a sperimentazione ai sensi dell'articolo 33, delle condizioni di accesso e dei sistemi valutativi in vigore precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Il comma 4 riconosce il diritto a richiedere l'elaborazione del progetto di vita anche in favore di coloro che sono in possesso di una certificazione ai sensi della legge n. 104 del 1992 rilasciata prima della data del 1° gennaio 2026, senza effettuare la valutazione di base. Ai procedimenti per il progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge n. 328 del 2000, in corso alla data del 1° gennaio 2026, si applicano le disposizioni del Capo III, senza preventiva valutazione di base.

**La RT** chiarisce che l'articolo 35 disciplina il 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. La Rel. Ill. aggiunge che 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.



**Al riguardo**, atteso che l'articolo si limita di fatto a prorogare l'efficacia di disposizioni e atti già esistenti ed efficaci, non vi sono osservazioni. Un chiarimento sarebbe comunque auspicabile in ordine alla portata e alle motivazioni dell'asserzione da ultimo resa dalla Rel. Ill., per la quale si pone la necessità 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”.

### **Articolo 36**

#### ***(Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali e del Sistema informativo unitario dei servizi sociali)***

Il comma 1 prevede che le unità di valutazione multidimensionali di cui all'articolo 24 trasmettano all'INPS, ai sensi dell'articolo 24, comma 5, del decreto legislativo n. 147 del 2017, il numero dei progetti di vita elaborati e la tipologia delle prestazioni individuate.

Il comma 2, aggiungendo la lettera *c-bis*) nell'articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 179 del 2012, stabilisce che il Fascicolo Sanitario Elettronico è finalizzato anche alle valutazioni e agli accertamenti sanitari per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali.

**La RT** assicura che l'onere di comunicazione di cui al comma 1 non è aggiuntivo, dal momento che i Comuni e gli ambiti territoriali trasmettono già alcuni dati all'INPS. La norma pertanto non 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'articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 179 del 2012, 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. La Rel. Ill. chiarisce che, in virtù del comma 2, il procedimento di accertamento risulterebbe notevolmente semplificato, oltre che più trasparente. L'interessato, inoltre, concedendo l'autorizzazione all'accesso, avrebbe la certezza di aver rappresentato compiutamente la propria condizione psicofisica, 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.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 37** **(Abrogazioni)**

Il comma 1, fermo restando quanto previsto dall'articolo 15 delle disposizioni preliminari al Codice civile, a decorrere dal 1° gennaio 2026 abroga:

a) la legge n. 295 del 1990 (recante modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del D.L. n. 173 del 1988, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti – in particolare reca disposizioni in materia di composizione e funzionamento delle commissioni giudicanti, senza prevedere effetti finanziari);

b) l'articolo 10, commi 1, 2 e 3 del decreto-legge n. 203 del 2005 (ai sensi del quale l'INPS subentra nell'esercizio delle funzioni residue allo Stato in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità, già di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze. Inoltre il personale trasferito all'INPS conserva il trattamento giuridico ed economico in godimento fino al rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro del personale del comparto degli enti pubblici non economici, in cui il personale trasferito dovrà confluire. A seguito del trasferimento del personale sono ridotte in maniera corrispondente le dotazioni organiche del Ministero dell'economia e delle finanze e le relative risorse sono trasferite all'INPS);

c) l'articolo 20 (disciplina sul contrasto alle frodi in materia di invalidità civile) del decreto-legge n. 78 del 2009, ad esclusione del comma 2, primo periodo (ai sensi del quale l'INPS accerta la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità), e del comma 4 (che rinvia ad apposito accordo la disciplina delle modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Nei 60 giorni successivi, le Regioni stipulano con l'INPS apposita convenzione che regola gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità civile);

d) l'articolo 10, commi 4, 4-*bis* e 5, del decreto-legge n. 78 del 2010 (che prevedeva un programma straordinario – peraltro ormai esaurito – per la verifica da parte dell'INPS dell'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, avvalendosi delle commissioni mediche delle ASL (commi 4 e 4-*bis*), nonché l'accertamento della sussistenza della condizione di alunno in situazione di handicap da parte delle ASL (comma 5));

e) l'articolo 18, comma 22, del decreto-legge n. 98 del 2011 (ai sensi del quale, ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'handicap e della disabilità, le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'INPS, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari);

f) l'articolo 14 della legge n. 328 del 2000 (che disciplina i progetti individuali per le persone disabili).

**La RT** afferma che l'articolo ha carattere ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, si osserva che le abrogazioni in esame vanno analizzate alla luce di quanto disposto all'articolo 9 in materia di valutazione di base, al quale pertanto si rinvia e che, a sua volta, disciplina unitariamente i procedimenti e le competenze oggetto delle presenti abrogazioni. Di per sé, comunque, le cennate abrogazioni non presentano profili problematici.

### **Articolo 38** ***(Entrata in vigore)***

Il comma 1 dispone che il presente decreto entra in vigore il 30 giugno 2024.

Il comma 2 rinvia l'applicazione delle disposizioni del presente decreto, fatti salvi gli articoli 6, comma 9, 12, comma 1, 24, commi 4 e 6, 32, 33, commi 3 e 4, a decorrere dalla data del 1° gennaio 2025.

**La RT** sottolinea la natura ordinamentale dell'articolo, che non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, andrebbe valutato l'inserimento dell'articolo 9, commi 6 e 7, tra le disposizioni che si applicano dal 30 giugno 2024, posto che si prevedono autorizzazioni di spesa con decorrenza dal 2024 e che quindi altrimenti le relative risorse non potrebbero essere impiegate. Inoltre, anche per l'articolo 33, comma 1, andrebbe valutata la medesima decorrenza, posto che al secondo periodo si cita l'anno 2024 al fine di attuare la sperimentazione con le risorse indicate dall'articolo 9, comma 7.