

# dossier

XIX Legislatura

19 febbraio 2024

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

A.G. 122



SERVIZIO STUDI

Ufficio ricerche sulle questioni del lavoro e della salute

TEL. 06 6706-2451 - [studi1@senato.it](mailto:studi1@senato.it) - [X @SR\\_Studi](#)

Dossier n. 237



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

TEL. 06 6760-3266 - [✉ st\\_affarisociali@camera.it](mailto:st_affarisociali@camera.it) - [X @CD\\_sociale](#)

Atti del governo n. 122

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

## INDICE

Premessa e Cenni sulla disciplina di delega.....	5
Articolo 1 ( <i>Oggetto e finalità</i> ).....	13
Articolo 2 ( <i>Definizioni</i> ) .....	14
Articoli 3 e 4 ( <i>Modifiche all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e terminologia in materia di disabilità</i> ).....	16
Articolo 5 ( <i>Finalità, ambiti, principi ed effetti della valutazione di base</i> ) .....	18
Articolo 6 ( <i>Procedimento per la valutazione di base</i> ) .....	21
Articolo 7 ( <i>Efficacia provvisoria anticipata</i> ).....	23
Articolo 8 ( <i>Certificato medico introduttivo</i> ) .....	24
Articolo 9 ( <i>Soggetto unico accertatore della procedura valutativa di base, per il suo svolgimento. Composizione e funzionamento delle Commissioni</i> ) .....	26
Articolo 10 ( <i>Procedimento valutativo di base e riconoscimento della condizione di disabilità</i> ) .....	31
Articolo 11 ( <i>Adozione della classificazione ICF ed ICD e loro aggiornamenti ai fini dello svolgimento della valutazione di base</i> ) .....	33
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> ).....	35
Articolo 13 ( <i>Valore polifunzionale del certificato che attesta la condizione di disabilità e semplificazione delle procedure di erogazione</i> ).....	39
Articolo 14 ( <i>Fattori incidenti sull'intensità dei sostegni sopravvenuti alla valutazione di base</i> ).....	40
Articolo 15 ( <i>Obblighi di informazione alla persona con disabilità</i> ) .....	41
Articolo 16 ( <i>Interoperabilità tra le banche dati sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base</i> ) .....	43
Articolo 17 ( <i>Istituti di tutela dell'accomodamento ragionevole</i> ) .....	44
Articolo 18 ( <i>Progetto di vita individuale</i> ) .....	48
Articolo 19 ( <i>Coordinamento, contestualità ed integrazione nel progetto di vita</i> ) .....	50
Articolo 20 ( <i>Libertà di scelta sul luogo di abitazione e sulla continuità dei sostegni</i> ).....	52
Articolo 21 ( <i>Supporti per la presa di decisioni e per la manifestazione delle scelte</i> ).....	53

Articolo 22 ( <i>Supporto a processi di partecipazione</i> ) .....	54
Articolo 23 ( <i>Avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita</i> ) .....	55
Articolo 24 ( <i>Unità di valutazione multidimensionale</i> ).....	57
Articolo 25 ( <i>Valutazione multidimensionale</i> ) .....	65
Articolo 26 ( <i>Forma, contenuti propri del progetto di vita</i> ) .....	68
Articolo 27 ( <i>Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione</i> ) .....	71
Articolo 28 ( <i>Budget di progetto</i> ) .....	73
Articolo 29 ( <i>Referente per l'attuazione del progetto di vita</i> ).....	76
Articolo 30 ( <i>Coordinamento per l'integrazione delle programmazioni sociali e sanitarie nazionali e regionali</i> ) .....	77
Articolo 31 ( <i>Fondo per l'implementazione dei progetti di vita</i> ) .....	79
Articolo 32 ( <i>Misure di formazione</i> ).....	80
Articoli 33 e 35 ( <i>Fasi di sperimentazione, norme transitorie e finali, principio di non regressione e tutela dei diritti acquisiti</i> ).....	81
Articolo 34 ( <i>Disposizioni finanziarie</i> ).....	84
Articolo 36 ( <i>Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e del SIUSS per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali</i> ).....	85
Articolo 36-bis ( <i>Clausola di salvaguardia</i> ) .....	88
Articolo 37 ( <i>Abrogazioni</i> ) .....	89
Articolo 38 ( <i>Entrata in vigore</i> ).....	91

## Premessa e Cenni sulla disciplina di delega

Il presente schema di decreto legislativo è stato predisposto ai sensi della disciplina di delega di cui alla [L. 22 dicembre 2021, n. 227](#). Tale legge ha previsto l'adozione di uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità. Lo schema in oggetto è il terzo schema presentato alle Camere ai sensi della suddetta disciplina di delega; esso concerne la disciplina della condizione di disabilità e della relativa normativa di settore, della valutazione di base, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato).

Si ricorda, in via di sintesi, che:

- il primo schema di decreto legislativo presentato alle Camere concerneva la riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità da parte dei soggetti con disabilità<sup>1</sup>. Il testo definitivo poi adottato è il [decreto legislativo 13 dicembre 2023, n. 222](#), “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227” (*Gazzetta Ufficiale* n. 9 del 13 gennaio 2024);
- il secondo schema di decreto legislativo recava l'istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità<sup>2</sup>. Il testo definitivo è stato poi adottato dal Consiglio dei ministri del [31 gennaio 2024](#) (in attesa di pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*).

Lo schema di decreto legislativo in esame A.G. n. 122 riguarda gli altri profili oggetto della complessiva disciplina di delega<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Lo schema, [A.G. n. 69](#), è stato presentato alle Camere l'8 agosto 2023. Su tale Atto del Governo le Commissioni riunite 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali) e 10<sup>a</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato hanno espresso parere favorevole con osservazioni ([seduta del 10 ottobre 2023](#)); la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati ha espresso parere favorevole ([seduta del 5 ottobre 2023](#)).

<sup>2</sup> Si ricorda, più in particolare, che il 5 dicembre 2023 è stato presentato lo schema di decreto [A.G. n. 101](#), recante istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità. Su tale Atto del Governo la 10<sup>a</sup> Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato ha espresso parere favorevole con osservazioni ([seduta del 10 gennaio 2024](#)); le Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati hanno espresso parere favorevole con osservazioni ([seduta del 16 gennaio 2024](#)).

<sup>3</sup> Si ricorda che, in base al testo originario della citata L. n. 227, la delega concerneva anche il potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità (Ufficio della Presidenza del Consiglio dei ministri) e la ridefinizione delle relative competenze. Tale parte della delega è stata abrogata dall'articolo 9, comma 4, del [D.L. 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 giugno 2022, n. 79](#), mentre il comma 3 del medesimo articolo 9 – al fine di assicurare l'attuazione della disciplina di delega di cui alla medesima L. n. 227 – ha autorizzato la Presidenza del Consiglio dei ministri sia ad incrementare la propria dotazione organica di una posizione dirigenziale di prima fascia e di due posizioni dirigenziali di seconda fascia sia a indire – nell'ambito delle facoltà assunzionali già autorizzate – una o più procedure per il reclutamento di personale non dirigenziale anche in deroga alle disposizioni che richiedono lo svolgimento di concorsi unici per il reclutamento dei dirigenti e delle figure professionali comuni alle amministrazioni nazionali.

I decreti legislativi in oggetto devono essere adottati entro il 15 marzo 2024<sup>4</sup>, fatta salva l'eventuale applicazione del meccanismo di scorrimento dei termini, di cui all'articolo 1, comma 2, della citata L. n. 227. In base al cronoprogramma previsto dal [Piano nazionale di ripresa e resilienza \(PNRR\)](#), i medesimi decreti devono entrare in vigore entro il 30 giugno 2024.

Riguardo all'oggetto del presente schema di decreto, i principi e i criteri direttivi della disciplina di delega sono contenuti nell'articolo 2, comma 2, lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)* e *h)* della citata L. n. 227. Tali principi e criteri direttivi concernono:

- l'adozione di una definizione di "disabilità" coerente con l'articolo 1, secondo paragrafo, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con l'introduzione di norme che prevedano una valutazione di base della disabilità distinta da una successiva valutazione multidimensionale (fondata sull'approccio bio-psico-sociale), consentano l'attivazione della stessa valutazione di base da parte della persona con disabilità o di chi la rappresenta ed assicurino, in merito ad essa, l'applicazione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione le differenze di genere (numero 1) della lettera *a)*);
- l'adozione della 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, e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione, ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e a ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica, nonché l'adozione di una definizione di profilo di funzionamento coerente con le classificazioni suddette (numeri 2) e 4) della lettera *a)*);
- la separazione dei percorsi valutativi per le persone anziane da quelli per gli adulti e da quelli per i minori (numero 3) della lettera *a)*);
- l'introduzione in termini generali della nozione di accomodamento ragionevole e dei relativi strumenti di tutela (numero 5) della lettera *a)*);
- la previsione che la suddetta valutazione di base (cfr. la lettera *a)*, numero 1) accerti la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona, ai fini dei correlati benefici o istituti, conformemente alle indicazioni della ICF e tenendo conto della ICD (numero 1) della lettera *b)*);
- la razionalizzazione e l'unificazione in un'unica procedura - demandata ad un solo soggetto pubblico - del processo valutativo di base della disabilità rispetto alle altre valutazioni attualmente previste (tra le quali vengono menzionate quelle relative ai trattamenti assistenziali, all'integrazione ed inclusione scolastica, al cosiddetto collocamento obbligatorio, all'assistenza

---

<sup>4</sup> Ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della citata L. n. 227, e successive modificazioni.

- protesica, sanitaria e riabilitativa, al concetto di non autosufficienza, alle agevolazioni tributarie e a quelle relative alla mobilità) (numeri 2) e 4) della lettera *b*)); la disciplina di tale nuova procedura deve contemplare procedimenti semplificati di riesame o di rivalutazione (nell'ambito dei quali siano riconosciute la tutela e la rappresentanza della persona con disabilità);
- la previsione che, con decreto ministeriale, si provveda – conformemente alla definizione di disabilità e in coerenza con le classificazioni ICD e ICF – al progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento delle percentuali di invalidità (numero 3) della lettera *b*)), fermi restando i diritti già acquisiti (numero 1) della lettera *h*));
  - l'adozione di un efficace e trasparente sistema di controlli sull'adeguatezza delle prestazioni rese, garantendo l'interoperabilità tra le banche dati già esistenti e definendo specifiche fattispecie di esonero (ferme restando quelle già vigenti) dalle procedure di nuova verifica delle condizioni di disabilità (numero 5) della lettera *b*));
  - la previsione che la valutazione multidimensionale della disabilità sia svolta attraverso l'istituzione e l'organizzazione di unità di valutazione multidimensionale, composte in modo da assicurare l'integrazione degli interventi di presa in carico, di valutazione e di progettazione da parte delle amministrazioni competenti in ambito sociosanitario e socio-assistenziale (amministrazioni per le quali devono essere definite modalità di coordinamento) (numeri 1) e 2) della lettera *c*)). La valutazione multidimensionale deve consentire la predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e il monitoraggio dei suoi effetti nel tempo (numeri 3) e 4)). Il progetto in esame deve individuare i sostegni, gli accomodamenti ragionevoli, gli strumenti, le risorse, pubbliche e private, i servizi, le misure e gli interventi che garantiscano l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, la realizzazione degli obiettivi della persona secondo i suoi desideri, aspettative e scelte, nonché la possibilità, in alcuni casi, di vivere in autonomia e secondo modelli di assistenza personale autogestita (numero 4) citato e numeri 5), 9), 10) e 12) della lettera *c*)). Riguardo a quest'ultima finalità, si prevedono eventuali forme di finanziamento aggiuntivo e meccanismi di riconversione delle risorse attualmente destinate all'assistenza nell'ambito di istituti (numero 13));
  - l'adozione degli accomodamenti ragionevoli necessari a garantire la piena partecipazione alla valutazione multidimensionale, all'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, e all'attuazione dello stesso con modalità tali da garantire la soddisfazione della persona interessata (numero 6) della lettera *c*));
  - la previsione che sia garantita comunque l'attuazione del progetto individuale summenzionato al variare del contesto territoriale e di vita della persona con disabilità (numero 7) della lettera *c*));

- la previsione che, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta, all'elaborazione del progetto individuale partecipino anche gli enti del Terzo settore (numero 8) della lettera c));
- la definizione delle ipotesi in cui il progetto individuale possa, in tutto o in parte, essere autogestito, con obbligo di rendicontazione (numero 9) citato);
- la previsione che nel progetto medesimo siano individuate figure professionali aventi il compito di curarne la realizzazione, monitorarne l'attuazione e assicurare il confronto con la persona con disabilità e i suoi referenti familiari (numero 11) della lettera c));
- l'istituzione di piattaforme informatiche, accessibili e fruibili, che coadiuvino i processi valutativi e l'elaborazione dei progetti di vita individuali, consentano la consultazione delle certificazioni e delle informazioni riguardanti i benefici economici, previdenziali e assistenziali e gli interventi di assistenza sociosanitaria spettanti alla persona con disabilità e comprendano le informazioni relative ai benefici eventualmente spettanti ai familiari o alle persone che hanno cura della persona medesima (lettera d));
- il coordinamento delle nuove norme, definite in sede di esercizio della delega, con quelle vigenti (numero 1 citato della lettera h));
- la definizione delle procedure per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative alle persone con disabilità e l'individuazione di una disciplina di carattere transitorio, la quale garantisca obiettivi di servizio, promuovendo la collaborazione tra i soggetti pubblici e i privati, compresi gli enti operanti nel Terzo settore (numero 2 della lettera h)).

Sullo schema di decreto in esame è stata sancita l'[intesa](#) in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali (nella seduta dell'11 gennaio 2024). Tale intesa ha definito alcune modifiche ed integrazioni; formalmente esse non figurano nello schema trasmesso alle Camere, ma solo nella suddetta intesa allegata ad esso. Sullo schema di decreto, inoltre, il Consiglio di Stato ha espresso il proprio [parere](#) in data 30 gennaio 2024<sup>5</sup>, formulando alcune osservazioni.

---

<sup>5</sup> Riguardo alla procedura di esercizio della delega, cfr. anche il citato articolo 1, comma 2, della L. n. 227.

## Dati di contesto

In base alle statistiche a consuntivo dell'ISTAT (consulta [qui la pagina degli indicatori su disabilità e fragilità](#) con i dati pubblicati a dicembre 2023 – anni di riferimento 2020-2022), le persone con limitazione gravi in Italia sono oltre 3 milioni di unità, vale a dire oltre il 5 per cento della popolazione residente.

Tavola: a.1 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anno 2021. 

GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI a.1 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia)	
Limitazioni gravi	3.004
Limitazioni non gravi	9.763
Senza limitazioni	43.048
Non indicato	3.812
<b>Totale</b>	<b>59.627</b>

Per quanto riguarda le differenze di genere, nel corso degli ultimi anni (dal 2018 al 2021), tra i disabili gravi, pur con una progressiva diminuzione, il numero delle donne (1.776 nel 2021) è superiore a quello degli uomini (1.228 nel 2021).

Tavola: a.1 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) per sesso - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anni 2018, 2019, 2020, 2021    
 Pagina relativa a: sesso = femmine.

	GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi
2018	1.828	5.579
2019	1.837	5.511
2020	1.858	5.381
2021	1.776	5.424

Tavola: a.1 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) per sesso - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anni 2018, 2019, 2020, 2021    
 Pagina relativa a: sesso = maschi.

	GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi
2018	1.259	4.385
2019	1.313	4.327
2020	1.305	4.257
2021	1.228	4.339

Con riferimento alla ripartizione geografica, il maggior numero di disabili gravi è presente nel Nord-ovest e nel Sud, concentrazione che è presente analogamente per i disabili non gravi.

Tavola: a.1 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) - Italia Dettaglio ripartizione geografica (Gerarchia Amministrativa) Anno 2021. 

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi
Nord-ovest	733	2.543
Nord-est	538	1.998
Centro	640	1.930
Sud	703	2.206
Isole	389	1.085
<b>Italia</b>	<b>3.004</b>	<b>9.763</b>



## **SCHEDE DI LETTURA**



## **Articolo 1** ***(Oggetto e finalità)***

L'**articolo 1** individua l'**ambito dello schema di decreto nei seguenti oggetti della disciplina di delega** (di cui alla [L. 22 dicembre 2021, n. 227](#)): definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore; accertamento della condizione di disabilità e revisione dei relativi processi valutativi di base; valutazione multidimensionale della disabilità e realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione.

L'**articolo** indica la finalità generale di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, rimuovendo gli ostacoli e attivando 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.

L'**articolo** specifica altresì che le disposizioni del provvedimento in esame sono intese 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 in base alla [L. 3 marzo 2009, n. 18](#), 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 di non discriminazione.

Riguardo al complesso dei principi e criteri direttivi posti dalla disciplina di delega per gli oggetti summenzionati, si rinvia alla parte introduttiva del presente dossier.

## **Articolo 2** **(Definizioni)**

L'**articolo 2** reca **le definizioni** ai fini dell'applicazione della disciplina posta dal presente provvedimento.

I termini oggetto di definizione sono i seguenti: condizione di disabilità e persona con disabilità (per queste due locuzioni, cfr. la scheda sul successivo **articolo 3**); ICF ([Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute](#)-*International Classification of Functioning Disability and Health*, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità); ICD ([Classificazione Internazionale delle malattie](#), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità); duratura compromissione (compromissione derivante da qualsiasi perdita, limitazione o anomalia a carico di strutture o funzioni corporee, come classificate dalla suddetta ICF, che persiste nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo); profilo di funzionamento (descrizione, secondo la ICF e tenendo conto della ICD, dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e alle determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici); WHODAS (*WHO Disability Assessment Schedule*, questionario di valutazione basato sulla ICF e che misura la salute e la condizione di disabilità, cfr., al riguardo, la parte di scheda relativa al successivo **articolo 5, comma 3, lettera b**)); 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, intesi a migliorare le capacità della persona e l'inclusione della stessa e graduati in "sostegno" e "sostegno intensivo", in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno<sup>6</sup>); piano di intervento (documento di pianificazione e coordinamento dei sostegni individuali relativi a un'area di intervento); 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); 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 ai facilitatori in essi presenti, nonché a definire, anche in base ai desideri, aspettative e preferenze della stessa persona, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita); progetto di vita (esso, per la persona con disabilità, è diretto a individuare, sulla base dei desideri, aspettative e preferenze della stessa e

---

<sup>6</sup> Riguardo alle nozioni generali di sostegno e sostegno intensivo, cfr. anche la novella di cui al successivo **articolo 3**.

nell'ambito di 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 di partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri); domini della qualità di vita (ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità, valutabili con appropriati indicatori); 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).

Le definizioni in esame si pongono in conformità ai principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *a*), numeri 1), 2) e 4), lettera *b*), numero 1), e lettera *c*), numero 5), della disciplina di delega ([L. 22 dicembre 2021, n. 227](#)); riguardo ad essi, si rinvia alla parte introduttiva del presente dossier.

**Articoli 3 e 4**  
*(Modifiche all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e  
terminologia in materia di disabilità)*

Gli **articoli 3 e 4** sostituiscono nell'ordinamento: il riferimento ai portatori di handicap (o ad altri termini simili) **con il riferimento alle persone con disabilità**; la categoria di handicap in situazione di gravità (o con connotazione di gravità) o di disabile grave **con la categoria di persona con disabilità avente necessità di sostegno intensivo**.

Nell'ambito di tale intervento, in particolare, si introduce (**comma 1, capoverso 1, dell'articolo 3**) nell'articolo 3 della [L. 5 febbraio 1992, n. 104](#), la nozione di persona con disabilità, in termini corrispondenti alla definizione – posta dall'**articolo 2, comma 1, lettera a)**, dello schema – di condizione di disabilità e con la specificazione che l'accertamento di quest'ultima condizione è operato mediante la valutazione di base – fermi restando i termini temporali di decorrenza, relativi a quest'ultimo istituto, posti dall'**articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e dall'**articolo 35, comma 2** –.

Più in particolare, in base alla novella di cui all'**articolo 3**:

- è definito come persona con disabilità chi presenta durature compromissioni<sup>7</sup> 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. Tali compromissioni, come detto, sono accertate mediante la valutazione di base;
- si specifica che il sostegno di tipo non intensivo può essere di livello lieve o medio, mentre il sostegno di tipo intensivo è di livello elevato o molto elevato. Anche tali tipologie e livelli sono stabiliti mediante la valutazione di base<sup>8</sup>. Il sostegno – in base alla medesima novella in esame e in conformità alla nozione finora posta di situazione di handicap grave – deve essere di tipo intensivo qualora la compromissione, 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. Le [relazioni illustrativa e tecnica](#) allegate allo schema osservano che la distinzione tra livello elevato e molto elevato consente una modulazione discrezionale e graduata degli interventi, per i casi in cui l'ordinamento non preveda una prestazione in

---

<sup>7</sup> Riguardo alla nozione di duratura compromissione, cfr. il **comma 1, lettera e)**, del precedente **articolo 2**.

<sup>8</sup> Cfr., in particolare, il successivo **articolo 10, comma 1, lettera f)**. Riguardo ai termini temporali di decorrenza dell'istituto della valutazione di base, cfr., come detto, i successivi **articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e **articolo 35, comma 2**.

termini rigidi e predefiniti (relativa alla situazione di handicap grave e adesso al sostegno di tipo intensivo);

- si conferma il principio generale che le necessità di prestazioni in favore delle persone con disabilità sono determinate anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e all'efficacia delle terapie (rispetto alla formulazione vigente, la novella fa riferimento alla generalità delle terapie e non solo a quelle riabilitative). Al riguardo, il [parere](#) del Consiglio di Stato del 30 gennaio 2024 (allegato allo schema) *invita l'Amministrazione a valutare se sia opportuno integrare la conferma di tale principio con il richiamo del sistema delle classificazioni internazionali a cui è collegato il procedimento valutativo disciplinato dall'**articolo 10** dello schema;*
- si formula – sempre in conformità alla sostituzione suddetta di categorie e termini – in favore dei soggetti con necessità di sostegno di tipo intensivo il principio di priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici (in via sostitutiva dell'omologo principio di priorità per i soggetti con situazione di handicap grave).

La revisione di termini e categorie in esame si pone in conformità ai principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *a*), numero 1), e lettera *b*), numero 1), della disciplina di delega ([L. 22 dicembre 2021, n. 227](#)); riguardo ad essi, si rinvia alla parte introduttiva del presente dossier (“Premessa e Cenni sulla disciplina di delega”).

## Articolo 5

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

L'**articolo 5** disciplina l'**ambito di applicazione del procedimento di valutazione di base, i criteri generali di quest'ultimo e gli effetti della valutazione** – fermi restando i termini temporali di applicazione, relativi al medesimo istituto, posti dall'**articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e dall'**articolo 35, comma 2** –.

Riguardo all'ambito soggettivo, il **comma 2** del presente **articolo 5** esclude dal procedimento in esame le persone anziane non autosufficienti; quest'ultima categoria, in base allo schema di decreto legislativo [A.G. n. 121](#), è costituita dai non autosufficienti aventi almeno 70 anni di età<sup>9</sup>.

Riguardo all'ambito oggettivo e agli effetti, gli esiti specifici e articolati del procedimento hanno efficacia con riferimento a tutti gli istituti vigenti, come richiamati nel **comma 1**, relativi alle persone con disabilità (o alle persone altrimenti definite dalle norme attuali); il procedimento ha dunque natura sostitutiva delle vigenti procedure di accertamento relative alle specifiche condizioni di disabilità richiamate nel medesimo **comma 1**.

Il **comma 4** specifica che al riconoscimento della condizione di disabilità in base al procedimento in esame consegue altresì la possibilità di applicazione delle tutele ivi richiamate e oggetto di successivi articoli del presente schema, ivi compresa la possibilità di richiesta dell'avvio del procedimento di valutazione multidimensionale per l'elaborazione del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato).

I criteri generali a cui si deve conformare il procedimento di valutazione di base sono posti dal **comma 3**.

Più in particolare, ai sensi del **comma 1**, il procedimento in oggetto, relativo all'eventuale riconoscimento della condizione di disabilità<sup>10</sup>, concerne anche (sulla base anche delle disposizioni attuative definite con il decreto ministeriale di cui al successivo **articolo 12**) l'eventuale accertamento delle seguenti condizioni e fattispecie, richiamate nel medesimo **comma**: invalidità civile; cecità civile; sordità civile; sordocecità; disabilità in età evolutiva al fine dell'inclusione scolastica; disabilità al fine dell'applicazione della cosiddetta disciplina lavoristica sul collocamento obbligatorio; presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza sanitaria; elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza,

---

<sup>9</sup> Al riguardo, cfr. la parte della presente scheda relativa al suddetto **comma 2**.

<sup>10</sup> Riguardo alle nozioni generali di condizione di disabilità e di persona con disabilità, cfr. la scheda relativa al precedente **articolo 3**.

Riguardo ai termini temporali di decorrenza dell'istituto della valutazione di base, cfr., come detto, i successivi **articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e **articolo 35, comma 2**.

nonché di disabilità gravissima, ai sensi del [D.M. del 26 settembre 2016](#), relativo all'impiego delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze, ferma restando l'esclusione delle persone anziane non autosufficienti (posta dal successivo **comma 2**); requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali o relative alla mobilità, nonché ad ogni altra prestazione prevista, conseguenti all'accertamento dell'invalidità.

Il **comma 2** esclude dall'ambito del procedimento di valutazione di base le persone anziane non autosufficienti, come definite dal decreto legislativo di attuazione della disciplina di delega di cui all'articolo 4 della [L. 23 marzo 2023, n. 33](#). Si ricorda, al riguardo, che, nello schema di decreto legislativo attuativo delle varie normative di delega di cui alla suddetta L. n. 33 – schema attualmente all'esame delle Camere ([A.G. n. 121](#)) –, la nozione di anziano non autosufficiente è posta dall'articolo 2, comma 1, lettera c), e che in tale ambito possono rientrare, in base all'articolo 40 dello stesso schema, soltanto i soggetti che abbiano compiuto i 70 anni di età.

Ai sensi del **comma 3** del presente **articolo 5**, i criteri generali a cui si deve conformare il procedimento di valutazione di base sono i seguenti:

- a) orientamento dell'intero processo valutativo medico-legale sulla base dell'ICD e degli strumenti descrittivi della ICF<sup>11</sup>, con particolare riferimento all'attività e alla partecipazione del soggetto, determinate (secondo il modello della medesima ICF) in termini di capacità. La relazione illustrativa dello schema in esame osserva che la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006<sup>12</sup>, nel definire il concetto di disabilità, ha mutuato e consolidato il modello della ICF, assumendo 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;
- b) impiego, quale strumento integrativo e di partecipazione della persona e 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 e individuati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La suddetta relazione illustrativa osserva che: il WHODAS è un questionario psicometrico sulla disabilità autopercepita, che è stato sviluppato dalla OMS sulla base dell'impianto concettuale della ICF e che costituisce un metodo standardizzato di misura della salute e della disabilità nelle diverse culture; il questionario rileva il livello di funzionamento, negli ultimi trenta giorni e indipendentemente dalla condizione contingente di salute, in sei domini<sup>13</sup>;
- c) considerazione dell'attività della persona, al fine di accertare le necessità di sostegno, di sostegno intensivo<sup>14</sup> o delle misure volte a compensare la restrizione della partecipazione della persona e a sostenerne la massima inclusione possibile;

<sup>11</sup> Riguardo alle definizioni di ICF e di ICD, cfr. il precedente **articolo 2, comma 1, lettere c) e d)**.

<sup>12</sup> Come già ricordato, tale Convenzione è stata ratificata e resa esecutiva in base alla [L. 3 marzo 2009, n. 18](#).

<sup>13</sup> La nozione formale del WHODAS è posta dal precedente **articolo 2, comma 1, lettera g)**.

<sup>14</sup> In merito alla distinzione tra sostegno e sostegno intensivo, cfr. la scheda sul precedente **articolo 3**.

al riguardo, il [parere](#) del Consiglio di Stato invita a valutare se la formulazione disgiuntiva relativa al termine “misure” sia appropriata rispetto al carattere onnicomprensivo (nello schema in esame) dei sostegni (semplici o di tipo intensivo);

d) impiego, per i soli effetti della valutazione dell’invalidità civile, di tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche. Cfr., in merito, il successivo **articolo 12, commi 1 e 2**;

e) tempestività, prossimità, efficienza e trasparenza.

Il **comma 4** specifica che il riconoscimento della condizione di disabilità determina l’acquisizione di una tutela proporzionata al livello di disabilità – con priorità per le disabilità che presentino necessità di sostegno intensivo (e delle correlate prestazioni previste dall’ordinamento) –, inclusi i sostegni volti a favorire l’inclusione scolastica e quelli presso le istituzioni della formazione superiore e lavorativa. Al suddetto riconoscimento – specifica il **medesimo comma** – conseguono altresì la tutela dell’accomodamento ragionevole, come definito dalla novella di cui al successivo **articolo 17**, e la possibilità di richiesta dell’avvio del procedimento di valutazione multidimensionale per l’elaborazione del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato), come disciplinato dal successivo **capo III**<sup>15</sup>.

Le norme generali sul procedimento di valutazione di base di cui al presente **articolo 5** si pongono in attuazione dei principi e criteri direttivi di cui all’articolo 2, comma 2, lettera *a*), numero 1), e lettera *b*), numeri 1), 2) e 4), della disciplina di delega ([L. 22 dicembre 2021, n. 227](#)); riguardo ad essi, si rinvia alla parte introduttiva del presente dossier (“Premessa e Cenni sulla disciplina di delega”).

---

<sup>15</sup> Il **Capo III** comprende gli **articoli da 18 a 32**.

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

L'**articolo 6** stabilisce **le norme procedurali generali per lo svolgimento della valutazione di base**. Il procedimento si articola nella richiesta di visita collegiale (l'istanza è accompagnata dalla trasmissione del certificato medico introduttivo), nello svolgimento della medesima visita (nel corso della quale viene sottoposto il questionario WHODAS<sup>16</sup>), nell'attestazione dell'esito (della valutazione di base), costituita da un certificato, il quale viene inserito nel Fascicolo sanitario elettronico del soggetto. L'amministrazione competente per il procedimento in esame è, ai sensi del successivo **articolo 9**, l'INPS<sup>17</sup> (ferme restando le norme transitorie di cui all'**articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e all'**articolo 35, comma 2**).

Più in particolare, le fasi del procedimento per la valutazione di base sono definite dal presente **articolo 6** nei seguenti termini:

- richiesta (**comma 1**) dell'interessato, ovvero dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei relativi poteri, accompagnata dalla trasmissione in via telematica del certificato medico introduttivo di cui al successivo **articolo 8**. Il richiedente, sino a sette giorni prima della visita collegiale, può trasmettere o depositare ulteriore documentazione medica o sociale, rilasciata da una struttura, pubblica o privata, accreditata (**comma 3**);
- svolgimento (**commi 4, 5 e 9**) di un'unica visita collegiale (disciplinata anche dai successivi **articoli 9 e 10**), nel corso della quale viene sottoposto il questionario WHODAS (riguardo a quest'ultimo, cfr. la parte di scheda relativa al precedente **articolo 5, comma 3, lettera b**); la determinazione delle modalità relative alla sottoposizione e alla compilazione del questionario è demandata all'INPS. La commissione richiede integrazione documentale o ulteriori approfondimenti diagnostici nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o in cui i summenzionati elementi siano necessari per il riconoscimento di una maggiore intensità dei sostegni (**comma 6**). Il procedimento di valutazione di base si conclude entro novanta giorni dalla ricezione del certificato medico introduttivo (**comma 8**), salvo il termine già vigente di quindici giorni per i soggetti con patologie oncologiche; nei casi suddetti di richiesta di ulteriori elementi, il termine è sospeso per sessanta giorni, prorogabili, su richiesta, di ulteriori sessanta giorni (**comma 8** citato); *si valuti l'opportunità di chiarire se tali termini dilatori trovino applicazione anche per i soggetti con patologie oncologiche*. Sotto il profilo redazionale, il

---

<sup>16</sup> Riguardo a quest'ultimo, cfr. la parte di scheda relativa al precedente **articolo 5, comma 3, lettera b**).

<sup>17</sup> Riguardo all'applicazione nel territorio della regione Trentino-Alto Adige, cfr. l'**articolo 36-bis, comma 2**, dello schema (articolo di cui prevede l'introduzione l'[intesa](#) sancita in sede di Conferenza unificata l'11 gennaio 2024).

suddetto termine di quindici giorni viene individuato mediante il richiamo dell'articolo 6, comma 3-*bis*, del [D.L. 10 gennaio 2006, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 marzo 2006, n. 80](#); al riguardo, il *parere del Consiglio di Stato* rileva l'opportunità di prevedere il termine in via diretta, in relazione al superamento in corso dei riferimenti normativi;

- attestazione dell'esito (della valutazione di base), costituita da un certificato, il quale viene inserito nel Fascicolo sanitario elettronico del soggetto (**comma 7**). Nel certificato (nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità del soggetto) sono individuate anche le necessità e le intensità dei sostegni (riguardo alle tipologie e ai livelli di questi ultimi, cfr. la scheda relativa al precedente **articolo 3**). Per i profili di validità temporale o di illimitatezza temporale della validità del certificato, si rinvia alla scheda relativa al successivo **articolo 12, comma 2, lettere c) e d)**.

Il **comma 2** del presente **articolo 6** prevede che, nei casi definiti con decreto ministeriale ai sensi dell'**articolo 12, comma 2, lettera m)**, l'istante possa richiedere, contestualmente alla trasmissione del certificato medico introduttivo, la valutazione senza visita, sulla base dei soli atti raccolti. In tal caso, l'istante trasmette l'intera documentazione, compresa quella relativa al WHODAS. Se la commissione ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta, dispone la visita.

Il **comma 9** dell'**articolo 6** in esame demanda all'INPS la definizione, entro il 31 dicembre 2024, di ulteriori modalità di svolgimento del procedimento e delle riunioni delle commissioni.

Il **comma 10** specifica che restano ferme le competenze dell'INPS in materia di concessione ed erogazione delle prestazioni conseguenti agli attuali procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità e prevede che l'INPS garantisca (mediante determinazione delle relative modalità) le erogazioni in modo tempestivo delle prestazioni in oggetto, le quali hanno decorrenza dal mese successivo alla data di trasmissione del certificato medico introduttivo. Riguardo alla possibilità di anticipo della decorrenza, cfr., tuttavia, il successivo **articolo 7**.

Le norme di cui al presente **articolo 6** si pongono in attuazione dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *a)*, numero 1), lettera *b)*, numeri 1), 2) e 4), e lettera *h)*, numero 1), della disciplina di delega ([L. 22 dicembre 2021, n. 227](#)); riguardo ad essi, si rinvia alla parte introduttiva del presente dossier ("Premessa e Cenni sulla disciplina di delega").

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

L'**articolo 7** prevede, **per i casi di gravi compromissioni funzionali e su richiesta, il riconoscimento in via anticipata, prima della conclusione del procedimento di valutazione di base, di alcune prestazioni sociali e socio-sanitarie**. Si demanda a un apposito decreto la definizione delle prestazioni che rientrano in tale fattispecie.

La richiesta di efficacia anticipata in esame può essere avanzata dal medesimo soggetto richiedente<sup>18</sup> la valutazione di base, nei casi in cui l'interessato presenti, in base ad una certificazione rilasciata da una struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, accreditata, patologie determinanti gravi compromissioni funzionali – in base alla definizione di queste ultime operata dal decreto ministeriale di cui al successivo **articolo 12**<sup>19</sup> –.

Il presente **articolo 7** fa riferimento – oltre che alle prestazioni sociali – a quelle socio-sanitarie; il successivo **articolo 13** (nel testo concordato nell'[intesa](#) sancita in sede di Conferenza unificata) fa riferimento sia a tali due tipologie sia alle “prestazioni socio-assistenziali”; il [parere del Consiglio di Stato](#) rileva *l'opportunità di una valutazione di tale profilo*.

Il decreto ministeriale previsto dal **comma 2** del presente **articolo 7** – oltre a individuare, come detto, le prestazioni interessate dall'istituto del riconoscimento in via anticipata – definisce le modalità della richiesta di erogazione anticipata. Nella procedura di adozione di tale decreto, l'[intesa](#) sancita in sede di Conferenza unificata ha inserito la previa intesa nella medesima sede di Conferenza unificata. Per l'adozione del decreto è posto il termine del 31 dicembre 2024.

Viene fatta salva la ripetizione delle prestazioni anticipate in caso di conclusione del procedimento di valutazione di base con esito negativo o con accertamento indicante una necessità di sostegni di minore intensità (rispetto al livello su cui si è basata l'anticipazione).

Riguardo al profilo temporale **ordinario** delle prestazioni, si ricorda che, come specifica il precedente **articolo 6, comma 10**, le prestazioni economiche sono riconosciute dall'INPS dal mese successivo alla data di richiesta di avvio del procedimento di valutazione di base (richiesta accompagnata dalla trasmissione del certificato medico introduttivo).

---

<sup>18</sup> Cfr. il precedente **articolo 6, comma 1**.

<sup>19</sup> Cfr. in quest'ultimo articolo, in particolare, l'**alinea** e la **lettera l)** del **comma 2**.

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

L'**articolo 8** disciplina il **certificato medico introduttivo**, il cui invio all'INPS è qualificato come **presupposto per l'avvio del procedimento** valutativo di base, specificandone i **contenuti indefettibili** ed elencando i **soggetti legittimati** al relativo rilascio.

In particolare, in base al **comma 1** dell'articolo in esame, costituisce presupposto per l'avvio del procedimento valutativo di base la trasmissione telematica all'INPS di un **certificato medico**. Quest'ultimo deve essere rilasciato dai medici in servizio presso le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e 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 Servizio sanitario nazionale, 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.

In base al tenore letterale del comma in disamina, il primo periodo si riferisce solo alla legittimazione al rilascio del certificato, mentre il secondo periodo fa riferimento soltanto alla legittimazione alla trasmissione dello stesso. *Si valuti l'opportunità di considerare questo aspetto, specificando, se questa è l'intenzione, che entrambe le categorie di medici sono legittimate sia al rilascio che alla trasmissione del certificato.*

Nell'ambito del suo parere sullo schema in esame, il Consiglio di Stato afferma che quelle contemplate dal comma in disamina sono “due categorie di medici idonei a rilasciare il certificato di disabilità”.

Il **comma 2** prevede che, ai fini della individuazione dei medici di cui alla seconda categoria, l'INPS acquisisca, nei modi indicati dal Ministero della salute, la documentazione relativa alla formazione effettuata in educazione continua in medicina in materia di classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o di promozione della salute o di accertamenti sanitari di base ovvero di prestazioni assistenziali. Riguardo a questa previsione, nel parere del Consiglio di Stato si rileva che “la perimetrazione dell'ambito dei medici tra i quali l'INPS effettua la selezione desta perplessità, atteso che, ragionevolmente, la conoscenza, o quanto meno la idoneità all'utilizzo, delle classificazioni internazionali potrebbe potersi presupporre in ogni medico, come pure l'effettuazione di accertamenti sanitari di base.”.

Il **comma 3** dell'articolo in esame individua il “contenuto essenziale” del certificato introduttivo. Quest'ultimo deve recare: 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 di classificazione internazionale delle malattie (ICD); d) il decorso e la prognosi delle eventuali patologie riscontrate.

Nella relazione illustrativa allegata al presente schema si evidenzia che, visto che il certificato medico introduttivo assume la gravidanza e il valore di presupposto per l'apertura della valutazione e di avvio del procedimento, è parso opportuno indicarne gli "elementi indefettibili".

Il **comma 4** prevede che il medico certificatore riporti nel certificato introduttivo l'eventuale elezione di domicilio dell'interessato, anche presso un patronato o una delle associazioni di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dall'articolo 9 del presente provvedimento<sup>20</sup>, ai fini delle ulteriori comunicazioni inerenti al procedimento per la valutazione di base.

Ai sensi del **comma 5**, ai fini della valutazione di base, il certificato medico introduttivo viene inserito, attraverso la trasmissione all'INPS, anche nel fascicolo sanitario elettronico. Tale disposizione, secondo la relazione illustrativa, è finalizzata ad attuare il criterio di delega che prevede l'utilizzo di piattaforme informatiche per coadiuvare i processi valutativi (articolo 2, comma 2, lettera *d*), legge delega 227/2021).

---

<sup>20</sup> Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), Unione italiana ciechi e degli ipovedenti (UICI), Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e Associazione nazionale delle famiglie e delle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS).

## Articolo 9

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

L'**articolo 9**, in relazione alla procedura valutativa di base, finalizzata al riconoscimento della condizione di disabilità, affida all'INPS il ruolo di soggetto unico accertatore. Si prevedono, inoltre, le seguenti facoltà dell'INPS: di avvalersi, in base ad apposite convenzioni con le Regioni, delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base; di procedere ad assunzioni finalizzate a garantire piena attuazione alle disposizioni contenute nel presente articolo.

Si ricorda che la legge delega 227/2021, all'articolo 2, comma 2, lett. *b*), n. 4, richiede l'affidamento a un unico soggetto pubblico dell'esclusiva competenza medico-legale sulle procedure valutative di base, garantendone l'omogeneità nel territorio nazionale e realizzando una semplificazione e razionalizzazione degli aspetti procedurali e organizzativi.

Si segnala che, in base all'art. 36-*bis*, co. 2, del presente schema (v. *infra* la relativa scheda di lettura), resta fermo che nelle Province autonome di Trento e di Bolzano il procedimento valutativo di base è assicurato ai sensi dei rispettivi ordinamenti e che alle funzioni attribuite dal presente provvedimento all'INPS provvedono le medesime province.

Più in dettaglio, il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che, a decorrere dalla data del 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.

Al riguardo, la relazione illustrativa osserva che, nell'individuare un'unica fase accertativa in capo all'INPS, si attua “una semplificazione storica” che elimina l'attuale doppia fase di accertamento riconducibile, in prima battuta, alle commissioni integrate ASL-INPS e, in secondo luogo, alla validazione da parte di altra commissione INPS di quanto accertato “in prima istanza”.

Il **comma 2** dell'articolo in esame stabilisce che, al fine espresso di garantire l'effettività dei principi di efficacia, efficienza, economicità, celerità ed adeguatezza dei procedimenti di valutazione di base, le competenze e le funzioni di accertamento e valutazione di cui all'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 15

ottobre 1990, n. 295<sup>21</sup>, sono devolute alle Unità valutative di base. Per effetto di tale disposizione, come chiarito dalla relazione illustrativa, la commissione per l'accertamento dell'invalidità civile di cui alla richiamata legge 245/1990 "confluisce nell'unica Commissione di valutazione di base che accerta la condizione di disabilità" (in tale Commissione di valutazione di base vengono riassorbite anche le altre commissioni volte all'accertamento dell'handicap e all'accertamento della disabilità a fini lavorativi).

Il citato articolo 1, commi 1 e 2, della legge 245/1990 stabilisce che 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. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale 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 in questione sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.

Il **comma 3** dell'articolo in disamina sostituisce l'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104<sup>22</sup>, dettando una nuova disciplina del riconoscimento della condizione di disabilità attraverso la valutazione di base.

In base al comma 1 del nuovo articolo 4, il riconoscimento della condizione di disabilità è effettuato dall'INPS mediante l'attività di commissioni che assolvono alle funzioni di Unità valutative di base.

Il successivo comma 2 stabilisce che le commissioni anzidette si compongono di due medici nominati da INPS, del componente nominato in rappresentanza delle associazioni di cui al comma 4 (v. *infra*) e di una sola 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 stabilisce che, nel caso di minori, almeno uno dei medici nominati da 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. Al riguardo, si ricorda che la legge delega, all'articolo 2, comma 2, lett. a), n. 3), richiede la "separazione dei percorsi

---

<sup>21</sup> Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti.

<sup>22</sup> Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori”.

Il comma 4 del nuovo articolo 4 prescrive che le commissioni summenzionate siano 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), in relazione alle specifiche condizioni di disabilità su cui sono chiamate a pronunciarsi (“ogni qualvolta devono pronunciarsi sulle specifiche condizioni di disabilità”, secondo la formulazione letterale del comma).

*Sul piano formale, si valuti l'opportunità di riformulare il comma in esame nella parte in cui esso precisa in quali casi le commissioni debbano essere integrate (v. sopra il virgolettato).*

Il successivo comma 5 richiede che la valutazione di base sia definita con la partecipazione di almeno tre componenti, al cui numero può concorrere anche il professionista sanitario di cui al comma 4, se presente. Viene specificato che, in caso di parità di voti, il voto del Presidente di commissione vale doppio.

Al riguardo, nel parere del Consiglio di Stato sul provvedimento in esame, con riferimento alla eventualità che la commissione deliberi con solo tre componenti, si invita valutare la possibilità di garantire che in tal caso almeno uno dei componenti sia “un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini” ovvero, nel caso di minori, sia un medico “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”. Ciò al fine di garantire, anche nella commissione in composizione ridotta, le garanzie specialistiche previste per il funzionamento della commissione in via ordinaria. *Si valuti l'opportunità di considerare questi aspetti.*

Il comma 6 prevede che, nel corso della valutazione di base, la persona interessata possa farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto. Il comma 7, ultimo del novellato articolo 4, stabilisce che gli accertamenti per le persone anziane non autosufficienti sono posti in essere mediante la valutazione multidimensionale unificata di cui al richiamato articolo 4, comma 2, lettera l), numero 1) della legge 23 marzo 2023, n. 33<sup>23</sup>, ferme restando le disposizioni atte a favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana di cui al richiamato 4, comma 2, lettera s), della stessa legge 33/2023<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Legge recante Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, tra cui la delega recata dall'articolo 4 succitato, in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

<sup>24</sup> In particolare, vanno garantiti: il diritto ad accedere a servizi e attività specifici per la pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità; il diritto ad accedere inoltre, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non

Il **comma 4** dell'articolo in esame stabilisce che, al fine di garantire la semplificazione e razionalizzazione degli oneri procedurali connessi all'espletamento della valutazione di base, l'INPS, sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente, può stipulare apposite convenzioni con le Regioni per avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base. La relazione illustrativa osserva che questa disposizione “lega l'INPS alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere sulla base di apposite convenzioni stipulate con le Regioni. La norma detta un particolare modo di svolgimento dei principi di sussidiarietà e adeguatezza, con lo scopo di garantire una valutazione di base orientata al criterio di prossimità territoriale (pur sempre legata a tecniche, criteri e pratiche di carattere omogeneo su base nazionale)”.

Il successivo **comma 5** prevede che l'INPS, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, ai fini della gestione della valutazione di base, debba: 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** stabilisce, al fine indicato di garantire piena attuazione alle disposizioni contenute nel presente articolo, che l'INPS, per il triennio 2024-2026, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali, è autorizzato, con incremento della propria dotazione organica, ad assumere con contratto di lavoro a tempo indeterminato, mediante procedure concorsuali pubbliche, anche tramite scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici. E' in particolare previsto il reclutamento: di 1.069 unità di personale da inquadrare nell'Area dei Medici di primo livello per l'assolvimento delle funzioni medico-legali di propria competenza, di 142 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari amministrativi e di 920 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari sanitari del Comparto Funzioni Centrali.

Il **comma 7** reca le autorizzazioni di spesa per le predette assunzioni, rinviando per la relativa copertura al successivo articolo 34 (v. infra la specifica scheda di lettura).

---

autosufficienti, senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale, attraverso la redazione del progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI).

Infine, il **comma 8** quantifica le spese per la partecipazione ai lavori delle Commissioni/Unità valutative di base dei rappresentanti delle associazioni ed enti citati dal precedente comma 3, rinviano anche in questo caso per la relativa copertura al successivo articolo 34.

**Articolo 10**  
***(Procedimento valutativo di base e riconoscimento della condizione di  
disabilità)***

L'**articolo 10** stabilisce che il **riconoscimento della condizione di disabilità** costituisce il **risultato del procedimento valutativo di base, articolato in una serie di attività di verifica** analiticamente individuate, anche con riferimento specifico ai minori.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega, in tema di accertamento della disabilità, è richiesta la previsione che, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenuto conto dell'ICD, la valutazione di base accerti la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona ai fini dei correlati benefici o istituti (art. 2, co. 2, lett. *b*), n. 1), della legge 227/2021). E' inoltre richiesta la separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori (art. 2, co. 2, lett. *a*), n. 3, della legge 227/2021).

In base al **comma 1** dell'articolo in esame, nell'ambito del procedimento valutativo di base devono essere svolte le seguenti attività:

- a) accertamento e verifica della condizione di salute della persona descritta nel certificato medico introduttivo con i codici ICD;
- b) 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) deficit funzionali e strutturali che ostacolano, in termini di salute, l'agire della persona e che rilevano in termini di capacità secondo ICF;
- d) 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) 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) 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.

Si ricorda che: ICD sta per Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità; ICF sta per Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute; per "domini della qualità di vita" s'intendono ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità valutabili con appropriati indicatori (v. sopra scheda su art. 2 del presente provvedimento).

*Si valuti, sul piano formale, l'opportunità di rivedere l'incipit delle lettere c) ed e), che non reca l'indicazione della specifica attività valutativa richiesta ma individua solo l'oggetto della stessa. Nella lettera d) l'aggettivo "strumentale" andrebbe volto al plurale. Nella lettera f) le parole "dell'ICF" dopo le parole "sulla partecipazione" andrebbero soppresse.*

In base al **comma 2** dell'articolo in disamina, il riconoscimento della condizione di disabilità per i minori scaturisce dal procedimento innanzi descritto, ma quest'ultimo deve comprendere anche, per la valutazione di cui alla lettera e) del comma 1, i domini relativi all'apprendimento.

## Articolo 11

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

L'articolo 11, al 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 provvedimento, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità. Viene precisato che **l'ICF è da applicarsi congiuntamente all'ultima versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD)** dell'Organizzazione mondiale della sanità e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

Si ricorda, in proposito, che l'art. 2, co. 2, lett. b), n. 1, della legge delega 227/2021 richiede che la valutazione di base sia svolta "in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenuto conto dell'ICD".

Nel parere del Consiglio di Stato sul provvedimento in esame, riguardo al comma 1 testé illustrato, si rileva la necessità che risulti chiaramente individuata la "ultima versione" dell'ICD utilizzata in Italia. *Si valuti l'opportunità di considerare questo aspetto.*

Il **comma 2** dell'articolo in disamina demanda ad un **decreto del Ministro della salute** - da adottarsi entro il 30 novembre 2024 di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in Conferenza Stato - Regioni - l'indicazione dei **termini** e delle **modalità di applicazione dell'ICF**.

*Sul piano redazionale, riguardo al comma in esame, si segnala che: andrebbe soppressa la parola "adottato" dopo le parole "Ministro della salute"; andrebbe rivista la parte relativa ai concerti, che è ora così formulata: "di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali e l'Autorità politica delegata in materia di disabilità"; la denominazione ufficiale della Conferenza Stato-Regioni è "Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano" (valga tale ultima segnalazione anche per tutte le successive citazioni della predetta Conferenza da parte dello schema in esame).*

Nel parere del Consiglio di Stato sul provvedimento in esame, riguardo al comma 2 testé illustrato, si osserva che la previsione che il decreto individui, oltre alle modalità di applicazione delle classificazioni, anche i “termini” di applicazione, andrebbe rivalutata, in quanto potenzialmente foriera di difficoltà interpretative: “termini” si presta sia ad una accezione meramente temporale, potendosi ipotizzare la possibile scansione di termini di applicazione nel tempo, sia ad una accezione sostanzialistica, che includa i confini dell’applicazione delle classificazioni. Interpretazioni, entrambe, che appaiono al Consiglio di Stato incompatibili con la natura meramente tecnico- riproduttiva delle classificazioni in argomento. Nel citato parere si osserva, inoltre, che la previsione di cui al comma 2 dovrebbe essere riferita agli aggiornamenti eventualmente sopravvenuti nel periodo intercorrente tra l’entrata in vigore del presente provvedimento e la data di effettiva emanazione del decreto interministeriale, e che sarebbe opportuno prevedere espressamente anche futuri ulteriori aggiornamenti mediante decreto, in collegamento all’aggiornamento nel tempo delle classificazioni internazionali. *Si valuti l’opportunità di considerare questi aspetti.*

**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)*

L'**articolo 12** prevede che, attraverso un successivo decreto attuativo, si provveda all'**aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base**, a seguito dell'adozione delle classificazioni ICD e ICF. Vengono analiticamente **individuati i contenuti** di tale decreto e si demanda ad esso anche la definizione delle modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici all'interno del procedimento per la valutazione di base.

Si ricorda che l'articolo 2, comma 2, lett. *b*), n. 3, della legge delega richiede che, in conformità alla definizione di disabilità e in coerenza con le classificazioni ICD e ICF, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si provveda al progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992<sup>25</sup>.

Si ricorda inoltre che: ICD sta per Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità; ICF sta per Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che, con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in Conferenza Stato – Regioni, sentito l'INPS, da emanarsi entro il 30 novembre 2024, si provvede 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 succitato decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992. Viene specificato che l'aggiornamento in questione deve avvenire sulla base delle classificazioni ICD e ICF, in conformità con la definizione di disabilità recata dal provvedimento in esame (di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *a*), v. sopra la relativa scheda di lettura), nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 117<sup>26</sup> della Costituzione, ed in coerenza con quanto stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui LEA, del 12 gennaio 2017.

<sup>25</sup> Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.

<sup>26</sup> Si ricorda che, tra l'altro, l'art. 117 Cost. prevede che la potestà legislativa sia esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. Dispone in ordine al riparto di competenze legislative e regolamentari tra Stato e Regioni. Stabilisce che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle

In base al **comma 2** dell'articolo in esame, il decreto attuativo anzidetto, tenendo conto delle differenze di sesso e di età, individua:

- 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 restando 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 che attesta l'esito della valutazione di base, 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)<sup>27</sup>, una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla durata compromissione;
- f) i criteri, secondo ICF, per l'individuazione del profilo di funzionamento<sup>28</sup> limitatamente ai domini<sup>29</sup> della mobilità e dell'autonomia (di cui al richiamato 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 23 marzo 2023, n. 33<sup>30</sup>;
- 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;

---

materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato.

<sup>27</sup> La lettera menzionata prevede, tra i criteri della valutazione di base, l'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. V. sopra la scheda di lettura dell'articolo 5 del presente schema.

<sup>28</sup> Per "profilo di funzionamento" s'intende la 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 (v. sopra scheda su art. 2 del presente provvedimento).

<sup>29</sup> Per "domini della qualità di vita" s'intendono ambiti o dimensioni rilevanti nella vita di una persona con disabilità valutabili con appropriati indicatori (v. sopra scheda su art. 2 del presente provvedimento).

<sup>30</sup> Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane; il menzionato art. 4 reca in particolare delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

l) i criteri per individuare le compromissioni funzionali per le quali riconoscere l'efficacia provvisoria alle certificazioni mediche<sup>31</sup> di cui all'articolo 7;  
 m) gli eccezionali casi in cui il richiedente può chiedere l'accertamento sulla sola base degli atti (si tratta dei casi in cui l'istante può richiedere, contestualmente alla trasmissione del certificato medico introduttivo, di essere valutato senza il ricorso alla visita diretta, sulla base degli atti raccolti: v. in precedente art. 6, co. 2).

Il **comma 3** dell'articolo in esame prevede che, con il medesimo decreto di cui al comma 1, siano stabilite le modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici all'interno del procedimento per la valutazione di base. Viene richiamato, al riguardo, l'articolo 5, comma 1, lettera e), del presente schema, che cita l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva, ai fini dell'inclusione scolastica, tra gli oggetti della valutazione di base. Viene richiamato, inoltre, l'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66<sup>32</sup>, che dispone appunto in tema di accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica.

Nel parere del Consiglio di Stato sul provvedimento in esame, si rileva che l'aggettivo "progressivo", riferito dal comma 1 del presente articolo all'aggiornamento da effettuarsi col previsto decreto attuativo, è "fuorviante", perché "potrebbe intendersi come diluizione nel tempo dell'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento; mentre, sulla base delle finalità razionalizzatrici e unificanti perseguite dal decreto legislativo emanando, c'è la necessità che le modalità di accertamento di tutte le disabilità siano omogenee e contestuali. Peraltro, il "progressivo aggiornamento" previsto nella legge delega, ben può riferirsi all'aggiornamento a regime del primo regolamento, ricollegabile in primo luogo ai possibili aggiornamenti delle classificazioni internazionali; aggiornamento che la Sezione auspica sia espressamente previsto.". Si rileva, ivi, anche l'opportunità di un collegamento esplicito tra il presente articolo e il precedente articolo 5, concernente la valutazione di base: il Consiglio di Stato ritiene che il richiamo al citato D.M. del 1992, effettuato nell'articolo 12 in esame per tutte le invalidità civili, dovendosi procedere all'aggiornamento dello stesso, in mancanza di esplicito collegamento con l'art. 5, comma 1, possa ingenerare il dubbio che il regolamento non sia direttamente applicabile alle condizioni di disabilità che rilevano nelle lettere da e) ad i) del comma 1 dell'articolo 5, che non concernono l'invalidità civile.

Il Consiglio di Stato segnala, inoltre, riguardo al decreto di aggiornamento previsto dall'articolo in esame, che, tra le indicazioni dei criteri per la definizione del relativo contenuto, il comma 2 annovera "le differenze di sesso", insieme alle "differenze di età", mentre, alla luce della disciplina di delega, della Strategia

<sup>31</sup> Trattasi di certificazione rilasciata da una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata accreditata, attestante patologie determinanti gravi compromissioni funzionali.

<sup>32</sup> Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107.

europea<sup>33</sup>, cui lo schema di decreto legislativo è chiamato a dare seguito, e della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, occorrerebbe menzionare anche gli “orientamenti di genere”

*Si valuti l’opportunità di considerare i riferiti rilievi del Consiglio di Stato.*

---

<sup>33</sup> Il riferimento è alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM(2021) 101 final, del 3 marzo 2021, menzionata dall’articolo 1 della legge delega n. 227/2021.

### **Articolo 13**

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

L'**articolo 13**, al **comma 1**, stabilisce che **il certificato che riconosce la condizione di disabilità**, rilasciato all'esito della valutazione di base, **sostituisce a tutti gli effetti le relative certificazioni**.

Specifica, inoltre, che la trasmissione del certificato nell'interesse della persona ha valore di istanza ai fini del conseguimento di prestazioni sociali e socio-assistenziali, nonché - secondo un'integrazione del testo concordata in sede di intesa in Conferenza Unificata - di prestazioni sociosanitarie, fermo restando quanto previsto dal successivo articolo 15 (che dispone in tema di obblighi di informazione alla persona con disabilità, v. *infra* la relativa scheda di lettura).

La relazione illustrativa evidenzia che si dà in questo modo attuazione dell'articolo 2, comma 2, lett. *b*), n. 2, della legge delega, rispondendo all'esigenza di semplificazione delle procedure conseguenti all'accertamento

di base. Il menzionato principio di delega, tra l'altro, indica l'obiettivo di semplificare gli aspetti procedurali e organizzativi in modo da assicurare tempestività, efficienza, trasparenza e tutela della persona con disabilità, razionalizzazione e unificazione in un'unica procedura del processo valutativo di base.

In base al **comma 2**, all'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## **Articolo 14**

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

L'**articolo 14** 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. Viene fatto espressamente salvo, nell'*incipit* dell'articolo, il diritto della persona a richiedere una nuova valutazione di base.

Nella relazione illustrativa, si evidenzia che l'articolo in esame "sancisce che i sopravvenuti fattori che elevino il bisogno per più intensi sostegni, anche laddove incidente sull'accertata condizione di disabilità, debbano essere presi in considerazione in sede di valutazione multidimensionale, che è diretta a progettare, prevedere e calibrare i sostegni da erogare. Stante la clausola di salvaguardia inserita all'inizio dell'articolo, qualora dovessero determinarsi nuove compromissioni o altri fattori che incidano sulla condizione stessa di disabilità o sulla percentuale di invalidità, questi non potranno che essere accertati da una nuova valutazione di base. Infatti, una cosa sono le compromissioni e i fattori rilevanti per la valutazione di base, altra cosa sono quei fattori che incidono su una maggiore o minore intensità di sostegno".

Il Consiglio di Stato, nel parere sullo schema in esame, osserva che l'articolo in oggetto sembra fondato sul presupposto che fattori di invalidità nuovi rispetto a quelli accertati non consentirebbero una valutazione multidimensionale e richiederebbero una nuova valutazione di base, mentre la modifica di intensità di fattori già accertati rientrerebbero nella valutazione multidimensionale e non richiederebbero una nuova domanda. In proposito, viene rilevato che questa netta distinzione non emerge dalla lettera della disposizione: da qui l'invito al Governo a valutare la possibilità di una riformulazione, al fine di raggiungere l'obiettivo perseguito di prevedere chiaramente quando le sopravvenienze consentono una valutazione multidimensionale e quando rendono necessaria una nuova domanda. *Si valuti l'opportunità di considerare la rilevata esigenza di riformulazione.*

## **Articolo 15** *(Obblighi di informazione alla persona con disabilità)*

L'**articolo 15** tratta degli **obblighi di informazione nei riguardi della persona con disabilità**, finalizzati a svilupparne la piena "capacitazione"<sup>34</sup>.

Il **comma 1** dell'articolo in esame prevede che la commissione, al termine della visita della valutazione di base, informi 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.

Nell'ambito del proprio parere sullo schema in esame, il Consiglio di Stato osserva che sarebbe opportuno sostituire il termine "capacitazione" con una espressione di più immediata comprensibilità, se del caso aggiungendo o utilizzando una perifrasi. *Si valuti l'opportunità di considerare la rilevata esigenza di chiarificazione.*

Si ricorda che per "progetto di vita", nell'ambito dello schema in esame, s'intende il 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 (art. 2, co. 1, lett. n), v. *supra* la relativa scheda di lettura).

In base al **comma 2**, a seguito dell'attività informativa al termine della visita, i soggetti destinatari delle informazioni hanno facoltà di richiedere che la commissione, caricato il certificato che attesta la condizione di disabilità sul fascicolo sanitario elettronico («FSE»), trasmetta il medesimo anche all'Ambito Territoriale sociale ove ricade il comune di residenza o ad altro ente individuato per legge regionale, al fine di avviare il procedimento per l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Secondo la relazione illustrativa, il comma in esame prevede che "si rappresenti ai soggetti di cui al comma 1, la possibilità che l'istanza dell'avvio del procedimento per la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato sia trasmesso direttamente dalla Commissione". *Si*

---

<sup>34</sup> Il termine "capacitazione" vuole introdurre un'accezione del termine "capacità" più ampio e complesso incorporando l'idea della traduzione della potenzialità in azione (v. G. Alessandrini, in *Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, Anno XI - Numero 1 – 2013, saggio "Capacitazioni e formazione: quali prospettive?". Secondo l'autrice il senso più autentico del concetto è quello di "opportunità di scelta").

*osserva che la lettera della disposizione in esame prevede la facoltà di richiedere l'invio diretto da parte della commissione, ma non anche, almeno non espressamente, un obbligo di informazione sulla spettanza di tale facoltà.*

Il riferimento all'Ambito Territoriale sociale ove ricade il comune di residenza o ad altro ente individuato per legge regionale, quali destinatari dell'invio diretto, è frutto di una modifica concordata in sede di Conferenza Unificata, nell'ambito della procedura d'intesa. In proposito, nel parere del Consiglio di Stato, si rileva che l'indicazione, quale sede di presentazione dell'istanza, dell'Ambito territoriale sociale, “per quanto non scorretta, non risulta del tutto adeguata”. *Si valuti l'opportunità di approfondire questo aspetto.*

Ai sensi del **comma 3**, in caso di invio diretto da parte della commissione, la richiesta “al Comune di residenza” integra, a tutti gli effetti, la presentazione dell'istanza di parte per l'avvio del procedimento di attivazione del progetto di vita individuale, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241<sup>35</sup>.

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

*Si valuti se il comma 3 in esame sia da coordinare col precedente comma 2, che come detto prevede la possibilità di invio diretto, da parte della commissione, non al comune di residenza ma all'Ambito Territoriale sociale ove ricade il comune di residenza (o ad altro ente individuato per legge regionale), in virtù di una modifica concordata in Conferenza Unificata.*

Il **comma 4**, in aggiunta agli obblighi previsti dai commi precedenti, prescrive che i punti unici di accesso<sup>36</sup>, 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<sup>37</sup> ed ai servizi sanitari specialistici.

<sup>35</sup> Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

<sup>36</sup> Si ricorda che il Servizio sanitario nazionale 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» (v. art. 1, comma 163, legge 234/2021).

<sup>37</sup> La “dimissione protetta” è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante e i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale.

**Articolo 16**  
***(Interoperabilità tra le banche dati sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base)***

L'**articolo 16** pone in capo all'INPS l'obbligo di garantire la **interoperabilità tra le banche dati** sugli elementi relativi al procedimento valutativo di base.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega, si richiede che sia garantita l'interoperabilità tra le banche di dati già esistenti, in funzione di un efficace e trasparente sistema di controlli sull'adeguatezza delle prestazioni rese (articolo 2, comma 2, lett. *b*), n. 5, della legge delega 227/2021).

La relazione illustrativa evidenzia che quelle recate dall'articolo in esame sono “disposizioni che assumono una valenza conoscitiva notevole e dovrebbero consentire di mantenere un costante controllo sull'interezza dei dati e degli elementi di rilievo per la definizione delle fasi del procedimento valutativo di base e dell'effettiva garanzia dei diritti delle persone con disabilità”.

Il **comma 1** dell'articolo in esame prevede che l'INPS debba **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. A tal fine, l'INPS è chiamato ad assumere le determinazioni del caso, **previo parere del Garante per la protezione dei dati personali**.

Si ricorda che la valutazione di base è, secondo la definizione datane dall'art. 2, co. 1, lett. *l*), del presente schema, il 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.

Il successivo **comma 2** prevede che il **quadro sintetico** dei dati elaborati attraverso l'interoperabilità delle banche dati relative al procedimento valutativo di base sia trasmesso, con una apposita relazione, ai Ministeri Vigilanti (cioè al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nel presupposto che obbligato alla trasmissione sia l'INPS), all'Autorità politica delegata in materia di disabilità e al Garante per le disabilità. *Si valuti l'opportunità di esplicitare in capo a chi sia posto il predetto obbligo di trasmissione del quadro sintetico.*

Il **comma 3**, infine, 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.

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

L'**articolo 17** dispone in materia di **accomodamento ragionevole**, fornendo una **definizione** di tale istituto, disciplinando il **procedimento** finalizzato alla sua adozione, a partire dalla legittimazione alla presentazione della relativa istanza, e individuando i **rimedi** esperibili in caso di diniego.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega, è richiesta l'introduzione, nella legge 5 febbraio 1992, n. 104, della definizione di «accomodamento ragionevole», prevedendo adeguati strumenti di tutela coerenti con le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Il presente articolo è redatto appunto in forma di novella alla legge 5 febbraio 1992, n. 104<sup>38</sup>.

La **lettera a)** introduce nell'articolo 5 della legge succitata il **nuovo comma 1-bis**, in base al quale 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.

La **lettera b)** introduce nella legge 104/1992 il **nuovo articolo 5-bis**, rubricato “Accomodamento ragionevole”.

Il comma 1 del suddetto art. 5-*bis* stabilisce che l'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, consiste nelle modifiche e negli 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.**

Il comma in esame ricalca il contenuto del citato articolo 2 della Convenzione di New York, con l'aggiunta della specificazione che l'accomodamento ragionevole è un istituto “di chiusura” del sistema di tutela, cioè utilizzabile laddove l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisca la necessaria tutela dei diritti della persona con disabilità, in termini di effettività e tempestività.

Il successivo comma 2 chiarisce che **l'accomodamento ragionevole è attivato in via sussidiaria** e non sostituisce e né limita il diritto al pieno accesso alle prestazioni, servizi e sostegni riconosciuti dalla legislazione vigente. Viene fatto espressamente salvo quanto previsto dall'articolo 5 comma 1, lettera *m-bis*), della legge 104/1992. *La predetta lettera m-bis è inesistente, probabilmente, come notato anche dal Consiglio di Stato nel parere sul presente schema, il riferimento*

---

<sup>38</sup> Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

*corretto è al nuovo comma 1-bis dell'articolo 5, introdotto dalla lettera a) dell'articolo in esame (v. sopra).*

In base al comma 3, 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**, spetta alla persona con disabilità, all'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, al tutore, all'amministratore di sostegno se dotato dei poteri.

Il successivo comma 4 prevede la **partecipazione** della persona con disabilità - e non anche, eventualmente, degli altri soggetti indicati dal comma 3 - al procedimento di individuazione dell'accomodamento ragionevole.

L'accomodamento ragionevole, in base al comma 5, deve risultare **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<sup>39</sup>. Nella sua definizione, ai sensi del comma 6, deve essere previamente verificata la possibilità di accoglimento della proposta (eventualmente) presentata dal richiedente ai sensi del comma 3.

Il comma 7, come modificato ai sensi dell'intesa sancita in Conferenza Unificata, stabilisce che la pubblica amministrazione, nel provvedimento finale, tiene conto delle esigenze della persona con disabilità anche attraverso gli incontri personalizzati "di cui all'articolo 1, comma 1-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241<sup>40</sup>", concludendo il procedimento con **diniego motivato**, ove non sia possibile accordare l'accomodamento ragionevole richiesto, e con l'indicazione dell'accomodamento più prossimo secondo i principi del comma 5 (adeguatezza, pertinenza, appropriatezza, compatibilità con le risorse disponibili). Il Consiglio di Stato, nell'ambito del parere sullo schema in esame, ha rilevato che il richiamo dell'articolo 1, comma 1-bis, della legge n. 241/1990 è inconferente. Tale comma - si ricorda - prevede che la pubblica amministrazione, nell'adozione di atti di natura non autoritativa, agisca secondo le norme di diritto privato, salvo che la legge disponga diversamente. *Si valuti pertanto la pertinenza del predetto richiamo.*

<sup>39</sup> Al riguardo, la relazione illustrativa osserva 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, viene precisato che la stessa è da valutare in relazione a una serie di indici, quali, secondo il Commento generale n. 6 del Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2018, la dimensione del soggetto che deve concretamente attuare la misura dell'accomodamento ragionevole, gli effetti nella sfera di terzi, le risorse rinvenienti da sussidi pubblici, i costi finanziari, etc. I fattori presi a riferimento per realizzare la valutazione di cui sopra non vanno mai considerati singolarmente, ma nella loro correlazione, perché diversamente si potrebbe correre il rischio di valorizzare un fattore (semmai negativo) a discapito di tanti altri che invece portano ad un accomodamento ragionevole più ampio. Tali indici devono essere alla base anche della valutazione circa la possibilità di accoglimento della proposta di accomodamento ragionevole nei casi in cui l'istante l'abbia avanzata.

<sup>40</sup> Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

Il comma 8 stabilisce che avverso il diniego di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione, ovvero nei casi di cui al comma 7, è **ammesso ricorso** ai sensi della legge 1° marzo 2006, n. 67<sup>41</sup>. *Si segnala che nel presente comma non si specifica il carattere necessariamente motivato del provvedimento di diniego.* In proposito, nel parere del Consiglio di Stato sullo schema in esame, si evidenzia che, in assenza di tale specificazione, risulterebbe che il diniego seguito ad una istanza non corredata di proposta di accomodamento ragionevole possa esser non motivato. Ivi si segnala anche l'opportunità di indicare gli articoli pertinenti della citata legge 67/2006 (3 e 4).

Il comma 9 fa espressamente salva, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo istitutivo del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità<sup>42</sup>, la facoltà dell'istante e delle associazioni legittimate ad agire in nome e per conto di questi (ai sensi della legge n. 67/2006)<sup>43</sup> di **chiedere al Garante** medesimo di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione e anche di formulare una proposta di accomodamento ragionevole.

Si ricorda che, nello schema di decreto legislativo istitutivo del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, presentato alle Camere per il parere, l'articolo 5 succitato, al comma 2, prevede che, nelle ipotesi in cui non è attuabile una misura di sistema, anche se prevista per le persone con disabilità, per la rimozione immediata della situazione lesiva o discriminatoria, il Garante, con deliberazione collegiale, propone un accomodamento ragionevole, come definito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e dalla disciplina legislativa nazionale. Ai fini della predisposizione della proposta, si prevede che, fra più misure ugualmente efficaci, il Garante opti per il rimedio meno oneroso per l'amministrazione, nel rispetto del principio di proporzionalità e adeguatezza. Il predetto articolo 5 prevede, inoltre, che possano inviare segnalazioni al Garante, tra gli altri, i singoli cittadini e le associazioni rappresentative delle persone con disabilità, individuate ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 67/2006.

Il comma 10 prevede i rimedi esperibili in caso di **rifiuto dell'accomodamento ragionevole opposto da parte di un concessionario di pubblico servizio**. Si prevede che l'istante e le succitate associazioni, ferma restando la facoltà di agire in giudizio ai sensi della legge n. 67/2006, possano chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole proponendo o sollecitando, anche attraverso l'autorità di settore o di vigilanza, accomodamenti ragionevoli idonei a superare le criticità riscontrate.

<sup>41</sup> Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni.

<sup>42</sup> Non ancora pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

<sup>43</sup> Si ricorda che l'articolo 4 della legge 67/2006 stabilisce che sono legittimati ad agire in giudizio, in nome e per conto del soggetto passivo della discriminazione, le associazioni e gli enti individuati con decreto del Ministro per le pari opportunità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della finalità statutaria e della stabilità dell'organizzazione. In materia sono successivamente intervenuti, nell'ordine, il D.M. 21 giugno 2007 (Associazioni ed enti legittimati ad agire per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità, vittime di discriminazioni) e il D.P.C.M. 2 ottobre 2015 (Riconoscimento e conferma delle Associazioni e degli enti legittimati ad agire in giudizio in difesa delle persone con disabilità, vittime di discriminazioni).

Il comma 11 prevede i rimedi esperibili in caso di **rifiuto dell'accomodamento ragionevole opposto da parte di un soggetto privato**: l'istante e le ridette associazioni, ferma sempre restando la facoltà di agire in giudizio ai sensi della legge n. 67/2006, possono chiedere al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole.

Il comma 12 reca infine la **clausola di invarianza finanziaria**, secondo la quale 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.

## **Articolo 18** **(Progetto di vita individuale)**

Gli **articoli da 18 a 32** rientrano nel **Capo III** del provvedimento che definisce la disciplina della **valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato**.

L'**articolo 18** definisce, più in dettaglio, il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, disponendo (**comma 1**) che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle relative competenze, devono garantire l'**effettività e l'omogeneità del progetto di vita**, indipendentemente dall'età, dalle condizioni personali e sociali.

Viene quindi previsto che la persona con disabilità:

- **è titolare del progetto di vita** e deve richiederne l'attivazione;
- concorre a determinare i contenuti del progetto di vita;
- esercita le **prerogative** volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte.

In proposito, si sottolinea, come ricordano anche le relazioni a corredo del provvedimento, che la predisposizione di un progetto individuale per realizzare la piena inclusione delle persone con disabilità nei vari ambiti della vita è già prevista e demandata, a legislazione vigente, ai comuni, che devono operare d'intesa con le aziende sanitarie locali, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 14 della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#), che detta per l'appunto la disciplina specifica sui progetti individuali per le persone disabili. Di tale articolo infatti è disposta l'abrogazione ad opera dell'articolo 37 (cfr. *infra*)

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". Tali interventi prevedono, in particolare, la realizzazione, a favore di soggetti con disabilità grave, di centri socio-riabilitativi e comunità-alloggio - che consentono al lavoratore *caregiver* di fruire di specifici permessi in caso di ricovero delle persone per cui prestano cura -, oltre che dei servizi di comunità e di accoglienza per i disabili gravi privi di sostegno familiare, inclusa l'erogazione di prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie.

La persona con disabilità può **richiedere l'elaborazione del progetto di vita** all'esito della valutazione di base, fermo restando quanto previsto dall'articolo 35, comma 4 (v. *infra*), con particolare riferimento alle disposizioni che sanciscono il **principio di non regressione** e tutela dei diritti acquisiti (**comma 2**).

Nei successivi **commi 3 e 4** vengono definiti gli obiettivi e il contenuto essenziale del progetto di vita, specificando che esso:

- 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 (**comma 3**);

- individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche all'eliminazione delle barriere e all'attivazione dei 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 (**comma 4**). La disposizione specifica, peraltro, che nel progetto di vita devono essere 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 in base a quanto disposto per la figura del *caregiver* familiare definita ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

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

Si ricorda che ai sensi dell'[articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#) (Legge di Bilancio 2018), il *caregiver* è definito come **la persona che assiste e si prende cura** dei seguenti soggetti quali il coniuge; una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, ai sensi della [L. n. 76/2016](#) che regolamenta le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto (sia coppie omosessuali, sia eterosessuali); un familiare o affine entro il secondo grado; un familiare entro il terzo grado, nei casi individuati dall'[art. 33, comma 3, della L. 104/1992](#) di handicap grave, quali malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative (purché non ricoverati a tempo pieno, e qualora i genitori o il coniuge dell'assistito abbiano compiuto i 65 anni d'età oppure siano a loro volta affetti da patologie invalidanti o deceduti o mancanti: in tali casi è consentito al lavoratore un permesso di tre giorni al mese retribuiti e coperti da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa); l'assistito sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé; sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza di lunga durata ai sensi dell'[articolo 3, comma 3, della L. 104/1992](#), vale a dire a carattere permanente, continuativo e globale, che coinvolga la sfera individuale e quella di relazione; infine, nel caso sia titolare di indennità di accompagnamento.

**Articolo 19**  
**(Coordinamento, contestualità ed integrazione  
nel progetto di vita)**

**L'articolo 19** dispone norme sul coordinamento, contestualità e l'integrazione nel progetto di vita, in quanto tale progetto, ai sensi del **comma 1**, deve **assicurare il coordinamento tra i piani di intervento** previsti per ogni singolo contesto di vita e dei relativi obiettivi.

Inoltre, si prevede che l'**integrazione socio-sanitaria** deve essere conseguita in sede di **valutazione multidimensionale** di cui all'articolo 24 (v. *infra*)<sup>44</sup> attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, l'analisi dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta e contestuale degli interventi da attivare (**comma 2**).

La relazione illustrativa in proposito chiarisce che le disposizioni in esame rispondono all'esigenza di evitare che il progetto di vita si risolva nella semplice sommatoria di piani che non comunicano tra loro e potrebbe essere potenzialmente incompatibili.

Si precisa, al riguardo, 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** in base a quanto previsto **dall'articolo 39, comma 2, lettere l-bis** (interventi di sostegno alla persona e al familiare come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone disabili gravissimi<sup>45</sup>), e **l-ter** (garanzia del diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita)<sup>46</sup> della [legge 5 febbraio](#)

---

<sup>44</sup> La definizione normativa più puntuale della valutazione multidimensionale è stata fornita dal [decreto interministeriale del 23 novembre 2016](#), attuativo della legge c.d. *Dopo di Noi*<sup>44</sup>. Il decreto pone il sistema di classificazione ICF come diretto fondamento della valutazione multidimensionale, da effettuarsi in coerenza con il modello bio-psico-sociale promosso all'interno dell'ICF. Nella cornice legislativa disegnata dalla legge *Dopo di noi*, la valutazione multidimensionale è il pre-requisito per l'accesso, da parte delle persone con disabilità, agli interventi e ai benefici previsti dalla legge. Essa è svolta da gruppi di lavoro eterogeneamente composti (le cosiddette "equipe multidisciplinari") in grado di determinare lo stato di salute globale dell'individuo guardando alla condizione fisica e psichico-affettiva, allo stato cognitivo e alle capacità funzionali e mettendo in relazione tali indicatori personali con i fattori socio-economici e ambientali. Tali *team*, che uniscono personale professionale di esperienza clinico-sanitaria e dell'assistenza sociale, lavorano congiuntamente all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Oltre ad esaminare le necessità della persona in particolari condizioni di bisogno sanitario, sociale, relazionale e ambientale, il *team* all'interno della UVM individua gli interventi personalizzati e appropriati sulla base della disponibilità di diversi servizi territoriali.

<sup>45</sup> Forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'articolo 9, all'istituzione di servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 8, comma 1, lettera i), e 10, comma 1, e al rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati

<sup>46</sup> Deve trattarsi di disabilità non superabili mediante ausili tecnici e che attivino modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

[1992, n. 104<sup>47</sup>](#), che risultino già attivati dalle regioni nell'esercizio della loro competenza, devono **mantenere ambiti autonomi di attuazione ed esecuzione (comma 3)**.

Ciò al fine di garantire l'integrazione ed 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.

Il **comma 4** fa comunque salvi i sostegni, i servizi ed i piani di intervento attivati **prima dell'elaborazione del progetto di vita** con l'eventuale aggiornamento degli stessi allo scopo di assicurarne la coerenza ai miglioramenti ed ai nuovi sostegni indicati nel progetto.

---

<sup>47</sup> Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

**Articolo 20**  
**(Libertà di scelta sul luogo di abitazione  
e sulla continuità dei sostegni)**

L'**articolo 20** detta norme riguardanti la libertà di scelta sul luogo di abitazione e sulla continuità dei sostegni, prevedendo (**comma 1**) che il progetto di vita deve tendere a **favorire la libertà della persona con disabilità di scegliere dove vivere.**

Allo scopo devono essere individuate **appropriate soluzioni abitative** e, ove richiesto, deve essere garantito 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.

La norma intende dare attuazione all'articolo 19 della [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità](#) (*Convention on the Rights of persons with disabilities* - CRPD), e del relativo Protocollo opzionale, ratificata con [legge 3 marzo 2009, n. 18](#), volto a garantire il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, adottando misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società. La relazione illustrativa precisa che il dispositivo intende dare attuazione anche alla delega contenuta all'articolo 2, comma 2, lettera c) n. 4 (elaborazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, tramite la valutazione multidimensionale) e n. 12 (individuazione dei sostegni e servizi per l'abitare in autonomia e dei modelli di assistenza personale autogestita che supportino la vita indipendente delle persone con disabilità in età adulta) della [legge delega n. 227/2021](#) in materia di disabilità.

Le disposizioni previste sono tali da garantire **effettività** a tale situazione giuridica soggettiva, prevedendo che le amministrazioni competenti assicurino la continuità dei sostegni, interventi e prestazioni (inclusa l'assistenza personale) previsti dal progetto di vita **anche in caso di modifiche del luogo di abitazione**, così da soddisfare il più possibile le esigenze e le scelte della persona con disabilità e tenendo conto della specificità del contesto, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità degli interventi o la qualità specialistica necessaria, in termini di appropriatezza (**comma 2**).

**Articolo 21**  
*(Supporti per la presa di decisioni  
e per la manifestazione delle scelte)*

L'**articolo 21** disciplina i **supporti per la presa di decisioni e per la manifestazione delle scelte** della persona con disabilità.

La disposizione in esame riconosce il **principio di autodeterminazione e di partecipazione attiva** della persona con disabilità nell'intero procedimento e nel percorso di **valutazione multidimensionale**, oltre che di redazione e di monitoraggio del progetto di vita.

Tale principio deve essere 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 (**comma 1**).

Dette disposizioni si applicano anche nel caso in cui la persona con disabilità sia soggetta a **misure di protezione giuridica** con le garanzie previste dal codice civile (**comma 2**).

Si pensi ad esempio alle ipotesi in cui sia intervenuta la nomina di un amministratore di sostegno ai sensi degli artt. 404 e ss. del codice civile.

La relazione illustrativa evidenzia, in proposito, che la previsione della norma è stata formulata recependo le indicazioni già utilizzate dalle unità di valutazione multidimensionale per i percorsi di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare (c.d. Dopo di Noi, articoli 2 e 3 del [D.M. Lavoro e politiche sociali del 23.11.2016](#)).

Il **comma 3** stabilisce la **clausola di invarianza finanziaria**, prevedendo che dall'attuazione delle disposizioni in esame si deve provvedere nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

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

L'**articolo 22** introduce la figura del **supporto ai processi di partecipazione** per le finalità relative **alla presa di decisioni e per la manifestazione delle scelte della persona con disabilità**, come previsto espressamente dal criterio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lett. c), punto 6) della [L. n. 227 del 2021](#).

Allo scopo, si prevede che la persona con disabilità possa essere 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 (**comma 1**).

Tale figura di supporto può essere scelta dalla persona con disabilità anche tra i **componenti dell'unità di valutazione multidimensionale** definita al successivo articolo 24, comma 2, lettere b), d), e) e f) (v. *infra*), prevedendo che gli eventuali oneri, **qualora non si tratti di personale afferente ai servizi pubblici**, siano a carico della persona con disabilità (**comma 2**).

Le relazioni a corredo della norma sottolineano che il dovere di agevolare l'espressione dei bisogni della persona con disabilità rientra già tra i compiti basilari che le **unità di valutazione multidimensionale** sono chiamati ad assolvere, in osservanza a quanto disposto dal sopra citato articolo 19 della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità (v. *ante*).

Ciò risulta anche dall'articolo 3, comma 1, del D.M. Lavoro e politiche sociali 23 novembre 2016, recante "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016", ai sensi del quale: "nel rispetto dell'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ed in particolare, del comma 1, lettera a), gli interventi e i servizi di cui al presente articolo sono proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta". Prudenzialmente, si specifica in ogni caso che eventuali oneri derivanti da attività svolta da personale non afferente ai servizi pubblici, sono a carico della persona con disabilità.

### **Articolo 23** **(Avvio del procedimento per la formazione del progetto di vita)**

L'**articolo 23** definisce le modalità per l'**avvio del procedimento** per la formazione del **progetto di vita**.

Le disposizioni di cui al **comma 1** stabiliscono le modalità con le quali **può essere presentata l'istanza da parte della persona con disabilità o di chi la rappresenta**, che si aggiungono a quelle previste al precedente articolo 15, commi 2 e 3 (v. *ante*). Si stabilisce che l'istanza per la predisposizione del progetto di vita possa essere presentata **in forma libera e in qualsiasi momento**.

Il **comma 2** prevede che detta istanza sia presentata all'**Ambito territoriale sociale** definito all'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (ATS) come costituito in attuazione delle funzioni di cui sono titolari le regioni. L'ATS competente è quello ove ricade il comune di residenza della persona con disabilità o altro ente individuato con legge regionale, quale titolare del relativo procedimento. La stessa istanza può essere **raccolta anche per il tramite del comune di residenza** o di uno dei punti unici di accesso del territorio, individuati dagli enti locali o dalle regioni.

La persona con disabilità può allegare inoltre all'istanza una proposta di progetto di vita, la quale può essere presentata anche successivamente all'avvio del procedimento (**comma 3**).

Il **comma 4** stabilisce i termini entro cui l'avvio del procedimento deve essere comunicato al soggetto istante da parte dal **titolare del procedimento** secondo quanto previsto dal precedente comma 2, vale a dire **entro venti giorni dalla presentazione dell'istanza** sopra indicata o dal termine di cui all'articolo 15, comma 5, vale a dire dalla trasmissione del certificato di disabilità da parte dell'unità di valutazione di base al comune di residenza.

Si prevede inoltre (**comma 5**) che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 8 della legge 7 agosto 1990, n. 241 in tema di modalità e contenuti della comunicazione di avvio del procedimento amministrativo, nella fattispecie in esame la **comunicazione dell'avvio del procedimento** deve contenere in ogni caso 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 (v. *ante*);
- b) nel caso si verifichi la condizione di cui all'articolo 15, comma 3 (comunicazione al comune di residenza), 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, come precedentemente previsto all'articolo 22 (v. *ante*);
- d) la data entro cui termina il procedimento per la redazione del progetto di vita.

La persona con disabilità può rinunciare all'istanza o al progetto di vita, anche se già definito; in nessun caso, tuttavia, tale rinuncia può precludere il diritto di ripresentare istanza per l'avvio di un nuovo procedimento (**comma 6**).

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

L'**articolo 24** detta la disciplina dell'unità di valutazione multidimensionale. Tale unità è chiamata ad **elaborare il progetto di vita** a seguito della valutazione definita al successivo articolo 25, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali (**comma 1**).

Al **comma 2** vengono indicati inoltre i **componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale**, vale a dire:

- 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 supporto** come definita 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 Azienda Sanitaria o dal distretto sanitario con il 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 13 aprile 2017, n. 66](#)<sup>48</sup>;

Si tratta dei casi in cui è stato presentato un **progetto individuale per le persone disabili**, per realizzarne la loro piena integrazione anche nei percorsi dell'istruzione scolastica. Infatti, le disposizioni di cui citato D. Lgs. n. 66/2017 si applicano esclusivamente alle bambine e ai bambini della scuola dell'infanzia, alle alunne e agli alunni della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado, alle studentesse e agli studenti della scuola secondaria di secondo grado con disabilità certificata ai sensi del citato articolo 3 della L. 104/1992, al fine di promuovere e garantire il diritto all'educazione, all'istruzione e alla formazione.

Il progetto riguarda ogni singola persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, stabilizzata o progressiva. La finalità della norma è la creazione di percorsi personalizzati in cui gli interventi, ancorché eterogenei, siano coordinati in modo da corrispondere adeguatamente ai bisogni e alle aspirazioni del soggetto disabile.

I Comuni, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale che comprende, oltre alla

---

<sup>48</sup> *Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107.*

**valutazione diagnostico-funzionale**, le **prestazioni di cura e di riabilitazione** a carico del Servizio sanitario nazionale, **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. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali **sostegni** per l'intero nucleo familiare del soggetto disabile.

- g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità di cui all'articolo 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68, nei casi di cui all'articolo 1, comma 1, della medesima legge.

Si ricorda che la citata legge n. 68/1999 reca norme sul collocamento al lavoro dei disabili in attuazione del loro **diritto al lavoro**. L'articolo 6 individua i compiti degli organismi preposti all'attuazione del **collocamento mirato**, con riferimento alla programmazione, all'attuazione, alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento dei soggetti interessati, nonché all'avviamento lavorativo, alla tenuta delle liste, al rilascio delle autorizzazioni, degli esoneri e delle compensazioni territoriali ed alla stipula delle convenzioni. I soggetti interessati sono elencati all'articolo 1, comma 1, della citata legge con invalidità accertata (persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento; persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento; persone non vedenti o sordomute; persone invalide di guerra o invalide civili di guerra o per servizio ([qui un approfondimento](#))).

Al **comma 3** si prevede peraltro che **possono partecipare all'unità di valutazione multidimensionale**, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta o su richiesta degli altri componenti dell'unità di valutazione multidimensionale individuati al comma 2, lettere d) (assistente sociale), e) (professionisti sanitari designati); f) (specifico rappresentante dell'istituzione scolastica) e g) (rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo), senza oneri a carico della pubblica amministrazione:

- il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di cui alla [legge 20 maggio 2016, n. 76](#)<sup>49</sup> o il *caregiver* di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Si ricorda che la citata legge n. 76 del 2016 ha regolamentato le unioni civili<sup>50</sup> e le convivenze di fatto, anche tra persone dello stesso sesso, estendendo ad

<sup>49</sup> Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze.

<sup>50</sup> L'unione civile, considerata "formazione sociale" ai sensi degli artt. 2 e 3 della Costituzione, avviene mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, mentre sono

esse alcune prerogative spettanti ai coniugi. Con riferimento alla figura del *caregiver*, la citata norma della legge di bilancio 2018 (comma 255) definisce tale soggetto prestatore di cura come persona che si prende cura di soggetti specifici tra cui il coniuge o una delle parti dell'unione civile, del familiare o affine entro il secondo grado e anche familiare entro il terzo grado ovvero di colui che percepisce una indennità di accompagnamento (v. [approfondimento](#)).

- un **medico specialista** o un **medico di medicina generale** o un **pediatra di libera scelta** o specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari;
- un **rappresentante di associazione**, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita anche del terzo settore;
- **referenti dei servizi pubblici e privati** presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche informale.

La relazione tecnica a corredo della norma approfondisce, al riguardo, i riferimenti agli atti di tutte le regioni a statuto ordinario – escluse quindi le due Province Autonome – relativamente ai Punti Unici di accesso o comunque di primo contatto con la persona che vuole attivare un piano personalizzato nei termini attualmente consentiti a normativa vigente, così come le unità di valutazione multidimensionali ed i responsabili che devono seguire l'attuazione del progetto. Ciò per sottolineare che, in **mancanza di un coordinamento delle relative attività** si crea un effetto moltiplicatore di oneri amministrativi, spese e anche disallineamenti e sovrapposizione di interventi che, incidono, riducendola sulla loro stessa efficacia.

---

considerati conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale e coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso comune.

## Articolo 24

---

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

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

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

Si prevede inoltre che entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente schema di 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 precedente comma 1, delle attività e compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionali operanti per **(comma 4)**:

- a) l'individuazione di **prestazioni e trasferimenti monetari** connessi alla **condizione di non autosufficienza**, fatta eccezione per quella dei soggetti anziani;

In proposito si ricorda che è all'esame parlamentare uno specifico schema di decreto legislativo (v. A.G. 121, [qui il Dossier](#)) in attuazione della legge delega di riforma della normativa a sostegno degli anziani (L. n. 33 del 2023).

- 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 riguardante il riparto delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze (G.U. 30 novembre 2016).

In sintesi si tratta di coloro che percepiscono un'indennità di accompagnamento ovvero sono definite non autosufficienti in quanto aventi serie compromissioni di salute elencate al [comma 2 del citato articolo 3](#);

- c) l'individuazione delle **misure di sostegno ai caregiver**;
- d) la redazione dei **progetti individuali** dell'articolo 14, della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- e) l'**individuazione dei servizi, interventi e prestazioni** di cui all'articolo 4, della [legge 22 giugno 2016, n. 112<sup>51</sup>](#), riguardante l'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (c.d. "Dopo di noi").

Le finalità individuate da tale norma riguardano, tra l'altro, l'attivazione ed il potenziamento di programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità; realizzazione di interventi, ove necessario e in via residuale, per la permanenza temporanea in soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte a situazioni di emergenza; interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave per soluzioni alloggiative di tipo familiare e di *co-housing*; sviluppo di programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana finalizzato alla maggiore autonomia possibile.

Entro i termini indicati al predetto comma 4 (sei mesi dall'entrata in vigore del presente schema di decreto legislativo), le Regioni sono chiamate ad individuare i criteri con cui attribuire, tra i componenti dell'unità di valutazione di cui al comma 2, lett. d) (assistenti sociali) ed e) (professionisti designati), senza ulteriori oneri carico della finanza pubblica, le **funzioni di coordinamento dell'unità stessa**, garantendo un **raccordo** tra gli ambiti sociali e sanitari (**comma 5**).

Tale riordino ed unificazione devono avvenire 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 30 dicembre 2021, n. 234.

Si ricorda che ai sensi del richiamato comma 163, il **Servizio sanitario nazionale e gli ATS**, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, sono chiamati a **garantire** alle persone in condizioni di non autosufficienza l'**accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA)**

---

<sup>51</sup> Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità, riformate a seguito del nuovo D.M. 77/2022 relativo ai nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (il cui aggiornamento è stato previsto dal PNRR).

Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli ATS. Nel rispetto di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA, tali **equipe integrate** per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone **assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM)** della capacità bio-psicosociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e *comfort*, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il **PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona**, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Entro i medesimi **termini sopraindicati 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, stabiliscono le **modalità** con le quali, nel caso di **predisposizione del progetto di vita**, le unità di valutazione multidimensionale di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 sulla definizione dei nuovi LEA – Livelli essenziali di assistenza e le **unità di valutazione operanti presso le Case di Comunità** di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 sulla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, 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.

Infine, al **comma 8** si stabilisce la clausola di invarianza finanziaria per cui dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si deve provvedere nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

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

L'**articolo 25** detta specifiche norme sulla **valutazione multidimensionale**.

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

In proposito si ricorda che i citati acronimi fanno riferimento alla **Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health - ICF** (di seguito "ICF")<sup>52</sup>, ai fini della descrizione della disabilità congiuntamente alla **Classificazione internazionale delle malattie - International Classification of Disease** (di seguito "ICD")<sup>53</sup>, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il **comma 2** stabilisce che il **procedimento di valutazione multidimensionale** si articola in quattro fasi:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, esso 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;

Il **Profilo di Funzionamento** (anche nell'acronimo **PF**), è stato previsto dall'articolo 5 del D. Lgs. n. 66 del 2017 riguardante la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, che in tal senso ha integrato le disposizioni della legge n.104/1992 (artt. 4 e 12), in tema di

---

<sup>52</sup> L'ICF è in costante aggiornamento da parte del *Classification and Statistics Committee* (CSAC, ex *Update and Revision Committee - URC*, comitato di aggiornamento e revisione) dell'OMS.

La classificazione adottata dall'OMS per identificare lo stato di salute personale considera 5 classi di elementi e fattori condizionanti la piena salute individuale, classi a loro volta suddivise in sottocategorie:

- Funzioni corporee (funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche);
- Strutture corporee (parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti);
- Attività (esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo);
- Partecipazione (coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita);
- Fattori ambientali (caratteristiche, del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto).

<sup>53</sup> La classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte (ICD, *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*) è uno standard di *classificazione* delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità e rappresenta un valido strumento per gli studi statistici ed epidemiologici. E' arrivata alla decima edizione (ICD-10), dopo essere stata approvata dalla 43esima Assemblea mondiale della sanità nel maggio 1990 ed essere entrata in vigore e in uso negli Stati membri dell'Oms nel 1994. L'ICD-10 è una classificazione che si aggiorna periodicamente e le cui revisioni, sia relative ai codici sia alle regole, presentano annualmente modifiche minori e ogni 3 anni modifiche maggiori.

**accertamento della disabilità di persone in età evolutiva**, ed è un documento fondamentale nel settore del sostegno e dell'inclusione degli alunni disabili.

- b) il procedimento deve inoltre **individuare le barriere** ed i facilitatori negli ambiti di cui alla precedente lettera a), oltre che le competenze adattive;
- c) deve comprendere 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) e, infine, definire gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal **censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati** e dai loro obiettivi.

In attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera a), n. 3, della legge delega n. 227/2021, che prevede la **separazione dei percorsi valutativi** previsti per gli anziani rispetto a quelli previsti per gli adulti o per i minori, 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 D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66.

Nello specifico il PF per il minore è un documento redatto successivamente all'accertamento della **condizione di disabilità** secondo i criteri di Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute o **ICF** (v. *ante*). Dalla sua redazione dipende la predisposizione del **PEI o Piano Educativo Individualizzato**, atto che definisce anche le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali utili per l'inclusione scolastica<sup>54</sup>.

Il PF sostituisce, ricomprendendoli, la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale; definisce anche le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali necessarie per l'inclusione scolastica, precedentemente non riconosciute nella diagnosi funzionale e nel profilo dinamico funzionale. Il PF è redatto dall'**unità di valutazione multidisciplinare**<sup>55</sup>, sulla base della certificazione di disabilità inviata dai genitori. Alla redazione del PF collaborano i genitori dell'alunno ed un rappresentante dell'amministrazione scolastica, individuato preferibilmente tra i docenti della scuola frequentata dal soggetto interessato.

Il PF deve essere aggiornato al passaggio di ogni grado di istruzione, a partire dalla scuola dell'infanzia. Può essere, inoltre, aggiornato in caso di nuove condizioni di funzionamento della persona disabile.

<sup>54</sup> La procedura di redazione del PF per garantire l'inclusione scolastica dell'alunno disabile prevede che sia redatto con la collaborazione dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale della bambina o del bambino, dell'alunna o dell'alunno, nonché, nel rispetto del diritto di autodeterminazione nella massima misura possibile, della studentessa o dello studente con disabilità, con la partecipazione del dirigente scolastico ovvero di un docente specializzato sul sostegno didattico, dell'istituzione scolastica ove è iscritto la bambina o il bambino, l'alunna o l'alunno, la studentessa o lo studente.

<sup>55</sup> Ai sensi del DPR 24 febbraio 1994, quale atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap. La Commissione, nello specifico, deve essere composta da: a) un medico specialista o un esperto della condizione di salute della persona; b) uno specialista in neuropsichiatria infantile; c) un terapeuta della riabilitazione; d) un assistente sociale o un rappresentante dell'Ente locale di competenza che ha in carico il soggetto.

Ai sensi del **comma 4**, infine, ciascuna fase indicata al comma 2 deve essere **svolta collegialmente**, ferma restando la possibilità di delegare ad uno dei componenti previsti nell'ambito dell'unità di valutazione specifici compiti.

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

All'**articolo 26** vengono definiti **forma ed i contenuti propri del progetto di vita**.

Allo scopo, il **comma 1** prevede che, sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale sopra illustrati all'articolo 25, i soggetti che hanno preso parte, ai sensi del precedente articolo 24 al relativo procedimento, sono chiamati a predisporre 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.

Per sostegni ed accomodamenti ragionevoli si intendono quegli strumenti e risorse necessari a compensare le limitazioni alle attività e a favorire la partecipazione della persona nei diversi ambiti della vita e nei diversi contesti di riferimento, inclusi quelli lavorativi e scolastici. Essi devono essere tali da garantire, come sancito dalla sopra citata Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, tra cui la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, **il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa**, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali.

Con l'espressione **budget di progetto** (v. *infra* articolo 28) si fa riferimento all'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche volte a dare attuazione alla progettazione. Dovranno anche essere stabilite le ipotesi in cui lo stesso, in tutto o in parte, possa essere autogestito con obbligo di rendicontazione secondo i criteri predefiniti nel progetto stesso.

Il **comma 2** prevede inoltre 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 sia chiamata a verificarne l'adeguatezza e l'appropriatezza e, contestualmente, a definire il **budget** di progetto di cui al successivo articolo 28.

Si precisano i contenuti del progetto (**comma 3**) che deve individuare:

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

b) gli **interventi** individuati nelle seguenti aree:

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

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 [d.P.C.M. 12 gennaio 2017](#), che ha individuato i LEA, i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria;

Si ricorda che, ai sensi del citato decreto LEA, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità le seguenti prestazioni: assistenza sociosanitaria domiciliare e ambulatoriale (art. 27 del decreto LEA) e assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale (art. 34 del decreto LEA); inoltre, per le strutture riabilitative residenziali a bassa intensità sanitaria, destinate a persone con disabilità stabilizzata, la normativa nazionale prevede che il SSN si faccia carico solo del costo delle prestazioni sanitarie erogate e che i costi delle prestazioni non sanitarie e delle prestazioni di natura alberghiera (vitto, pulizia, svago, ecc.) siano a carico dell'assistito o, in caso di disagio economico, del Comune di residenza. In considerazione del fatto che le prestazioni sanitarie e le prestazioni non sanitarie non sono facilmente distinguibili, si applica un criterio forfetario e la retta a carico della Asl varia dal 70 al 40%.

Risultano ancora non determinati i livelli delle prestazioni assistenziali rivolte ai disabili, che, come sta avvenendo per il rafforzamento dei servizi sociali indirizzati, si prevede vengano in parte determinati come obiettivi di servizio all'interno del processo di definizione dei fabbisogni standard, che, introdotti con il [D. Lgs. 26 novembre 2010, n. 216](#), costituiscono i parametri cui ancorare il finanziamento delle spese fondamentali di comuni, città metropolitane e province, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento del criterio della spesa storica.

*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 al successivo articolo 28 che detta la disciplina in materia (v. *infra*).*

In proposito il Consiglio di Stato, nel suo parere allo schema, ha osservato che l'individuazione del "referente" per l'attuazione del progetto di vita, fatta "salva diversa disposizione regionale", come espresso al comma 3, lettera f), non appare congrua, perché si presta ad essere interpretata nel senso che la normativa regionale possa escludere la designazione della figura del referente di piano. Peraltro, come si evince dal successivo articolo 29, alla legge regionale è rimessa solo la definizione dei requisiti ("profili soggettivi") per l'individuazione del referente. Il

Consiglio di Stato pertanto suggerisce di espungere l'inciso. *Si valuti l'opportunità di recepire nel testo le osservazioni del Consiglio di Stato.*

Il **comma 4** prevede che nel **progetto di vita** siano definite le sfere di competenza e le attribuzioni di ciascun soggetto coinvolto nella sua attuazione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 con riferimento al referente per l'attuazione del progetto di vita (v. *infra*).

Si prevede che il progetto di vita venga aggiornato anche su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta (**comma 5**).

Le misure, le prestazioni ed i servizi contenuti nel progetto di vita sono determinati per garantire l'**inclusione della persona** e a tal fine possono essere conformati sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale e possono assumere contenuto personalizzato rispetto all'offerta disponibile (**comma 6**).

Il **comma 7** prevede che il progetto di vita con il relativo *budget*, redatto **in formato accessibile** per la persona con disabilità, sia predisposto dall'unità di valutazione multidimensionale unitamente ai soggetti responsabili dei vari servizi ed interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto. I soggetti di cui al periodo precedente, previa adozione dei relativi atti, anche amministrativi, sono chiamati ad approvarlo e sottoscriverlo. Il progetto è sottoscritto approvato dalla persona con disabilità secondo le proprie capacità comunicative.

Infine, si prevede che il progetto di vita abbia efficacia dal momento della sottoscrizione ed approvazione, ferma restando la possibilità di modifica del medesimo su istanza di parte ai sensi del precedente comma 5, a seguito delle verifiche di cui al comma 3, lettera g) (programmazione di tempi e modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi) o ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera e) (richiesta di convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale al fine di rimodulare il progetto di vita).

La relazione tecnica a corredo della norma, nel ribadire che la predisposizione di un progetto individuale per la piena inclusione delle persone con disabilità e l'attuazione degli interventi in esso previsti non determinano oneri per la finanza pubblica in quanto già disposti a normativa vigente nel riconoscimento dei diritti della persona con disabilità ai sensi del combinato disposto degli articoli 14 e 22 della citata legge n. 328 del 2000, osserva che 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.

Pertanto, il successivo articolo 31 (v. *infra*) ha istituito un "Fondo per l'implementazione dei progetti di vita", al fine di assicurare la copertura di tali oneri, sostenendo l'elaborazione dei progetti di vita nel rispetto della nuova disciplina.

## **Articolo 27** **(Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione)**

L'**articolo 27** sancisce il **principio della portabilità del progetto di vita**, della **continuità** dello stesso e della **non regressione**.

Ai sensi del **comma 1**, tale diritto al progetto di vita deve essere garantito anche in caso di **variazione del contesto territoriale**, di vita o del luogo di abitazione, tenendo conto della specificità dei contesti di riferimento.

Il progetto di vita deve essere **rimodulato** in funzione della **valutazione dei nuovi contesti di vita o di residenza**, secondo il principio di continuità dell'assistenza e garantendo e perseguendo per qualità, quantità e intensità, livelli di organizzazione e di prestazioni non inferiori a quelli precedenti. Il progetto, nel rispetto di continuità dell'assistenza, sarà **riformulato** nel caso in cui la persona con disabilità intenda proseguire il progetto di vita trasferendosi in altra Regione, tenuto conto del nuovo contesto territoriale e dei relativi assetti organizzativi (**comma 2**).

Infine si prevede (**comma 3**) che il **progetto di vita** per la persona con disabilità **non si interrompa al compimento dell'età** che, ai sensi della legislazione vigente, individua le persone anziane, fermo restando quanto previsto al precedente comma 2 e fatto salvo quanto previsto dagli articoli 3 (che definisce i compiti del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)<sup>56</sup> e 4 (che prevede lo svolgimento di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, su temi di interesse pubblico e sociale, e in materia di stile di vita sano e attivo, di prevenzione sanitaria e di sicurezza dell'ambiente domestico) della [Legge 23 marzo 2023 n. 33](#)<sup>57</sup>.

In proposito si ricorda che, ai sensi dello schema di decreto che dà attuazione alla legge delega di riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane<sup>58</sup>, attualmente all'esame del Parlamento, sono stabilite le seguenti definizioni:

- a) **persona anziana**: la persona che ha compiuto 65 anni;
- b) **persona grande anziana**: la persona che ha compiuto 80 anni;
- c) **persona anziana non autosufficiente**: la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita

---

<sup>56</sup> È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.

<sup>57</sup> Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

<sup>58</sup> Gazzetta Ufficiale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.

quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale<sup>59</sup>, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto:

- delle **indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*** dell'Organizzazione mondiale della sanità;
- dei **livelli di stratificazione del rischio** sulla base dei bisogni socioassistenziali;
- delle condizioni di **fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale**, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari, ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale<sup>60</sup> e dall'articolo 1, comma 163, della [legge 30 dicembre 2021, n. 234](#) (*Legge di bilancio per il 2022*).

Si ricorda che l'articolo 40 dello stesso schema di decreto limita l'ambito di applicazione della disciplina relativa agli anziani non autosufficienti, posta dal titolo II dello schema, ai non autosufficienti che abbiano compiuto i 70 anni.

---

59 Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Il modello bio-psico-sociale trova applicazione a discipline che vanno dalla medicina alla psicologia alla sociologia; la sua accettazione e prevalenza variano tra discipline e culture.

60 Di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (sul contenuto del D.M. n. 77/2022 si veda qui).

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

L'**articolo 28** interviene sulla **definizione di budget di progetto**.

Il **comma 1** stabilisce il principio che l'attuazione del progetto di vita sia sostenuta dal **budget di progetto**, 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.

I principi alla base della predisposizione del *budget* di progetto sono (**comma 2**):

- la co-programmazione;
- la co-progettazione con gli enti del terzo settore;
- l'integrazione;
- l'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati.

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

Si prevede che alla formazione del *budget* di progetto concorrono, in modo integrato e nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, i seguenti interventi pubblici, oltre quelli di cui al successivo comma 5:

- il Fondo nazionale per le non autosufficienze ([qui l'approfondimento normativo](#)) di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che, con una dotazione strutturale pari 913,6 milioni di euro per il 2024, 914,185 milioni per il 2025 e 961 milioni 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 nazionale stabile per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare** di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112 (cd. **Dopo di Noi**), la cui intera dotazione è destinata agli interventi per la disabilità, con una dotazione strutturale pari a 72,295 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025 e 73,331 milioni annui a decorrere dal 2026;
- il **Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare** di cui all'articolo 1, comma 254, della legge 27 dicembre 2017,

n. 205, la cui dotazione strutturale è pari a 25,8 milioni di euro e. In relazione a tale fondo viene adottato un piano di riparto in favore delle regioni.

*Al riguardo, si valuti l'opportunità di eliminare il riferimento normativo al richiamato comma 254, in quanto abrogato a decorrere dal 2024 ai sensi del comma 212, articolo 1, della legge di bilancio per il 2024 che, nell'istituire il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha soppresso il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare (Fondo avente una dotazione di 25.807.485 euro annui);*

- il **Fondo per il finanziamento ordinario delle università** (qui l'[approfondimento](#)) relativo alla quota a carico del bilancio statale delle spese per il funzionamento e le attività istituzionali delle università - di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537 recante interventi correttivi di finanza pubblica -, con una quota per la disabilità pari a 8 milioni di euro.

Il **comma 5** stabilisce inoltre che, al fine di garantire interventi personalizzati, i soggetti responsabili dei servizi pubblici sanitari e socio-sanitari che intervengono ai sensi del precedente 26, comma 7 (v. *ante*), si avvalgono delle risorse complessivamente attivabili nei limiti delle destinazioni delle risorse umane, materiali, strumentali e finanziarie dell'ambito sanitario.

Si afferma peraltro il principio che il *budget* di progetto costituisca parte integrante del progetto di vita e venga adeguato in funzione dei progressivi aggiornamenti (**comma 6**).

La persona con **disabilità può partecipare volontariamente alla costruzione del budget** conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali. In proposito si puntualizza che resta ferma la disciplina della **compartecipazione al costo per le prestazioni in base alla normativa ISEE**, ai sensi del [d.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159](#), concernente modalità di determinazione e campi di applicazione di tale Indicatore reddituale e patrimoniale (**comma 7**).

In proposito si osserva che la normativa tecnica è in costante e continuo mutamento e che generalmente l'INPS detta le modalità per la presentazione della [DSU, dichiarazione sostitutiva unica](#), che contiene le informazioni di carattere anagrafico, reddituale e patrimoniale necessarie a descrivere la situazione economica del nucleo familiare per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

Si 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 dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, della salute, del lavoro e delle politiche sociali. Il decreto dovrà essere adottato entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente schema di decreto (**comma 8**).

Infine, fermo restando quanto previsto dal precedente comma 5, per le finalità di cui all'articolo 26, comma 6, vale a dire la garanzia dell'**inclusione della persona** sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale, il *budget* di progetto deve essere impiegato senza le limitazioni imposte dall'offerta dei singoli servizi, nel rispetto dei sopra richiamata **livelli essenziali di assistenza** di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (v. *ante*) 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 (**comma 9**).

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

L'**articolo 29** disciplina la figura del **referente per l'attuazione del progetto di vita** (cfr. *supra* art. 18), rimettendo alle Regioni la disciplina dei **profili soggettivi per la sua individuazione** e la **definizione dei suoi compiti**.

Vengono tuttavia enunciati dall'articolo in esame **i compiti essenziali che in ogni caso il referente del progetto è chiamato a svolgere**, vale a dire (**comma 1**):

- curare la realizzazione del progetto e dare impulso all'avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni in esso previsti (*lett. a*);
- 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 (*lett. b*);
- curare il monitoraggio in corso di attuazione del progetto, raccogliendo, se del caso, le segnalazioni trasmesse dai terzi<sup>61</sup> (*lett. c*);
- garantire il pieno coinvolgimento della persona con disabilità e del suo *caregiver* o di altri familiari, nel monitoraggio e nelle successive verifiche (*lett. d*);
- richiedere la convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale (cfr. *supra* art. 24) al fine di rimodulare il progetto di vita (*lettera e*).

**Il comma 2** prevede la **clausola di invarianza degli oneri finanziari**, stabilendo che all'attuazione della presente disposizione si provveda con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

---

<sup>61</sup> In proposito la relazione illustrativa fa riferimento ad esempio alle segnalazioni dell'amministratore di sostegno.

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

L'articolo 30 detta disposizioni in tema di coordinamento finalizzato all'integrazione delle programmazioni sociali e sanitarie nazionali e regionali. Quanto alle Regioni il comma 1 dispone che esse, sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali (cfr. *supra* art. 25) e delle verifiche dell'adeguatezza delle prestazioni rese, anche tenendo conto di quanto richiesto come risorse integrative a valere sul Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, di cui all'articolo 31 (cfr. *infra*), **co-programmano annualmente con gli enti del terzo settore**, nell'ambito dei loro modelli organizzativi, **gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi sociali e sanitari.**

Quanto alle politiche nazionali il comma 2 rimette all'Autorità politica delegata in materia di disabilità<sup>62</sup>, anche sulla scorta di quanto rilevato ai sensi del successivo articolo 31 (che si riferisce alla rilevazione dei fabbisogni inerenti all'implementazione dei progetti di vita che prevedono l'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni non rientranti nelle unità di offerta del territorio di riferimento), **il compito di promuovere annualmente il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali sociali e sanitarie in favore delle persone con disabilità**, attraverso un tavolo di confronto con il Ministro della Salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, **la Rete della protezione e dell'inclusione sociale**, di cui all'articolo 21 del [D.Lgs n. 147/2017](#)<sup>63</sup>, 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.

Va qui ricordato brevemente che [la Rete della protezione e dell'inclusione sociale](#) è l'organismo nazionale di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali. Presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, composta da rappresentanti dei diversi livelli di governo, la Rete è una struttura permanente di confronto e programmazione delle politiche sociali, nonché di coinvolgimento nelle decisioni programmatiche del terzo settore, delle parti sociali e degli altri portatori di interessi coinvolti. La Rete si articola in Comitati tecnici (tra cui il Comitato per la lotta alla povertà) ed è responsabile dell'elaborazione di tre **Piani nazionali**:

- il **Piano sociale nazionale**, in riferimento al Fondo nazionale per le politiche sociali;
- il **Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà**, in riferimento al Fondo povertà;

---

<sup>62</sup> Si ricorda che con [D.P.C.M. 12 novembre 2022](#) è stata disciplinata la *Delega di funzioni al Ministro senza portafoglio dott.ssa Alessandra Locatelli*.

<sup>63</sup> *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*

- il **Piano per la non autosufficienza**, in riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

Per un esame più specifico si consulti il già citato [articolo 21 del D.Lgs n. 147/2017](#).

Viene poi espressamente stabilito (**comma 3**) che ai componenti del tavolo di cui al comma 2 **non sono riconosciuti** emolumenti, compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o indennità comunque denominati.

**Articolo 31**  
*(Fondo per l'implementazione dei progetti di vita)*

L'**articolo 31** istituisce 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**, relativo ai progetti di vita che prevedono l'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni **non rientranti nelle unità di offerta del territorio di riferimento**. 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 (comma 1)**.

Viene previsto (**comma 2**) che la **dotazione del Fondo sia ripartita annualmente tra le Regioni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità**, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute e del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza Unificata<sup>64</sup>, 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 verranno previste le modalità di **monitoraggio e di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni rese**.

Viene infine specificato (**comma 3**) che **le risorse del Fondo**, che comunque costituiscono un limite di spesa per l'attuazione delle finalità dell'articolo in esame, **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 (cfr. *supra*).

Questo significa che, come specificato nella relazione illustrativa, tutte le pubbliche Amministrazioni dovranno continuare a garantire i servizi e le prestazioni già previste a legislazione vigente, dovendo questo **fondo essere finalizzato all'attuazione di interventi innovativi per il territorio e flessibili rispetto alle ordinarie attività di offerta**.

---

<sup>64</sup> Di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

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

L'**articolo 32**, allo scopo di garantire una **formazione integrata** dei soggetti coinvolti nella valutazione multidimensionale e nell'elaborazione del progetto, rimette (**comma 1**) ad un **decreto dell'Autorità Politica delegata in materia di disabilità**, adottato di concerto con il Ministro della salute e del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, d'intesa con la Conferenza unificata<sup>65</sup>, **da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto in esame**, 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 (*Unità di valutazione multidimensionale*), 25 (*Valutazione multidimensionale*), 26 (*Forma, contenuti propri del progetto di vita*), 27 (*Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione*), 28 (*Budget di progetto*) e 29 (*Referente per l'attuazione del progetto di vita*).

Viene poi disciplinato (**comma 2**) il contenuto del citato decreto che dovrà definire:

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

**Il comma 3** quantifica gli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo, nel limite di **20 milioni di euro per l'anno 2024 e di 30 milioni di euro per il 2025**, e dispone che ad essi si provveda ai sensi dell'articolo 34 (cfr. *infra*).

---

<sup>65</sup> Di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

**Articoli 33 e 35**

*(Fasi di sperimentazione, norme transitorie e finali, principio di non regressione e tutela dei diritti acquisiti)*

Il complesso delle norme di cui all'**articolo 33, commi 1, 3 e 5**, e di cui all'**articolo 35, comma 2, secondo periodo**, prevede **una sperimentazione della durata di dodici mesi, a decorrere dal 1° gennaio 2025, in alcune aree territoriali, del procedimento di valutazione di base e la decorrenza dell'applicazione generale di quest'ultimo istituto dal 1° gennaio 2026** (come previsto anche dal precedente **articolo 9, comma 1**); alle istanze di accertamento in materia di disabilità presentate entro la data del 31 dicembre 2025 continuano ad applicarsi le previgenti disposizioni.

Il complesso delle norme di cui all'**articolo 33, commi 2 e 4**, e di cui all'**articolo 35, comma 4**, prevede **una sperimentazione della durata di dodici mesi, a decorrere dal 1° gennaio 2025, in alcune aree territoriali, del procedimento di valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale** (personalizzato e partecipato) e **la decorrenza dell'applicazione generale di tali istituti dal 1° gennaio 2026**. L'applicazione di questi ultimi è consentita, a decorrere dalla suddetta data del 1° gennaio 2026, senza la previa valutazione di base nelle fattispecie transitorie individuate dal **comma 4 dell'articolo 35**, tra le quali il possesso di una certificazione rilasciata (prima del 1° gennaio 2026) ai sensi della [L. 5 febbraio 1992, n. 104](#).

I **commi 1, 2, primo periodo, e 3 dell'articolo 35** pongono norme finali, anche per la tutela dei diritti acquisiti e la non regressione del livello di tutela previsto dall'ordinamento.

Più in particolare, in base al **comma 1 dell'articolo 33**, la procedura di sperimentazione del procedimento valutativo di base è volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e Centro Italia e il principio di differenziazione di dimensioni territoriali; la sperimentazione è intesa anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento. All'attuazione della sperimentazione si provvede con le risorse (relative agli anni 2024 e 2025) indicate dall'**articolo 9, comma 7**. Il **comma 3** del presente **articolo 33** demanda a un decreto ministeriale la determinazione delle modalità della suddetta procedura di sperimentazione e dei soggetti coinvolti, nonché delle modalità di verifica dei relativi esiti. Per l'adozione del decreto è posto il termine del 30 novembre 2024. La procedura di adozione del decreto contempla, tra l'altro, la previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e il parere dell'INPS. Il precedente **articolo 7**, per la procedura di adozione del decreto attuativo dell'efficacia provvisoria anticipata (efficacia conseguente alla richiesta di attivazione del procedimento di base), fa riferimento, nel testo come riformulato

dall'[intesa](#) sancita l'11 gennaio 2024 in sede di Conferenza unificata, alla previa intesa nella medesima sede di Conferenza unificata; *si consideri l'opportunità di valutare a quale delle due tipologie di Conferenze far riferimento nel presente articolo 33, comma 3.*

Il successivo **comma 5** specifica che alle istanze di accertamento della condizione di disabilità presentate entro la data del 31 dicembre 2024 nei territori coinvolti dalla suddetta sperimentazione (del procedimento valutativo di base) si applicano le previgenti disposizioni.

Analogamente, il **comma 2** dell'**articolo 35** specifica che, nel restante territorio nazionale, alle istanze di accertamento in materia di disabilità presentate entro il 31 dicembre 2025 si applicano le previgenti disposizioni.

In base al **comma 2** dell'**articolo 33**, la procedura di sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato) è volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo i suddetti principi di differenziazione geografica e di differenziazione di dimensioni territoriali; a tale sperimentazione 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 e che confluiscono nel *budget* di progetto di cui all'**articolo 28**. Il **comma 4** del presente **articolo 33** demanda a un decreto ministeriale la determinazione delle modalità della suddetta procedura di sperimentazione, dei soggetti coinvolti, dell'assegnazione delle risorse e delle modalità di monitoraggio. Per l'adozione del decreto è posto il termine del 30 novembre 2024. La procedura di adozione del decreto contempla, tra l'altro, la previa intesa in sede di Conferenza unificata.

Il **comma 4** dell'**articolo 35**, come accennato, individua alcune fattispecie transitorie in cui l'applicazione, a decorrere dal 1° gennaio 2026, dell'istituto del progetto di vita (e quindi della previa valutazione multidimensionale) è consentita anche senza il previo svolgimento della valutazione di base. Tali fattispecie sono le seguenti: il caso di possesso di una certificazione rilasciata (prima del 1° gennaio 2026) ai sensi della L. n. 104 del 1992; il caso in cui sia in corso, alla data del 1° gennaio 2026, un procedimento per il progetto individuale ai sensi dell'articolo 14 della [L. 8 novembre 2000, n. 328](#), e successive modificazioni.

Il **comma 1** dell'**articolo 35** specifica, in conformità al richiamato principio di delega di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *h*), numero 1), della [L. 22 dicembre 2021, n. 227](#), che le disposizioni di cui al presente decreto legislativo garantiscono in ogni caso il mantenimento dei diritti riconosciuti dalla disciplina in vigore fino al 31 dicembre 2025 (principio di non regresso); *si segnala che nel richiamo normativo relativo al principio di delega manca l'indicazione del comma (nel quale figura la suddetta lettera h)).* Ai sensi del **comma 2, primo periodo**, dello stesso **articolo 35**, sono altresì fatti 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 o disposti ai sensi della citata L. n. 104 del 1992.

Il **comma 3** dell'**articolo 35** specifica che, fino al 31 dicembre 2025, alle revisioni e alle revoche delle prestazioni già riconosciute si applicano, anche nei territori soggetti a sperimentazione ai sensi dell'**articolo 33**, le condizioni di accesso e i sistemi valutativi in vigore precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto.

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

L'**articolo 34** provvede alla copertura finanziaria degli stanziamenti disposti dall'**articolo 9, commi 7 e 8**, dall'**articolo 31, comma 1**, e dall'**articolo 32, comma 3** e reca, con riferimento al restante complesso del decreto legislativo, le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Al fine della suddetta copertura, si dispone una riduzione, in misura 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, del Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità, di cui all'articolo 1, comma 178, della [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#)<sup>66</sup>.

Si ricorda che il Fondo era stato istituito dall'articolo 1, comma 330, della [L. 27 dicembre 2019, n. 160](#), ed è stato ridenominato nei termini summenzionati dal citato articolo 1, comma 178, della L. n. 234, che ne ha disposto il trasferimento dallo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali allo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

Tale Fondo è destinato alla copertura finanziaria degli oneri derivanti da futuri interventi legislativi, finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità di competenza dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità.

---

<sup>66</sup> Il Fondo è iscritto nel **capitolo 3088** del **programma 23.1** dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

### **Articolo 36** *(Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e del SIUSS per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali)*

L'articolo 36 in attuazione dell'art. 2, comma 2, lettera d)<sup>67</sup>, della legge delega ([Legge 22 dicembre 2021, n. 227](#)<sup>68</sup>) è finalizzato a **semplificare il procedimento di accertamento**, integrando le finalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) con quelle dirette alle valutazioni e accertamenti sanitari per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali.

Più nello specifico il **comma 1** prevede che le **unità di valutazione multidimensionale** di cui all'articolo 24, **trasmettono all'INPS**<sup>69</sup>, ai sensi dell'articolo 24, comma 5, del [decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147](#)<sup>70</sup> **il numero dei progetti di vita elaborati e la tipologia delle prestazioni individuate**.

L'articolo 24 del D.Lgs n. 147/2017 istituisce, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, **il Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)**, con finalità definite, vale a dire:

- assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e delle prestazioni erogate dal sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e di tutte le informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali;
- monitorare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni;
- rafforzare i controlli sulle prestazioni indebitamente percepite;
- disporre di una base unitaria di dati funzionale alla programmazione e alla progettazione integrata degli interventi mediante l'integrazione con i sistemi informativi sanitari, del lavoro e delle altre aree di intervento rilevanti per le politiche sociali, nonché con i sistemi informativi di gestione delle prestazioni già nella disponibilità dei comuni;
- elaborare dati a fini statistici, di ricerca e di studio.

Il SIUSS si articola in due componenti:

- Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali;
- Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali.

---

<sup>67</sup> Sul contenuto dei principi e criteri direttivi di cui alla legge delega cfr. la parte introduttiva del presente dossier.

<sup>68</sup> *Delega al Governo in materia di disabilità.*

<sup>69</sup> Tale onere di comunicazione non è aggiuntivo dal momento che i Comuni e gli ambiti territoriali trasmettono già alcuni dati all'INPS.

<sup>70</sup> *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*

La prima delle due componenti del SIUSS è organizzata su base individuale. I dati e le informazioni sono raccolti, conservati e gestiti dall'INPS e resi disponibili al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, anche attraverso servizi di cooperazione applicativa, in forma individuale ma privi di ogni riferimento che ne permetta il collegamento con gli interessati e comunque secondo modalità che, pur consentendo il collegamento nel tempo delle informazioni riferite ai medesimi individui, rendono questi ultimi non identificabili.

Il richiamato **comma 5 dell'articolo 24** descritto prevede che i dati e le informazioni di cui sopra sono trasmessi all'INPS dai comuni e dagli ambiti territoriali, anche per il tramite delle regioni e province autonome, ove previsto dalla normativa regionale, e da ogni altro ente erogatore di prestazioni sociali, incluse tutte le prestazioni erogate mediante ISEE, e prestazioni che, per natura e obiettivi, sono assimilabili alle prestazioni sociali. Il mancato invio dei dati e delle informazioni costituisce illecito disciplinare e determina, in caso di accertamento di fruizione illegittima di prestazioni non comunicate, responsabilità erariale del funzionario responsabile dell'invio.

Pertanto il **comma 2**, con una modifica all'articolo 12, comma 2, del [D.L. 18 ottobre 2012, n. 179](#), **disciplinante il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** aggiunge alle **finalità perseguite dal fascicolo medesimo** quella relativa alle **valutazioni e agli accertamenti sanitari per il riconoscimento di prestazioni assistenziali e previdenziali** (nuova lettera *c-bis*).

In proposito la relazione illustrativa sottolinea che l'accesso al FSE consentirebbe alla Commissione medica di ricostruire il quadro clinico in cui versa il richiedente e le relative prestazioni previdenziali e assistenziali senza che questi debba presentare particolare documentazione.

Il procedimento di accertamento risulterebbe, quindi, notevolmente semplificato, oltre che più trasparente. L'interessato, inoltre, concedendo l'autorizzazione all'accesso, avrebbe la certezza di aver rappresentato compiutamente la propria condizione psicofisica, poiché il fascicolo contiene tutta la sua storia sanitaria. Inoltre il potenziamento delle possibilità dell'accertamento agli atti avrebbe l'effetto naturale di riduzione dei tempi di definizione dei procedimenti di accertamento

Ai sensi dell'articolo 12 del [D.L. n. 179/2012](#)<sup>71</sup> **il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito**, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale. Pertanto ogni prestazione sanitaria erogata da operatori pubblici, privati accreditati e privati autorizzati è inserita, entro cinque giorni dalla prestazione medesima, nel FSE in conformità alle disposizioni del presente articolo (comma 1).

Il sopracitato comma 2 prevede che il FSE è istituito dalle regioni e province autonome, entro il 30 giugno 2015, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:

- a) diagnosi, cura e riabilitazione;
- a-bis) prevenzione;

<sup>71</sup> *Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*, L. n. 221/2012

- a-ter) profilassi internazionale;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il [DPCM 29 settembre 2015, n. 178](#), regolamento di attuazione, ha definito i contenuti del FSE, tra cui: il profilo sanitario sintetico che riassume la storia clinica dell'assistito (redatto dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta); il taccuino personale dell'assistito, sezione riservata del FSE in cui si consente all'assistito di inserire documenti relativi ai propri percorsi di cura, effettuati anche al di fuori del SSN; tutti gli elementi in materia di riservatezza dei dati come da normativa del Codice in materia di protezione dei dati personali. Le Regioni hanno assunto il compito di rendere operativo l'accesso alle informazioni per tutte le finalità sopra previste, garantendo l'interoperabilità su tutto il territorio nazionale mediante le [specifiche tecniche](#) pubblicate dall'AgID (Agenzia Italia digitale) il 6 maggio 2015, successivamente aggiornate nel 2016. Al fine di favorire l'interoperabilità tra i modelli realizzati in completa autonomia dalle regioni, la [circolare Agid n. 3 del 2 settembre 2019](#) ha introdotto il portale nazionale FSE, che costituisce un punto di accesso unico per l'intero territorio nazionale.

Va infine ricordato che il **potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** rappresenta uno degli obiettivi del PNRR – nell'ambito della Componente 2<sup>72</sup> della Missione 6 Salute - con almeno l'85% dei medici di base in grado di alimentare il FSE regolarmente (spesa prevista 200 milioni) mediante sostegno e formazione per l'aggiornamento digitale entro la fine del 2025 e l'adozione e l'utilizzo del FSE da parte di tutte le Regioni entro la metà del 2026 (spesa prevista 610 milioni).

---

<sup>72</sup> Innovazione tecnologica e digitale del SSN, formazione e ricerca sanitaria

**Articolo 36-bis**  
***(Clausola di salvaguardia)***

L'**articolo 36-bis** introduce la **clausola di salvaguardia**, prevedendo che le disposizioni del decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione (**comma 1**).

Viene poi chiarito che nelle Province autonome di Trento e di Bolzano il procedimento valutativo di base è assicurato ai sensi dei rispettivi ordinamenti e che alle funzioni attribuite dal presente decreto all'INPS provvedono le medesime province (**comma 2**).

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

L'**articolo 37** dispone in tema di **abrogazioni** stabilendo che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 15 delle disposizioni preliminari al Codice civile<sup>73</sup> (*Abrogazione delle leggi*), a decorrere dal 1° gennaio 2026 sono o restano abrogati:

- la [legge 15 ottobre 1990, n. 295](#)<sup>74</sup>;
- l'articolo 10, commi 1, 2 e 3 del [D.L. 30 settembre 2005, n. 203](#)<sup>75</sup>;

I citati commi disciplinano il subentro dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (I.N.P.S.) nell'esercizio delle funzioni residue allo Stato in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità.

- l'articolo 20 del [D.L. 1° luglio 2009, n. 78](#)<sup>76</sup>, ad esclusione del comma 2 primo periodo e del comma 4;

Il citato articolo 20 disciplina il contrasto alle frodi in tema di invalidità civile. Le disposizioni non abrogate riguardano l'accertamento da parte dell'INPS della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità e la disciplina con accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza Stato regioni delle modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti relativi alle citate disabilità.

- l'articolo 10 (*Riduzione della spesa in materia di invalidità*), commi 4, 4-bis e 5<sup>77</sup>, del [D.L. 31 maggio 2010, n. 78](#)<sup>78</sup>;
- l'articolo 18, comma 22, del [D.L. 6 luglio 2011, n. 98](#)<sup>79</sup>;

Il citato comma 22 dispone che 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

---

<sup>73</sup>Il citato articolo 15 delle c.d. preleggi prevede che “Le leggi non sono abrogate che da leggi posteriori per dichiarazione espressa del legislatore, o per incompatibilità tra le nuove disposizioni e le precedenti o perché la nuova legge regola l'intera materia già regolata dalla legge anteriore.

<sup>74</sup> *Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti.*

<sup>75</sup> *Misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria*, L. n. 248/2005.

<sup>76</sup> *Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini*, L. n. 102/2009.

<sup>77</sup> Riguardanti la disciplina dei piani straordinari di accertamenti di verifica nei confronti dei titolari di trattamenti economici di invalidità civile previsti dalle vigenti leggi.

<sup>78</sup> *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*, L. n. 122/2010.

<sup>79</sup> *Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*, L. n. 111/2011.

normativa vigente, possono affidare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari.

- l'articolo 14 della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#)<sup>80</sup>, disciplinante i *Progetti individuali per le persone disabili*.

---

<sup>80</sup> *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

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

L'**articolo 38** dispone che il decreto in esame **entri in vigore il 30 giugno 2024 (comma 1)**.

Le disposizioni del provvedimento si applicano a decorrere dal **1° gennaio 2025**, fatti salvi gli articoli:

- **6, comma 9**, che riguarda le ulteriori modalità di svolgimento del procedimento per la valutazione di base e delle riunioni delle commissioni che sono stabilite dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;
- **12, comma 1**, che rimette ad un decreto ministeriale da emanarsi entro il 30 novembre 2024 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;
- **24, commi 4 e 6**, che, rispettivamente, rimettono alle regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto legislativo, al fine della predisposizione del progetto di vita, la definizione delle modalità di riordino e di unificazione all'interno delle unità di valutazione multidimensionale delle attività svolte da queste ultime, nonché del coordinamento delle loro attività con quelle delle unità di valutazione operanti presso le Case di comunità;
- **32**, che rimette ad un decreto ministeriale da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame la disciplina delle misure di formazione;
- **33, commi 3 e 4** che per la disciplina di alcuni aspetti della fase di sperimentazione prevede l'emanazione di due decreti ministeriali da adottare, rispettivamente, entro il 30 novembre 2024 ed entro cinque mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo.