



REGIONE DEL VENETO

PRIME LINEE DI INDIRIZZO IN MERITO AL PERCORSO DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 3 MAGGIO 2024, N. 62 RIGUARDANTE LA “DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ, DELLA VALUTAZIONE DI BASE, DI ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE, DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ELABORAZIONE E L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO”.

INDICAZIONI AI SOGGETTI COINVOLTI NELLA FASE DI SPERIMENTAZIONE DELLA
PROVINCIA DI VICENZA.



INDICE

Premessa	p. 3
1. Il sistema della rete territoriale della Regione del Veneto	p. 5
1.1. Il quadro di contesto	p. 5
1.2. Il quadro cooperativo interistituzionale	p. 6
2. Il processo di attivazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato	p. 7
2.1. La valutazione di base	p. 8
2.2. La presentazione dell'istanza e l'avvio del procedimento per la predisposizione del Progetto di Vita	p. 10
2.3. La valutazione Multidimensionale	p. 12
2.3.1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) "potenziata"	p. 12
2.3.2. Il coordinamento dell'UVM "potenziata"	p. 13
2.3.3. Il procedimento di valutazione multidimensionale	p. 14
2.3.4. La riorganizzazione e il coordinamento delle unità di valutazione multidimensionale	p. 15
2.4. Il Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato	p. 16
2.4.1. Le caratteristiche del Progetto di Vita	p. 16
2.4.2. Il Budget di progetto	p. 18
2.4.3. Il Referente per l'attuazione del Progetto di Vita	p. 19
3. Il monitoraggio della sperimentazione	p. 20
4. Il trattamento dei dati personali	p. 20
Appendice A – Glossario	p. 21
Appendice B - Matrice di responsabilità nel processo di avvio, elaborazione e attuazione del Progetto di Vita	p. 23
Appendice C - Flowchart del processo di valutazione di base e formulazione del Progetto di Vita	p. 24



Premessa

Il Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, segna un importante passaggio di riforma delle politiche a favore delle persone con disabilità, poiché rivede il procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità e definisce in modo dettagliato le modalità per realizzare la valutazione multidimensionale finalizzata alla costruzione di un Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato.

Proprio per il suo impianto profondamente innovativo, l'articolo 33 prevede una fase di sperimentazione della durata di 12 mesi, estesi a 24 dall'art. 19 quater comma 2 lett.c), della Legge 21 febbraio 2025. Tale sperimentazione, che inizialmente coinvolgeva 9 province italiane è stata successivamente ampliata, in ottemperanza alla Legge 21 febbraio 2025, n. 15, ad ulteriori 11 province, tra le quali la provincia di Vicenza. Conclusa tale fase di sperimentazione, la riforma entrerà a pieno regime in tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 2027. La sperimentazione nella provincia di Vicenza, prenderà avvio dal 30 settembre 2025, e coinvolgerà:

- n. 1 sede provinciale INPS
 - Sede INPS di Vicenza
- n. 4 Ambiti Territoriali Sociali (ATS) (totale Comuni coinvolti 113):
 - ATS VEN_03 Bassano del Grappa;
 - ATS VEN_04 Thiene;
 - ATS VEN_05 Arzignano;
 - ATS Ven_06 Vicenza;
- n. 2 Aziende ULSS:
 - Azienda ULSS 8 Berica
 - Azienda ULSS 7 Pedemontana;

Nell'ambito della sperimentazione, saranno attivamente coinvolti il sistema dell'istruzione e della formazione, attraverso le istituzioni scolastiche, inclusa la Scuola Polo per l'inclusione, per i Progetti di Vita che includono percorsi di inclusione scolastica, i Centri per l'Impiego per la definizione degli interventi di inclusione lavorativa, nonché gli enti del Terzo Settore presenti sul territorio vicentino. Questa pluralità di attori, prevista anche nella composizione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, favorisce un approccio integrato e personalizzato, finalizzato a valorizzare aspirazioni, competenze e bisogni della persona con disabilità lungo l'intero arco della sua vita.

I contenuti del D.Lgs n. 62/2024 (in particolare gli artt. 23, 24, 25, 29 e 30) disciplinano e programmano alcuni aspetti riferiti all'avvio, all'elaborazione e attuazione del Progetto di Vita.

A livello regionale, la sperimentazione consente di attuare, su un territorio significativo e circoscritto, i processi e gli strumenti previsti dalla riforma, con l'obiettivo da un lato di valutarne i risultati e dall'altro di definire un modello organizzativo da replicare su scala regionale, in vista dell'entrata in vigore della riforma a livello nazionale, attualmente prevista per gennaio 2027. Tale modello verrà costruito sulla base degli esiti della sperimentazione e valorizzerà le soluzioni organizzative maggiormente efficaci integrando approcci funzionalmente idonei a superare eventuali complessità nella costruzione del percorso proposto dalla riforma. Nello specifico, la sperimentazione implementerà:

1. il procedimento di **valutazione di base** che si scandisce nei seguenti passaggi:
 - avvio della procedura di valutazione di base per il riconoscimento della condizione di disabilità tramite l'invio telematico all'INPS di un certificato medico introduttivo (art. 8 del D.Lgs. n. 62/2024);
 - completamento della procedura entro 90 giorni dalla presentazione del certificato;



- entro 30 giorni per i minori; entro 15 giorni per i pazienti oncologici (art. 6);
- valutazione, effettuata secondo nuovi criteri di valutazione basati sull'ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie) e sull'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) (artt. 10-11);
 - collegamento diretto per l'avvio del procedimento di definizione del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato (art. 15).
2. il procedimento di **definizione del Progetto di Vita** individuale, personalizzato e partecipato, che contempla:
- la presentazione dell'istanza per la predisposizione del Progetto di Vita (artt. 15 e 23 del D.Lgs. n. 62/2024);
 - la valutazione multidimensionale potenziata da realizzare in *équipe*, secondo i criteri di composizione e metodo stabiliti dal decreto (art. 24-25);
3. la formulazione di un Progetto di Vita rispondente ai bisogni della persona (art. 26), sostenuto da un budget di progetto (art. 28) composto 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;
4. l'attuazione del Progetto di Vita.

La riforma interviene su una rete di servizi e di opportunità già strutturate in Veneto finalizzate al supporto e al sostegno alla disabilità basata sulla stretta integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie. Tale sistema si basa sulla presa in carico globale della persona con disabilità e della sua famiglia secondo un processo organizzativo a rete e multilivello basato sulla valutazione multidimensionale nell'ottica di elaborare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati anche con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

La Regione del Veneto, infatti, è dotata di un sistema di servizi rivolti alle persone con disabilità, che mira a garantire livelli assistenziali differenziati e flessibili, attraverso interventi integrati e coordinati. Tali servizi si sviluppano all'interno di una rete territoriale di opportunità, sia residenziali che semiresidenziali, anche di carattere innovativo e sperimentale, con l'obiettivo di promuovere la domiciliarità, l'inclusione sociale e l'autonomia personale.

In questo contesto, l'integrazione tra componente sociale e componente socio-sanitaria e sanitaria diventa essenziale e va ulteriormente rafforzata. Una priorità è rappresentata dall'assicurazione di una presa in carico efficace che renda pienamente esigibili i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per garantire alla persona con disabilità continuità e unitarietà nel percorso di vita è necessaria una programmazione e una *governance* unitaria e coordinata a livello centrale, fortemente sinergica con il livello territoriale, capace di sviluppare forme di collaborazione tra i diversi enti e livelli istituzionali.



1. Il sistema della rete territoriale della Regione del Veneto

1.1 Il quadro di contesto

La normativa di riferimento che disegna la rete territoriale ed il modello organizzativo a supporto degli interventi di natura socio-sanitaria e sociale è rappresentata principalmente da:

Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente *governance* della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS" Il provvedimento approva la ridefinizione degli ambiti territoriali delle Aziende ULSS, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Lo stesso promuove una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari, con l'obiettivo di garantire un'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio regionale, rispettando le specificità delle diverse aree, come quelle montane o a bassa densità abitativa;

Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023" che approva il Piano Socio-Sanitario Regionale per il periodo 2019-2023. Il Piano è il documento strategico che guida l'organizzazione e lo sviluppo del sistema socio-sanitario del Veneto, con l'obiettivo di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione. Il documento promuove l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e definisce le modalità di *governance*, l'utilizzo delle risorse, puntando a un sistema più efficiente, innovativo e vicino ai cittadini;

Legge Regionale 4 aprile 2024, n. 9 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali" che stabilisce una riorganizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, in attuazione della legge n. 328/2000. Definisce le funzioni della Regione, dei Comuni, delle Aziende ULSS e degli Enti del Terzo Settore, promuovendo la centralità della persona e della comunità. La legge istituisce gli Ambiti Territoriali Sociali, il Comitato dei Sindaci e prevede la programmazione attraverso il Piano sociale regionale e il Piano di Zona. Inoltre, disciplina la gestione associata dei servizi, la rete regionale e locale per l'inclusione sociale, le risorse e il finanziamento, nonché il potere sostitutivo in caso di inadempimento.

Di seguito vengono descritte le caratteristiche delle strutture organizzative coinvolte nell'attuazione della riforma.

L'**Ambito Territoriale Sociale** (ATS) è il perimetro istituzionale e territoriale per la programmazione, pianificazione, coordinamento e gestione della funzione socio-assistenziale regionale. In particolare, gli ATS, nell'ambito della loro progressiva costituzione, sono individuati come la sede principale per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, garantendo interventi e servizi sociali uniformi e di qualità su tutto il territorio di competenza.

La LR n. 9/2024 stabilisce un modello integrato di *governance* tra gli ATS e le Aziende ULSS, finalizzato a garantire un sistema socio-assistenziale più efficiente e coeso, basato sul caposaldo dell'integrazione socio-sanitaria. In questo contesto, gli ATS sono riconosciuti come il perno della programmazione e gestione dei servizi sociali, mentre le Aziende ULSS continuano a svolgere un ruolo centrale nell'erogazione dei servizi sanitari.

In attesa della piena attuazione della riforma regionale relativa agli Ambiti Territoriali Sociali (L.R. n. 9/2024), che prevede, entro il 2026, la definizione della forma associativa e l'acquisizione della personalità giuridica da parte degli stessi, gli ATS risultano già operativi a decorrere dall'introduzione delle misure nazionali di contrasto alla povertà e formalmente con l'adozione della DGR n. 1191/2020. Gli stessi operano tramite forme di gestione associata basate principalmente su convenzioni e hanno individuato i rispettivi Enti capofila, cui è



attualmente attribuita la funzione di coordinamento degli interventi e dei servizi riconducibili alle politiche per l'inclusione sociale, il contrasto alla povertà e la non autosufficienza.

Nel frattempo, l'amministrazione titolare del procedimento per l'elaborazione del Progetto di Vita è l'Ente capofila dell'ATS (rif. paragrafo 2.2).

Il Piano di Zona, strumento strategico per la pianificazione in materia di servizi sociali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale, contiene, ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 9/2024, una specifica sezione recante le azioni programmate in materia di integrazione socio-sanitaria, regolate con atto di intesa tra gli ATS e l'Azienda ULSS di riferimento. Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta socio-sanitaria in ambito distrettuale.

Le **Aziende ULSS** sono chiamate a garantire l'erogazione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio regionale. Esse operano come strutture operative fondamentali del Servizio Sanitario Regionale (SSR), rispondendo ai bisogni di salute della popolazione attraverso un modello che integra assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

Le Aziende ULSS svolgono un ruolo cruciale nell'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, garantendo l'accesso equo e uniforme ai servizi e assicurando che le prestazioni previste dai LEA siano erogate in modo appropriato e tempestivo.

Ogni Azienda ULSS è responsabile della programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari in un determinato ambito territoriale, ed si articola in **Distretti socio-sanitari** che rappresentano le strutture tecnico-funzionali mediante le quali le Aziende ULSS assicurano una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, la Regione del Veneto ha adottato un modello organizzativo in cui la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle attività in ambito socio-sanitario si realizza in una cornice territoriale in cui gli Ambiti Territoriali Sociali coincidono con le delimitazioni territoriali dei Distretti socio-sanitari.

1.2 Il quadro cooperativo interistituzionale

La sinergia interistituzionale tra i sistemi sociale, sanitario e socio-sanitario ha l'obiettivo di garantire, in un'ottica di integrazione funzionale e operativa, sulla base degli attuali modelli organizzativi regionali, la piena attuazione del Progetto di Vita nonché l'uniforme fruizione dei diritti da parte dei cittadini. A tal fine, nell'ambito della collaborazione interistituzionale è consentita l'adozione di soluzioni organizzative differenziate, coerenti con le specificità territoriali e funzionali all'efficacia degli interventi.

Con il Distretto, in maniera sinergica e coordinata, opera l'ATS che valorizza nella rete dei servizi per le persone non autosufficienti e con disabilità l'aspetto sociale della presa in carico garantendo così la globalità della visione. L'evoluzione di tale modello organizzativo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali, prevede la possibilità di utilizzo degli strumenti a disposizione per la gestione anche associata delle funzioni e della delega delle funzioni alle Aziende ULSS riconoscendo la titolarità della stessa agli ATS.

Questo assetto organizzativo consente di valorizzare al massimo l'integrazione tra i diversi servizi, favorendo una presa in carico unitaria e intersettoriale dei bisogni, anche grazie al coinvolgimento del Terzo Settore e degli altri attori sociali presenti sul territorio.

L'ATS, coincidente con il Distretto, rappresenta il contesto di prossimità privilegiato in cui realizzare concretamente l'integrazione, poiché, nelle sue diverse articolazioni, è chiamato a garantire risposte coordinate attraverso l'impiego integrato di risorse, strumenti e competenze



professionali.

In tale quadro, si è consolidato un modello di integrazione operativa tra ATS ed Aziende ULSS, anch'esso disciplinato da specifici atti di convenzione, finalizzato a garantire un approccio unitario e coordinato alla programmazione e alla gestione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

Tale integrazione si esplica attraverso la definizione congiunta di strumenti di pianificazione territoriale, i Piani di Zona, e la condivisione di modalità operative e di cooperazione interistituzionale nella presa in carico delle persone in condizioni di fragilità, assicurando così la continuità degli interventi e l'efficacia delle risposte territoriali ai bisogni complessi della popolazione. I riferimenti normativi principali che delineano questo quadro di collaborazione sono:

- DGR n. 4588/2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle A.Ulss";
- DGR n. 2960/2012 "Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR n. 2575/2009";
- DGR n. 2961/2012 "Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008";
- DGR n. 1804/2014 "Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR n. 2960/2012. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento";
- DGR n. 243/2025 "DGR n. 96 del 4 febbraio 2025 "Aggiornamento dello strumento "Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.M.A.)" approvato, da ultimo, con la DGR n. 2961 del 28 dicembre 2012". Rettifica."
- DGR n. 1558/2023 "Programmazione alle Aziende ULSS e agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse finanziarie e regionali per la Non Autosufficienza - anni 2022-2023-2024 - Attribuzione anni 2023 e 2024". Deliberazione nr. 125/CR/2023".

2. Il processo di attivazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato

In coerenza con quanto disposto dal D.Lgs. n. 62/2024 e tenuto conto degli elementi sopra richiamati, il presente documento definisce il processo di attivazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato all'interno di un modello organizzativo a rete. Tale processo è caratterizzato da una sequenza di attività interdipendenti, finalizzate a garantire la presa in carico integrata della persona con disabilità, attraverso il coinvolgimento coordinato di una pluralità di soggetti istituzionali e non istituzionali.

Il processo deve prevedere la chiara identificazione delle fasi operative, dei relativi soggetti responsabili e degli assetti organizzativi di *governance* e coordinamento funzionale, nel rispetto delle competenze attribuite a ciascun livello istituzionale.

Fasi del processo di attivazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato:

1. Valutazione di base

Rilascio della valutazione attestante il riconoscimento della condizione di disabilità,



secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2. Presentazione dell'istanza e avvio del procedimento di elaborazione del Progetto di Vita

Inoltro, da parte della persona interessata o da chi lo rappresenta, della richiesta di attivazione del Progetto di Vita agli organismi competenti.

3. Valutazione multidimensionale potenziata

Attività svolta dall'*équipe* multidisciplinare, così come costituita secondo le indicazioni del D.Lgs n. 62/2024, finalizzata alla ricostruzione del profilo di funzionamento della persona e all'individuazione dei suoi bisogni, desideri e aspirazioni, nel contesto di vita.

4. Definizione del Progetto di Vita

Elaborazione del Progetto di Vita sulla base dell'esito della valutazione multidimensionale, con:

- individuazione del referente responsabile dell'attuazione del Progetto di Vita;
- esplicitazione degli obiettivi, delle azioni e delle modalità di monitoraggio;
- definizione del budget di progetto (personale, integrato, pubblico/privato).

5. Attuazione e monitoraggio

Implementazione delle azioni previste, verifica periodica dell'andamento e rimodulazione del progetto in funzione dell'evoluzione dei bisogni e dei contesti.

Il Progetto di Vita, come definito all'art. 26 del D.Lgs. n. 62/2024, si fonda su una valutazione multidimensionale della persona, volta a ricostruire in modo integrato e partecipato i molteplici aspetti del suo funzionamento, del contesto di vita e dei desideri espressi. Tale valutazione consente di rilevare i bisogni prioritari e le potenzialità individuali, orientando l'attivazione di interventi personalizzati, coerenti e sostenibili.

In tale quadro, assume carattere centrale il principio dell'**accomodamento ragionevole**, inteso come la possibilità di modulare, le risorse e i servizi esistenti per garantire il pieno ed equo accesso agli interventi da parte della persona, senza comportare un onere sproporzionato o eccessivamente oneroso per i soggetti erogatori. L'accomodamento ragionevole non implica la creazione di nuovi servizi, ma l'adattamento flessibile di quelli già esistenti, sulla base delle caratteristiche e delle esigenze specifiche della persona. L'accomodamento ragionevole deve risultare necessario, adeguato, pertinente e appropriato rispetto all'entità della tutela da accordare e alle condizioni di contesto nel caso concreto, nonché compatibile con le risorse effettivamente disponibili allo scopo.

L'intero processo si inserisce in una logica di inclusione, pari opportunità e autodeterminazione, e prevede che la persona:

- sia adeguatamente informata in merito ai contenuti del Progetto di Vita e alle altre opzioni attivabili;
- possa partecipare attivamente alla definizione degli obiettivi e delle azioni;
- abbia accesso, nei limiti delle risorse formali e informali disponibili, a strumenti, supporti e interventi funzionali al proprio percorso evolutivo e al miglioramento della qualità della vita.

2.1 La valutazione di base

Il procedimento valutativo di base costituisce, ai sensi del Capo II del D.Lgs. n. 62/2024, un procedimento unico e centralizzato, affidato in via esclusiva all'INPS, finalizzato al riconoscimento della condizione di disabilità.

Tale procedimento:

- sostituisce l'attuale iter previsto per il riconoscimento della condizione di "handicap" ai



sensi della Legge n. 104/1992, fatti salvi tutti i benefici e le tutele oggi collegati a tale riconoscimento;

- assorbe e integra in un'unica valutazione gli accertamenti oggi distinti relativi a:
 - l'accertamento dell'invalidità civile di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e delle condizioni di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, alla legge 21 novembre 1988, n. 508, nonché alla legge 11 ottobre 1990, n. 289;
 - l'accertamento della cecità civile, ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e della legge 3 aprile 2001, n. 138;
 - l'accertamento della sordità civile, ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381;
 - l'accertamento della sordocecità, ai sensi della legge 24 giugno 2010, n. 107;
 - l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66;
 - l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa, ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68;
 - l'individuazione dei presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza;
 - l'individuazione degli elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima, ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 30 novembre 2016.

Tali disposizioni vanno coordinate con i contenuti del D.Lgs n. 29/2024 ed in particolare con quanto previsto dall'art. 40.

1. Attivazione del procedimento

Il procedimento valutativo di base si attiva su istanza dell'interessato oppure, nei casi previsti, da parte di:

- esercente la responsabilità genitoriale, nel caso di persona minorenni;
- tutore o amministratore di sostegno, purché munito di poteri rappresentativi.

L'attivazione avviene con la trasmissione in via telematica del certificato medico introduttivo, redatto secondo le modalità definite da INPS e contenente i riferimenti diagnostici codificati.

2. Contenuti della valutazione

Il procedimento si conclude con il **riconoscimento o meno della condizione di disabilità**, sulla base di una valutazione tecnica e funzionale che comprende:

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



3. Esito del procedimento

Al termine della valutazione, l'INPS rilascia un verbale unico che:

- certifica il riconoscimento della condizione di disabilità o il suo mancato riconoscimento;
- consente l'attivazione della successiva valutazione multidimensionale per la definizione del Progetto di Vita.

Nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità, tale certificato individua:

- la necessità di sostegno o la necessità di sostegno intensivo;
- la relativa intensità di sostegno, differenziata tra i livelli di lieve e media (comma 1), elevata e molto elevata (comma 3).
- i presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, previsti dai LEA;
- gli elementi utili alla "definizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima";
- i requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità, conseguenti all'accertamento dell'invalidità e ad ogni altra prestazione prevista dalla legge.

Il certificato di norma ha una validità non limitata nel tempo e non necessita di rinnovi o aggiornamenti periodici per mantenere la sua efficacia. In casi specifici (ad es. per l'attivazione di servizi di inclusione lavorativa) o in caso di variazioni significative della condizione personale, la normativa prevede l'aggiornamento/integrazione del certificato per accedere o potenziare i servizi dedicati alla persona.

2.2 La presentazione dell'istanza e l'avvio del procedimento per la predisposizione del Progetto di Vita

L'istanza di attivazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. n. 62/2024, può essere presentata da:

- la persona in possesso del certificato di riconoscimento della condizione di disabilità, rilasciato a seguito del procedimento valutativo di base gestito da INPS;
- la persona in possesso di un certificato di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/1992, in corso di validità, che può accedere direttamente alla valutazione multidimensionale senza necessità di sottoporsi preliminarmente al nuovo procedimento di base, in quanto transitoriamente riconosciuta come già valutata.

L'assetto normativo nazionale, attualmente in fase di evoluzione, in particolare attraverso il D.Lgs. n. 62/2024 in materia di disabilità e il D.Lgs. n. 29/2024 relativo alla riforma degli interventi per la non autosufficienza, comporterà probabilmente anche un aggiornamento del quadro regionale di riferimento. L'aggiornamento potrà essere funzionale a definire modalità operative chiare e coerenti che orientino i diversi profili di utenza verso i percorsi più appropriati, garantendo omogeneità nell'accesso alle prestazioni e nella presa in carico.

Sarà quindi fondamentale assicurare un allineamento tra le diverse valutazioni già in uso, come il Piano Assistenziale Individualizzato per le persone non autosufficienti e la valutazione multidimensionale per il Progetto di Vita, evitando sovrapposizioni procedurali e favorendo un'integrazione efficace tra i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari. In questo quadro, il possibile adeguamento della disciplina regionale dovrà assicurare un approccio uniforme e orientato alla personalizzazione degli interventi, nel rispetto dei nuovi criteri di funzionamento e partecipazione attiva della persona dettati dalle disposizioni normative nazionali precedentemente citate.

In conformità a quanto stabilito si individua, nelle more della costituzione della soggettività giuridica dell'ATS (iter di cui alla L.R. 9/2024), l'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale del territorio di residenza della persona con disabilità, il soggetto titolare del procedimento volto alla definizione e attuazione del Progetto di Vita. Gli Enti capofila di ciascun Ambito Territoriale devono con i comuni afferenti al proprio territorio integrare, qualora necessario, gli atti convenzionali per dare attuazione al presente



provvedimento.

L'attivazione del procedimento e l'elaborazione del progetto individuale, personalizzato e costruito con la partecipazione della persona possono avvenire attraverso due diverse modalità.

1. L'unità di valutazione di base informa la persona con disabilità o, l'esercente la responsabilità genitoriale, in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri, che può, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 62/2024, presentare l'istanza per l'elaborazione del Progetto di Vita attraverso l'invio del certificato della condizione di disabilità da parte della stessa commissione. La persona ha facoltà di richiedere alla commissione che il certificato attestante la condizione di disabilità venga trasmesso secondo le modalità definite da INPS all'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale afferente al territorio di residenza della persona con disabilità, al fine di avviare l'iter per l'elaborazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato. La trasmissione del certificato ha valore, a tutti gli effetti, di presentazione dell'istanza di parte per l'avvio del procedimento per l'elaborazione del Progetto di Vita.
2. In maniera autonoma, la persona con disabilità, o chi la rappresenta legalmente, può liberamente in qualunque momento presentare una richiesta formale per l'attivazione del percorso di Progetto di Vita:
 - diretta all'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale afferente al territorio di residenza della persona con disabilità;
 - oppure al Comune presso cui la persona risiede, o ad altri soggetti o sportelli territoriali eventualmente designati dallo stesso Ambito. In tali casi, le strutture riceventi provvederanno a inoltrare tempestivamente la documentazione all'Ente capofila, al fine di consentire la comunicazione di avvio del relativo procedimento.

Nelle more della piena operatività di una piattaforma informatica interoperabile con INPS dedicata alla trasmissione e gestione telematica delle istanze, la richiesta di attivazione del Progetto di Vita, ai sensi dell'art.15 del D.Lgs n. 62/2024, può essere presentata mediante posta elettronica certificata (PEC) all'Ente capofila dell'Ambito.

In caso di presentazione dell'istanza in maniera autonoma da parte della persona con disabilità, la stessa può essere indirizzata all'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale competente, oppure depositata presso uno dei punti appositamente individuati dallo stesso Ente capofila. Nel caso in cui l'istanza venga consegnata presso uno di tali sportelli territoriali, l'ufficio incaricato della ricezione dovrà provvedere tempestivamente all'inoltro formale della stessa all'Ente capofila dell'Ambito di riferimento, garantendo la tracciabilità e la correttezza procedurale dell'invio sulla base di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990.

È responsabilità condivisa di tutti gli attori istituzionali coinvolti nel procedimento, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l'INPS, gli Enti capofila degli Ambiti Sociali Territoriali, i Comuni, le strutture preposte alle dimissioni protette e i servizi sanitari specialistici, garantire un'adeguata promozione e informazione sul territorio riguardo alle modalità di presentazione e trasmissione dell'istanza per l'elaborazione del Progetto di Vita, al fine di assicurarne l'accessibilità e l'effettiva attivazione da parte dei cittadini interessati.

Ciascun Ente capofila di Ambito Territoriale Sociale, in coerenza con il proprio assetto organizzativo, così come innanzi indicato, provvede all'**individuazione del responsabile del procedimento** incaricato della gestione delle fasi istruttorie connesse alla definizione del Progetto di Vita ai sensi della D.Lgs n. 62/2024, fermo restando quanto previsto dalla Legge n. 241/1990.

Il responsabile del procedimento è tenuto a notificare all'interessato l'**avvio formale del procedimento entro 15 giorni** dalla data in cui si verifica una delle seguenti condizioni:



- ricezione del certificato attestante la condizione di disabilità, trasmesso dall'INPS;
- presentazione diretta dell'istanza presso l'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale;
- deposito dell'istanza presso il Comune di residenza della persona con disabilità o presso altre sedi operative individuate dall'Ambito.

La comunicazione di avvio del procedimento deve contenere (art. 23 comma 5):

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

Ai sensi dell'articolo 23, comma 7, del D.Lgs. n. 62/2024, la **durata massima del procedimento per la definizione e la formalizzazione del Progetto di Vita è fissata in 90 giorni decorrenti dalla data di comunicazione dell'avvio.**

2.3 La Valutazione Multidimensionale

2.3.1 L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) "potenziata"

L'assetto organizzativo regionale riferibile al servizio incaricato dell'elaborazione del Progetto di Vita individua il Distretto socio-sanitario come sede fisica accessibile, designata quale punto di riferimento operativo e di coordinamento. In tale sede è garantita la costituzione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), nonché lo svolgimento delle attività valutative connesse ai procedimenti attivati in seguito alla presentazione delle relative istanze.

Ai fini dell'avvio del processo di valutazione multidimensionale è necessario che l'ATS identifichi i propri referenti delle diverse aree organizzative coinvolgibili nel percorso di valutazione che faranno parte dell'UVM "potenziata" per ogni singolo Progetto di Vita.

Il responsabile del procedimento, una volta trasmessa all'istante la comunicazione formale di avvio, provvede a richiedere la convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) "potenziata" raccordandosi con il Direttore del Distretto socio sanitario.

La composizione dell'UVM "potenziata" sarà definita in modo flessibile, tenendo conto dei percorsi già in essere o attivabili a favore della persona.

Il Coordinatore dell'UVM, nell'ambito del procedimento amministrativo per l'elaborazione del Progetto di Vita, comunica al Responsabile del procedimento la data fissata per lo svolgimento della valutazione multidimensionale.

Le figure che costituiscono la componente essenziale dell'UVM "potenziata" (art. 24 D Lgs n. 62/2024) sono:

- 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 - nominata dall'interessato anche all'interno dei componenti dell'unità di valutazione multidimensionale - 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. Qualora il facilitatore non sia personale afferente a servizi pubblici, le spese sono a carico della persona con disabilità;
- d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore sociale dell'Ambito



- territoriale/Comune;
- e) uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda ULSS col compito di garantire l'integrazione socio-sanitaria;
 - f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di inclusione degli studenti con disabilità (ex D.Lgs n. 66/2017);
 - g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità (legge 12 marzo 1999, n. 68) ovvero il Collocamento Mirato del Centro per l'Impiego della Provincia di Vicenza della sede territoriale più prossima (art. 24, punto g, del D.Lgs. n.62/2024);
 - h) il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità.

Inoltre, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta o su richiesta degli altri componenti dell'UVM e senza oneri a carico della pubblica amministrazione, può essere previsto il coinvolgimento di ulteriori figure quali:

- i) il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 "Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze" o il *caregiver* come definito all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- j) un medico specialista o medici specialisti dei servizi sanitari o socio-sanitari;
- k) un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del Terzo settore;
- l) referenti dei servizi pubblici e privati, anche informali, presso i quali sono attivi servizi/percorsi/interventi a favore della persona con disabilità.

Per garantire l'attribuzione di compiti, responsabilità e scadenze connesse al procedimento di valutazione multidimensionale e alla conseguente definizione del Progetto di Vita, nell'ambito di quanto previsto dal D.Lgs n. 62/2024 e dal presente provvedimento, inclusi gli elementi relativi all'individuazione del Referente per la sua attuazione, l'ATS può procedere alla formalizzazione di specifici protocolli operativi con le Aziende ULSS.

2.3.2 Il coordinamento dell'UVM "potenziata"

Tra i componenti dell'UVM "potenziata" è individuato quale coordinatore dell'iter il professionista rientrante tra le figure di cui alla lettera d) "assistente sociale, un educatore o un altro operatore sociale dell'Ambito territoriale/Comune" ovvero di cui alla lettera e) "professionista sanitario".

Le modalità e i criteri di individuazione del coordinatore sono rimessi al Direttore del Distretto Socio-Sanitario in accordo con il Responsabile del procedimento dell'Ambito Territoriale Sociale, tenuto conto dei protocolli operativi presenti a livello territoriale, di cui al paragrafo precedente.

Il **Coordinatore dell'Unità di Valutazione Multidimensionale** è responsabile dell'integrazione operativa tra l'Azienda ULSS (attraverso il Distretto Socio-Sanitario) e l'Ambito Territoriale Sociale, nonché della definizione puntuale della composizione dell'UVM "potenziata" dedicata alla persona con disabilità, in funzione delle specificità del caso.

In tale ambito, il coordinatore assicura:

- il **coinvolgimento strutturale** del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta della persona con disabilità;
- la partecipazione del **referente scolastico** dell'istituzione educativa, in presenza di percorsi di inclusione scolastica attivi;
- l'inserimento, ove necessario, di un **operatore designato dai servizi per l'inclusione lavorativa** delle persone con disabilità.



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, senza oneri a carico della pubblica amministrazione, i soggetti di cui alle, lettere i), j), k), l), identificati dal paragrafo 2.3.1.

Nel rispetto del principio di **ricomposizione unitaria dei percorsi valutativi**, come delineato al paragrafo 2.3.3, la composizione dell'UVM "potenziata" deve essere orientata a garantire la massima coerenza tra i bisogni della persona e le risposte attivabili.

Nel caso in cui la persona con disabilità **non abbia individuato una figura di supporto (facilitatore)**, il Coordinatore, in collaborazione con la persona interessata, la sua famiglia e gli altri membri dell'UVM, promuove ogni azione utile a garantire che la persona sia effettivamente messa nelle condizioni di comprendere le opportunità, i sostegni e gli strumenti previsti nell'ambito del Progetto di Vita, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione e della capacità di scelta.

2.3.3 Il procedimento di valutazione multidimensionale

La **valutazione multidimensionale** rappresenta una **fase centrale e qualificante del procedimento** per la definizione del Progetto di Vita, ed è realizzata attraverso un **approccio integrato, interdisciplinare** e fondato sul **modello bio-psico-sociale**. Tale modello si ispira ai riferimenti concettuali e classificatori dell'ICF e dell'ICD, allo scopo di restituire una lettura complessiva e dinamica della condizione della persona con disabilità.

Il processo **si sviluppa in maniera collegiale**, con il contributo congiunto di figure professionali appartenenti ai diversi sistemi coinvolti (sociale, sanitario, educativo, del lavoro), e si struttura in quattro fasi principali, finalizzate alla definizione del profilo di funzionamento individuale nei differenti contesti di vita liberamente espressi dalla persona.

Tale valutazione costituisce un approfondimento qualitativo della valutazione di base, da cui prende avvio, e ne amplia gli esiti con l'obiettivo di individuare in modo puntuale i sostegni personalizzati attivabili nell'ambito del Progetto di Vita.

L'articolazione delle **fasi della valutazione multidimensionale** ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. n. 62/2024 sono:

- a. nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rilevazione degli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definizione del profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b. individuazione delle barriere e dei facilitatori nonché delle competenze adattive. Viene effettuata l'identificazione dei fattori ostacolanti e facilitanti, nonché delle competenze adattive nei contesti di vita emersi, al fine di comprendere in che modo l'ambiente può influire sul benessere, sull'autonomia e sulla partecipazione della persona;
- c. formulazione delle valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d. definizione degli obiettivi da realizzare con il Progetto di Vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi, promuovendo la coerenza e l'integrazione tra gli stessi.

Nel caso di **persone di minore età**, la valutazione multidimensionale dovrà tenere conto **anche del profilo di funzionamento predisposto per finalità scolastiche**, al fine di garantire un raccordo efficace tra inclusione scolastica, interventi socio-sanitari e progettualità individualizzata.



Lo strumento di valutazione attualmente in uso alle UVM per valutare i bisogni e i profili di funzionamento delle persone con disabilità è la S.Va.M.Di. (DGR n. 1804/2014).

2.3.4 La riorganizzazione e coordinamento unitario delle unità di valutazione multidimensionale

Il D.Lgs. n. 62/2024 prevede, inoltre, la riorganizzazione e l'integrazione funzionale delle *équipe* di valutazione multidimensionale già operative secondo il vigente modello organizzativo Veneto, in coerenza con i principi di razionalizzazione organizzativa, ottimizzazione delle risorse ed efficienza operativa. Tale processo deve avvenire in un'ottica di programmazione condivisa con gli Enti del Terzo Settore, garantendo nel contempo il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 24, comma 4.

Le funzioni svolte dalle *équipe* di valutazione multidimensionale attualmente operative sul territorio veneto sono:

- la definizione progetti assistenziali individualizzati che contemplano l'accesso ai servizi della residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità sia per le persone non autosufficienti che per le persone con disabilità anche di minore età;
- l'attivazione di progettualità sperimentali (es: DGR n. 739/2015, DGR n. 1375/2020) per le persone con disabilità;
- l'attivazione di progetti innovativi (es. DGR n. 2141/2017 "Dopo di noi" e DGR n. 514/2025 "Vita Indipendente");
- la definizione del progetto di inclusione scolastica e sociale (SISS) o altri servizi;
- la definizione del progetto di inserimento lavorativo (SIL) di tirocinio formativo/tirocinio di inclusione sociale;
- individuazione di prestazioni e trasferimenti monetari connessi alla condizione di "disabilità gravissima" di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 30 novembre 2016;
- l'individuazione delle misure di sostegno ai *caregiver* (DGR n. 295/2021 e s.m.i);
- la definizione dei bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ai sensi del DPCM Lea 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- eventuali ed ulteriori ambiti.

Nel caso in cui una persona già seguita dai servizi territoriali presenti, in autonomia, presenti istanza per la definizione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, il **Coordinatore dell'Unità di Valutazione Multidimensionale "potenziata"** attiva il seguente percorso operativo:

- **promuove la ricomposizione dei percorsi valutativi già effettuati o in corso**, garantendo un'integrazione coerente degli stessi all'interno del processo multidimensionale condotto dall'*équipe* UVM;
- **coinvolge direttamente** la persona con disabilità, il suo nucleo familiare e i professionisti dell'*équipe* multidisciplinare già in carico, assicurando una lettura integrata e condivisa del bisogno;
- **assicura una gestione flessibile** dell'*équipe*, valorizzando la continuità assistenziale e le risorse professionali già attivate, nel rispetto dei principi di efficienza e personalizzazione.

L'obiettivo è pervenire a una **riunificazione operativa** dei processi valutativi, nel quadro della costruzione del Progetto di Vita, secondo quanto previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 62/2024.



Rimane garantita, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 62/2024, la possibilità per la persona con disabilità di richiedere esclusivamente la valutazione funzionale all'accesso a singole prestazioni o interventi, senza attivare il percorso completo del Progetto di Vita.

2.4 Il Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato

Il modello organizzativo introdotto dal D.Lgs. n. 62/2024, in raccordo con il sistema territoriale integrato dei servizi già esistente nel territorio veneto, prevede che, per le persone con disabilità, i vari piani di sostegno (**PAI, PEI, ecc...**) siano orientati all'interno del più ampio **Progetto di Vita**, quale suo elemento funzionale e coerente.

I vari Piani di sostegno devono pertanto coordinarsi e integrarsi con l'insieme degli **interventi e dei sostegni, sia diretti che indiretti**, già attivi o potenzialmente attivabili a favore della persona e del suo nucleo familiare nei diversi ambiti (sociale, sanitario, educativo, abitativo e lavorativo).

Tale processo si realizza attraverso:

- la **ricomposizione unitaria di prestazioni e servizi**, secondo una logica centrata sulla persona;
- la **valorizzazione delle reti formali e informali di supporto**, comprese le forme di solidarietà di prossimità e i legami di comunità;
- il perseguimento degli **obiettivi condivisi** con la persona con disabilità e la sua famiglia, emersi a seguito della **valutazione multidimensionale**, da intendersi come processo dinamico, in grado di adattarsi nel tempo all'evoluzione del Progetto di Vita stesso.

2.4.1 Le Caratteristiche del Progetto di Vita

A seguito della valutazione multidimensionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale potenziata elabora il Progetto di Vita, definendo in modo integrato e personalizzato insieme ai referenti dei servizi attivati o attivabili (art. 26 comma 7 del D.Lgs n. 62/2024):

- i sostegni necessari;
- il budget di progetto;
- gli eventuali accomodamenti ragionevoli, conformemente a quanto previsto dall'art. 26, comma 1 del D.Lgs. n. 62/2024.

Nel caso in cui la persona con disabilità, o il suo legale rappresentante, abbia presentato una **proposta autonoma di Progetto di Vita**, l'UVM ne verifica la **congruità e coerenza** rispetto ai bisogni rilevati e procede alla **determinazione del budget**.

Il Progetto di Vita viene formalizzato in un documento unitario che comprende i seguenti elementi fondamentali (art. 26 comma 3):

- 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;
- d) i piani operativi e specifici individualizzati delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità, o, 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) il referente per la sua attuazione;
 - 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, private e del terzo settore, già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare nonché al sistema dei supporti informali, che compongono il budget di progetto di cui all'articolo 28.

Il Progetto di Vita con il relativo budget, **redatto in formato accessibile** per la persona con disabilità, è predisposto dall'unità di valutazione multidimensionale unitamente ai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto. Tali soggetti, **previa adozione dei relativi atti, anche amministrativi, lo approvano e lo sottoscrivono**. Il progetto è sottoscritto dalla persona con disabilità secondo le proprie capacità comunicative o da chi ne cura gli interessi.

A seguito della sottoscrizione del Progetto di Vita da parte di tutti i soggetti coinvolti, il Coordinatore dell'UVM comunica formalmente al Responsabile del procedimento dell'ATS la conclusione dell'iter valutativo e progettuale.

Il Responsabile del procedimento, a sua volta, **provvede a comunicare l'esito all'interessato** entro il termine massimo di **90 giorni** decorrenti dalla data di avvio del procedimento, fatti **salvi eventuali casi di interruzione o sospensione dei termini** per cause previste dalla normativa vigente.

Con la sottoscrizione, il Progetto di Vita acquisisce piena efficacia giuridico-operativa, divenendo vincolante per tutti i soggetti sottoscrittori e dando avvio all'attuazione degli interventi previsti.

L'adeguatezza e la coerenza del progetto rispetto all'evoluzione della condizione della persona e al contesto di vita vengono garantite attraverso un'attività di monitoraggio continuativa da parte del Referente per l'attuazione del Progetto, che opera in raccordo con i servizi coinvolti e con la persona interessata.

Eventuali modifiche al Progetto di Vita possono essere proposte da una qualsiasi delle parti coinvolte, qualora si riscontri la necessità di adattare il progetto agli eventuali cambiamenti nei bisogni, nelle condizioni personali o nel contesto di riferimento.

Nel caso in cui tali cambiamenti implicino la **ridefinizione degli obiettivi del progetto**, si rende necessaria l'attivazione di un **nuovo percorso valutativo multidimensionale**, che darà luogo all'aggiornamento complessivo del progetto secondo le modalità già previste nel processo standard.



2.4.2 Il Budget di progetto

Il Progetto di Vita è accompagnato e sostenuto dal Budget di progetto che mette a sistema e ricompone servizi, trasferimenti, supporti (anche quelli già attivati) a disposizione della persona e funzionali al suo progetto. In questo senso il budget viene predisposto secondo i principi della co-programmazione, della co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati.

Il budget di progetto è caratterizzato da flessibilità e dinamicità, al fine di integrare, ricomporre, ed eventualmente riconvertire, l'uso di risorse pubbliche (previdenziale, sociale, sanitaria, ...), private (personali, familiari e sociali) ed europee.

Ai fini della costruzione del budget di progetto individuale, è essenziale conoscere il sistema integrato di misure di *welfare* disponibili a livello regionale e locale. In particolare, è necessario tenere in considerazione:

- gli strumenti di politica attiva e di accompagnamento all'inserimento lavorativo rivolti alle persone con disabilità;
- le misure e i servizi di supporto all'inclusione scolastica ed educativa, all'assistenza domiciliare, residenziale semiresidenziale, diretta e indiretta già attivi o attivabili nel contesto territoriale;
- le risorse comunitarie, formali e informali, presenti nella rete di prossimità e nel contesto sociale in cui la persona è inserita.

Questa mappatura è funzionale alla **ricomposizione coerente ed efficiente delle risorse** disponibili, pubbliche e private, al fine di garantire un progetto realmente personalizzato, sostenibile e orientato alla massima autonomia e inclusione della persona con disabilità.

All'interno del sistema di *governance* territoriale delineato dal D.Lgs. n. 62/2024, gli Enti del Terzo Settore costituiscono un attore strategico della rete di prossimità, in grado di integrare il sistema pubblico grazie alla propria capacità di innovazione, adattabilità operativa e radicamento sociale.

Attraverso processi di co-programmazione e co-progettazione con le istituzioni pubbliche, tali Enti possono contribuire in modo significativo all'individuazione e alla costruzione di risposte personalizzate e coerenti con i fabbisogni emersi in sede di valutazione multidimensionale. Il loro apporto risulta essenziale per:

- potenziare l'offerta di interventi e sostegni, in un'ottica di complementarità e sussidiarietà;
- favorire la composizione integrata delle risorse, sia pubbliche sia private;
- valorizzare le reti informali e le dinamiche di comunità, nell'ambito dei progetti di vita individuali.

Questa sinergia consente di promuovere una presa in carico maggiormente appropriata, partecipativa e centrata sulla persona, coerente con i principi di inclusione, autodeterminazione e pari opportunità.

Nel budget possono confluire e si ricompongono anche gli interventi derivanti da Fondi già esistenti di cui la persona possa avere accesso e diritto come, ad esempio, quelli del Fondo per la non autosufficienza, del Fondo per i *caregiver* familiari, del Fondo per il "Dopo di noi" (legge 22 giugno 2016, n. 112). Nel budget vengono considerate anche le misure e i sostegni attivati in ambito di diritto allo studio universitario grazie allo specifico Fondo (rif. art. 5, comma 1, lettera a), legge 24 dicembre 1993, n. 537).



Al budget di progetto può concorrere volontariamente anche la persona con disabilità conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali (ad esempio la presenza di un *caregiver* familiare, di una rete informale della sua comunità di appartenenza ecc.).

Nella costruzione del budget è fatta salva la disciplina della compartecipazione al costo per le prestazioni laddove prevista (DPCM n. 159/2013), e dunque il riferimento al regolamento attuale sull'ISEE.

Ai sensi dell'articolo 28 comma 8 del D.Lgs.n. 62/2024 la persona con disabilità può autogestire il budget di progetto con obbligo di rendicontazione in conformità con quanto stabilito dal decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità 14 gennaio 2025, n. 17, "Regolamento concernente le modalità, i tempi, i criteri e gli obblighi di comunicazione ai fini dell'autogestione del budget di progetto".

L'UVM "potenziata" unitamente ai responsabili dei vari servizi e interventi, ciascuno per le risorse di rispettiva competenza, possono accogliere la richiesta dell'autogestione del budget di progetto in sede di predisposizione del Progetto di Vita, tenuto conto della situazione di contesto della persona e di quanto indicato dall'art. 3 comma 2 del regolamento stesso.

Il coinvolgimento attivo e integrato dei responsabili dei diversi servizi nella fase di definizione del budget consente di:

- verificare preventivamente la fattibilità operativa del progetto;
- garantire la disponibilità effettiva delle risorse necessarie alla realizzazione degli interventi;
- assicurare la coerenza temporale e finanziaria tra le azioni previste e i tempi di attivazione dei sostegni.

Questa modalità favorisce una pianificazione realistica e condivisa, rafforzando la personalizzazione degli interventi e la partecipazione consapevole della persona con disabilità nella gestione del proprio percorso di vita.

2.4.3 Il Referente per l'attuazione del Progetto di Vita

I soggetti che definiscono il Progetto di Vita individuano e nominano il **Referente per l'attuazione del Progetto di Vita** (art. 29 D.Lgs. n. 62/2024) della persona per il governo e il coordinamento del progetto complessivo, nonché per la ricomposizione delle risorse.

Nel contesto di una *governance* territoriale integrata, il Referente per l'attuazione del Progetto di Vita rappresenta una **figura cardine**, incaricata di **assicurare coerenza, continuità e qualità nell'attuazione degli interventi previsti**. Tale ruolo si configura come snodo operativo e relazionale all'interno della rete dei soggetti coinvolti, *équipe* multidisciplinare, servizi pubblici e del Terzo Settore, famiglia, comunità, con il compito di coordinare e integrare le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi definiti nel progetto, secondo un modello collaborativo e centrato sulla persona.

Il Referente **agisce in stretta connessione con l'UVM** e garantisce un riferimento costante durante l'intero iter di attuazione del progetto, sostenendo la persona con disabilità e la sua famiglia nell'accesso e nella fruizione delle risorse disponibili, contribuendo a tradurre in pratica gli obiettivi espressi nel progetto.

Considerati i contenuti della funzione, **si indica pertanto che tale figura sia identificata nell'Assistente Sociale dell'Ambito/Comune in caso di prevalenza di bisogni di natura sociale e sia identificata in una figura sanitaria afferente all'Azienda ULSS in caso di prevalenza di bisogni di natura sanitaria**.

Il Referente svolge i seguenti compiti:



- a) cura la realizzazione del Progetto e dà impulso all'avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni in esso previsti;
- b) assiste i responsabili e i 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;
- c) promuove il lavoro di rete a livello territoriale con il volontariato, il privato sociale ed altri soggetti per lo sviluppo delle azioni di sostegno previste in favore della persona;
- d) garantisce il pieno coinvolgimento della persona con disabilità e del suo *caregiver* o di altri familiari nel monitoraggio e nelle successive verifiche;
- e) richiede la convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale al fine di rimodulare il Progetto di Vita, laddove necessario.

3. Il monitoraggio della sperimentazione

Alla luce dell'impatto significativo introdotto dal D.Lgs. n. 62/2024 e della sperimentazione dei principali passaggi della riforma nel territorio di Vicenza, è necessario coinvolgere tutti i soggetti impegnati nella costruzione del Progetto di Vita della persona con disabilità, per monitorare e accompagnare con attenzione l'intero processo.

Si prevede pertanto l'istituzione di un Gruppo di Monitoraggio della sperimentazione, composto da rappresentanti delle principali delle Direzioni regionali competenti in materia di Servizi Sociali, Prevenzione, Sicurezza alimentare e Sanità veterinaria, Istruzione e Lavoro, Programmazione sanitaria, l'INPS regionale, le Aziende ULSS 7 e 8, nonché gli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali: ATS VEN_03 Bassano del Grappa, ATS VEN_04 Thiene, ATS VEN_05 Arzignano e ATS VEN_06 Vicenza

Tale gruppo assume il compito di garantire il coordinamento e il presidio della attuazione della sperimentazione nei territori individuati della provincia di Vicenza, attraverso le seguenti funzioni:

- accompagnare e monitorare l'evoluzione delle attività sperimentali, raccogliendo elementi di valore come buone pratiche e criticità operative emergenti;
- promuovere il confronto e lo scambio di soluzioni organizzative tra gli attori istituzionali coinvolti, anche con riferimento all'adozione di modalità inclusive (es. accessibilità dei documenti per le persone con disabilità);
- fornire alla Regione, strumenti di monitoraggio utili all'elaborazione degli atti di programmazione futuri, in coerenza con il quadro normativo di riferimento.

Nel corso dell'intera fase di sperimentazione, il Gruppo di Monitoraggio assicura la supervisione delle attività realizzate, proponendo, se necessario, misure correttive, in costante raccordo con il livello nazionale.

La valutazione degli esiti emersi durante la fase di sperimentazione permetterà di identificare le condizioni e le opportunità per l'ampliamento progressivo del modello su scala regionale.

4. Il trattamento dei dati personali

In considerazione dei processi in fase di sviluppo ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024 e di quanto sopra riportato, saranno avviate le attività necessarie in risposta agli adempimenti di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE N. 2016/679 e D.Lgs. n. 101/2018).



APPENDICE A - Glossario

Ai fini del presente documento si condividono le seguenti definizioni tratte dal D.Lgs. n. 62/2024:

Responsabile del procedimento amministrativo: è una figura che opera all'interno della pubblica amministrazione cui è affidata la gestione di un procedimento amministrativo. Il nominativo della persona individuata deve essere comunicato a tutte le parti interessate. Ai fini delle presenti linee di indirizzo è individuato dall'Ente capofila di Ambito Sociale Territoriale, afferente al territorio di residenza della persona con disabilità ed è il responsabile del procedimento dall'avvio dell'iter di richiesta dell'elaborazione del progetto di vita al provvedimento di chiusura del procedimento;

Referente per l'attuazione del progetto di vita: è la figura responsabile dell'attuazione del progetto di vita della persona con disabilità. Coordina servizi e interventi, supporta i referenti operativi, monitora l'andamento del progetto di vita e raccoglie eventuali segnalazioni. Garantisce il coinvolgimento della persona e dei familiari nelle fasi di verifica. Può richiedere la revisione del progetto attraverso l'unità di valutazione multidimensionale;

Coordinatore di UVM: è figura che ha funzioni di coordinamento delle Unità di Valutazione multidisciplinari. Il coordinatore cura gli aspetti organizzativi e amministrativi delle attività delle UVM, adotta metodologie tecnico-professionali per garantire l'efficacia degli interventi, e promuove reti di collaborazione tra servizi, enti e soggetti del territorio, al fine di rispondere in modo integrato e coerente ai bisogni della persona. Garantendo un raccordo tra gli ambiti sociali e sanitari, anche al fine di identificare i soggetti responsabili del trattamento dei dati personali;

Condizione di disabilità: una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di disuguaglianza con gli altri;

Persona con disabilità: persona definita dall'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal Decreto Legislativo 62/2024;

ICF: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

ICD: Classificazione internazionale delle malattie - International Classification of Diseases (ICD), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

WHODAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule, questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità;

Profilo di funzionamento: descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo la ICF tenendo conto della ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici;

Sostegni: i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno;



Valutazione di base: è 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 al sostegno, lieve o medio, o al sostegno intensivo, elevato o molto elevato;

Valutazione multidimensionale: è il 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, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita;

Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato: è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, 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;

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.



APPENDICE B - Matrice di responsabilità nel processo di avvio, elaborazione e attuazione del Progetto di vita

Fase	Soggetto/i Responsabile/i	Funzione attribuita	Note
1. Presentazione dell'istanza di formulazione del Progetto di vita	Persona con disabilità, Famiglia, INPS su delega della persona	Soggetto proponente l'istanza	Può avvenire in autonomia presso gli sportelli territoriali ATS o tramite la trasmissione telematica del certificato di condizione di disabilità da parte dell'INPS
2. Avvio del procedimento di formulazione del progetto di vita	Ambito territoriale Sociale ATS - Ente Capofila nelle more dell'attuazione della LR 9/2024	Responsabile del procedimento	L'ente capofila comunica alla persona e al Comune di residenza l'avvio del procedimento. Entro 15 gg dal ricevimento dell'istanza.
3. Valutazione multidimensionale "potenziata"	ATS – Ente capofila, Azienda ULSS Equipe multidisciplinare: ulteriori membri definiti sulla base del D.Lgs 62/2024, Comune di residenza	Supporto alla definizione del progetto di vita attraverso la Valutazione e redazione del profilo di funzionamento e del progetto di vita	L'Equipe integrata verrà composta secondo le indicazioni del D.Lgs 62/2024. Necessaria agenda dedicata per tali valutazioni.
4. Definizione del progetto di vita	ATS – Ente capofila, ULSS, Comune di residenza, ulteriori membri definiti sulla base del D.Lgs 62/2024	Elaborazione del Progetto di Vita, definizione interventi di accomodamento ragionevole, assegnazione del budget e definizione del Referente per l'attuazione del progetto	Il referente dell'attuazione del progetto è individuato all'interno dell'Unità di valutazione
5. Comunicazione della definizione del progetto di vita	ATS - Ente capofila	Responsabile del procedimento	L'Ente capofila trasmette il progetto e il relativo budget indicando anche il riferimento del referente per l'attuazione. la comunicazione deve avvenire entro 90 gg dall'avvio del procedimento.
6. Attuazione del progetto di vita	Soggetti attuatori (enti pubblici e privati accreditati)/Persona con disabilità in autogestione del progetto	Realizzazione degli interventi previsti	Coordinamento e monitoraggio del referente di progetto.
7. Monitoraggio e revisione del progetto di vita	Referente dell'attuazione del progetto	Verifica dell'efficacia e della rendicontazione in caso di autogestione del progetto nonché aggiornamento del progetto	In raccordo con la persona e i suoi riferimenti familiari o sociali e i soggetti coinvolti nell'attuazione del progetto



APPENDICE C – Flowchart processo di valutazione di base e formulazione progetto di vita

