



**REGIONE BASILICATA**

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 MATERA.

## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>1</b>
1. IL SISTEMA DELLA RETE TERRITORIALE DELLA REGIONE BASILICATA .....	2
1.1. <i>Il quadro di contesto</i> .....	2
1.2. <i>Il quadro cooperativo interistituzionale</i> .....	3
2. IL PROCESSO DI ATTIVAZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE, PERSONALIZZATO E PARTECIPATO ...	4
2.1. <i>La presentazione dell'istanza e l'avvio del procedimento per la predisposizione del Progetto di Vita</i> .....	5
2.2. <i>La Valutazione Multidimensionale</i> .....	7
2.2.1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) .....	7
2.2.2. Il coordinamento dell'UVM .....	8
2.2.3. Il procedimento di valutazione multidimensionale .....	9
2.2.4. La riorganizzazione e coordinamento unitario delle unità di valutazione multidimensionale .....	9
2.3. <i>Il Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato</i> .....	10
2.3.1. Le Caratteristiche del Progetto di Vita .....	11
2.3.2. Il Budget di progetto .....	12
2.3.3. Il Referente per l'attuazione del Progetto di Vita .....	13
3. IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI .....	14
<b>APPENDICE A - GLOSSARIO .....</b>	<b>15</b>
<b>APPENDICE B - MATRICE DI RESPONSABILITÀ NEL PROCESSO DI AVVIO, ELABORAZIONE E ATTUAZIONE DEL PROGETTO DI VITA .....</b>	<b>17</b>

## 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 Matera. 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 Matera, prenderà avvio dal 30 settembre 2025, e coinvolgerà:

- ***n. 1 sede provinciale INPS***
  - Sede INPS di Matera
- ***n. 3 Ambiti Socio Territoriali (AST) (totale Comuni coinvolti 31):***
  - AST 09 Città di Matera;
  - AST 08 Metapontino Collina Materana;
  - AST 07 Bradanica Medio Basento;
- ***n. 1 Azienda Sanitaria Locale:***
  - Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM).

Nell'ambito della sperimentazione, saranno attivamente coinvolti il sistema dell'istruzione e della formazione, attraverso le istituzioni scolastiche 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 materano. 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 presenti in Basilicata 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 Basilicata, 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).

## **1. Il sistema della rete territoriale della Regione Basilicata**

### **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 sociale e socio-sanitaria è rappresentata principalmente da:

- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1280 del 21/12/1999 con cui è stato approvato il Piano Socio-Assistenziale per il triennio 2000-2002;
- Legge Regionale n. 4 del 14/02/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale";
- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 317 del 24/07/2012 con cui è stato approvato il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 917 del 7/7/2015 di approvazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunali dei Servizi Sociali e Socio-sanitari 2016-2018.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 241 del 16/3/2016 "Attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunali dei Servizi Sociali e Socio-sanitari 2016-2018, DGR n.917 del 7.7.2015: Piano regionale di indirizzi".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 948 del 30/12/2022 con cui è stato adottato il piano operativo territoriale per l'anno 2022 ai sensi del decreto n. 77/2022 che prevede la costituzione di 19 case della Comunità, 6 COT (Centrale Operativa Territoriale) e 5 Ospedali di Comunità in tutta la Regione.

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

L'Ambito Socio-Territoriale (AST) è il perimetro istituzionale e territoriale per la programmazione, pianificazione, coordinamento e gestione della funzione socio-assistenziale regionale. In particolare, gli AST, 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 L.R. n. 4/2007 stabilisce un modello integrato di governance tra gli AST e le Aziende Sanitarie Locali, finalizzato a garantire un sistema socio-assistenziale più efficiente e coeso, basato sul caposaldo dell'integrazione socio-sanitaria. In questo contesto, gli AST sono riconosciuti come il perno della programmazione e gestione dei servizi sociali, mentre le Aziende Sanitarie Locali continuano a svolgere un ruolo centrale nell'erogazione dei servizi sanitari.

Gli AST operano tramite forme di gestione associata basate principalmente su convenzioni e hanno individuato i rispettivi Comuni 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.

La D.G.R. n. 917/2015, in attuazione della L.R. n. 4/2007 e del Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità, approva le Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunali dei Servizi Sociali e Socio-sanitari (P.I.S.S.) e definisce la perimetrazione dei nuovi AST.

La D.G.R. n. 241 del 16/3/2016 formula il Piano regionale di indirizzi per l'attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunali dei Servizi Sociali e Socio-sanitari.

Nelle more della costituzione della soggettività giuridica dell'AST, l'amministrazione titolare del procedimento per l'elaborazione del Progetto di Vita è il Comune di residenza della persona con disabilità (rif. paragrafo 2.1.).

Il Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-sanitari, strumento strategico per la pianificazione in materia di servizi sociali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale, attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta socio-sanitaria in ambito distrettuale.

Le Aziende Sanitarie Locali 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 e socio-sanitaria.

Le Aziende Sanitarie Locali 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 Sanitaria Locale è responsabile della programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari in un determinato ambito territoriale e si articola in Distretti socio-sanitari che rappresentano le strutture tecnico-funzionali mediante le quali le Aziende Sanitarie Locali assicurano una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, la Regione Basilicata 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 il territorio di uno o più Ambiti Socio Territoriali coincide 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'AST 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.

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'AST 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 sta consolidando un modello di integrazione operativa tra AST ed Aziende Sanitarie Locali, disciplinato da specifici accordi di programma, 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 Intercomunali dei Servizi Sociali e Socio-sanitari, 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:

- D.G.R. n. 1842 del 28/12/2012 di adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale S.Va.M.Di. quale strumento valutativo per persone con disabilità;
- D.G.R. n. 423 del 01/08/2024 con cui è stato approvato il documento di programmazione regionale del Fondo Non Autosufficienza-Triennio 2022-2024;
- D.G.R. n. 654 del 04/11/2024 con cui è stato approvato il documento di programmazione regionale esecutiva per la regolazione dei contributi di cui alla L. 234/2021, art. 1, comma 164, "Programma Regionale di Assegni di Cura e Voucher per Anziani non Autosufficienti e Persone con Disabilità - 2022-2024".

## **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. Presentazione dell'istanza e avvio del procedimento di elaborazione del Progetto di Vita.**  
Inoltre, da parte della persona interessata o da chi lo rappresenta, della richiesta di attivazione del Progetto di Vita agli organismi competenti. Per poter presentare l'istanza bisogna essere in possesso della valutazione di base rilasciata dall'INPS attestante il riconoscimento della condizione di disabilità, secondo le modalità previste dalla normativa vigente (capo II del dlgs 62/2024).
- 2. Valutazione multidimensionale**  
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.
- 3. 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).

#### **4. 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 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.

In prospettiva si considererà 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 il Comune di residenza della persona con disabilità, il soggetto titolare del procedimento volto alla definizione e attuazione del Progetto di Vita. I Comuni di ciascun Ambito Territoriale devono con i Comuni capofila del 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 al Comune 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 al Comune presso cui la persona risiede.

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) al Comune di residenza della persona con disabilità.

In caso di presentazione dell'istanza in maniera autonoma da parte della persona con disabilità, la stessa può essere indirizzata al Comune di residenza 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, i Comuni capofila degli Ambiti Socio 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 Comune, 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 dell'istanza presso il Comune di residenza della persona con disabilità.

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**.

## 2.2. La Valutazione Multidimensionale

### 2.2.1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

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 collaborazione con l'Ambito Socio-Territoriale di riferimento. 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'AST identifichi i referenti dei servizi sociali territoriali coinvolgibili nel percorso di valutazione che faranno parte dell'UVM per ogni singolo Progetto di Vita.

Il responsabile del procedimento, una volta trasmessa all'istante la comunicazione formale di avvio, provvede, coordinandosi con un referente in materia individuato dall'Ambito, a richiedere la convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) raccordandosi con il referente del Distretto socio sanitario.

La composizione dell'UVM 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 (art. 24 DLgs 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 Sanitaria Locale 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 Matera 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'AST può procedere alla formalizzazione di specifici protocolli operativi con le Aziende Sanitarie Locali.

### 2.2.2. Il coordinamento dell'UVM

Tra i componenti dell'UVM 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” del paragrafo precedente.

Le modalità e i criteri di individuazione del coordinatore sono rimessi al Distretto Socio-Sanitario in accordo con il Responsabile del procedimento del Comune di residenza e con il referente in materia dell'Ambito Socio-Territoriale, 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 Sanitaria Locale (attraverso il Distretto Socio-Sanitario), l'Ambito Socio-Territoriale e i Servizi Sociali Territoriali, nonché della definizione puntuale della composizione dell'UVM 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 2.2.1.

Nel rispetto del principio di ricomposizione unitaria dei percorsi valutativi, come delineato al paragrafo 2.2.3, la composizione dell'UVM 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.

### **2.2.3. 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, intellettiva 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. adottata dalla Regione Basilicata con la D.G.R. n. 1842 del 28/12/2012.

### **2.2.4. 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 regionale, 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 regionale 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 di cui al programma regionale straordinario per la disabilità 2016/2018 (D.G.R. n. 1168 del 03/10/2016) per le persone con disabilità;
- l'attivazione di progetti innovativi “Dopo di noi” e “Vita Indipendente”);
- 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;
- 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** 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.

### **2.3. 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-Piano Assistenziale Individualizzato, PEI-Piano Educativo Individualizzato, etc.) 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.

### 2.3.1. Le Caratteristiche del Progetto di Vita

A seguito della valutazione multidimensionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale 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 degli 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 del Comune di residenza della persona con disabilità e al referente in materia dell'AST 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.

### 2.3.2. 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 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.

### 2.3.3. 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 in un **Assistente Sociale dei Servizi Sociali Territoriali in caso di prevalenza di bisogni di natura sociale** e sia identificata in una figura sanitaria afferente all'**Azienda Sanitaria Locale 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) curare il monitoraggio in corso di attuazione del progetto, raccogliendo, se del caso, le segnalazioni trasmesse dai terzi;
- 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 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 dal Comune 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 uguaglianza 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**

<b>Fase</b>	<b>Soggetto/i Responsabile/i</b>	<b>Funzione attribuita</b>	<b>Note</b>
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 il Comune di residenza della persona con disabilità 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	Comune di residenza della persona con disabilità	Responsabile del procedimento	Il Comune di residenza comunica alla persona l'avvio del procedimento. Entro 15 gg dal ricevimento dell'istanza.
3. Valutazione multidimensionale	Comune di residenza, AST, Azienda Sanitaria Locale, Équipe multidisciplinare, ulteriori membri definiti sulla base del D.Lgs 62/2024	Supporto alla definizione del progetto di vita attraverso la valutazione e redazione del profilo di funzionamento e del progetto di vita	L'Équipe integrata verrà composta secondo le indicazioni del D.Lgs 62/2024. Necessaria agenda dedicata per tali valutazioni.
4. Definizione del progetto di vita	AST, ASL, 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	Comune di residenza	Responsabile del procedimento	Il Comune di residenza 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)/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