MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Dipartimento per le politiche sociali,
del terzo settore e migratorie

Progetto realizzato con il finanziamento concesso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'annualità 2024 a valere sul Fondo per il finanziamento di iniziative e progetti di rilevanza nazionale ai sensi dell'art. 72 del Decreto legislativo n. 117/2017

MINI GUIDA OPERATIVA

Il mio Progetto di Vita

Diritti, sostegni e percorsi personalizzati per una vita di qualità

D.lgs. n. 62/2024

Pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto "Persone e Comunità: promuovere e progettare Vite di Qualità"



ANFFAS NAZIONALE
ETS - APS RETE ASSOCIATIVA

Guida informativa e divulgativa

Ottobre 2026

Pubblicazione realizzata da:
Anffas Nazionale ETS-APS
Via Latina, 20 - 00179 Roma (RM)
Tel. 06/3611524 - 06/3212391
nazionale@anffas.net - www.anffas.net

Contenuti a cura di:
Chiara Canali, Antonio Caserta, Vito Giorgio Catania, Corinne Ceraolo Spurio, Angelo Cerracchio, Luigi Croce, Alessia Maria Gatto, Marco Lombardi, Matteo Romio, Roberta Speziale

Supervisione a cura di:
Roberto Speziale, Presidente Anffas Nazionale

Grafica a cura di:
Miriam Prete - Ufficio Comunicazione Anffas Nazionale

Edizione del mese di ottobre 2026

La presente guida è disponibile in formato digitale
sul sito di Anffas Nazionale.

MINI GUIDA OPERATIVA

Il mio Progetto di Vita

Diritti, sostegni e percorsi personalizzati
per una vita di qualità

D.lgs. n. 62/2024

SOMMARIO

INTRODUZIONE **2**
Perché parlare oggi di progetto di vita 2
A chi si rivolge questo manuale 2
Come leggerlo 2

CAPITOLO 1 - LA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA **3**
Dalla Convenzione Onu alla riforma italiana 3
La Legge delega n. 227/2021 e il D.lgs. n. 62/2024 3
Le novità introdotte dal decreto 3
Dal modello assistenziale al modello biopsicosociale 4
Diritti, autodeterminazione e qualità della vita 4
In sintesi 5

CAPITOLO 2 - CHE COS'È IL PROGETTO DI VITA **6**
La definizione introdotta dal D.lgs. n. 62/2024 6
Individuale, personalizzato e partecipato 6
Il ruolo della persona e della famiglia 7
Obiettivi di vita e qualità della vita 8
I diversi contesti di vita 8
Il Progetto di Vita e gli altri piani 9

CAPITOLO 3 - COME SI COSTRUISCE IL PROGETTO DI VITA **10**
La valutazione di base 10
La valutazione multidimensionale 10
Il budget di progetto 14
Chi partecipa alla costruzione del progetto 15
Monitoraggio e aggiornamento 16
In sintesi 16

CAPITOLO 4 - GLI STRUMENTI CHE RENDONO CONCRETO IL PROGETTO DI VITA **17**
L'accomodamento ragionevole 17
Risorse formali e informali 17
La comunità come risorsa 18

CAPITOLO 5 - IL RUOLO DELLE FAMIGLIE, DELLE ASSOCIAZIONI E DELLA RETE TERRITORIALE **19**
Accompagnare e sostenere 19
Informare e promuovere i diritti 19
Costruire alleanze nella comunità 20
In sintesi 20

SCHEDA FINALE PRATICA **21**
Cosa fare per richiedere il progetto di vita 21
Se il progetto non viene elaborato o attuato 21
Domande frequenti 22

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI UTILI **23**
Norme e giurisprudenza 23
Documenti e fonti istituzionali 23
Bibliografia scientifica 24

GLOSSARIO RAGIONATO **28**

INTRODUZIONE

Perché parlare oggi di progetto di vita

Per molto tempo la vita di tante persone con disabilità è stata organizzata a partire da ciò che i servizi potevano offrire: un posto in un centro diurno, alcune ore di assistenza, un inserimento in struttura.

La domanda, spesso implicita, era: "*quale prestazione disponibile possiamo assegnare a questa persona?*". Il D.lgs. n. 62/2024 chiede di cambiarla: "*quale combinazione di opportunità, risorse e sostegni serve perché questa persona possa vivere una vita che considera di qualità?*".

Lo strumento che rende possibile questo cambiamento è il **progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato**. Non è un nuovo modulo da compilare, né un elenco aggiornato di servizi: è un diritto della persona con disabilità, che può essere esercitato in ogni momento della vita e a qualsiasi età.

Parlarne oggi è necessario per almeno tre ragioni:

- la riforma è in sperimentazione in un numero crescente di territori e dal 1° gennaio 2027 è prevista la sua applicazione in tutta Italia (*art. 33 del D.lgs. n. 62/2024; D.L. n. 202/2024, convertito dalla l.n. 15/2025*);
- molte persone con disabilità e molte famiglie non sanno ancora di avere questo diritto, né come chiederlo, anche se la legge obbliga chi svolge la valutazione di base e/o chi entra in contatto a vario titolo con la persona a informarle (*art. 15 del D.lgs. n. 62/2024*);
- esiste il rischio concreto che il progetto di vita diventi una formalità: un documento che cambia nome ai servizi già esistenti senza cambiare nulla nella vita della persona.

A chi si rivolge questo manuale

Il manuale è pensato per tutti coloro che partecipano alla costruzione di un progetto di vita, e in particolare per:

- persone con disabilità;
- famiglie e caregiver;
- operatori dei servizi sociali, sanitari e educativi;
- componenti delle unità di valutazione multidimensionale;
- scuole;
- associazioni ed enti del Terzo settore.

L'obiettivo è semplice: rendere comprensibili le nuove regole e, soprattutto, aiutare a usarle per migliorare concretamente la vita delle persone.

Come leggerlo

Il capitolo 1 spiega il cambiamento di prospettiva introdotto dalla riforma. Il capitolo 2 descrive che cos'è il progetto di vita. Il capitolo 3 spiega come si costruisce, passo dopo passo. Il capitolo 4 presenta gli strumenti che lo rendono concreto. Il capitolo 5 riguarda il ruolo di famiglie, associazioni e comunità. La scheda finale raccoglie le indicazioni pratiche per richiederlo. Il glossario ragionato, in fondo al manuale, spiega le parole chiave con i riferimenti alla Convenzione Onu e al decreto.

CAPITOLO 1 - LA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA

Dalla Convenzione Onu alla riforma italiana

La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), adottata nel 2006 e ratificata dall'Italia con la l.n. 18/2009, ha cambiato il modo di intendere la disabilità. La disabilità non dipende solo dalla persona: nasce dall'interazione tra persone con menomazioni durature e barriere che ne impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società, su base di uguaglianza con gli altri.

Ne deriva un principio semplice: se una regola generale non funziona per una persona con disabilità, non è la persona che deve adattarsi al sistema, ma il sistema che deve trovare una soluzione.

Per questo manuale sono centrali tre articoli della Convenzione:

- **art. 3:** la libertà di compiere le proprie scelte è uno dei principi generali della Convenzione;
- **art. 12:** le persone con disabilità hanno capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri. Gli Stati devono garantire i sostegni necessari per esercitarla, non sostituirsi alla persona;
- **art. 19:** ogni persona con disabilità ha diritto a vivere in modo indipendente e a essere inclusa nella comunità, scegliendo dove e con chi vivere.

La Legge delega n. 227/2021 e il D.lgs. n. 62/2024

Per dare piena attuazione alla Convenzione, il Parlamento ha approvato la legge 22 dicembre 2021, n. 227, che ha delegato il Governo a riformare la normativa sulla disabilità. Tra i decreti attuativi, quello che incide più direttamente sulla vita quotidiana delle persone è il D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62. Con il D.lgs. 5 febbraio 2024, n. 20, è stata inoltre istituita l'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità mentre con il D.lgs. n. 222/2023 si mira a riqualificare i servizi pubblici in termini di accessibilità ed inclusione.

Le novità introdotte dal decreto

Le principali novità del D.lgs. n. 62/2024 sono cinque:

i. **un nuovo linguaggio:** «persona con disabilità» sostituisce espressioni come «handicappato», «portatore di handicap», «disabile»; la vecchia «situazione di gravità» diventa «necessità di sostegno elevato o molto elevato»; il sostegno può essere lieve o medio, oppure intensivo, sempre di livello elevato o molto elevato (*art. 3 della l.n. 104/92, come sostituito dal decreto, e art. 4 del decreto*);
ii. **una valutazione di base unica,** affidata all'INPS, che accerta la condizione di disabilità e l'intensità del sostegno necessario (capitolo 3);
iii. **l'accomodamento ragionevole,** che diventa un diritto esigibile in tutti i contesti di vita (capitolo 4);
iv. **la valutazione multidimensionale,** svolta da un'unità collegiale di cui fa parte la stessa persona con disabilità (capitolo 3);
v. **il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato,** sostenuto da un budget di progetto (capitoli 2 e 3).

> **Attenzione!**
> La riforma è in sperimentazione fino al 31 dicembre 2026 in un numero crescente di province. Dal 1° gennaio 2027 è prevista la sua applicazione in tutta Italia.

Dal modello assistenziale al modello biopsicosociale

Nel modello assistenziale la disabilità coincide con la diagnosi e con ciò che la persona non sa fare. La risposta è una prestazione standard, decisa da altri e spesso uguale per tutti coloro che hanno la stessa diagnosi.

Nel modello biopsicosociale, su cui si fonda la Classificazione internazionale del funzionamento (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il funzionamento di una persona dipende dall'interazione tra la sua condizione di salute, i suoi fattori personali e l'ambiente in cui vive. Il D.lgs. n. 62/2024 adotta esplicitamente l'ICF, insieme alla classificazione delle malattie ICD, sia nella valutazione di base sia nella descrizione del profilo di funzionamento.

In questa prospettiva il bisogno di sostegno nasce quando c'è una distanza tra ciò che la persona può fare e ciò che i suoi contesti di vita le richiedono (*Thompson et al., 2009; Schalock, Luckasson e Tassé, 2021*). Il sostegno serve a colmare questa distanza.

Attenzione a non confondere due momenti diversi. L'ICF è un linguaggio per descrivere il funzionamento; la Convenzione Onu stabilisce i diritti; il modello dei sostegni traduce i diritti in azioni concrete. Il decreto li usa in due tempi: la valutazione di base accerta la condizione di disabilità con ICD e ICF; la valutazione multidimensionale e il progetto di vita costruiscono i sostegni a partire dai desideri della persona (*Degener, 2016; Croce, 2026*).

Modello assistenziale	Modello biopsicosociale e dei diritti
Si parte dalla diagnosi	Si parte dalla persona, dai suoi desideri e dalle sue preferenze
Ci si chiede quale servizio disponibile assegnare	Ci si chiede quali sostegni servono per la vita che la persona desidera
Decide chi assiste	Decide la persona, con i sostegni necessari
Si interviene solo sulla persona	Si interviene anche sui contesti
Si contano le prestazioni erogate	Si verificano i cambiamenti nella vita della persona
Corrispondenza nel D.lgs. n. 62/2024: valutazione di base, per accertare la condizione di disabilità	Corrispondenza nel D.lgs. n. 62/2024: valutazione multidimensionale e progetto di vita, per costruire i sostegni con la persona

Diritti, autodeterminazione e qualità della vita

Autodeterminazione

Autodeterminarsi significa essere l'agente causale principale della propria vita, cioè la persona che fa accadere le cose: fare scelte e prendere decisioni sulla propria qualità della vita, senza influenze o interferenze esterne indebite.

Autodeterminazione non vuol dire fare tutto da soli. Nessuno è totalmente indipendente: le scelte si esercitano sempre dentro una rete di relazioni e di sostegni.

Spesso le persone con disabilità sono meno autodeterminate non per le loro capacità, ma perché hanno avuto poche occasioni di scegliere e ambienti che non le hanno incoraggiate a farlo. Le abilità di scelta, di definizione degli obiettivi e di soluzione dei problemi si possono imparare e rafforzare (*Wehmeyer e Bolding, 2001; Wehmeyer, 2005; Shogren et al., 2015*).

Qualità della vita

Il modello di qualità della vita più utilizzato nell'ambito della disabilità intellettiva è quello elaborato da Schalock e Verdugo, che individua otto domini, collegati tra loro:

- benessere fisico;
- benessere emotivo;
- benessere materiale;
- relazioni interpersonali;
- inclusione sociale;
- sviluppo personale;
- autodeterminazione;
- diritti.

Questi domini non sono obiettivi uguali per tutti, da sostituire ai desideri della persona. Sono una mappa che aiuta la persona e chi la sostiene a esplorare tutte le dimensioni della vita e a verificare nel tempo se il progetto sta producendo cambiamenti reali.

Gli otto domini si raggruppano in tre grandi aree: indipendenza, partecipazione sociale e benessere. Ciascun dominio corrisponde ad alcuni articoli della Convenzione Onu: per questo la qualità della vita è anche un modo per verificare se i diritti sono rispettati. Nei servizi Anffas si misura con la scala degli esiti personali (Personal Outcomes Scale, POS) (*Schalock e Verdugo, 2002; Verdugo et al., 2012; Lombardi et al., 2019*).

Sostegni e bisogni di sostegno

I sostegni sono risorse e strategie che promuovono lo sviluppo, l'indipendenza, gli interessi e il benessere della persona, favorendone il funzionamento e la partecipazione alla vita sociale (*Schalock, Luckasson e Tassé, 2021*).

Il bisogno di sostegno indica il tipo e l'intensità dell'aiuto necessario perché una persona possa partecipare alle attività tipiche della vita e perseguire i propri obiettivi. Non è una nuova classificazione della gravità e si rileva chiedendo, area per area, quale tipo di aiuto serve, quanto spesso e da chi arriva: dalla famiglia e dalla rete informale, dai servizi, da interventi specialistici.

Nello sviluppo più recente di questo modello, qualità della vita e sostegni hanno funzioni complementari: la qualità della vita aiuta a chiarire quali risultati sono importanti per la persona; i sostegni indicano come creare le condizioni per raggiungerli. Il sostegno, quindi, non è solo una risposta a una limitazione: è lo strumento che rende davvero esercitabili autonomia, partecipazione, inclusione e cittadinanza.

In sintesi

- la disabilità nasce dall'incontro tra la persona e le barriere dei contesti;
- il punto di partenza è la persona, non la diagnosi né l'offerta dei servizi;
- la persona decide, con i sostegni necessari;
- la qualità della vita indica gli obiettivi, i sostegni indicano la strada per raggiungerli.

CAPITOLO 2 - CHE COS'È IL PROGETTO DI VITA

La definizione introdotta dal D.lgs. n. 62/2024

Il decreto definisce il progetto di vita come il:

> *"progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, 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"* (*art. 2, lettera n), del D.lgs. n. 62/2024*).

Possiamo dirlo in modo più semplice: il progetto di vita è il progetto *della* persona, non un progetto fatto *per* la persona.

La persona con disabilità ne è la titolare: lo richiede, ne determina i contenuti e può chiederne modifiche e integrazioni secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte.

Attenzione: cosa è e cosa non è

Il Progetto di Vita:

- parte dai desideri, dalle aspettative e dalle preferenze della persona;
- guarda alla vita nel suo insieme, non a un singolo servizio;
- comprende sostegni formali e informali;
- cambia nel tempo, insieme alla persona.

Non è invece:

- l'elenco dei servizi già in essere con un nome nuovo;
- un documento scritto da altri e consegnato alla persona per la firma;
- un piano uguale per tutti coloro che hanno la stessa diagnosi;
- un modo per ridurre prestazioni già riconosciute.

Individuale, personalizzato e partecipato

Le tre parole della definizione hanno un significato preciso:

- **individuale,** perché non esistono percorsi standard: ogni progetto considera i bisogni di sostegno specifici di quella persona;
- **personalizzato,** perché gli obiettivi sono costruiti sui desideri, sulle aspettative e sulle preferenze della persona, nei contesti di vita che lei stessa sceglie;
- **partecipato,** perché la persona è protagonista in ogni fase: valutazione, elaborazione, attuazione, verifica.

Dal servizio al sistema di sostegni

Un progetto è davvero personalizzato solo quando il suo punto di partenza non è l'offerta dei servizi disponibili, ma la persona: le sue aspirazioni, preferenze, priorità, risorse e necessità di sostegno.

Il decreto sostiene questa impostazione: i servizi e gli interventi possono essere adattati alle esigenze emerse dalla valutazione e assumere un contenuto personalizzato rispetto all'offerta disponibile. È il servizio che si adatta alla persona, non il contrario.

Anche un intervento professionale diventa davvero un sostegno solo quando è inserito in un percorso orientato agli obiettivi personali e collegato ai risultati che la persona desidera raggiungere.

Partecipare non significa solo essere presenti

Un progetto partecipato richiede che la persona abbia un ruolo sostanziale nella definizione delle priorità, nella scelta delle strategie, nel monitoraggio e nella revisione del progetto. Familiari e professionisti mettono a disposizione conoscenze, risorse ed esperienza, ma il loro contributo non deve mai sostituire il punto di vista della persona.

> **Un esempio per comprendere meglio**
>
> Marco ha 34 anni e da dodici anni frequenta lo stesso centro diurno. Il documento chiamato «progetto di vita» riporta: centro diurno cinque giorni a settimana, trasporto, due ore di assistenza domiciliare. Sono esattamente i servizi che Marco aveva già. Nessuno gli ha chiesto che cosa desidera.
>
> In questo caso non siamo di fronte a un vero progetto di vita. Perché? Perché non si è partiti dalla persona, ma dall'offerta esistente: è cambiato il nome del documento, non la vita di Marco.

Il ruolo della persona e della famiglia

Il cambiamento più profondo riguarda chi decide. Per molto tempo le decisioni sulla vita delle persone con disabilità sono state prese da altri, in nome del loro «miglior interesse», guardando soprattutto alla salute e alla sicurezza. La Convenzione Onu chiede di passare dalla sostituzione al sostegno: si parte dalla volontà e dalle preferenze della persona. Quando, nonostante tutti gli sforzi, non è possibile conoscere con certezza ciò che la persona vuole, si cerca la migliore interpretazione della sua volontà e delle sue preferenze, non ciò che altri ritengono meglio per lei (*Comitato Onu, Commento generale n. 1, 2014, par. 21*).

Il sostegno alla decisione non comporta alcun trasferimento di diritti: la persona resta titolare delle proprie scelte, anche quando ha bisogno di un aiuto intenso per prenderle.

Questo vale anche per chi comunica senza parole. Il punto di partenza non è un test della capacità, ma la consapevolezza che ogni persona comunica continuamente, con lo sguardo, i gesti, le espressioni, i comportamenti. Se una persona non comunica in modo convenzionale, non significa che non abbia nulla da dire: significa che non ha ancora ricevuto il sostegno giusto per farlo. Per questo i segnali vanno osservati in momenti e luoghi diversi e confrontati tra più persone che la conoscono, per essere certi di capire lei e non le nostre aspettative (*Grove et al., 1999*).

La famiglia conosce la persona, spesso da tutta la vita, ed è in molti casi la sua prima risorsa. Il suo ruolo è sostenere, non sostituire. Solo in alcuni casi un familiare o un'altra figura rappresenta legalmente la persona: i genitori per i figli minorenni; il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno dotato dei necessari poteri. Anche in questi casi le scelte vanno condivise con la persona, e il suo diritto a partecipare non può essere limitato.

Sostenere le scelte significa anche riconoscere la dignità del rischio: ogni persona ha il diritto di assumersi rischi informati. Eliminare ogni possibilità di errore impedisce di imparare e di crescere. Il rischio non si ignora: si analizza insieme alla persona e si costruiscono i sostegni che lo rendono accettabile (*Perske, 1972*).

Esempio - la dignità del rischio

Sara ha 28 anni e vuole andare al lavoro in autobus da sola. La famiglia si oppone per paura che si perda, che qualcuno se ne approfitti, che arrivi tardi. Il servizio si allinea alla famiglia e Sara smette di chiedere.

Un nuovo educatore propone di analizzare i rischi insieme a Sara. Il suo desiderio diventa un obiettivo del progetto: si studiano le fermate, si prova il percorso più volte con un accompagnatore, si attiva un sistema di messaggi e di aiuto in caso di necessità. La sua autostima e il modo in cui guarda al futuro cambiano profondamente.

Obiettivi di vita e qualità della vita

Ogni persona, per vivere bene, progetta e organizza la propria vita intorno ai propri desideri e alle proprie aspettative. Per molte persone con disabilità questo percorso è stato rovesciato: gli obiettivi sono stati scelti da altri, o dal servizio frequentato, entro i limiti delle sue regole e della sua organizzazione.

Per questo raccogliere i desideri, le aspettative e le preferenze della persona è il momento iniziale e fondativo del progetto di vita.

Capire che cosa è importante per una persona è un'operazione complessa. Si può pensare a un percorso che va:

- **dalle preferenze**, cioè ciò che la persona gradisce qui e ora: un oggetto, un'attività, una persona;
- **ai desideri**, cioè ciò che vorrebbe avere o fare, anche se non è presente in quel momento;
- **ai valori**, cioè ciò che per lei conta nella vita.

Il modo di esplorare questi livelli cambia da persona a persona, in base alle sue modalità di comunicazione e ai suoi bisogni di sostegno (vedi capitolo 3).

Accanto a che cosa la persona desidera, è utile registrare quanto ogni area di vita conta per lei e perché. Va distinto ciò che è importante per la persona da ciò che è importante per la sua salute e sicurezza: entrambi entrano nel progetto, ma il primo ne è il punto di partenza (Smull e Sanderson, 2005).

Gli obiettivi del progetto nascono da qui. La qualità della vita è anzitutto benessere percepito dalla persona, nella salute ma anche nelle relazioni, nel lavoro, nel tempo libero, nei valori personali. I suoi domini servono a esplorare tutte le aree della vita e a verificare se il progetto produce cambiamenti che la persona considera importanti.

I diversi contesti di vita

Il contesto non è lo sfondo del progetto di vita: è una delle sue principali leve di cambiamento. Le possibilità di scegliere, imparare, lavorare, avere relazioni e partecipare dipendono dall'incontro tra le caratteristiche della persona e le condizioni dell'ambiente. Lo stesso obiettivo può essere realizzabile in un contesto e quasi impossibile in un altro.

I fattori di contesto si collocano su tre livelli, che si influenzano a vicenda:

- **livello micro:** la persona e le sue relazioni più vicine, i suoi sostegni naturali, le opportunità immediate;
- **livello meso (intermedio):** servizi, scuola, luoghi di lavoro, organizzazioni, reti territoriali e pratiche professionali;
- **livello macro:** leggi, politiche sociali, sistemi di finanziamento, accessibilità, trasporti, mercato del lavoro, atteggiamenti culturali (*Bronfenbrenner, 1979; Shogren, Luckasson e Schalock, 2014*).

Alcuni fattori non si possono modificare, altri sì: l'accessibilità, le regole organizzative, le opportunità offerte, le reti di supporto, le politiche. È su questi che il progetto di vita deve poter intervenire.

Il decreto individua quattro aree (*art. 26 del D.lgs. n. 62/2024*) in cui il progetto definisce gli interventi (la salute comprende sia quella fisica sia quella mentale, con bisogni e servizi diversi (*Cooper et al., 2015*)):

- apprendimento, socialità e affettività;
- formazione e lavoro;
- casa e habitat sociale;
- salute.

Esempio - lavorare, abitare

Se l'obiettivo è lavorare, non basta valutare le competenze della persona. Occorre considerare i trasporti, gli accomodamenti possibili, l'atteggiamento dei datori di lavoro, i sostegni naturali e professionali, le politiche di inclusione lavorativa.

Allo stesso modo, il desiderio di vivere nella comunità non dipende solo dalla capacità di gestire una casa: servono alloggi disponibili, sostegni flessibili, accessibilità, relazioni e reali occasioni di appartenenza.

Ricorda!!

Ogni progetto di vita deve porsi almeno due domande: di quali sostegni ha bisogno la persona per realizzare i propri obiettivi e veder rispettati i propri diritti? E quali condizioni devono cambiare nei suoi contesti di vita perché i suoi diritti e i suoi obiettivi diventino davvero praticabili?

Il Progetto di Vita e gli altri piani

Il progetto di vita non si aggiunge agli altri piani che riguardano la persona: li mette in relazione. Il Piano educativo individualizzato (PEI) della scuola, il Piano assistenziale individualizzato (PAI), il Progetto riabilitativo individuale (PRI) vanno armonizzati in un quadro unitario, per evitare interventi scollegati o contraddittori. Vanno compresi anche i piani di cura sanitari, come la terapia farmacologica e i progetti terapeutico-riabilitativi della salute mentale e della neuropsichiatria, che possono favorire o ostacolare gli obiettivi di vita.

Per questo la valutazione multidimensionale parte dal censimento dei piani e dei sostegni già attivi e dei loro obiettivi, per confermarli, rimodularli o integrarli.

Nel progetto di vita confluiscono anche i percorsi del «Dopo di noi» (l.n. 112/2016). Il PEI resta parte integrante del progetto di vita. Vale inoltre il principio di non regressione: l'attivazione del progetto di vita non può ridurre i sostegni e le prestazioni già riconosciuti (*art. 27 del D.lgs. n. 62/2024*).

CAPITOLO 3 - COME SI COSTRUISCE IL PROGETTO DI VITA

La valutazione di base

La valutazione di base è il procedimento con cui si accerta la condizione di disabilità, utilizzando le classificazioni internazionali ICD e ICF. Stabilisce anche se la persona ha diritto a un sostegno lieve o medio oppure a un sostegno intensivo, elevato o molto elevato. È affidata all'INPS e, con una sola visita, sostituisce tutti i vecchi accertamenti: invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità, handicap (l.n. 104/92) e disabilità ai fini del collocamento mirato al lavoro (l.n. 68/99). La commissione usa insieme la diagnosi (ICD), la descrizione del funzionamento (ICF) e il questionario WHODAS 2.0 (*artt. 5-16 del D.lgs. n. 62/2024*).

Nei territori in sperimentazione il procedimento parte dall'invio telematico all'INPS del certificato medico introduttivo da parte del medico certificatore, senza una domanda amministrativa separata.

La valutazione di base non fa parte del progetto di vita: ne è la premessa. Per chiedere il progetto bisogna essere riconosciuti come persona con disabilità, ma non serve attendere la nuova valutazione: basta anche un certificato rilasciato in precedenza ai sensi della l.n. 104/92, con o senza la vecchia connotazione di gravità.

Per le persone anziane non autosufficienti valgono anche le regole del D.lgs. n. 29/2024 sulle politiche per gli anziani: conviene informarsi presso il proprio territorio su quale percorso si applica.

> **Attenzione!**
> Chi ha già un certificato ai sensi della l.n. 104/92 può chiedere subito il progetto di vita. Non deve rifare gli accertamenti.

La valutazione multidimensionale

Dopo la richiesta, il progetto di vita si costruisce attraverso la valutazione multidimensionale: un processo globale, dinamico e interdisciplinare che individua la natura e l'intensità dei bisogni di sostegno della persona, in relazione al suo profilo di salute e ai suoi ambienti di vita, attuali e futuri.

Il suo scopo non è descrivere le limitazioni della persona, ma capire quale vita desidera vivere, quali ostacoli incontra e quali sostegni servono per avvicinare la situazione attuale ai risultati desiderati. Non è un momento certificativo: è parte di un processo di pianificazione che continua nel tempo.

È svolta collegialmente dall'unità di valutazione multidimensionale, di cui fa parte la stessa persona con disabilità e si articola in quattro fasi.

Fase 1 - Desideri, aspettative e profilo di funzionamento

La prima fase rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative, e individua gli ambiti di vita che per lei sono rilevanti: l'abitare, la formazione e il lavoro, le relazioni e l'affettività, la salute.

Le domande guida sono semplici: che cosa conta davvero per questa persona? Quali esperienze desidera fare? Dove e con chi vorrebbe vivere? Quali attività, relazioni, ruoli e opportunità considera importanti?

Il profilo di funzionamento

Nella stessa fase si definisce il profilo di funzionamento: la descrizione di come la persona funziona nei diversi ambiti di vita, secondo l'ICF, tenendo conto dell'età, della condizione di salute, dei fattori personali e del contesto.

Il profilo si descrive in chiave ICF, distinguendo capacità e performance, con attenzione alle competenze adattive. Le competenze adattive sono le abilità concettuali, sociali e pratiche che la persona usa ogni giorno (*Tassé et al., 2012*). Non serve compilare l'intera classificazione ICF: basta un profilo mirato sulle aree che contano per gli obiettivi della persona e su quelle in cui ha bisogno di sostegno. La capacità indica ciò che la persona sa fare in condizioni standard; la performance, ciò che fa realmente nei suoi ambienti di vita con i sostegni e le barriere che vi trova. La distanza tra le due mostra quanto il contesto aiuta o ostacola.

Per i minori, la valutazione tiene conto anche del profilo di funzionamento redatto ai fini scolastici.

Quando la persona non può dirlo a parole

Chiedere a una persona che cosa le piace non sempre basta. Chi ha competenze verbali limitate tende spesso a dare la risposta che pensa l'interlocutore si aspetti. È un fenomeno noto e studiato (*Sigelman et al., 1981*). Chi ha avuto poche esperienze sceglie ciò che già conosce. Le preferenze, inoltre, cambiano nel tempo e con le opportunità disponibili.

Per questo la Relazione illustrativa al decreto indica, tra le altre strategie utili, anche quella di far provare concretamente le opzioni tra cui scegliere.

Esistono procedure osservative, dalle più semplici alle più strutturate, che permettono di rilevare le preferenze in modo attendibile:

- presentare un oggetto o un'attività alla volta e osservare se la persona si avvicina, guarda, sorride o si allontana (presentazione di uno stimolo alla volta);
- offrire due alternative per volta e registrare quale viene scelta (scelta tra due);
- offrire più alternative insieme e osservare l'ordine delle scelte (scelta multipla);
- osservare che cosa la persona sceglie liberamente in un ambiente ricco di opportunità, senza richieste (osservazione della scelta libera);
- raccogliere informazioni da chi la conosce bene, con interviste strutturate (interviste a chi conosce la persona);
- per chi può riflettere su di sé, usare colloqui e carte illustrate per esplorare i propri valori.

La procedura si sceglie in base alle modalità di comunicazione della persona e ai suoi bisogni di sostegno. (*Pace et al., 1985; Fisher et al., 1992; DeLeon e Iwata, 1996; Roane et al., 1998*) Le osservazioni vanno ripetute in momenti e contesti diversi. I segnali della persona vanno documentati e condivisi da tutta l'équipe, ad esempio con un «dizionario» dei suoi comportamenti comunicativi: che cosa significano, per lei, un sorriso, uno sguardo, un allontanamento.

Esempio. Teresa ha 52 anni, bisogni di sostegno molto elevati e una comunicazione fortemente limitata. Il suo progetto era costruito sulla diagnosi e sulle esigenze cliniche; le sue reazioni quotidiane non venivano documentate. L'équipe avvia un'osservazione strutturata delle sue preferenze: Teresa sorride alla musica dal vivo e si allontana dai laboratori rumorosi. Queste osservazioni riscrivono la sua settimana, con attività scelte a partire dai suoi segnali.

Ricorda!!

La preferenza rilevata in questo modo è il miglior indicatore disponibile della volontà della persona e diventa contenuto del suo progetto. I sostegni hanno senso solo se sono al servizio di ciò che per la persona ha valore.

Fase 2 - Barriere, facilitatori e competenze adattive

La seconda fase analizza, negli ambiti di vita scelti, ciò che ostacola o facilita la partecipazione della persona: elementi fisici, organizzativi, culturali, legati agli atteggiamenti (nel linguaggio ICF, i «fattori ambientali»). Considera anche le competenze adattive, cioè le abilità che la persona usa nella vita di ogni giorno.

È il momento in cui si chiede non soltanto che cosa debba imparare la persona, ma quali cambiamenti del contesto rendono possibile la sua partecipazione.

Fase 3 - Salute, bisogni di sostegno e qualità della vita

La terza fase considera il profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, non solo in sé, ma per come incide sul benessere percepito dalla persona nei diversi ambiti della vita. Valuta i bisogni di sostegno e i domini della qualità della vita, in relazione alle priorità della persona.

Le ricerche condotte nei servizi Anffas lo confermano. In uno studio su 1.285 persone con disabilità intellettiva, la qualità della vita risultava legata ai bisogni di sostegno, alle caratteristiche della persona e alla presenza di obiettivi personali molto più che alla semplice quantità di sostegni forniti (*Lombardi et al., 2016*). Un altro studio ha mostrato che le persone con i bisogni di sostegno più intensi possono ricevere meno sostegni per sviluppare le abilità adattive, mentre per la partecipazione alla comunità i sostegni crescono con i bisogni (*Bianchi et al., 2025*).

> **Perché la salute conta**
>
> Le persone con disabilità intellettiva si ammalano di più e muoiono prima. Nel Regno Unito l'età mediana alla morte è risultata inferiore di 13 anni per gli uomini e di 20 anni per le donne rispetto alla popolazione generale, e più di un terzo delle morti si sarebbe potuto evitare con cure tempestive e di buona qualità (*Heslop et al., 2014; Yu et al., 2026*).
>
> Spesso un nuovo sintomo viene attribuito alla disabilità invece che a una malattia curabile: è il cosiddetto «adombramento diagnostico» (*Javaid et al., 2019*). Molte persone ricevono inoltre psicofarmaci per il comportamento senza una diagnosi psichiatrica (*Sheehan et al., 2015*). Un controllo di salute annuale con il medico di famiglia aiuta a scoprire problemi non riconosciuti (*Robertson et al., 2014*).
>
> Per questo nell'unità di valutazione siede anche il medico di medicina generale o il pediatra (*art. 24 del D.lgs. n. 62/2024*): il suo compito è portare nel progetto la salute fisica e mentale della persona.

Fase 4 - Gli obiettivi del progetto

La quarta fase mette insieme tutte le informazioni raccolte: ambiti di vita desiderati, profilo di funzionamento, barriere e facilitatori, competenze adattive, condizioni di salute, qualità della vita. Parte dal censimento dei sostegni e dei piani già attivi, compreso il PEI, e definisce in ordine di priorità gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita.

Per stabilire le priorità si guardano due aspetti: quanto un obiettivo conta per la persona e quanto è importante per la sua salute, sicurezza e autonomia secondo chi la sostiene. Quando i due punti di vista coincidono, l'obiettivo viene per primo. Quando la persona tiene molto a un obiettivo che gli operatori ritengono meno urgente, il suo desiderio resta prioritario. Quando gli operatori ritengono urgente un obiettivo, spesso di salute, che la persona non sente suo, non lo si impone: si danno informazioni comprensibili, si cerca un accordo e si scrive nel progetto come si è lavorato (*Elwyn et al., 2012*).

Questo criterio corrisponde alla «Matrice delle Priorità» del modello di Croce e Di Cosimo, che incrocia due «qualificatori di rilevanza»: uno descrive quanto un'area conta per la persona (preferenze), l'altro quanto è importante per la sua salute, sicurezza e autonomia (necessità adattive) (*Croce e Di Cosimo, 2026*).

Gli obiettivi devono essere specifici, misurabili, realistici e con tempi definiti. Per ciascuno si valuta la distanza da colmare e quanto sostegno serve per colmarla. Da qui si decide quali sostegni già esistenti confermare e quali costruire. Ciascun obiettivo dovrebbe essere accompagnato da appositi indicatori, utili a verificare nel tempo il suo raggiungimento. Servono due tipi di indicatori: quelli che verificano se il sostegno è stato dato e quelli che verificano che cosa è cambiato nella vita della persona (*Kiresuk e Sherman, 1968*).

La costruzione degli interventi

Costruire gli interventi significa allineare ciò che conta per la persona dal suo punto di vista, ciò che è importante per la sua salute e la sua sicurezza e i sostegni di cui ha bisogno per partecipare alle attività e ai contesti desiderati, trasformando queste informazioni in strategie concrete.

Gli interventi sono definiti nelle quattro aree indicate dal decreto, con la partecipazione dei responsabili dei servizi, anche informali, che dovranno attuarli. Il primo passo è guardare ai sostegni già attivi. Alcuni vanno confermati, altri riprogettati perché non rispondono più agli obiettivi della persona, altri ancora sostituiti. I nuovi sostegni possono essere di tre tipi:

Sostegni tipici. Sono quelli già previsti da una norma o da un atto di programmazione: leggi statali e regionali, livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, prestazioni che la Regione garantisce oltre i livelli essenziali, prestazioni sociali previste dalla programmazione regionale e di zona. Rientrano qui anche contributi, assegni di cura e servizi come il trasporto scolastico. Esistono già, ma vanno personalizzati nel modo concreto in cui sono erogati.

Sostegni della comunità. Sono quelli che esistono di fatto nel territorio, anche se nessuna norma li prevede: le attività di una società sportiva dilettantistica, un gruppo di volontariato, un'associazione culturale. Possono entrare nel progetto come qualunque altro sostegno.

Sostegni atipici. Sono quelli che non esistono ancora e vanno costruiti su misura per quella persona, combinando in modo flessibile le risorse del budget di progetto. È qui che si vede la differenza rispetto al modello precedente: se la risposta di cui la persona ha bisogno non è nel catalogo dell'offerta, non si ripiega sulla risposta disponibile, si costruisce quella che serve. Un esempio è descritto più avanti, nel paragrafo sul budget di progetto.

Il progetto indica chi fa che cosa, con quali risorse, in quali tempi e con quali verifiche. Le risorse possono venire da fonti diverse: servizi sociali e sanitari, scuola, servizi per il lavoro, Terzo settore, rete familiare e, per gli interventi che l'offerta del territorio non prevede, il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita (*art. 31 del D.lgs. n. 62/2024*).

> **Ricorda!!**
>
> Erogare sostegni non basta: occorre verificare che siano coerenti con i bisogni e con gli obiettivi della persona. La valutazione ha anche una funzione di equità: deve controllare che le risorse siano distribuite in proporzione ai bisogni e alle aspirazioni, soprattutto per chi ha bisogno di più sostegno. I bisogni che restano senza risposta vanno segnalati a chi programma i servizi: sono un'informazione preziosa per decidere dove investire le risorse.

Il budget di progetto

Il budget di progetto è l'insieme delle risorse che rendono possibile l'attuazione del progetto di vita: risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del Terzo settore, già presenti o attivabili nella comunità territoriale, nella rete familiare e nel sistema dei supporti informali.

Tre caratteristiche lo distinguono da una semplice raccolta di finanziamenti:

- **è integrato:** mette insieme risorse che appartengono a enti diversi (Comune, Azienda sanitaria, scuola, servizi per il lavoro, Terzo settore) per costruire un sostegno che nessuno di loro, da solo, potrebbe realizzare;
- **è flessibile:** non è vincolato all'offerta dei singoli servizi e cambia insieme al progetto;
- **può essere autogestito,** in tutto o in parte, dalla persona, da chi la rappresenta o da un suo delegato, con obbligo di rendicontazione. Perché l'autogestione funzioni, la persona e la famiglia devono poter contare su un aiuto per la gestione e la rendicontazione (*Glendinning et al., 2008; Fleming et al., 2019*).

Il decreto indica le modalità con cui il budget può essere composto:

- **integrazione delle risorse:** enti diversi mettono insieme risorse di propria competenza per costruire un sostegno che nessuno di loro potrebbe realizzare da solo;
- **riconversione delle risorse:** risorse già impegnate per un servizio vengono destinate a un sostegno diverso, più coerente con gli obiettivi della persona;
- **co-programmazione e co-progettazione:** la programmazione dei bisogni e la progettazione degli interventi sono costruite insieme agli enti del Terzo settore;
- **accomodamento ragionevole:** quando le misure ordinarie non bastano a garantire un diritto (capitolo 4);
- **autogestione del budget:** nei termini descritti sopra.

> **Esempio - mettere insieme le risorse**
>
> Giulia ha 24 anni e desidera frequentare un corso serale di cucina in città, a trenta chilometri da casa. Nessun servizio del territorio prevede un trasporto serale.
>
> Con il budget di progetto il Comune mette a disposizione un contributo congruo che Giulia gestisce direttamente per retribuire un accompagnatore; un'associazione di volontariato organizza il rientro nelle sere in cui l'accompagnatore non è disponibile; l'ente di formazione adatta i materiali del corso. Nessuna di queste risorse, da sola, avrebbe risolto il problema.

Resta un caso: il sostegno di cui la persona ha bisogno non esiste nel territorio e nessuna di queste modalità basta a costruirlo. Per queste situazioni il decreto ha istituito il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, con una dotazione di 25 milioni di euro annui a partire dal 2025.

Il Fondo può essere usato solo quando ricorrono tutte e tre queste condizioni:

- il sostegno non rientra nei livelli essenziali delle prestazioni, statali o regionali;
- non fa parte dell'offerta del territorio, pubblica o privata;
- non è attivabile con nessuna delle modalità di costruzione del budget viste sopra.

Le sue risorse sono aggiuntive: non sostituiscono quelle già destinate ai servizi e alle prestazioni per le persone con disabilità, e non possono finanziare ciò che andrebbe comunque garantito.

A regime, la quota di ciascuna Regione dipenderà dai fabbisogni rilevati ogni anno nei progetti di vita elaborati nel territorio. È un punto che riguarda da vicino le associazioni: più i progetti vengono costruiti davvero a partire dai bisogni delle persone, più il territorio può ottenere risorse.

> **Attenzione!**
>
> Il budget di progetto non è un tetto di spesa e non può essere usato per ridurre prestazioni già riconosciute. Serve a comporre le risorse intorno agli obiettivi della persona, non ad adattare gli obiettivi alle risorse disponibili.

Chi partecipa alla costruzione del progetto

L'unità di valutazione multidimensionale è un organismo collegiale con un nucleo stabile, sanitario e sociale, al quale si aggiungono altre figure in base agli obiettivi e ai contesti di vita scelti dalla persona. La collegialità non è una formalità: è la condizione per integrare sguardi diversi e armonizzare i piani, non è una semplice somma di pareri specialistici.

Ne fanno parte di diritto (*art. 24 del D.lgs. n. 62/2024*):

- la persona con disabilità;
- i genitori, se la persona è minorenne, oppure il tutore o l'amministratore di sostegno dotato di poteri;
- la persona di fiducia scelta dalla persona con disabilità, se nominata;
- un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda sanitaria;
- un rappresentante della scuola, per gli studenti;
- se necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo;
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

Su richiesta della persona o di altri componenti possono partecipare anche il coniuge o il convivente, altri familiari, il caregiver familiare.

Il decreto garantisce l'autodeterminazione e la partecipazione attiva della persona in tutto il percorso. L'unità di valutazione deve adottare strategie che rendano il procedimento comprensibile: linguaggio facile da leggere, comunicazione aumentativa e alternativa, tempi adeguati, etc. Questo vale anche quando la persona ha una misura di protezione giuridica.

La persona può farsi accompagnare da una persona di fiducia, che la aiuti a esprimere le proprie scelte e a comprendere le opzioni disponibili. Può sceglierla tra i componenti dell'unità di valutazione oppure all'esterno: un referente di un'associazione, un professionista, un conoscente, un operatore. Se la persona non sceglie nessuno, l'unità di valutazione deve comunque garantirle questo supporto. Se la persona di fiducia fa parte dell'unità di valutazione, occorre fare attenzione che il suo ruolo nei servizi non entri in conflitto con il compito di dare voce alla persona (*Comitato Onu, Commento generale n. 1, 2014, par. 22*).

Oltre agli strumenti, possono sostenere la partecipazione diverse figure: la famiglia e i caregiver; persona che fornisca sostegno alla comunicazione o alla presa di decisioni, ad esempio un professionista della comunicazione aumentativa e alternativa; un mediatore culturale, dove serve; i peer supporter e le associazioni del territorio; il case manager o il referente dei sostegni già attivi.

La persona può anche presentare una propria proposta di progetto, al momento della richiesta o durante il procedimento.

Esempio - dalla presenza alla partecipazione

Claudia ha 29 anni. Alle riunioni sul suo progetto è presente, ma non parla quasi mai: familiari e professionisti discutono di lei in terza persona e il progetto le viene consegnato per la firma.

L'équipe cambia metodo. Claudia sceglie come persona di fiducia la sua migliore amica e, prima dell'incontro con l'unità di valutazione, partecipa a tre incontri preparatori con materiali in linguaggio facile. Arriva alla riunione con cinque obiettivi scritti da lei. Il progetto diventa suo.

Monitoraggio e aggiornamento



Il progetto di vita non si chiude con la firma. È un ciclo continuo.

La verifica non riguarda quante prestazioni sono state erogate, ma quali effetti hanno prodotto nella vita della persona. Per questo servono criteri legati alla qualità della vita. Ad esempio, la scala degli esiti personali (POS) per la qualità della vita, la scala di raggiungimento degli obiettivi (Goal Attainment Scaling) e, per la salute, il controllo annuale con il medico di famiglia (*van Loon et al., 2008; Kiresuk e Sherman, 1968*).

Il decreto prevede un referente per l'attuazione del progetto di vita, che ne coordina la realizzazione e ne cura la verifica. Le Regioni ne definiscono il profilo e i compiti, nel rispetto di un nucleo minimo fissato dalla legge. Il progetto stabilisce anche i tempi e le modalità delle verifiche periodiche. La persona, in quanto titolare, può chiederne in ogni momento la modifica.

In sintesi

- si parte dalla richiesta della persona;
- la valutazione multidimensionale si svolge in quattro fasi e parte dai desideri;
- la persona fa parte dell'unità di valutazione e può scegliere una persona di fiducia;
- il budget di progetto mette insieme risorse diverse intorno agli obiettivi;
- il progetto si verifica sui risultati nella vita della persona, non sul numero di prestazioni.

CAPITOLO 4 - GLI STRUMENTI CHE RENDONO CONCRETO IL PROGETTO DI VITA

L'accomodamento ragionevole

L'accomodamento ragionevole è una soluzione costruita su misura per permettere a una persona con disabilità di esercitare concretamente e tempestivamente un suo diritto, quando incontra un ostacolo fisico, organizzativo, comunicativo o sociale.

È previsto dall'art. 5-bis della l.n. 104/92, inserito dall'art. 17 del D.lgs. n. 62/2024, e nasce dalla Convenzione Onu, che lo definisce così: «le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali».

È uno strumento sussidiario: si attiva quando le misure ordinarie previste dalla legge non bastano a garantire un diritto, e non sostituisce né limita l'accesso alle prestazioni e ai servizi già riconosciuti. Sussidiario non significa eccezionale: può essere chiesto in qualunque momento e in qualunque contesto.

Non può quindi essere usato per ridurre diritti già riconosciuti, per giustificare la mancanza di risorse o per sostituire prestazioni obbligatorie. Rifiutare senza motivo un accomodamento ragionevole è una discriminazione (*art. 2 della Convenzione Onu*), contro cui si può agire con gli strumenti della l.n. 67/2006. Per chiederlo bastano tre passi: una richiesta scritta che descriva l'ostacolo, un confronto con la persona sulle soluzioni possibili, una risposta motivata dell'ente.

L'accomodamento ragionevole entra anche nel progetto di vita: se durante l'elaborazione le misure previste dalla legislazione vigente non risultano idonee a garantire pienamente i diritti della persona, si può individuare un accomodamento e inserirlo nel progetto e la persona stessa può proporlo.

Risorse formali e informali

Un sistema di sostegni non corrisponde a una singola prestazione. È l'uso pianificato e integrato di risorse diverse, tra cui:

- i sostegni naturali di famiglia, amici, colleghi e comunità;
- le tecnologie, gli ausili e le protesi;
- l'educazione lungo tutto l'arco della vita;
- gli accomodamenti ragionevoli;
- le condizioni che promuovono dignità e rispetto;
- la valorizzazione dei punti di forza della persona;
- quando necessari, i servizi professionali specialistici.

Questo elenco non è un nuovo catalogo di prestazioni. Serve ad allargare lo spazio delle possibilità e a combinare risorse formali, informali, personali e ambientali in modo coerente con il progetto (*Thompson et al., 2009; Schalock, Luckasson e Tassé, 2021*).

Un sostegno, inoltre, non è necessariamente qualcosa che si dà direttamente alla persona. Può essere la rimozione di una barriera, l'introduzione di un accomodamento, la modifica di una procedura organizzativa, la costruzione di una rete, l'apertura di nuove opportunità nella comunità.

Esempio - il sostegno giusto, per il tempo necessario

Chiara ha 19 anni e inizia un tirocinio in una libreria. La famiglia teme che non riesca a gestire turni, colleghi e richieste dei clienti; il servizio aveva proposto un inserimento in un laboratorio protetto.

Con un aiuto del padre, solo nei primi due mesi, per capire il contratto di tirocinio, Chiara gestisce tutto da sola. Oggi lavora quattro giorni a settimana e pranza con i colleghi. Le ricerche mostrano che passare prima da un ambiente protetto non migliora le possibilità di lavoro rispetto a un inserimento diretto con il sostegno giusto (*Cimera, 2011*).

La comunità come risorsa

La comunità non è solo il luogo in cui si trovano i servizi. È fatta di persone, relazioni, luoghi e occasioni: il vicinato, i negozi, le associazioni sportive e culturali, le biblioteche, il volontariato, i datori di lavoro. È lì che si costruiscono ruoli sociali riconosciuti e senso di appartenenza.

La comunità è anche il luogo in cui si trovano molte barriere: atteggiamenti, pratiche organizzative, mancanza di accessibilità. Per questo il progetto di vita deve poter agire anche sui contesti, non solo sulla persona.

Usare la comunità come risorsa significa:

- partire dai desideri della persona e conoscere e mappare le risorse della comunità, anche quelle non pensate per le persone con disabilità;
- costruire rapporti di reciprocità, in cui la persona non solo riceve ma anche dà;
- inserire queste risorse nel budget di progetto, che può comprendere risorse della comunità territoriale e dei supporti informali.

Uno strumento utile è la prescrizione sociale: il medico o il servizio indirizza la persona verso attività della comunità (sport, cultura, volontariato) e il progetto ne indica l'obiettivo e la verifica (*Organizzazione Mondiale della Sanità, 2022; Croce, 2026*).

Esempio - da utente a compagno di squadra

Paolo ama il calcio. Invece di un'attività sportiva riservata alle persone con disabilità, il progetto prevede che si alleni con la squadra amatoriale del suo quartiere. Un compagno di squadra lo accompagna agli allenamenti; l'associazione sportiva, insieme all'educatore, adatta alcune regole. Paolo non è più soltanto l'utente di un servizio: è un giocatore della squadra.

Avere un ruolo riconosciuto, come Paolo nella sua squadra, è anche un fattore di salute (*Wolfensberger, 1983*).

CAPITOLO 5 - IL RUOLO DELLE FAMIGLIE, DELLE ASSOCIAZIONI E DELLA RETE TERRITORIALE

Accompagnare e sostenere

Le famiglie sono spesso le prime a sostenere la persona con disabilità nel percorso del progetto di vita. Anche loro hanno bisogno di informazioni, di ascolto e di sostegno, soprattutto nei passaggi più delicati: la fine della scuola, l'ingresso nel lavoro, la scelta di dove vivere, il «dopo di noi».

Le associazioni e i peer supporter fanno da ponte tra le istituzioni e la vita quotidiana delle persone. Un referente di un'associazione può anche essere scelto dalla persona come persona di fiducia, per accompagnarla nella valutazione multidimensionale e aiutarla a esprimere le proprie scelte.

Le associazioni possono inoltre promuovere gruppi di self-advocacy, in cui le persone con disabilità imparano a conoscere i propri diritti e a parlare per sé (*Anderson e Bigby, 2017*).

Esempio - il primo «no»

Anna ha 45 anni e frequenta da dodici anni le stesse attività di un centro diurno, alcune delle quali la annoiano profondamente. Non ha mai espresso disaccordo: aveva imparato che le decisioni spettavano ad altri, e il suo silenzio veniva letto come soddisfazione.

Dopo otto mesi in un gruppo di self-advocacy dice al responsabile: «Non mi piace il laboratorio di ceramica, voglio fare altro». L'attività viene sostituita con un laboratorio di cucina, scelto da lei.

Informare e promuovere i diritti

Quante persone con disabilità sanno di avere questi diritti? Chi glieli ha spiegati, e come? Informare è il primo passo per rendere un diritto effettivo.

Le informazioni devono essere accessibili a tutti. Il linguaggio facile da leggere non è una semplificazione: è una forma di comunicazione rispettosa del diritto all'informazione. Le linee guida europee indicano alcune regole essenziali:

- parole semplici e conosciute, senza sigle;
- frasi brevi, con un'idea per frase;
- verbi in forma attiva e al presente;
- le informazioni importanti all'inizio;
- il coinvolgimento delle persone con disabilità nella revisione dei testi: un testo è davvero facile solo se è stato provato con chi lo deve leggere (*Chinn e Homeyard, 2017*).

Esempio - la stessa comunicazione, in due modi

Linguaggio ordinario

«La presente comunicazione ha valore di notifica formale in merito alla convocazione dell'Unità di valutazione multidimensionale finalizzata alla definizione e/o revisione del progetto di vita individuale.»

Linguaggio facile da leggere

Ti scriviamo per dirti una cosa importante.
Lunedì ci incontreremo per parlare del tuo progetto di vita.
Il progetto di vita racconta cosa vuoi fare e chi ti aiuta.
Sarai presente anche tu.
Hai domande? Chiamaci.

Costruire alleanze nella comunità

Nessun soggetto, da solo, può costruire progetti di vita di qualità. Servono alleanze stabili tra servizi pubblici, scuole, enti del Terzo settore, imprese e comunità locali.

Il D.lgs. n. 62/2024 prevede che il budget di progetto si costruisca anche attraverso la co-programmazione e la co-progettazione con gli enti del Terzo settore, gli strumenti di collaborazione con la pubblica amministrazione previsti dall'art. 55 del Codice del Terzo settore (D.lgs. n. 117/2017), strumenti nei quali la Corte costituzionale (sent. n. 131/2020) ha riconosciuto una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale previsto dall'art. 118, quarto comma, della Costituzione, e un canale di «amministrazione condivisa» alternativo a quello del profitto e del mercato, in cui gli enti del Terzo settore costituiscono una rete capillare di vicinanza e solidarietà sul territorio. Le associazioni possono così contribuire non solo a erogare servizi, ma a progettare l'offerta del territorio a partire dai bisogni che emergono dai progetti di vita.

Le alleanze servono anche a proteggere la persona. Una rete di sostegno ampia e diversificata, fatta di familiari, amici e professionisti, evita che una sola figura abbia un potere esclusivo sulle decisioni e riduce il rischio di influenze indebite.

Infine, le alleanze passano per la formazione. Il cambiamento vero avviene nel sistema intorno alla persona: quando un'intera équipe impara a usare strumenti di comunicazione aumentativa, persone ritenute incapaci di comunicare iniziano a esprimere le proprie preferenze quotidiane (*Kent-Walsh et al., 2015*).

In sintesi

- le famiglie sostengono, non sostituiscono, e hanno a loro volta bisogno di sostegno;
- le associazioni accompagnano, informano, promuovono l'autorappresentanza;
- l'informazione deve essere accessibile a tutti;
- i progetti di vita di qualità nascono da reti ampie e da alleanze stabili nel territorio.

SCHEDA FINALE PRATICA

Cosa fare per richiedere il progetto di vita

Il percorso di predisposizione del progetto di vita è a tutti gli effetti un procedimento amministrativo con precise regole, termini e responsabilità. La richiesta (istanza) può essere presentata dalla persona con disabilità o da chi la rappresenta: i genitori, se la persona è minorenne; il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno dotato dei poteri necessari, sempre coinvolgendo la persona.

Si presenta in forma libera e in qualunque momento: basta una lettera, una e-mail o una PEC in cui sia chiaro che si chiede l'avvio del procedimento per il progetto di vita.

Va indirizzata all'ambito territoriale sociale del Comune di residenza, oppure all'ente indicato dalla Regione. Può essere consegnata anche al Comune o al punto unico di accesso (PUA), dove presente. Nei territori in sperimentazione può essere trasmessa anche dall'unità di valutazione di base dell'INPS al termine della valutazione di base.

Nella richiesta è utile indicare:

- i propri dati e il certificato di disabilità posseduto;
- la richiesta di avvio del procedimento per il progetto di vita ai sensi del D.lgs. n. 62/2024;
- una propria proposta di progetto che rispecchi i propri desideri, le proprie aspettative e preferenze, ed eventualmente i sostegni ritenuti necessari.

Il procedimento si conclude entro 90 giorni dal suo avvio, salvo diversa disposizione regionale. Conservate sempre una copia della richiesta e la ricevuta: dalla data di presentazione decorrono i termini. Se è stata presentata una propria proposta di progetto, questa deve essere presa in considerazione e l'unità di valutazione deve pronunciarsi con un atto motivato.

Se il progetto non viene elaborato o attuato

Se trascorrono i termini senza che il progetto sia stato elaborato, sottoscritto e consegnato, la persona può ricorrere al giudice amministrativo contro il silenzio dell'amministrazione, finché dura l'inadempimento e comunque entro un anno dalla scadenza del termine (*art. 31 del codice del processo amministrativo, D.lgs. n. 104/2010*).

Se la richiesta viene respinta con un provvedimento di diniego, il ricorso al giudice amministrativo va presentato entro 60 giorni dalla notifica o dalla conoscenza dell'atto (*art. 29 del codice del processo amministrativo).*

In ogni caso la persona può:

- rivolgersi all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità;
- attivare gli strumenti contro la discriminazione previsti dalla l.n. 67/2006;
- chiedere supporto alle associazioni di tutela.

Domande frequenti

Serve avere la «104 con gravità»?

No. Basta essere riconosciuti come persona con disabilità, con il vecchio certificato ai sensi della l.n. 104/92 o con la nuova valutazione di base.

C'è un limite di età?

No. Il progetto di vita può essere chiesto in ogni momento della vita e a qualsiasi età.

Per le persone anziane cambia però il percorso di accertamento. Chi ha più di 70 anni e si trova in condizione di non autosufficienza non passa dalla valutazione di base del D.lgs. n. 62/2024, ma dalla valutazione prevista per gli anziani dal D.lgs. n. 29/2024. Chi ha già un certificato ai sensi della l.n. 104/92 può in ogni caso chiedere subito il progetto di vita.

Il progetto di vita sostituisce il PEI o il progetto per il «Dopo di noi»?

No. Li coordina in un quadro unitario, senza ridurre i sostegni già riconosciuti.

Chi decide che cosa c'è nel progetto?

La persona con disabilità, che ne è titolare, insieme all'unità di valutazione multidimensionale di cui fa parte.

Posso farmi accompagnare da qualcuno?

Sì. Puoi scegliere una persona di fiducia, anche esterna ai servizi e anche all'interno della stessa unità di valutazione multidimensionale.

Quanto dura il progetto di vita?

Non ha una scadenza. È il progetto stesso a stabilire la programmazione dei tempi e le modalità delle verifiche periodiche, che cambiano da persona a persona. Va aggiornato quando gli obiettivi vengono raggiunti e quando mutano le condizioni personali o di contesto: non è un documento statico, ma accompagna la persona nel tempo.

Il progetto può essere cambiato?

Sì. La persona, in quanto titolare, può chiederne la modifica in ogni momento.

Mini checklist pratica

Prima di presentare la richiesta, può essere utile chiedersi:

- Ho un certificato di disabilità?
- Ho scritto chiaramente che chiedo il progetto di vita?
- Ho pensato a che cosa desidero per la mia vita: casa, lavoro, relazioni, tempo libero, salute?
- Voglio essere accompagnato da una persona di fiducia?
- Ho conservato copia della richiesta e la ricevuta?
- Ho raccolto i piani e i sostegni già attivi (PEI, terapie, servizi) e la documentazione sanitaria aggiornata?

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI UTILI

Norme e giurisprudenza

- Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (2006), ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18
- Legge 7 agosto 1990, n. 241, *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*, art. 10
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, art. 3 (come sostituito dal D.lgs. n. 62/2024) e art. 5-bis (accomodamento ragionevole)
- Legge 12 marzo 1999, n. 68 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili, art. 6
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 - Sistema integrato di interventi e servizi sociali, artt. 8 e 14
- Legge 1° marzo 2006, n. 67 - Tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni
- D.lgs. 2 luglio 2010, n. 104 - Codice del processo amministrativo, artt. 29, 31 e 117
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 - «Dopo di noi»
- D.lgs. 13 aprile 2017, n. 66 - Inclusione scolastica
- D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 - Codice del Terzo settore, art. 55
- Legge 27 dicembre 2017, n. 205, art. 1, comma 255 - Caregiver familiare
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227 - Delega al Governo in materia di disabilità
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 - Modelli e standard per l'assistenza territoriale (Case della Comunità, PUA)
- D.lgs. 5 febbraio 2024, n. 20 - Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità
- D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 - Politiche in favore delle persone anziane
- D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62 - Definizione della condizione di disabilità, valutazione di base, accomodamento ragionevole, valutazione multidimensionale e progetto di vita
- D.L. 27 dicembre 2024, n. 202, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, art. 19-quater - Proroga della sperimentazione e applicazione generale dal 1° gennaio 2027
- D.M. 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, in attuazione dell'art. 28, comma 8, del D.lgs. n. 62/2024
- D.L. 19 febbraio 2026, n. 19, art. 7 - Estensione della sperimentazione a ulteriori quaranta province dal 1° marzo 2026
- Corte costituzionale, sentenza 26 giugno 2020, n. 131

Documenti e fonti istituzionali

- Anffas Nazionale (2026). L'accomodamento ragionevole. Uno strumento per garantire davvero i diritti delle persone con disabilità. Mini guida operativa, a cura del Centro Studi Giuridici e Sociali Anffas Nazionale
- INPS (2026). Comunicazione del 24 febbraio 2026 sull'avvio della terza fase di sperimentazione del D.lgs. n. 62/2024
- Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità (2026). Il progetto di vita. Tutto quello che c'è da sapere sulla riforma della disabilità e sul decreto 62/2024, a cura di G. de Robertis
- Relazione illustrativa al D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62

Bibliografia scientifica

- American Speech-Language-Hearing Association. (2018). Facilitated communication [Position statement PS2018-00352]. https://www.asha.org/policy/ps2018-00352/
- Anderson, S., & Bigby, C. (2017). Self-advocacy as a means to positive identities for people with intellectual disability: 'We just help them, be them really'. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 30(1), 109–120. https://doi.org/10.1111/jar.12223
- Bianchi, P., Lombardi, M., Croce, L., Caserta, A., & Speziale, R. (2025). The impact of support intensity needs on person-centred case management. Healthcare, 13(21), 2697. https://doi.org/10.3390/healthcare13212697
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press
- Chambers, C. R., Wehmeyer, M. L., Saito, Y., Lida, K. M., Lee, Y., & Singh, V. (2007). Self-determination: What do we know? Where do we go? Exceptionality, 15(1), 3–15. https://doi.org/10.1080/09362830709336922
- Chinn, D., & Homeyard, C. (2017). Easy read and accessible information for people with intellectual disabilities: Is it worth it? A meta-narrative literature review. Health Expectations, 20(6), 1189–1200. https://doi.org/10.1111/hex.12520
- Cimera, R. E. (2011). Does being in sheltered workshops improve the employment outcomes of supported employees with intellectual disabilities? Journal of Vocational Rehabilitation, 35(1), 21–27. https://doi.org/10.3233/JVR-2011-0550
- Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità. (2014). Commento generale n. 1 – Articolo 12: Uguale riconoscimento dinanzi alla legge (CRPD/C/GC/1)
- Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità. (2016). Osservazioni conclusive sul rapporto iniziale dell'Italia (CRPD/C/ITA/CO/1)
- Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità. (2017). Commento generale n. 5 – Articolo 19: Vivere in modo indipendente ed essere inclusi nella comunità (CRPD/C/GC/5)
- Comitato Onu sui diritti delle persone con disabilità. (2018). Commento generale n. 7 – Articoli 4(3) e 33(3): Partecipazione delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni (CRPD/C/GC/7)
- Cooper, S.-A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F., & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: Population-based cross-sectional analysis. BMC Family Practice, 16, 110. https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3
- Croce, L. (2026). Dal riconoscimento della condizione di disabilità al Progetto di Vita. Relazione al convegno OMCeO Brescia, 26 settembre 2026
- Croce, L., & Di Cosimo, F. (2026). Il modello APD-ESORT: Guida operativa (Toolkit PDV-IPP, v. 3.0). Documento di lavoro, Consorzio SIR – CeDisMa, Università Cattolica del Sacro Cuore
- Degener, T. (2016). Disability in a human rights context. Laws, 5(3), 35. https://doi.org/10.3390/laws5030035
- DeLeon, I. G., & Iwata, B. A. (1996). Evaluation of a multiple-stimulus presentation format for assessing reinforcer preferences. Journal of Applied Behavior Analysis, 29(4), 519–533. https://doi.org/10.1901/jaba.1996.29-519
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Management Review, 70(11), 35–36
- Douglas, J., & Bigby, C. (2020). Development of an evidence-based practice framework to guide decision making support for people with cognitive impairment due to acquired brain injury or intellectual disability. Disability and Rehabilitation, 42(3), 434–441. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1498546
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine, 27(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6
- Fisher, W., Piazza, C. C., Bowman, L. G., Hagopian, L. P., Owens, J. C., & Slevin, I. (1992). A comparison of two approaches for identifying reinforcers for persons with severe and profound disabilities. Journal of Applied Behavior Analysis, 25(2), 491–498. https://doi.org/10.1901/jaba.1992.25-491

- Fleming, P., McGilloway, S., Hernon, M., Furlong, M., O'Doherty, S., Keogh, F., & Stainton, T. (2019). Individualized funding interventions to improve health and social care outcomes for people with a disability: A mixed-methods systematic review. Campbell Systematic Reviews, 15, e1008. https://doi.org/10.4073/csr.2019.3
- Glendinning, C., Challis, D., Fernández, J.-L., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M., & Wilberforce, M. (2008). Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final report. Social Policy Research Unit, University of York
- Gómez, L. E., Morán, M. L., Navas, P., Verdugo, M. Á., Schalock, R. L., Lombardi, M., Vicente, E., Guillén, V. M., Balboni, G., Swerts, C., Al-Halabí, S., Alcedo, M. Á., Monsalve, A., & Brown, I. (2024). Using the quality of life framework to operationalize and assess the CRPD articles and the Sustainable Development Goals. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 21(1). https://doi.org/10.1111/jppi.12470
- Grove, N., Bunning, K., Porter, J., & Olsson, C. (1999). See what I mean: Interpreting the meaning of communication by people with severe and profound intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 12(3), 190–203. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00076.x
- Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P. J., Hoghton, M. A., Marriott, A. M., & Russ, L. S. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study. The Lancet, 383(9920), 889–895. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62026-7
- Inclusion Europe. (2009). Information for all: European standards for making information easy to read and understand (ed. it. Anffas: Informazioni per tutti)
- Javaid, A., Nakata, V., & Michael, D. (2019). Diagnostic overshadowing in learning disability: Think beyond the disability. Progress in Neurology and Psychiatry, 23(2), 8–10. https://doi.org/10.1002/pnp.531
- Kent-Walsh, J., Murza, K. A., Malani, M. D., & Binger, C. (2015). Effects of communication partner instruction on the communication of individuals using AAC: A meta-analysis. Augmentative and Alternative Communication, 31(4), 271–284. https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1052153
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4(6), 443–453. https://doi.org/10.1007/BF01530764
- Lombardi, M., Croce, L., Claes, C., Vandevelde, S., & Schalock, R. L. (2016). Factors predicting quality of life for people with intellectual disability: Results from the ANFFAS study in Italy. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 41(4), 338–347. https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1223281
- Lombardi, M., Vandenbussche, H., Claes, C., Schalock, R. L., De Maeyer, J., & Vandevelde, S. (2019). The concept of quality of life as framework for implementing the UNCRPD. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 16(3), 180–190. https://doi.org/10.1111/jppi.12279
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2004). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17(1), 1–9. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00175.x
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2001). Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF). Erickson (ed. it. 2002)
- Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio regionale per il Pacifico occidentale. (2022). A toolkit on how to implement social prescribing (ed. it.: Un kit di strumenti su come implementare la prescrizione sociale, a cura di ISS, DoRS Piemonte e CCW, 2024). https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/oms-toolkit-social-prescribing
- Pace, G. M., Ivancic, M. T., Edwards, G. L., Iwata, B. A., & Page, T. J. (1985). Assessment of stimulus preference and reinforcer value with profoundly retarded individuals. Journal of Applied Behavior Analysis, 18(3), 249–255. https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-249
- Perske, R. (1972). The dignity of risk and the mentally retarded. Mental Retardation, 10(1), 24–27
- Ratti, V., Hassiotis, A., Crabtree, J., Deb, S., Gallagher, P., & Unwin, G. (2016). The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review. Research in Developmental Disabilities, 57, 63–84. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.06.015
- Roane, H. S., Vollmer, T. R., Ringdahl, J. E., & Marcus, B. A. (1998). Evaluation of a brief stimulus preference assessment. Journal of Applied Behavior Analysis, 31(4), 605–620. https://doi.org/10.1901/jaba.1998.31-605

- Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E., & Baines, S. (2014). The impact of health checks for people with intellectual disabilities: An updated systematic review of evidence. Research in Developmental Disabilities, 35(10), 2450–2462. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.06.007
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (ed. it. a cura di L. Croce)
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 126(6), 439–442. https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). Handbook on quality of life for human service practitioners. American Association on Mental Retardation (ed. it.: Manuale di qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento, Vannini, 2006)
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. E., & Reinders, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 121(1), 1–12. https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.1
- Schlosser, R. W., Balandin, S., Hemsley, B., Iacono, T., Probst, P., & von Tetzchner, S. (2014). Facilitated communication and authorship: A systematic review. Augmentative and Alternative Communication, 30(4), 359–368. https://doi.org/10.3109/07434618.2014.971490
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. BMJ, 351, h4326. https://doi.org/10.1136/bmj.h4326
- Shogren, K. A., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2014). The definition of "context" and its application in the field of intellectual disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11(2), 109–116. https://doi.org/10.1111/jppi.12077
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Martinis, J., & Blanck, P. (2019). Supported decision-making: Theory, research, and practice to enhance self-determination and quality of life. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108633314
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Forber-Pratt, A. J., Little, T. J., & Lopez, S. (2015). Causal agency theory: Reconceptualizing a functional model of self-determination. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 50(3), 251–263. https://doi.org/10.1177/215416471505000302
- Sigelman, C. K., Budd, E. C., Spanhel, C. L., & Schoenrock, C. J. (1981). When in doubt, say yes: Acquiescence in interviews with mentally retarded persons. Mental Retardation, 19(2), 53–58
- Smull, M., & Sanderson, H. (2005). Essential lifestyle planning for everyone. Helen Sanderson Associates
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Jr., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 117(4), 291–303. https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.4.291
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M. J., Verdugo, M. A., & Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. Intellectual and Developmental Disabilities, 47(2), 135–146. https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135
- van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R. L., & Claes, C. (2008). Personal Outcomes Scale: A scale to assess an individual's quality of life. Stichting Arduin; University of Gent
- Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 56(11), 1036–1045. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x
- Wehmeyer, M. L. (2005). Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 30(3), 113–120. https://doi.org/10.2511/rpsd.30.3.113

- Wehmeyer, M. L., & Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. Journal of Intellectual Disability Research, 45(5), 371–383. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00342.x
- Wolfensberger, W. (1983). Social role valorization: A proposed new term for the principle of normalization. Mental Retardation, 21(6), 234–239
- Yu, M. K. L., Ditzel, N., Bokor, L., Sheehan, R., Magill, N., Ding, J., Keagan-Bull, R., Chauhan, U., Tuffrey-Wijne, I., & Strydom, A. (2026). Learning from Lives and Deaths – People with a learning disability and autistic people (LeDeR): Report for 2024. King's College London

GLOSSARIO RAGIONATO

Questo glossario spiega le parole chiave del progetto di vita. Per ogni voce indica la fonte normativa - la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), il D.lgs. n. 62/2024 e le altre leggi italiane - e ne chiarisce il significato pratico.

È un glossario «ragionato»: oltre a definire, dice perché una parola conta e con che cosa non va confusa. Quando una definizione della legge e il linguaggio di uso comune non coincidono, vale la definizione della legge.

Accessibilità

Fonte: Convenzione Onu, articolo 9; Comitato Onu, Commento generale n. 2 (2014)

È la condizione generale che permette a tutte le persone di usare luoghi, trasporti, informazioni, comunicazioni e servizi. Riguarda gruppi di persone ed è dovuta in anticipo, senza che nessuno la chieda. Da non confondere con l'accomodamento ragionevole, che è una soluzione individuale chiesta in un caso concreto quando l'accessibilità generale non basta.

Accomodamento ragionevole

Fonte: Convenzione Onu, articolo 2; l.n. 104/92, articolo 5-bis, introdotto dall'articolo 17 del D.lgs. n. 62/2024

È la modifica o l'adattamento necessario e appropriato, che non impone un onere sproporzionato, per permettere a una persona di esercitare un diritto su base di uguaglianza con gli altri. È sussidiario: si attiva quando le misure ordinarie non bastano. Il rifiuto ingiustificato di un accomodamento è una forma di discriminazione. Non può essere usato per ridurre prestazioni già riconosciute.

Amministratore di sostegno

Fonte: Codice civile, articoli 404 e seguenti, introdotti dalla l.n. 6/2004; Convenzione Onu, articolo 12

È la figura nominata dal giudice tutelare per assistere o rappresentare la persona nei soli atti indicati nel decreto di nomina. Anche quando ha poteri di rappresentanza, deve tenere conto dei bisogni e delle aspirazioni della persona e coinvolgerla. Alla luce dell'art. 12 CRPD il suo compito va inteso come sostegno alla decisione, non come sostituzione: nelle Osservazioni conclusive sull'Italia (2016) il Comitato Onu ha chiesto di superare le forme di decisione sostitutiva.

Autodeterminazione

Fonte: Convenzione Onu, articolo 3, lettera a) (libertà di compiere le proprie scelte); D.lgs. n. 62/2024, articoli 18 e 21-22

Significa essere protagonisti della propria vita: scegliere e decidere senza pressioni o interferenze indebite da parte di altri. Non significa fare tutto da soli: le scelte si esercitano dentro una rete di sostegni. L'autodeterminazione si impara e dipende molto dalle occasioni di scelta offerte dall'ambiente. Nel progetto di vita è sia un diritto da garantire sia un esito da verificare.

Barriere e facilitatori

Fonte: Convenzione Onu, preambolo lettera e) e articolo 1; ICF, componente «fattori ambientali»

Sono gli elementi dell'ambiente che ostacolano o favoriscono la partecipazione: fisici, tecnologici, organizzativi, di atteggiamento, di politiche. La disabilità nasce dall'interazione tra la persona e le barriere: per questo il progetto di vita interviene sui contesti, non solo sulla persona. Un sostegno ben costruito è, in termini ICF, un facilitatore.

Bisogno di sostegno e intensità del sostegno

Fonte: l.n. 104/92, articolo 3, commi 2 e 3, come sostituito dall'articolo 3 del D.lgs. n. 62/2024

Il bisogno di sostegno indica il tipo e l'intensità dell'aiuto necessario perché la persona partecipi alle attività della vita. La legge distingue il sostegno lieve o medio e il sostegno intensivo, sempre di livello elevato o molto elevato; quest'ultimo sostituisce la vecchia «situazione di gravità». Il bisogno di sostegno descrive ciò che serve, non quanto la persona è «grave»: due persone con la stessa diagnosi possono avere bisogni molto diversi.

Budget di progetto

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera p), e articolo 28

È l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, comprese quelle della rete familiare e dei supporti informali, che rendono possibile il progetto. È integrato, flessibile e dinamico e può essere autogestito dalla persona con obbligo di rendicontazione. Non è un tetto di spesa: le risorse si compongono intorno agli obiettivi, non il contrario.

Capacità e performance

Fonte: ICF (OMS, 2001), qualificatori della componente «attività e partecipazione»

La capacità descrive ciò che la persona sa fare in un ambiente standard, senza aiuti. La performance descrive ciò che fa davvero nei suoi ambienti di vita, con i sostegni e le barriere che vi trova. La distanza tra le due misura quanto il contesto aiuta o ostacola: è l'informazione più utile per decidere dove intervenire.

Capacità giuridica

Fonte: Convenzione Onu, articolo 12; Comitato Onu, Commento generale n. 1 (2014)

È la titolarità dei diritti e la possibilità di esercitarli. La Convenzione afferma che le persone con disabilità hanno capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri, in tutti gli ambiti della vita. Gli Stati devono garantire i sostegni per esercitarla. Una difficoltà nel decidere non giustifica la perdita del diritto di decidere: giustifica un sostegno.

Caregiver familiare

Fonte: l.n. 205/2017, articolo 1, comma 255; D.lgs. n. 62/2024, articolo 24

È la persona che si prende cura in modo continuativo di un familiare con disabilità o non autosufficiente. Può partecipare all'unità di valutazione multidimensionale su richiesta della persona o di altri componenti. I suoi bisogni di sostegno contano per la riuscita del progetto, ma il suo punto di vista non sostituisce quello della persona.

Comunicazione aumentativa e alternativa (CAA)

Fonte: Convenzione Onu, articoli 2 e 21; D.lgs. n. 62/2024, articoli 21-22

Comprende gli strumenti e le strategie che integrano o sostituiscono il linguaggio parlato: simboli, immagini, gesti, ausili tecnologici. La Convenzione la include nella definizione di comunicazione. Funziona quando l'intera rete di partner comunicativi la usa, non solo la persona. Da non confondere con la «comunicazione facilitata», tecnica non validata in cui i messaggi risultano prodotti da chi facilita.

Condizione di disabilità

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera a); Convenzione Onu, articolo 1

È 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 contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri. Si accerta con la valutazione di base. La definizione mette insieme la persona e l'ambiente: non è una diagnosi.

Co-programmazione e co-progettazione

Fonte: D.lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore), articolo 55; Corte costituzionale, sentenza n. 131/2020; D.lgs. n. 62/2024, articolo 28

Sono le forme con cui la pubblica amministrazione e gli enti del Terzo settore analizzano insieme i bisogni e costruiscono insieme le risposte. La Corte costituzionale le ha riconosciute come modello di amministrazione condivisa, alternativo alla sola logica dell'appalto. Nel progetto di vita servono a creare sostegni che l'offerta esistente non prevede.

Decisione sostenuta e decisione sostitutiva

Fonte: Convenzione Onu, articolo 12; Comitato Onu, Commento generale n. 1 (2014), paragrafi 17-29

Nella decisione sostenuta la persona decide con l'aiuto di persone e strumenti che sceglie e di cui si fida. Nella decisione sostitutiva un altro decide al suo posto, in nome del suo «miglior interesse». La Convenzione chiede di passare dalla seconda alla prima. Quando, dopo sforzi significativi, la volontà non è determinabile, si usa la migliore interpretazione della volontà e delle preferenze della persona.

Dignità del rischio

Fonte: Principio elaborato da R. Perske (1972); Convenzione Onu, articoli 3 e 12

È il diritto di ogni persona di assumersi rischi informati e di sbagliare, come fanno tutti. Proteggere da ogni rischio impedisce di imparare e riduce l'autodeterminazione. Il progetto non ignora i rischi: li analizza con la persona e costruisce i sostegni che li rendono accettabili.

Discriminazione fondata sulla disabilità

Fonte: Convenzione Onu, articolo 2; l.n. 67/2006

È qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione basata sulla disabilità che ostacola il godimento dei diritti su base di uguaglianza. Comprende il rifiuto di un accomodamento ragionevole. La l.n. 67/2006 prevede strumenti di tutela giudiziaria, che possono essere attivati anche dalle associazioni legittimate.

Domini della qualità di vita

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera o); modello di Schalock e Verdugo (2002)

Sono gli ambiti della vita in cui si verifica se il progetto produce cambiamenti: benessere fisico, emotivo e materiale; relazioni interpersonali; inclusione sociale; sviluppo personale; autodeterminazione; diritti. Si valutano con indicatori appropriati, partendo dal punto di vista della persona. Non sono obiettivi uguali per tutti, ma una mappa per non dimenticare nessuna parte della vita.

ICF e ICD

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera c) e d), e articolo 11

L'ICD è la classificazione internazionale delle malattie: descrive la condizione di salute. L'ICF è la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute: descrive ciò che la persona fa e partecipa, in relazione al contesto. Il decreto le usa insieme. La diagnosi da sola non dice di quali sostegni la persona ha bisogno.

Inclusione nella comunità e vita indipendente

Fonte: Convenzione Onu, articolo 19; Comitato Onu, Commento generale n. 5 (2017); D.lgs. n. 62/2024, articolo 20

È il diritto di scegliere dove e con chi vivere, su base di uguaglianza con gli altri, e di non essere obbligati a una particolare sistemazione abitativa. Comprende l'accesso ai servizi di sostegno a domicilio e ai servizi della comunità. «Indipendente» non vuol dire «da solo»: vuol dire avere scelta e controllo sulla propria vita, con i sostegni necessari.

Linguaggio facile da leggere

Fonte: Convenzione Onu, articoli 2 e 21; Inclusion Europe, Informazioni per tutti

È un modo di scrivere che rende le informazioni comprensibili a persone con disabilità intellettiva e a molti altri lettori. Segue regole precise: parole semplici, frasi brevi, un'idea per frase, informazioni importanti all'inizio. Un testo è davvero facile solo se è stato verificato da lettori con disabilità.

Necessità di sostegno elevato o molto elevato

Fonte: l.n. 104/92, articolo 3, comma 3, come sostituito dal D.lgs. n. 62/2024; D.lgs. n. 62/2024, articolo 4

È l'espressione che sostituisce la vecchia «situazione di gravità». Indica un sostegno intensivo, che la legge collega a priorità nell'accesso ai servizi pubblici. Il cambio di parole non è formale: sposta l'attenzione da ciò che manca alla persona a ciò che il sistema deve garantirle.

Non regressione e portabilità

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 27

Il progetto di vita non può ridurre i sostegni e le prestazioni già riconosciuti. Il progetto inoltre segue la persona: se cambia residenza o contesto di vita, i sostegni previsti devono avere continuità. È una garanzia da conoscere e da far valere, soprattutto nelle fasi di passaggio.

Partecipazione

Fonte: Convenzione Onu, articoli 3, lettera c), e 4, comma 3; Comitato Onu, Commento generale n. 7 (2018), articoli 4(3) e 33(3); D.lgs. n. 62/2024, articolo 24

Partecipare non significa essere presenti, ma avere un ruolo sostanziale nelle decisioni che riguardano la propria vita. La persona con disabilità fa parte dell'unità di valutazione multidimensionale. Le sue organizzazioni rappresentative vanno coinvolte anche nelle politiche: è il principio «niente su di noi senza di noi».

PEI - Piano educativo individualizzato

Fonte: D.lgs. n. 66/2017, articolo 7; D.lgs. n. 62/2024, articolo 19

È il piano con cui la scuola definisce gli interventi per l'inclusione dell'alunno con disabilità. Resta uno strumento della scuola, ma è parte integrante del progetto di vita e deve essere coerente con esso. Il progetto di vita non sostituisce il PEI: lo coordina con gli altri piani.

Persona con disabilità

Fonte: l.n. 104/92, articolo 3, comma 1, come sostituito; D.lgs. n. 62/2024, articolo 4

È la persona che presenta durature compromissioni che, in interazione con barriere, possono ostacolarne la partecipazione, accertate con la valutazione di base. L'art. 4 del decreto sostituisce in tutte le norme espressioni come «handicappato», «portatore di handicap», «disabile». La persona viene prima della condizione.

Persona di fiducia e sostegno alla partecipazione

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articoli 21, 22 e 24

È la persona scelta dalla persona con disabilità per aiutarla a esprimere le proprie scelte e a comprendere le opzioni durante la valutazione multidimensionale. Può essere un familiare, un amico, un operatore, il referente di un'associazione. Il suo compito è dare voce, non parlare al posto della persona. Quando appartiene ai servizi che decidono, occorre fare attenzione ai possibili conflitti di interesse.

Profilo di funzionamento

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera f), e articolo 25; D.lgs. n. 66/2017 (profilo per l'inclusione scolastica)

È la descrizione di come la persona funziona nei diversi ambiti di vita, con il linguaggio ICF e tenendo conto della diagnosi ICD. Non serve compilare l'intera classificazione: serve un profilo mirato sulle aree che contano per gli obiettivi della persona e sulle aree in cui ha bisogno di sostegno.

Progettazione universale

Fonte: Convenzione Onu, articolo 2

È la progettazione di prodotti, ambienti, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più ampia possibile, senza adattamenti successivi. Non esclude ausili e accomodamenti quando servono. Riduce in partenza le barriere che il progetto di vita dovrebbe altrimenti rimuovere caso per caso.

Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera n), e articoli 18-31

È il progetto della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri, aspettative e preferenze, individua i sostegni formali e informali per migliorare la qualità della vita, sviluppare le potenzialità, scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità. La persona ne è titolare e può chiederne la modifica in ogni momento. Non è l'elenco dei servizi già in essere con un nome nuovo.

Punto unico di accesso (PUA) e Casa della Comunità

Fonte: DM n. 77/2022; D.lgs. n. 62/2024, articolo 23

Il PUA è la porta d'ingresso integrata ai servizi sociali e sanitari; nel modello del DM n. 77/2022 ha sede nella Casa della Comunità, insieme alle équipe multiprofessionali. È uno dei luoghi in cui la richiesta del progetto di vita può essere presentata e da cui può partire la valutazione multidimensionale.

Qualità della vita

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articoli 2 e 18; Schalock e Verdugo (2002)

È il benessere della persona come lo percepisce lei stessa, nelle diverse aree della vita. Nel progetto di vita è insieme il fine e il criterio di verifica: un progetto funziona se cambia la vita della persona in modi che lei considera importanti, non se aumenta il numero delle prestazioni.

Referente per l'attuazione del progetto di vita

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 29

È la figura che cura la realizzazione del progetto, coordina i servizi coinvolti, ne monitora l'attuazione e coinvolge la persona e la famiglia. Può chiedere la convocazione dell'unità di valutazione per modificare il progetto. Le Regioni ne definiscono profilo e compiti, nel rispetto di un nucleo minimo fissato dalla legge.

Salute (diritto alla)

Fonte: Convenzione Onu, articolo 25; Costituzione, articolo 32

Le persone con disabilità hanno diritto al più alto livello possibile di salute, senza discriminazioni, con servizi della stessa qualità garantita agli altri e con i servizi specifici legati alla disabilità. Le persone con disabilità intellettiva hanno più malattie e muoiono prima, spesso per cause evitabili: la salute fisica e mentale è quindi un'area essenziale del progetto di vita, non un capitolo separato.

Sostegni

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera h); AAIDD, 12ª ed. (2021)

Sono le risorse e le strategie che promuovono lo sviluppo, l'autonomia, gli interessi e il benessere della persona e ne migliorano il funzionamento. Comprendono sostegni naturali (famiglia, amici, colleghi), tecnologie, accomodamenti, educazione e, quando necessari, servizi specialistici. Un sostegno può anche essere un cambiamento del contesto: la rimozione di una barriera è un sostegno.

Unità di valutazione multidimensionale (UVM)

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 24

È l'organismo collegiale che svolge la valutazione multidimensionale ed elabora il progetto di vita. Ne fanno parte la persona con disabilità, chi la rappresenta, la persona di fiducia eventualmente nominata, operatori sociali e sanitari, il medico di medicina generale o il pediatra e, nei casi previsti, la scuola e i servizi per il lavoro. La collegialità serve a integrare punti di vista diversi in un unico progetto.

Valutazione di base

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera l), e articoli 5-16

È il procedimento unitario, affidato all'INPS, che accerta la condizione di disabilità con l'ICD, l'ICF e il questionario WHODAS e definisce l'intensità del sostegno necessario. Riunisce accertamenti prima separati (invalidità civile, cecità, sordità, sordocecità, handicap, collocamento mirato). È la premessa del progetto di vita, non una sua parte.

Valutazione multidimensionale

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera m), e articolo 25

È il processo globale, dinamico e interdisciplinare con cui l'UVM ricostruisce desideri e obiettivi della persona, profilo di funzionamento, barriere e facilitatori, salute, bisogni di sostegno e qualità della vita, per definire gli obiettivi del progetto. Non è un accertamento: è la prima tappa di una pianificazione che continua nel tempo.

Volontà e preferenze

Fonte: Convenzione Onu, articolo 12, comma 4; Commento generale n. 1 (2014), par. 21; D.lgs. n. 62/2024, articolo 21

Sono il punto di partenza di ogni decisione che riguarda la persona. Si raccolgono con i mezzi che le sono propri, anche non verbali, osservando le sue scelte in contesti e momenti diversi. Quando non si possono conoscere con certezza, si cerca la loro migliore interpretazione, non il «miglior interesse» deciso da altri.

WHODAS 2.0

Fonte: D.lgs. n. 62/2024, articolo 2, lettera g); OMS (2010)

È il questionario dell'OMS, basato sull'ICF, che misura le difficoltà nelle attività della vita quotidiana negli ultimi 30 giorni. Nella valutazione di base contribuisce a descrivere il funzionamento della persona, accanto alla diagnosi e al profilo ICF.



Inquadra il QR-code
e scarica la versione online!

ETS - APS RETE ASSOCIATIVA
Anffas
NAZIONALE

www.anffas.net

Via Latina, 20 - Roma
nazionale@anffas.net