

Appunti sull'art. 1, co. 3, lett. f) del “Disegno di legge recante delega al governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità”. La definizione di disabilità*

ALESSANDRO CANDIDO**

Sommario: 1. Introduzione: l'art. 1, co. 3, lett. f) del disegno di legge di delega. – 2. La definizione di disabilità secondo il modello bio-psico-sociale. – 3. Una proposta di definizione della condizione di disabilità in attuazione della delega; la valutazione multidimensionale. – 4. Una proposta in ordine al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). – 5. Pandemia e disabilità: una breve conclusione.

Data della pubblicazione sul sito: 8 marzo 2021

Suggerimento di citazione

A. CANDIDO, *Appunti sull'art. 1, co. 3, lett. f) del “Disegno di legge recante delega al governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità”. La definizione di disabilità*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 1, 2021. Disponibile in: www.forumcostituzionale.it.

* Il presente contributo è stato elaborato nell'ambito di un progetto di ricerca condotto in collaborazione con ANMIC (Associazione nazionale mutilati e invalidi civili) ed è inserito nella sezione monografica del fascicolo a cura di Elena Vivaldi e Andrea Blasini.

** Dottore di ricerca in Diritto pubblico nell'Università cattolica del Sacro Cuore di Milano; docente di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università degli studi di Milano – Bicocca; avvocato del Foro di Piacenza. Indirizzo mail: alessandro.candido@unimib.it.

1. Introduzione: l'art. 1, co. 3, lett. f) del disegno di legge di delega

Tra gli aspetti certamente più interessanti contenuti nei principi e criteri direttivi del “*Disegno di legge recante delega al governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità*” (c.d. Codice della disabilità) figura la definizione della condizione di disabilità (art. 1, co. 3, lett. f)¹, nell'ambito della quale viene in rilievo la necessità di:

«1) considerare la persona con disabilità nella sua complessità e in una prospettiva multidimensionale, caratterizzata da esigenze materiali, esistenziali, relazionali, affettive, formative e culturali, nonché relative al contesto ambientale;

2) definire la condizione di disabilità, intesa come insieme di barriere di qualsiasi natura che limitano, ostacolano o impediscono, anche temporalmente, il pieno ed armonico sviluppo, all'interno della società, della personalità in relazione alla complessiva condizione psico-fisica e sensoriale, superando valutazioni limitate a criteri esclusivamente quantitativi, tenendo conto delle implicazioni relative ai diversi livelli di non autosufficienza».

2. La definizione di disabilità secondo il modello bio-psico-sociale

In prima battuta, appare opportuno rilevare che i principi e criteri direttivi poc'anzi menzionati si collocano nel solco di quell'oramai consolidato filone dottrinale e giurisprudenziale che abbraccia una lettura della disabilità in una prospettiva non soltanto di carattere medico, ma soprattutto sociale.

È noto che le definizioni di disabilità oggi presenti muovono: da un lato, dalla nozione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che – valorizzando il profilo sanitario e assistenziale – fa riferimento a uno «*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*»; dall'altro, dalla previsione di strumenti idonei a superare le c.d. barriere «*comportamentali e ambientali*»², con la conseguente necessità di inclusione sociale; ragion per cui, nel definire la disabilità, occorre oramai guardare a un modello misto, che tenga conto di una condizione collegata all'esistenza di fattori

¹ Sia consentito un rinvio ad A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2017, spec. pp. 134 ss.

² Così si afferma nel Preambolo della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2007. Al riguardo, cfr. L. POFFÉ, *Towards a New United Nations Human Rights Convention for Older People?*, in *Human Rights Law Review*, 2015. Cfr. anche P. ADDIS, *La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e la Corte costituzionale. Osservazioni a partire dalla sentenza 2/2016*, in *federalismi.it*, Focus Human Rights, 2016.

medici e di barriere sociali³, ma che miri in ogni caso al perseguimento del principio di uguaglianza nella sua doppia accezione, formale e sostanziale.

Sul piano medico-assistenziale, basti fare riferimento alla nozione di handicap contenuta nella l. n. 104 del 1992, con riguardo a «*colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*». In particolare, nel considerare il modello c.d. bio-medico, l'*International classification of impairment, disability and handicap* ha individuato tre concetti distinti che concorrono a definire la disabilità e che si rinvergono all'interno della menzionata l. n. 104 del 1992: la menomazione, cioè la perdita o l'anormalità di una struttura o di una funzione fisiologica, anatomica o psicologica; la causa della disabilità, inerente alla limitazione o alla perdita, conseguente alla menomazione, della capacità di svolgere le attività di base della normale vita quotidiana; l'handicap, consistente in uno svantaggio di natura sociale, culturale, economico o ambientale.

Tuttavia, come si diceva, una lettura esclusivamente medica della situazione di fragilità, che fa perno sull'idea della menomazione senza occuparsi della rete relazionale all'interno della quale la persona è inserita, rischia di non salvaguardare appieno lo stesso disabile, tenuto conto dell'invasività di alcuni interventi a tutela della sua salute e, al contempo, della necessità di tutelare nei limiti del possibile la sua autonomia, nonché la sua libertà di scelta⁴.

Per tali ragioni, soprattutto in Europa (a partire dal Regno Unito), è oggi prevalente una lettura ispirata al modello sociale della disabilità, secondo cui quest'ultima è il risultato di un'interazione negativa tra individuo e ambiente circostante, a causa di una serie variabile di barriere che si frappongono tra la persona in condizioni di fragilità e il mondo circostante⁵. Del resto, ogni persona può trovarsi in condizioni di salute che, se l'ambiente è sfavorevole, diventano disabilità⁶; ragion per cui, a differenza della lettura esclusivamente medica, nel modello sociale la responsabilità della disabilità diventa collettiva (e non soltanto individuale).

³ L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale*, in F. CORTESE, M. TOMASI (a cura di), *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Editoriale scientifica, Napoli, 2016, p. 339.

⁴ Sui rischi di una lettura della disabilità ispirata esclusivamente a un paternalismo medico-assistenziale, cfr. L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale*, cit., pp. 345 ss.

⁵ *Ivi*, p. 347.

⁶ Cfr. C. COLAPIETRO, *Disabilità, crisi economica e giudice delle leggi*, in C. COLAPIETRO, A. SALVIA (a cura di), *Atti del Convegno internazionale Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma – Università degli Studi di Roma Tre, 13-14 giugno 2012*, Editoriale scientifica, Napoli, 2013, p. 164.

Volendo utilizzare le parole del Preambolo della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, può affermarsi che *«la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»*. In altri termini, nella rete di relazioni e nella comunità si costruisce l'identità della persona e si previene l'esclusione sociale⁷. È questa la lettura fatta propria dalla Corte costituzionale, che sottolinea l'importanza del *«diritto del disabile di ricevere assistenza nell'ambito della sua comunità di vita»* (ad es., recentemente, cfr. Corte cost., n. 232/2018); diritto *«inscindibilmente connesso con il diritto alla salute e a una integrazione effettiva»* (Corte cost., n. 232/2018 cit.).

Peraltro, come in altra occasione ha osservato il giudice delle leggi, i disabili *«non costituiscono un gruppo omogeneo. Vi sono, infatti, forme diverse di disabilità: alcune hanno carattere lieve ed altre grave. Per ognuna di esse è necessario, pertanto, individuare meccanismi di rimozione degli ostacoli che tengano conto della tipologia di handicap da cui risulti essere affetta in concreto una persona»* (Corte cost., n. 80/2010). Ciascun disabile deve allora essere coinvolto *«in un processo di riabilitazione finalizzato ad un suo completo inserimento nella società»* (Corte cost., n. 80/2010 cit.).

Sul problema definitorio è più volte intervenuta anche la Corte di giustizia dell'Unione europea che, con l'obiettivo di distinguere il concetto di handicap da quello di malattia, inizialmente ha abbracciato il modello bio-medico, precisando che la prima nozione vada intesa come un limite derivante da minorazioni fisiche, mentali o psichiche destinato a ostacolare la partecipazione della persona considerata alla vita professionale (Corte giust. UE, 11 luglio 2006, causa C13/05, Chacón c. Navas, punto 43)⁸. In un'altra decisione, invece, invocando la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, i giudici comunitari hanno superato il proprio precedente orientamento, sottolineando che l'handicap si *«riferisce ad una limitazione, risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori»* (Corte giust. UE, 11 aprile 2013, cause riunite C335/11 e C337/11)⁹.

⁷ Cfr. F. PIZZOLATO, *Il minimo vitale*, Giuffrè, Milano, 2004, p. 151.

⁸ A proposito degli sviluppi della giurisprudenza comunitaria, si rinvia ad A. VENCHIARUTTI, *Sistemi multilivello delle fonti e divieto di discriminazione per disabilità in ambito europeo*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2014, pp. 409 ss.

⁹ Nella medesima prospettiva del *social model* va letta la sentenza della Corte di Giustizia UE, 4 luglio 2013, causa C312/11, Commissione c. Italia. Nello stesso senso dell'abbandono di una prospettiva esclusivamente medica, in favore di una lettura (anche)

A ciò si aggiunga:

- la Carta sociale europea, che garantisce al disabile «*l'effettivo esercizio del diritto all'autonomia, all'integrazione sociale ed alla partecipazione alla vita della comunità*» (art. 15);
- la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, che tutela «*il diritto delle persone con disabilità di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità*» (art. 26)¹⁰;

la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che nel preambolo prescrive di assicurare alle famiglie la protezione e l'assistenza indispensabili per «*contribuire al pieno ed uguale godimento dei diritti delle persone con disabilità*»¹¹.

3. Una proposta di definizione della condizione di disabilità in attuazione della delega; la valutazione multidimensionale

Premesse siffatte considerazioni, si ritiene che, in attuazione della delega, la condizione di disabilità debba essere definita con riferimento alla perdita, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone.

Inoltre, è opportuno che la condizione di disabilità (nei casi più gravi non autosufficienza) si articoli secondo diversi livelli di gravità, in rapporto all'entità e alla tipologia degli atti essenziali della vita quotidiana che la persona non è in grado di compiere, con particolare riguardo alla limitazione dell'autonomia cognitiva e della mobilità e alla complessità, intensità e durata delle prestazioni di aiuto personale, di tutela e di cura necessarie a compensare la mancanza di autonomia e

sociale della disabilità, cfr.: Corte di Giustizia UE, 18 marzo 2014, causa C-363/12, Z. c. A Government department e The Board of management of a community school; Corte di Giustizia UE, 18 dicembre 2014, causa C- 354/13, Fag og Arbejde che agisce per conto di Karsten Kaltoft c. Kommunernes Landsforening che agisce per conto del Billund Kommune. Sulla definizione della disabilità in base alla durata della menomazione, cfr. Corte di Giustizia UE, 1 dicembre 2016, causa C-395/15, Daouidi c. Bootes Plus SL e al.

¹⁰ Si rinvia a M. OLIVETTI, *Art. 26 — Inserimento dei disabili*, in R. BIFULCO, M. CARTABIA, A. CELOTTO (a cura di), *L'Europa dei diritti. Commento alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Il Mulino, Bologna, 2001, pp. 202 ss.

¹¹ Nel Preambolo si riconosce «the importance for persons with disabilities of their individual autonomy and independence, including the freedom to make their own choices». Sul tema, si rinvia a G. ARCONZO, *Il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Giappichelli, Torino, 2015, pp. 128 ss.

a promuovere e sostenere la piena espressione delle capacità della persona non autosufficiente.

A ciò si aggiunga che, come correttamente indicato nella bozza di legge delega, l'accertamento della condizione di disabilità sia definito attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali della persona definiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. In particolare, si ritiene che queste ultime debbano rispondere alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ispirandosi ai principi generali della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), tenuto conto della facilità di gestione e delle modalità di accertamento già sperimentate nei diversi ambiti regionali.

La valutazione multidimensionale costituisce un processo di tipo interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica o funzionale del disabile e a caratterizzare le sue risorse e le sue potenzialità. Essa si propone di ottenere un giudizio globale sulle condizioni di disabilità che si ripercuotono sulle attività della vita quotidiana, sulla rete dei rapporti sociali del singolo individuo¹² e sulle sue risorse economiche¹³, considerando: la salute fisica; le abilità cognitive (la c.d. salute mentale); le attività della vita quotidiana¹⁴; la condizione economica e sociale. In particolare, ai fini del riconoscimento della condizione di disabilità, la valutazione multidimensionale dovrebbe tenere in considerazione tre distinte aree:

- a) l'area sanitaria, con l'anamnesi clinico-farmacologica e l'elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità;
- b) l'area cognitivo-funzionale, inerente alle abilità cognitive e motorie dell'individuo;
- c) l'area della rete sociale, comprensiva di tutte le informazioni sull'attivazione della domanda, sulle persone coinvolte nell'assistenza (famigliari, o altri soggetti della rete amicale), sul tipo di assistenza eventualmente già attiva, sulla situazione abitativa, socio-ambientale ed economica.

Infine, la valutazione dovrebbe riportare una sintesi dell'attività effettuata e individuare la sussistenza o meno di una condizione di disabilità, suggerendo altresì la strategia assistenziale più appropriata.

¹² Nell'ambito della letteratura medica, cfr. L. FERRUCCI, N. MARCHIONNI, *Gruppo di lavoro sulla valutazione multidimensionale*, "Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi", in *Giornale di gerontologia*, n. 49/2001, pp. 1-76.

¹³ Cfr. F. PESARESI, M. SIMONCELLI, *Le Unità di valutazione multidimensionale*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 9/2006, p. 7.

¹⁴ Si tratta di tutte quelle attività inerenti lo stato funzionale del soggetto, quali: lavarsi, vestirsi, alimentarsi, spostarsi da un luogo ad un altro...

La valutazione multidimensionale è parte del processo di presa in carico globale della persona ed è realizzata dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), équipe professionali la cui composizione varia in relazione alla tipologia della richiesta. Alle UVM spetta il compito di individuare e misurare il bisogno sanitario e sociale.

È inoltre opportuno che le figure professionali alle quali affidare la valutazione siano: un medico di distretto rappresentante della ASL, il medico di medicina generale, l'infermiere, il medico specialista di riferimento, l'assistente sociale appartenente al Comune (o all'Unione di Comuni) di residenza del beneficiario, il terapeuta della riabilitazione e altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona ed il medico rappresentante dell'INPS.

Le équipe in questione devono provvedere all'analisi e alla misurazione del bisogno della persona disabile con criteri e strumenti uniformi per tutto il territorio nazionale.

Tra l'altro, sarebbe auspicabile che, con cadenza annuale, l'UVM provveda alla convocazione dei soggetti che hanno sottoscritto il progetto per la verifica e l'eventuale aggiornamento del medesimo. L'aggiornamento dovrebbe comunque essere disposto ogni volta che ne sorga la necessità, ovvero a seguito della richiesta di uno dei soggetti firmatari.

Al riguardo, si rende altresì necessario che le Regioni individuino i punti per l'accesso, presso i quali in ogni ambito territoriale e distretto sanitario di base deve essere offerta informazione, consulenza e orientamento alle persone disabili e ai loro nuclei familiari sulla rete integrata degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari. Essi potrebbero rappresentare anche i luoghi fisici presso i quali sono istituite le UVM.

Con riferimento invece alla richiesta di procedimento di presa in carico, questa potrebbe essere presentata:

- su istanza dell'interessato, di chi ne ha la legale rappresentanza, ovvero a seguito di segnalazione di altro soggetto della rete familiare;
- su segnalazione dei servizi dell'Ambito eventualmente coinvolti, dell'ASL, o di altra amministrazione;
- a seguito dell'informativa dell'ente gestore ex art. 6, co. 4, della l. 8 novembre 2000, n. 328;
- per disposizione dell'autorità giudiziaria;

d'ufficio, sulla base delle informazioni acquisite dal Comune o dall'ASL nell'esercizio delle proprie funzioni.

4. Una proposta in ordine al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

In esito alla valutazione multidimensionale, occorre definire un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), elaborato dalla UVM e sottoscritto per accettazione dal beneficiario.

Al riguardo, appare preliminarmente opportuno ricostruire brevemente la disciplina del c.d. “progetto individuale per la persona disabile”, previsto dall’art. 14 della nota legge n. 328 del 2000, in base al quale, al fine di *«realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all’art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell’ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell’istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d’intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell’interessato, un progetto individuale»*.

Ai sensi dell’art. 14, il progetto individuale comprende, *«oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all’integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale»*.

In altri termini, il legislatore indica un modello di servizi incentrato su un progetto di “presa in carico globale” del disabile, mirante a garantire all’utente quel nucleo indefettibile di garanzie volto a promuovere l’autorealizzazione della persona e il superamento di ogni condizione di esclusione sociale. In questa logica, lo strumento del progetto individuale, da considerarsi alla stregua di un contratto tra beneficiari ed enti pubblici competenti, va ricondotto al concetto di accomodamento ragionevole espresso dagli artt. 19 e 25, lett. e) della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006¹⁵, nonché al modello bio-psico-sociale dell’*International Classification of Functioning*, pubblicato nel 2002 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Il progetto globale di presa in carico costituisce il documento generale, cui devono coerentemente uniformarsi i diversi progetti e programmi specifici¹⁶, come ad esempio:

¹⁵ La Convenzione è stata sottoscritta a New York il 13 dicembre 2006 e resa esecutiva con la legge di autorizzazione alla ratifica 3 marzo 2009, n. 18. Il concetto di “accomodamento ragionevole” si riferisce all’eliminazione delle barriere di diversa natura che ostacolano la piena ed effettiva inclusione sociale delle persone disabili. Per un commento sistematico, cfr. V. DELLA FINA, R. CERA, G. PALMISANO (a cura di), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A Commentary*, Springer International Publishing, New York, 2017.

¹⁶ Cfr. Tar Calabria, 12 aprile 2013, n. 440. In quel caso il Tar ha affermato che *«la ratio legis dell’art.14 della legge n. 328 del 2000, come già evidenziato, è quella assegnare un ruolo fondamentale all’ente Comune per la elaborazione del “Progetto individuale per la persona*

a) il progetto riabilitativo di cui al d.m. 7.5.1998 (rubricato “Linee-guida per le attività di riabilitazione”);

b) il progetto di integrazione scolastica di cui agli artt. 12 e 13 della legge n. 104 del 1992;

c) il progetto di inserimento lavorativo mirato di cui all’art. 2 ss. della legge n. 68 del 1999;

d) il progetto di inserimento sociale che può avvalersi, per la sua realizzazione, dei programmi di cui alla legge n. 162 del 1998, dei centri socio-riabilitativi e della rete dei servizi sociosanitari di cui alla legge n. 104 del 1992, del sistema integrato previsto dalla n. 328 del 2000, delle disposizioni di cui al d.p.c.m. 12.1.2017, nonché degli emolumenti economici di cui all’art. 24 della legge n. 328 del 2000.

In altri termini, il progetto individuale è quell’insieme di interventi e prestazioni multidisciplinari che vanno erogati in modo organico e continuativo, sì da assicurare quelle condizioni ottimali di assistenza, recupero funzionale, riabilitazione e inserimento sociale ed educativo del disabile.

Il PAI serve a individuare, sulla base dei fabbisogni della persona disabile come emersi nell’ambito della valutazione multidimensionale:

a) la specifica condizione della persona nelle diverse dimensioni (clinica, funzionale, cognitiva, socio-relazionale e ambientale);

b) gli obiettivi generali di salute e i risultati specifici che si intendono raggiungere nel percorso assistenziale della persona;

c) le prestazioni, in termini di specifici interventi e servizi, di cui la persona necessita e che è necessario garantire;

d) i criteri, i tempi e le modalità specifiche dell’attività di monitoraggio nel tempo della condizione specifica della persona, degli effetti dell’attività assistenziale in corso, della sua eventuale rivalutazione.

Il PAI deve essere definito con la più ampia partecipazione dell’interessato, anche in considerazione delle aspettative e preferenze, con la previsione di un coinvolgimento nel successivo monitoraggio e nella valutazione. Esso dovrebbe altresì prevedere il *case manager*, un professionista in servizio presso i servizi pubblici che prendono in carico la persona disabile, con il compito di provvedere, d’intesa con la famiglia, al coordinamento dei servizi sociali e socio-sanitari, destinati alla gestione anche clinica del caso. Il *case manager* segue il processo assistenziale in tutte le sue fasi, dall’ammissione alla dimissione, al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi anche di salute indicati nel PAI.

disabile” d’intesa con la ASL competente, proprio perché il cittadino disabile e la sua famiglia hanno come punti di riferimento il Comune e l’ASL, tenuti a garantire la programmazione, l’organizzazione e la valutazione dei servizi».

5. Pandemia e disabilità: una breve conclusione

Durante il periodo del *lockdown* e, più in generale, nel corso della pandemia da Covid-19, le persone con disabilità e le loro famiglie sono i soggetti che più di ogni altro hanno pagato (*rectius*, stanno pagando) le conseguenze della grave crisi economico-sanitaria in essere. Emerge allora con chiarezza la necessità di ripensare l'attuale sistema di tutela, a partire dalla definizione della condizione di disabilità, con l'obiettivo di garantire in modo uniforme sul territorio nazionale alcuni livelli essenziali in materia socio-sanitaria, introducendo nuovi modelli di garanzia dei diritti dei disabili adeguatamente finanziati.

A tal fine, assume un rilievo senza dubbio centrale il menzionato progetto di vita personalizzato, che deve tenere conto dei concreti bisogni e delle aspettative della persona con disabilità, nell'ottica di assicurare a quest'ultima una vita il più possibile autonoma (potenziando le abilità possedute) e indipendente (attraverso il sostegno di tutte le risorse presenti sul territorio, compreso il terzo settore e il mondo dell'associazionismo). Solo in questo modo il sistema di *welfare* italiano può finalmente diventare inclusivo e di prossimità.