

## **Il disegno di legge delega in materia di disabilità: osservazioni sulla “disciplina dei benefici”\***

MARIA BEZZE, ELENA INNOCENTI\*\*

---

**Sommario:** 1. Introduzione. – 2. La disciplina dei benefici (art.1, comma 2, punto c del disegno di legge delega). – 2.1. Le prestazioni per l’invalidità. – 2.2. Le prestazioni in natura. – 3. I criteri e principi direttivi di cui all’art.1, comma 3, lett. h. 3.1. “Assicurare l’integrazione dell’offerta, individuando a tal fine i livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità, ai sensi dell’articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione”. – 3.2. “Riordinare, armonizzare e semplificare le disposizioni normative, nonché i relativi procedimenti amministrativi, in materia di criteri e requisiti per l’accesso, l’erogazione e la determinazione dei benefici, degli interventi e dei servizi rivolti alla persona con disabilità [...]”. – 3.3. “Riordinare, anche accorpandoli, i diversi fondi destinati alla tutela, al sostegno e alla promozione dei diritti della persona con disabilità e alla valorizzazione del ruolo di cura, di sostegno e di assistenza della famiglia”. – 3.3.1. Il Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità. – 3.3.2. Il Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare. – 3.3.3. Il Fondo “vita indipendente”. – 3.3.4. Fondo per le non autosufficienze. – 3.3.5. Fondo per il caregiver familiare. – 3.3.6. Fondo per la disabilità e la non autosufficienza. – 4. Conclusioni.

**Data della pubblicazione sul sito:** 8 marzo 2021

### **Suggerimento di citazione**

M. BEZZE, E. INNOCENTI, *Il disegno di legge delega in materia di disabilità: osservazioni sulla “disciplina dei benefici”*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 1, 2021. Disponibile in: [www.forumcostituzionale.it](http://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.

\*\* Maria Bezze è ricercatrice senior nella Fondazione “Emanuela Zancan” Onlus – Centro studi e ricerca sociale di Padova. Indirizzo mail: [mariabezze@fondazionezancan.it](mailto:mariabezze@fondazionezancan.it). Elena Innocenti è dottoressa di ricerca in Diritto costituzionale nell’Università degli studi di Ferrara e ricercatrice senior nella Fondazione “Emanuela Zancan” Onlus – Centro studi e ricerca sociale di Padova. Indirizzo mail: [elena.innocenti@santannapisa.it](mailto:elena.innocenti@santannapisa.it).

## 1. Introduzione

Il Consiglio dei Ministri n. 48 del 28 febbraio 2019 ha approvato dieci disegni di legge di delega per le semplificazioni, i riassetti normativi e le codificazioni di settore. Tra questi è compreso anche il disegno di legge recante Delega al governo di semplificazione e codificazione in tema di disabilità. L'obiettivo della legge delega è quello di "armonizzare, riordinare e semplificare, anche innovandole, le disposizioni vigenti in materia di disabilità, anche ai fini della definizione del Codice per la persona con disabilità".

Il corposo intervento del governo esemplifica e consolida una tendenza già nota in tema di utilizzo delle fonti del diritto e delle dinamiche di produzione normativa<sup>1</sup>: la delega legislativa trova un crescente utilizzo non solo per operazioni ad alta complessità tecnica, come il coordinamento normativo, ma anche per affrontare temi ad alto significato politico, come le riforme di interi settori. Il disegno di legge delega in esame si colloca all'interno di questo filone, proponendosi appunto di procedere ad un intervento di codificazione delle fonti esistenti e contestualmente di innovazione della disciplina vigente.

Il contributo approfondisce i contenuti del disegno di legge delega con riferimento a due disposizioni specifiche:

- l'art.1, comma 2, punto c, relativo al settore di intervento denominato "disciplina dei benefici";
- l'art.1, comma 3, lett. h, relativo ai criteri e principi direttivi cui il legislatore delegato deve conformarsi nella "disciplina dei benefici".

Quest'ultima disposizione prevede in particolare che il legislatore delegato intervenga secondo i seguenti criteri e principi direttivi:

"1) assicurare l'integrazione dell'offerta, individuando a tal fine i livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione;

2) riordinare, armonizzare e semplificare le disposizioni normative, nonché i relativi procedimenti amministrativi, in materia di criteri e requisiti per l'accesso, l'erogazione e la determinazione dei benefici, degli interventi e dei servizi rivolti alla persona con disabilità, tenendo conto dell'effettivo e specifico grado di bisogno socio-economico, anche attraverso l'istituzione di appositi strumenti di coordinamento e nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, efficienza e trasparenza dell'azione amministrativa;

---

<sup>1</sup> G. MOBILIO, *I più recenti tentativi di "sistemazione" tramite delega legislativa*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2019. Disponibile all'indirizzo: [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it).

3) riordinare, anche accorpandoli, i diversi fondi destinati alla tutela, al sostegno e alla promozione dei diritti della persona con disabilità e alla valorizzazione del ruolo di cura, di sostegno e di assistenza della famiglia”.

Si tratta di disposizioni dal contenuto estremamente corposo e complesso, in merito alle quali si propongono alcune riflessioni corredate da dati utili a focalizzare l’oggetto dell’intervento normativo e a tratteggiarne i profili di maggiore rilevanza.

Una questione su cui occorre brevemente soffermarsi in via preliminare riguarda il rapporto tra disabilità e invalidità: in termini generali, si tratta di due qualificazioni che rilevano in conseguenza di malattie o menomazioni, che limitano le capacità e le autonomie della persona interessata.

L’invalidità è un concetto giuridico più risalente, strettamente collegato alle capacità funzionali della persona: l’invalidità civile viene valutata e quantificata in termini quantitativi (percentuali), in ragione della riduzione accertata delle capacità della persona interessata. La legge 30 marzo 1971, n. 118 (Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili) nel definire gli aventi diritto alle prestazioni specifica che si considerano mutilati ed invalidi civili coloro che sono affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono compresi tra le minorazioni anche gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente (come specificato all’art. 1 del decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509).

Lo stato di handicap invece assume ad obiettivo della valutazione una dimensione qualitativa, ovvero la condizione di svantaggio sociale che deriva dalla patologia o menomazione riscontrata, come disposto dalla legge quadro n. 104 del 1992: ai sensi dell’art. 3, comma 1 della legge quadro infatti la persona con handicap “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”.

Il diverso fondamento delle due qualificazioni si riverbera sugli interventi di assistenza rivolti a questi target di destinatari: le prestazioni rivolte agli invalidi, soprattutto le più risalenti nel tempo, sono prevalentemente erogazioni economiche, e hanno come finalità principali quelle di integrare la capacità economica delle persone interessate, di garantire interventi per il recupero funzionale, la riqualificazione professionale, l’abbattimento di barriere architettoniche e l’erogazione di ausili e altri sussidi per facilitare l’accessibilità e la mobilità delle persone invalide e la loro eventuale ricollocazione lavorativa.

Gli interventi e i servizi previsti dalla legge quadro sulla disabilità e dai successivi interventi legislativi in tema di disabilità, come la legge n. 68/1999 o la legge n. 112 del 2016 sul c.d. Dopo di Noi, perseguono finalità sociali più ampie, declinate in termini di:

- promozione della piena integrazione nei diversi contesti di vita;
- rimozione delle condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione sociale;
- recupero funzionale e sociale della persona; di superamento degli stati di emarginazione e di esclusione sociale.

Il passaggio da un modello “medico” ad un modello “sociale” di disabilità<sup>2</sup>, salda l’attuazione dell’art. 3, comma 2 della Cost. (principio di eguaglianza sostanziale) con il principio personalista di cui all’art. 2 Cost. Da “una concezione risarcitoria dell’intervento assistenziale, che considera le prestazioni economiche e l’intervento specializzato per categorie il modo più idoneo per occuparsi dei «soggetti deboli»” (cit., p. 4), si passa alla promozione di politiche e interventi che introducono nei diversi ambiti di vita “accorgimenti, accomodamenti ragionevoli (per mutuare un’espressione utilizzata in riferimento alle politiche concernenti l’inserimento lavorativo) per consentire alla persona con disabilità di interagire in situazione di eguaglianza con gli altri, all’interno delle formazioni sociali in cui si svolge la sua esistenza” (cit., p. 9).

A fronte di queste diverse matrici e fonti di disciplina, lo status, se così si può dire, di soggetto con disabilità e di invalido spesso coesistono nella stessa persona (ma non necessariamente coincidono), dando accesso a una pluralità di interventi, originati dall’una e dall’altra filiera normativa. Intervenire sui benefici destinati alle persone con disabilità può quindi avere un ben diverso ambito di intervento a seconda che si assuma una prospettiva formalistica, limitandosi cioè ad includere quei benefici che nominalmente e formalmente sono destinati alle persone con disabilità ex legge 104, oppure una prospettiva sostanziale, che guarda cioè alla congerie di benefici a cui una persona con disabilità può accedere in ragione dei diversi e sovrapponibili status che le sono attribuiti in applicazione della normativa vigente.

Con il diffondersi di questa impostazione e, dal punto di vista più prettamente normativo, con il recepimento della Convenzione dei diritti delle persone con disabilità, l’integrazione e la valorizzazione delle capacità e delle autonomie hanno avuto ancora maggiore riconoscimento e impulso, tanto da portare, in ambito nazionale, alla realizzazione di interventi legislativi mirati all’attuazione dei principi

---

<sup>2</sup> E. VIVALDI, *Disabilità, autonomia, diritti. Alcune riflessioni a tre anni dall’approvazione della legge n. 112/2016*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. n. 1/2019.

della convenzione<sup>3</sup>, fino ad arrivare alla formulazione della proposta di legge delega oggi in commento.

Ecco che, si può anticipare, un primo esito auspicabile della proposta di legge delega potrebbe essere quello di ridefinire, in una cornice di principi unitari, le tutele e gli interventi da garantire alle persone con deficit e limitazioni funzionali e sociali, superando la «sovrapposizione e confusione tra i concetti di disabilità, non autosufficienza, handicap e invalidità»<sup>4</sup> e armonizzando le diverse definizioni e qualificazioni vigenti con il più avanzato quadro di valori e principi affermatosi negli ultimi anni.

## **2. La disciplina dei benefici (art. 1, comma 2, punto c del disegno di legge delega)**

Nella disposizione della legge delega citata non si esplicita quali benefici siano inclusi nell'intervento di riforma, mentre nella disposizione di cui all'art. 1, comma 2, lett. h l'inciso “sia in termini di prestazioni economiche e previdenziali, sia in termini di erogazione di servizi” apre ad una pluralità di potenziali interventi da considerare, soprattutto se si opta, come auspicabile, per un criterio sostanziale di inclusione delle misure oggetto della delega.

Proprio il riferimento alle prestazioni economiche e previdenziali richiede di esaminare in prima battuta i benefici di cui le persone con disabilità fruiscono in ragione del loro essere *anche* persone con invalidità, per le quali il sistema di protezione sociale italiano prevede diversi interventi nei settori assistenziale e previdenziale.

### **2.1 Le prestazioni per l'invalidità<sup>5</sup>**

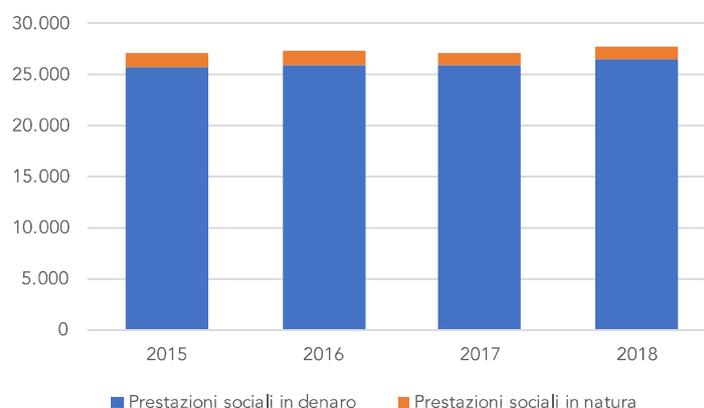
Nel 2018 la spesa complessiva destinata all'invalidità è stata di quasi 28 miliardi di euro (2018), il 5,6% della spesa complessiva per prestazioni sociali, contro una media europea che negli ultimi anni si è aggirata attorno al 7,3-7,4%. La spesa è erogata prevalentemente (96%) sotto forma di prestazioni in denaro (pensioni e assegni, indennità), e in misura molto minore sotto forma di servizi (assistenza e integrazione sociale e strutture residenziali).

<sup>3</sup> A. BLASINI, E. VIVALDI (a cura di), *Il futuro delle persone con disabilità oltre la famiglia. A tre anni dalla legge n. 112/2016*, Pisa University Press, Pisa, 2019.

<sup>4</sup> A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2017.

<sup>5</sup> M. BEZZE, T. VECCHIATO, *Con noi e dopo di noi: bisogni e risposte per la disabilità oggi e domani nelle province di Padova e Rovigo*, in *Studi Zancan*, n. 4-5/2020, pp. 9-134

Fig. 1 – Prestazioni della protezione sociale per l'invalidità per natura, Italia, 2015-2018, valori in milioni di euro



Fonte: Elaborazione Fondazione Zancan su dati Istat (Conti della protezione sociale).

L'invalidità viene sostenuta prevalentemente (74%) da prestazioni assistenziali (20,4 miliardi di euro nel 2018) e in parte (26%) da prestazioni previdenziali (7,3 miliardi di euro). Tra le prime una voce importante riguarda le prestazioni agli invalidi civili, che ammontano a 16,4 milioni di euro, un valore cresciuto di oltre il 5% nel periodo 2015-2018.

Tab. 1 – Prestazioni assistenziali e previdenziali per l'invalidità, Italia, 2015-2018, valori in milioni di euro

	2015	2016	2017	2018
<b>Assistenza</b>				
Prestazioni sociali in denaro	18.231	18.517	18.665	19.246
- pensioni di guerra	130	116	105	95
- prestazioni a invalidi civili	15.587	15.773	15.917	16.376
- prestazioni ai non vedenti	1.132	1.139	1.136	1.151
- prestazioni ai non udenti	191	193	194	198
- altri assegni e sussidi	1.191	1.296	1.313	1.426
Prestazioni sociali in natura	1.324	1.328	1.216	1.198
<i>Totale prestazioni assistenziali</i>	<i>19.555</i>	<i>19.845</i>	<i>19.881</i>	<i>20.444</i>
<b>Previdenza</b>				
Prestazioni sociali in denaro	7.482	7.461	7.280	7.323
- pensioni e rendite	7.190	7.170	7.041	7.133
- altri sussidi e assegni	292	291	239	190
<i>Totale prestazioni previdenziali</i>	<i>7.482</i>	<i>7.461</i>	<i>7.280</i>	<i>7.323</i>

Fonte: Elaborazione Fondazione Zancan su dati Istat (Conti della protezione sociale).

Le prestazioni *economiche* che afferiscono al settore assistenza sono una molteplicità di interventi che variano a seconda della condizione di invalidità e dell'età del destinatario (tab. 2); vengono attivati solo su richiesta dell'interessato e, tranne per l'indennità di accompagnamento e quella per ciechi e sordi, sono subordinati a determinati limiti di reddito, che variano di anno in anno. Ogni intervento ha una disciplina legislativa specifica, anche molto risalente nel tempo, integrata in alcuni casi con interventi successivi e periodicamente aggiornata con decreti ministeriali e circolari limitatamente a soglie di reddito e importi dei benefici. I benefici sono tutti erogati e gestiti a livello centrale dall'INPS, su finanziamento statale.

In Italia l'importo complessivo delle prestazioni economiche *assistenziali* destinate alle persone invalide (invalidità civile) con età compresa tra 0 e 64 anni è di poco superiore a 6,8 miliardi di euro. Si tratta in totale di oltre 1,5 milioni di prestazioni (previste nel 2019), che sono soprattutto (84%) indennità di accompagnamento, pensioni di inabilità e assegni di assistenza.

Tab. 2 – Benefici economici assistenziali riconosciuti alle persone con invalidità, cieche e sordomute per condizione e reddito (vigenti per il 2020), fonte legislativa istitutiva.

<b>Condizione di invalidità</b>	<b>Situazione reddituale</b>	<b>Beneficio economico</b>	<b>Fonte di riferimento</b>
<i>Minori di 18 anni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età</i>  <i>Minori ipoacusici che presentino una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1.000, 2.000 hertz</i>	Reddito personale annuo pari o inferiore a 4.926,35 euro	<i>Indennità di frequenza</i> (di 286,81 euro al mese, fino ad un massimo di 12 mensilità) se il minore frequenta in maniera continua o periodica centri ambulatoriali, centri diurni, scuole di ogni ordine e grado a partire dagli asili nido, centri di formazione o addestramento professionale.	<i>Legge 11 ottobre 1990, n. 289</i>
<i>Invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa tra il 74% e il 99% con età 18-67 anni</i>	Reddito annuo personale inferiore a 4.926,35 euro (dal 1992)	<i>Assegno mensile di assistenza</i> di 286,81 euro al mese (13 mensilità)	<i>Legge 30 marzo 1971, n. 118</i> <i>Decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509</i>

<b>Condizione di invalidità</b>	<b>Situazione reddituale</b>	<b>Beneficio economico</b>	<b>Fonte di riferimento</b>
<i>Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100%, con età 18-67 anni</i>	Reddito annuo personale inferiore a 16.982,49 euro	<i>Pensione di inabilità per invalidi civili</i> di 286,81 euro al mese (13 mensilità)	<i>Legge 30 marzo 1971, n. 118</i>
<i>Cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione</i>	Reddito annuo personale inferiore a 16.982,49 euro	<i>Pensione per ciechi parziali</i> di 286,81 euro al mese (13 mensilità)	<i>Legge 10 febbraio 1962, n. 66</i>
	Nessuno	<i>Indennità speciale per ciechi parziali</i> di 212,43 euro al mese (12 mensilità)	<i>Legge 21 novembre 1988, n. 508</i>
<i>Cieco assoluto maggiorenne</i>	Reddito annuo personale inferiore a 16.982,49 euro	<i>Pensione per ciechi assoluti</i> di 310,17 euro al mese o di 268,81 euro al mese se ricoverati (13 mensilità)	<i>Legge 10 febbraio 1962, n. 66</i>
	Nessuno	<i>Indennità di accompagnamento per ciechi assoluti</i> di 930,99 euro al mese (12 mensilità)	<i>Legge 28 marzo 1968, n. 406</i>
<i>Sordomuto con età 18-67 anni</i>	Reddito annuo personale inferiore a 16.982,49 euro	<i>Pensione non reversibile per sordomuti</i> di 286,81 euro al mese (13 mensilità)	<i>Legge 26 maggio 1970, n. 381</i>
	Nessuno	<i>Indennità di comunicazione</i> di 258,00 euro al mese (12 mensilità)	<i>Legge 21 novembre 1988, n. 508</i>
<i>Persona invalida al 100% e con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore</i>	Nessuno	<i>Indennità di accompagnamento</i> di 520,29 euro al mese (12 mensilità)	<i>Legge 11 febbraio 1980, n. 18</i>

Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su informazioni tratte da: [www.inps.it](http://www.inps.it) e [www.handylex.org](http://www.handylex.org).

I benefici economici di origine *previdenziale* sono rivolti ai lavoratori che divengono parzialmente invalidi o non sono più in grado di svolgere proficuamente

l'attività lavorativa. Richiedono di aver maturato un monte minimo di contribuzione previdenziale ed assicurativa e sono disciplinati dalla legge n. 222 del 1984: **l'assegno ordinario di invalidità**, erogato ai lavoratori la cui capacità lavorativa sia ridotta a meno di un terzo a causa di infermità fisica o mentale, è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa; **la pensione ordinaria di inabilità** è erogata a favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale.

## 2.2 Le prestazioni in natura

La ricostruzione delle prestazioni in natura è estremamente complessa, poiché tali interventi fanno capo a regioni, enti locali (singoli o associati) e aziende sanitarie, secondo un quadro normativo articolato su una pluralità di fonti statali e regionali che interessano diverse materie.

Ricostruire un quadro complessivo delle possibili prestazioni in natura erogate a favore delle persone con disabilità richiede così di considerare interventi normativi dedicati a questa area di destinatari e le fonti che disciplinano interi comparti di servizi, in particolare il sistema sanitario, sociosanitario, sociale.

La legge quadro n. 104 del 1992 può essere considerata una sorta di *roadmap* per orientarsi nella ricognizione degli ambiti di intervento da considerare: prestazioni in natura possono infatti riguardare:

- l'area sanitaria, con riferimento alla prevenzione e alla diagnosi precoce (art.6), alla cura e riabilitazione (art. 7),
- l'area sociale per l'inserimento e l'integrazione (art. 8),
- l'istruzione e l'educazione (art. 12 ss.),
- la formazione professionale (art.17),
- l'inserimento lavorativo e l'accesso al lavoro (art. 18 e ss.),
- la mobilità (art. 24 e ss.).

A differenza delle provvidenze economiche sopra richiamate, dei benefici in natura rivolti alle persone con disabilità, solo alcuni sono disciplinati in sede nazionale, altri sono oggetto di intervento legislativo regionale, in ragione del riparto di competenze definito dall'art. 117 Cost.

Rileggendo l'elenco ricavato dalla legge quadro è agevole notare come la maggioranza dei settori di intervento richiamati dal legislatore del 1992 corrisponde oggi a materie ascrivibili alla competenza concorrente tra stato e regioni (sanità, tutela e sicurezza del lavoro, istruzione) e alla competenza residuale delle regioni (assistenza sociale, formazione professionale, trasporto locale). Ai sensi dell'art. 117 Cost., nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato; mentre negli ambiti di

competenza residuale, la potestà legislativa statale, formalmente esclusa al testo costituzionale, viene limitata e “giustificata” dall’esercizio di interventi riconducibili a materie di spettanza statale, quali la definizione dei livelli essenziali, il coordinamento della finanza pubblica, e altre via via specificate dalla giurisprudenza costituzionale intervenuta a definire le rispettive sfere di competenza.

L’intervento del legislatore delegato con riferimento alle prestazioni in natura rivolte alle persone con disabilità ha quindi due possibili sviluppi. Una prima opzione richiede di censire quali sono le prestazioni in natura che rientrano nella sfera di competenza statale e limitare l’azione del legislatore delegato a quelle. Sarebbero così incluse le prestazioni sanitarie che rientrano nei livelli essenziali di assistenza, le prestazioni in natura legate alla frequenza scolastica e forse, le prestazioni in natura legate al collocamento mirato e al trasporto non locale. Una seconda opzione, suggerita anche dai criteri e principi direttivi previsti alla lettera h, estende l’intervento del legislatore statale grazie alla clausola che prevede la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone con disabilità, aprendo potenzialmente a tutte le prestazioni in natura incluse nei settori sopra richiamati che siano definite o definibili come livelli.

Se in ambito sanitario il processo di definizione dei livelli essenziali di assistenza è già strutturato per prestazioni, così non è in altri settori che possono essere oggetto dell’intervento legislativo, dove le prestazioni in natura sono dettagliate non tanto in sede nazionale quanto a livello regionale e locale, con forti differenziazioni in termini di tipologia di interventi, risorse disponibili, diffusione territoriale.

L’ambito sociale è forse il più significativo per la rilevanza che gli interventi in natura hanno per le persone con disabilità e per la differenziazione esistente: già nella legge quadro l’inserimento e l’integrazione si realizzano in buona parte attraverso misure riconducibili a questo comparto, nel quale spetta alle regioni l’azione legislativa e agli enti locali e pro quota alle aziende sanitarie la realizzazione.

Per avere un quadro complessivo delle prestazioni sociali rivolte alle persone con disabilità, è utile fare riferimento dall’Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati realizzata dall’Istat. In base a tale rilevazione, nel 2016 in Italia la spesa complessiva per gli interventi sociali dei Comuni è stata di poco superiore a 9 miliardi di euro (149,72 euro pro capite), di cui 2,2 miliardi (24% della spesa totale, 35,75 euro pro capite) per interventi destinati alle persone con disabilità, che è sostenuta dai Comuni per l’83%, dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) per il 13% e dagli utenti stessi in minima parte (4%).

Tab. 3 – Spesa per interventi e servizi sociali per la disabilità e complessiva per soggetto che sostiene la spesa, Italia, 2016, valori in euro.

<b>Valori assoluti in euro</b>	<b>Spesa dei Comuni</b>	<b>Compartecipazione degli utenti</b>	<b>Compartecipazione del Ssn</b>	<b>Spesa complessiva</b>
Spesa per disabili	1.796.217.456	83.021.478	288.232.633	2.167.471.567
Spesa totale	7.055.176.685	902.428.472	1.119.474.790	9.077.079.947
<b>Valori percentuali</b>	<b>Spesa dei Comuni</b>	<b>Compartecipazione degli utenti</b>	<b>Compartecipazione del Ssn</b>	<b>Spesa complessiva</b>
Spesa per disabili	82,9	3,8	13,3	<b>100,0</b>
Spesa totale	77,7	9,9	12,3	<b>100,0</b>
<b>Valori pro capite in euro</b>	<b>Spesa dei Comuni</b>	<b>Compartecipazione degli utenti</b>	<b>Compartecipazione del Ssn</b>	<b>Spesa complessiva</b>
Spesa per disabili	29,63	1,37	4,75	35,75
Spesa totale	116,37	14,88	18,46	149,72

Fonte: elaborazioni Fondazione Zancan su dati Istat (Interventi e servizi sociali dei comuni).

La successiva tabella dettaglia le voci incluse nell'indagine Istat: si tratta di un insieme di prestazioni in natura e contributi economici che possono essere aggregati per macrolivello di risposta di tipo domiciliare, intermedio, residenziale, in modo coerente con l'art. 22, comma 2 della L. n. 328/2000. Come si vede, si tengono insieme risposte che hanno livelli di complessità organizzativa, intensità assistenziale e di specializzazione molto eterogenei, senza che vi sia una vera e propria classificazione degli interventi erogati (tab 4).

Tab. 4 – Interventi sociali considerati dall'Indagine Istat, prestazioni in natura ed economiche

<b>Macro livello</b>	<b>Voce Indagine Istat – prestazioni in natura</b>	<b>Voce Indagine Istat – prestazioni economiche</b>
Accesso	Servizio sociale professionale	
Domiciliare	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Contributi per servizi alla persona

	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)
	Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario	Contributi per alloggio
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Contributi a integrazione del reddito familiare
	Telesoccorso e teleassistenza	
	Servizi di prossimità (buon vicinato)	
	Altri interventi di assistenza domiciliare	
	Buoni spesa o buoni pasto	
Intermedio	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	Contributi per cure o prestazioni sanitarie
	Attività ricreative, sociali, culturali	Contributi per servizio trasporto
	Altre attività di integrazione sociale	Contributi per l'inserimento lavorativo
	Sostegno socio-educativo scolastico	Contributi e integrazioni a retta per centri diurni
	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali
	Sostegno all'inserimento lavorativo	
	Altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo	
	Mensa	
	Trasporto sociale	
	Centri diurni	
	Centri diurni estivi	
	Altri centri e strutture a ciclo diurno	
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	
Residenziale	Strutture residenziali	Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali
	Altri centri e strutture residenziali	

Si tratta inoltre di uno strumento di ricognizione dell'offerta e della spesa *esistente* in un dato periodo, in assenza di un quadro normativo che disciplini l'offerta e la spesa *dovute*, o per meglio dire, di una definizione adeguata di livelli essenziali di risposta. Si censisce ciò che esiste, cioè il sistema di offerta presente, il livello di spesa sostenuto, il numero di utenti raggiunti: sono informazioni preziose, che permettono confronti tra situazioni territoriali, e che possono fornire un

quadro conoscitivo utile ad evidenziare le differenze esistenti nel Paese con riferimento a queste tre dimensioni e a individuare delle soglie di finanziamento e di risposta a partire dalle quali impostare un percorso di definizione di livelli essenziali coerente con le indicazioni costituzionali<sup>6</sup> (Canali, Vecchiato, 2009).

### 3. I criteri e principi direttivi di cui all’art.1, comma 3, lett. h.

3.1 “Assicurare l’integrazione dell’offerta, individuando a tal fine i livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità, ai sensi dell’articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione”

L’attuazione della delega in coerenza con il riparto delle competenze definito in sede costituzionale richiede un esercizio accorto dell’intervento legislativo, soprattutto con riferimento ai possibili elementi innovativi, al fine di non incorrere in censure di costituzionalità. In questo senso, una riduzione di tale rischio è introdotta nella legge delega attraverso il primo criterio e principio direttivo, ovvero “assicurare l’integrazione dell’offerta, individuando a tal fine i livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità”. La legittimazione dell’intervento legislativo delegato viene fatta derivare dall’esercizio della competenza esclusiva statale in tema di livelli essenziali: si tratta di una clausola più volte utilizzata dallo stato per “mettere in sicurezza” l’azione statale in ambiti di competenza concorrente o residuale.

Testualmente l’individuazione dei livelli essenziali viene preordinata all’integrazione dell’offerta, fine ulteriore e diverso rispetto a quello costituzionalmente attribuito ai livelli essenziali. La definizione dei livelli essenziali sembra subire una nuova eterogenesi dei fini: se si assume il concetto di integrazione dell’offerta con riferimento al comparto sociosanitario, la disposizione sembrerebbe richiedere al legislatore di metter mano, almeno con riferimento all’area della disabilità, alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, in modo da garantire un’integrazione tra offerta di servizi sanitari e sanitari a rilevanza sociale, per i quali esiste già una articolazione in livelli, e offerta di servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria, ad oggi privi di una analoga strutturazione. Questa correlazione tra definizione dei livelli essenziali e sistema di offerta colloca i primi più nell’ambito dell’organizzazione dei sistemi di welfare che nell’ambito della garanzia dei diritti sociali e civili. Si ripropone una lettura dell’istituto già riscontrata in altri provvedimenti in materia.

---

<sup>6</sup> C. CANALI, T. VECCHIATO, *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Fondazione Zancan, Padova, 2009; disponibile in download <https://shop.fondazionezancan.it/product/livelli-essenziali-di-assistenza-bisogni-e-diritti-delle-fasce-deboli-della-popolazione/>

La legge n.112 del 2016, ad esempio, dedica una disposizione alla “Definizione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale” (art. 2), che lambisce i livelli essenziali, più che definirli<sup>7</sup>. La disposizione prevede infatti che “le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono, nell'ambito territoriale di competenza, i macrolivelli di assistenza ospedaliera, di assistenza territoriale e di prevenzione. Nell'ambito del procedimento di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e degli obiettivi di servizio di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, sono definiti i livelli essenziali delle prestazioni nel campo sociale da garantire ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 2” (le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare).

Questa disposizione esemplifica la “scommessa incompiuta” dell’integrazione sociosanitaria<sup>8</sup> nella misura in cui a fronte di una determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria che vanno a consolidarsi in termini di risposte e processi, resta ancora estremamente diversificata e diseguale la componente sociale.

Esistono infatti in ambito sociosanitario delle disposizioni vincolanti, in termini di livello essenziale, che prendono in considerazione le “prestazioni” incluse nei livelli come servizio e intervento specifico, ma ed alcuni istituti che qualificano il procedimento di presa in carico di tutte le persone con bisogni sociosanitari complessi (anziani, persone con disabilità, persone con problemi di dipendenza o salute mentale, ecc.), quali il percorso assistenziale personalizzato e la valutazione multidimensionale dei bisogni. La revisione dei livelli essenziali di assistenza, avvenuta con il Dpcm del 12 gennaio 2017 ha infatti qualificato i LEA di assistenza sociosanitaria in termini di risposte e di percorsi e strumenti di presa in carico.

Le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità (art. 22), sono destinatarie di interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l’attivazione di tutte le risorse disponibili, sanitarie e sociali, formali e informali. L’art. 27 del decreto prevede che siano garantiti alle persone con disabilità complessa la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che includa le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate. Disposizioni specifiche sono previste poi per l’assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle

---

<sup>7</sup> E. INNOCENTI, *L'integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie: la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e degli obiettivi di servizio (art.2)*, in *Non Profit*, n. 2-3/2016, pp. 77-92.

<sup>8</sup> E. ROSSI, *Il “sociosanitario”: una scommessa incompiuta?* in *Rivista AIC*, n. 2/2018.

persone non autosufficienti (art.30) e alle persone con disabilità (art.34), all’interno delle quali sono specificate non solo le caratteristiche dei servizi normati, ma anche la quota a carico del servizio sanitario nazionale per la copertura del loro costo, e la restante quota, la cui copertura viene regolata in sede locale e regionale nell’ambito della legislazione di settore e della disciplina della compartecipazione al costo delle prestazioni.

La componente sociale dei livelli essenziali socio-sanitari sconta invece ancora una mancata definizione delle risposte da garantire su tutto il territorio nazionale: l’individuazione dei macro obiettivi di servizio in ambito sociale, avviata con il decreto di riparto del Fondo nazionale per le Politiche Sociali del 2014 (DM Lavoro e politiche sociali del 21.02.2014) e riproposta anche nel decreto di riparto per il 2018 (Decreto interministeriale del 26 novembre 2018, registrato alla Corte dei Conti il 14 dicembre 2018 - n. 3492) e 2019 Decreto interministeriale del 4 settembre 2019 (registrato alla Corte dei Conti il 1° ottobre 2019 - n. 3048) è progressivamente diventato uno strumento di rendicontazione della spesa sostenuta a livello locale con i fondi statali. Si è quindi lontani dall’integrare i contenuti propri della formula “livello essenziale di prestazioni”, nella sua accezione costituzionale di garanzia uniforme dei diritti sociali e civili, così come nella formulazione giurisprudenziale che vede in tale istituto “la determinazione dei livelli quantitativi e qualitativi delle singole prestazioni” nonché “le procedure strumentali indispensabili” ad assicurare l’erogazione delle stesse (C. Cost., n. 231/2017).

Con riferimento all’area della disabilità e non autosufficienza, i servizi individuati come obiettivi di servizio dai provvedimenti richiamati sono i servizi per l’accesso e la presa in carico, i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità, i servizi territoriali comunitari (centri diurni e altri), i servizi territoriali a carattere residenziale e le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito. Si tratta di indicazioni estremamente generiche, che non offrono un livello di dettaglio paragonabile a quanto previsto in ambito sanitario, e soprattutto ancora lontane dal dare una effettiva definizione di quello che deve essere reso disponibile a livello territoriale. Come è stato esemplificato con riferimento ai dati sugli interventi sociali finanziati dai Comuni, esiste un limite sostanziale alla realizzazione di questo tipo di processo definitorio, insito nella estrema diversità dei servizi e interventi effettivamente presenti in ambito sociale in tutte le aree di bisogno, inclusa la disabilità. In una sorta di “gioco dell’oca” normativo, si torna al “via”, ovvero alla necessità di una definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, senza trovare una strategia attuativa che superi una stagione ormai ventennale di disposizioni in materia che si sono susseguite senza mai trovare una adeguata attuazione. Il tema continua ad essere centrale ma pare inattuabile con le modalità sinora individuate. Difficile infatti procedere per il comparto sociale con una definizione dei livelli “calata dall’alto”, secondo il modello sanitario: grande è l’eterogeneità sostanziale

dei sistemi territoriali, così come sul piano normativo la legislazione regionale in ambito sociale ha prodotto una differenziazione di modelli e sistemi all'interno dei quali vanno collocati e attuati i livelli essenziali che non può non essere considerata. Sarebbe quindi interessante e auspicabile un esercizio della delega in questo ambito che uscisse dalle prassi consolidate per assumere una modalità di definizione condivisa dei livelli essenziali in ambito sociale, attraverso un coinvolgimento effettivo di regioni e enti locali. È imprescindibile, se si vuole raggiungere l'obiettivo previsto dalla delega e superare l'impasse attuale, assumere i parametri sostanziali dell'offerta esistente per le persone con disabilità nei diversi territori e, in un'ottica di collaborazione circolare, concordare standard condivisi da raggiungere nel medio periodo, con un percorso di allineamento condiviso che impegni congiuntamente stato, regioni e enti locali. Il sistema di definizione progressiva dei livelli essenziali per macro obiettivi di servizio, introdotto dal decreto 68 del 2011, configura un processo verticale di definizione dei livelli che impegna le regioni in una fase discendente, attuativa di standard e obiettivi definiti dallo stato. In ambito sociale questa impostazione non può portare a risultato, perché il sistema dei servizi si fonda, come evidenziato anche dai dati già presentati, su risorse e fonti regolative prevalentemente non statali, sviluppatasi secondo un processo di bottom up, in cui l'intervento dello stato, in termini di finanziamento è estremamente ridotto, in termini di erogazione di prestazioni in natura sostanzialmente nullo. Ecco che l'esercizio della delega per la definizione dei livelli essenziali di assistenza rivolti alle persone con disabilità può essere occasione per introdurre forme di collaborazione inter istituzionali estese all'intero percorso di definizione, attuazione e garanzia dei livelli essenziali. Resta critico il progressivo "scivolamento" di questo istituto dalla dimensione della tutela dei diritti a quella della regolazione dell'offerta e di contenimento della spesa, già da tempo all'attenzione dei costituzionalisti<sup>9</sup>.

3.2 “Riordinare, armonizzare e semplificare le disposizioni normative, nonché i relativi procedimenti amministrativi, in materia di criteri e requisiti per l'accesso, l'erogazione e la determinazione dei benefici, degli interventi e dei servizi rivolti alla persona con disabilità [...]”

Questo inciso della disposizione è estremamente complesso e articolato, soprattutto nell'individuare l'oggetto dell'intervento di riordino, armonizzazione e semplificazione: in primo luogo prevede che tali azioni non riguardino solo le disposizioni normative ma anche i procedimenti amministrativi che ne costituiscono attuazione. Non solo un riordino delle fonti, già di per sé

---

<sup>9</sup> L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, n. 2/2012.

impegnativo, ma un criterio che conforma anche l'insieme dei procedimenti che sono al tempo stesso contenuto e strumento attuativo delle norme. Le materie cui le fonti e i procedimenti si riferiscono riguardano elementi costitutivi del percorso di presa in carico. Se il primo criterio considerato ha ad oggetto le risposte, l'offerta di servizi e interventi rivolta alle persone con disabilità, l'infrastruttura “statica” dei benefici, questo secondo criterio considera la dimensione “dinamica” dell'offerta, la fruizione: si citano infatti i criteri e requisiti di accesso, la erogazione e determinazione dei benefici rivolti al singolo, l'attenzione al “grado di bisogno socio-economico”.

Il primo e terzo elemento, l'accesso e la considerazione del bisogno socio-economico, sono fortemente collegati: è già stata descritta nel primo paragrafo la pluralità di requisiti e soglie economiche che regolano l'accesso ai benefici per le persone con disabilità. Solo riordinare e semplificare la congerie dei requisiti di accesso ai benefici economici e di procedimenti collegati sarebbe un risultato auspicabile dell'esercizio della delega, soprattutto in considerazione delle duplicazioni di accertamenti e procedimenti amministrativi tuttora esistenti. In questo senso già la legge quadro n. 328 del 2000 disponeva all'art. 24 il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo. Tra i criteri indicati venivano inseriti anche la revisione e lo snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni, secondo il principio della unificazione delle competenze. A distanza di venti anni da quella disposizione il legislatore delegato è chiamato ad intervenire sulla pluralità di benefici economici istituiti a livello statale, ma anche sui servizi, che come abbiamo già evidenziato, non sono esclusivamente di pertinenza di soggetti erogatori statali.

Da questo punto di vista, questo criterio si collega potenzialmente al precedente, perché intervenire in modo unitario sui criteri e requisiti di accesso ai servizi significa individuare livelli essenziali “di processo”, quali quelli già inseriti nel dpcm sui LEA sanitari già richiamato. Il decreto del 2017 dispone la realizzazione di valutazioni multidimensionali e la definizione di progetti di assistenza personalizzati come elementi essenziali del percorso di cura. In particolare all'art. 21 si prevede che su tutto il territorio nazionale siano garantiti “l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”, imputando alle regioni il compito di organizzare tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale. Si tratta di disposizioni che hanno già grandi potenziali di riordino e armonizzazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari a livello territoriale. Un elemento ulteriore, sostanziale seppure estraneo sinora all'attenzione e al linguaggio normativo, riguarda l'effettiva accessibilità e fruibilità dei servizi sociosanitari da parte delle persone con

disabilità: in merito sono ancora valide le evidenze di ricerche realizzate tra il 2010 e il 2011, tra le quali lo studio preparatorio per la definizione di Linee guida per l'assistenza integrata delle persone con disabilità (Fondazione Zancan, 2011a), le raccomandazioni organizzative e professionali per garantire i diritti delle persone con disabilità complessa nell'accesso ai servizi sanitari (Fondazione Zancan, 2011b). In questi studi viene posto l'accento sugli elementi che rendono effettivamente fruibile un servizio o un intervento da parte della persona con disabilità, integrando azioni di promozione di pari opportunità e di ridefinizione dei protocolli organizzativi e professionali delle strutture deputate alla cura e all'assistenza.

Manca poi nel testo della legge delega, ed è forse ricavabile in forma implicita dalla disposizione del decreto sui LEA appena citata, un riferimento alla dimensione progettuale della presa in carico, in cui confluiscono tutte le azioni specifiche e specialistiche realizzate dai diversi servizi dedicati alla cura, alla riabilitazione e all'integrazione della persona con disabilità. Uno strumento di questo tipo, definito in termini di "progetto quadro" è valorizzato e richiesto, in tutta la letteratura in materia di disabilità successiva alla legge quadro, come elemento imprescindibile per il superamento della frammentazione e della settorialità dei processi (e procedimenti) che interessano la persona per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, contraddizioni e cesure nei diversi momenti del percorso di vita delle persone interessate<sup>10</sup> (G. Gioga, C. Hanau 2006, Fondazione Zancan 2015).

Un tema su cui è opportuno richiamare brevemente l'attenzione riguarda il riferimento all'*effettivo e specifico* grado di bisogno socioeconomico della persona con disabilità, che immediatamente suggerisce un collegamento con il tema della valutazione della situazione economica dei richiedenti interventi e servizi, e che rileva ai fini dell'accesso e della compartecipazione alla spesa.

L'introduzione della riforma dell'ISEE ad opera del dpcm n. 159 del 2013 avrebbe dovuto nelle intenzioni del legislatore porre fine alle differenziazioni e alle conflittualità conseguenti, esistenti a livello statale, regionale e locale nella valutazione e quantificazione della situazione economica dei richiedenti prestazioni sociali e sociosanitarie agevolate.

---

<sup>10</sup> Sul punto si veda R. CALDIN, F. SERRA (a cura di), *Famiglie e bambini/e con disabilità complessa. Comunicazione della diagnosi, forme di sostegno, sistema integrato dei servizi*, Fondazione Zancan, Padova, 2011; FONDAZIONE ZANCAN (a cura di), *Approfondimenti monografici: Personalizzare e Valutare*, in *Studi Zancan*, n. 5/2016, pp. 27-74; G. GIOGA, C. HANAU, *Famiglie con minori con gravi disabilità intellettive*, in CARITAS ITALIANA, FONDAZIONE ZANCAN (a cura di), *Vite fragili. Rapporto 2006 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2006.

La definizione dell’ISEE come livello essenziale di assistenza, se da un lato ha introdotto uno strumento unitario per la valutazione della situazione economica, dall’altro non ha fatto venir meno la complessità e l’eterogeneità delle modalità di applicazione concreta della misura e della definizione di soglie di accesso delle e modalità di compartecipazione alla spesa in ambito sociosanitario<sup>11</sup>.

Se infatti la disposizione di cui all’art. 6 del decreto ha introdotto il c.d. Isee sociosanitario, che considera la persona adulta con disabilità come facente parte di un nucleo a sé stante, permettendo la valorizzazione dei soli redditi di quest’ultimo per la valutazione della situazione economica, la concreta applicazione di questo strumento nei diversi contesti locali non è ancora omogenea, con conseguenti differenziazioni in ordine all’accesso e alla compartecipazione alla spesa per i servizi per la disabilità.

Le numerose pronunce giurisdizionali che sanciscono l’illegittimità di regolamenti comunali e aziendali che non applicano correttamente le disposizioni nazionali in materia di ISEE sociosanitario sono il segno ancora tangibile di quanto sia complesso orientare l’azione delle tante amministrazioni coinvolte nell’erogazione dei servizi alla persona alle disposizioni legislative introdotte, e di come su questo versante un ulteriore intervento legislativo potrebbe non portare ad esiti significativi.

Un ultimo accenno al tema della valutazione della situazione economica riguarda il tema, che emerge anche dalla lettera della disposizione di delega, della valutazione della situazione economica come elemento da ponderare nella quantificazione delle misure da erogare/del livello di compartecipazione da richiedere e come criterio di accesso alle misure stesse. Come si è visto, a livello nazionale esistono infatti misure economiche il cui accesso è limitato da soglie di reddito (e non di ISEE) e misure economiche che prescindono dalla valutazione economica dei richiedenti. La stessa eterogeneità si riscontra a livello comunale e regionale, dove sia in generale che con riferimento ai servizi e interventi per la disabilità, la situazione economica può essere discriminante nell’accesso a misure, oltre che valutata ai fini della compartecipazione.

Si tratta evidentemente di una scelta di merito, che ha comunque pesanti ripercussioni sulla effettiva accessibilità e fruizione dei servizi, e che andrebbe realizzata tenendo conto di quanto la giurisprudenza costituzionale ha evidenziato in tema di determinazione di requisiti di accesso: l’introduzione di requisiti di accesso selettivi deve essere conforme a ragionevolezza, soprattutto in termini di

---

<sup>11</sup> B. VIMERCATI, *Compartecipazione dell’utente alla spesa sociosanitaria e nuovo ISEE: quali prospettive?* in M. D’AMICO, F. BIONDI (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica*, Franco Angeli, Milano, 2017, pp. 157-178.

“ragionevole correlabilità” tra il requisito introdotto ai fini dell’accesso e la ratio della misura a cui si riferisce.

3.3 “Riordinare, anche accorpandoli, i diversi fondi destinati alla tutela, al sostegno e alla promozione dei diritti della persona con disabilità e alla valorizzazione del ruolo di cura, di sostegno e di assistenza della famiglia”

L’ultimo dei criteri e principi direttivi da considerare riguarda il riordino e l’accorpamento dei fondi attualmente esistenti: dopo aver considerato i profili dell’offerta e della fruizione degli interventi, la legge delega “chiude il cerchio” dedicando una disposizione al tema del finanziamento dei benefici dedicati alle persone con disabilità. L’azione di riordino e di accorpamento ha ad oggetto un insieme eterogeneo di fondi, per entità e finalità, che negli anni sono stati istituiti dal legislatore statale e di cui si riporta una breve presentazione, non esaustiva, così da offrire una misura di quale potrebbe essere l’oggetto dell’intervento legislativo delegato.

Come si evince dalla disanima dei principali fondi attualmente esistenti, emerge in modo molto netto un tratto caratteristico del sistema di welfare italiano: la presenza di numerosi rivoli di finanziamento, e quindi la frammentazione delle risorse<sup>12</sup>. C’è la cattiva abitudine dell’approccio “un problema, una risposta, un fondo”. Anche quando il legislatore aveva l’intenzione di costituire un fondo unitario, negli anni successivi non si è realizzato. Questo è quanto è successo ad esempio con il fondo nazionale per le politiche sociali (istituito con la legge finanziaria n. 449/1997 e poi confermato a distanza di qualche anno nella legge quadro sull’assistenza) pensato come una fonte unitaria di finanziamento degli interventi di assistenza sociale, in analogia con il fondo sanitario. La logica complessiva prevedeva che a fronte di un sistema di programmazione territoriale unitario e coerente (che vedeva coinvolti tutti i livelli istituzionali: stato, regioni, ambiti sociali), ci fosse una fonte unitaria di risorse sufficienti a cui attingere, da destinare alla realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali. Il fondo è stato progressivamente svuotato di alcune sue componenti originarie e allo stesso tempo altri fondi paralleli sono stati creati ad hoc.

Il riordino dei “fondi destinati alla tutela, al sostegno e alla promozione dei diritti della persona con disabilità e alla valorizzazione del ruolo di cura, di sostegno e di assistenza della famiglia” è necessario per evitare l’errore tecnico e strategico che si continua a perpetuare: aggiungere risorse senza portare a unità quanto già esiste, cioè senza riunire in un unico contenitore tutte le risorse disponibili.

---

<sup>12</sup> M. BEZZE, *Spesa non governata*, in FONDAZIONE ZANCAN, *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, pp. 39-65.

### 3.3.1 *Il Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità*

La L. n. 68/1999 (art. 13, c. 4) ha istituito il Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità per finanziare gli incentivi destinati ai datori di lavoro che assumono persone con disabilità. Fino al 2015 le risorse venivano ripartite fra le Regioni e le Province Autonome; il Jobs Act modificando l'art. 13 della Legge n. 68/99 ha stabilito che, annualmente, con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali viene definito l'ammontare delle risorse del Fondo che, a decorrere dal 2016, sono trasferite all'Inps. Nello stesso decreto viene definito l'ammontare delle risorse attribuite al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per progetti sperimentali di inclusione lavorativa delle persone con disabilità (finanziati nei limiti del 5% delle risorse complessive). L'incentivo all'assunzione è concesso ai datori di lavoro privati e agli enti pubblici economici, per un periodo di 36 mesi nella misura del:

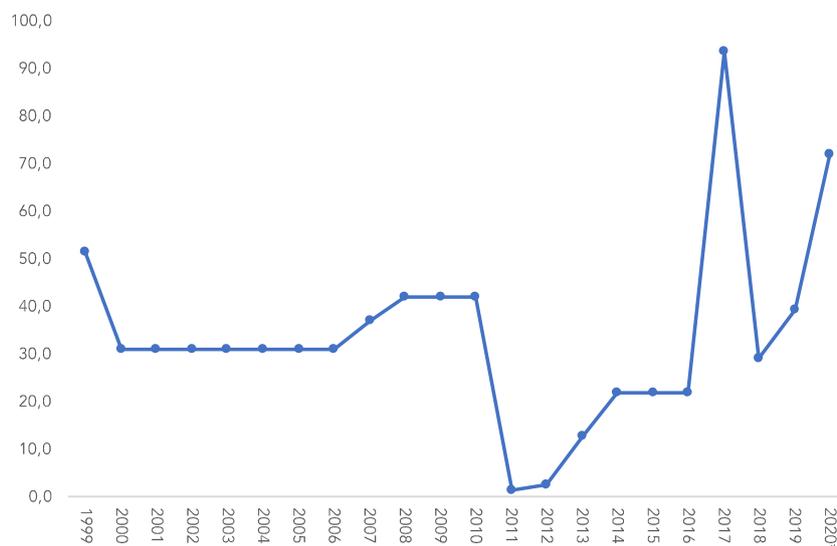
- 70% della retribuzione mensile lorda imponibile ai fini previdenziali per le assunzioni a tempo indeterminato delle persone con riduzione della capacità lavorativa superiore al 79%, o con minorazioni ascritte dalla prima alla terza categoria, di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra;
- 35% della retribuzione mensile lorda imponibile ai fini previdenziali per le assunzioni a tempo indeterminato delle persone con riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67% e il 79%, o minorazioni ascritte dalla quarta alla sesta categoria, di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra;
- 70% della retribuzione mensile lorda imponibile ai fini previdenziali per l'assunzione di lavoratori con disabilità intellettiva e psichica che comporti una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, per un periodo di 60 mesi nel caso di assunzione a tempo indeterminato o per tutta la durata del contratto nel caso di assunzione a tempo determinato non inferiore a 12 mesi.

L'incentivo è esteso anche ai datori di lavoro privati e agli enti pubblici economici che, pur non essendo soggetti agli obblighi della L. n. 68/99, procedono all'assunzione di lavoratori disabili.

Il Fondo dall'anno della sua costituzione ha avuto un andamento altalenante, variando nell'importo annuo in vent'anni tra 1,2 milioni di euro del 2011 e i quasi 94 milioni di euro del 2017. Dopo una dotazione iniziale di 51,6 milioni (1999), per 7 anni (2001-2006) il fondo è stato stabile a 31 milioni di euro, così come lo è stato tra il 2008 e il 2010 con 42 milioni. Con la crisi economica, nel 2011 e nel 2012 viene ridotto al minimo storico (rispettivamente 1,2 milioni e 2,4 milioni di euro), per poi risalire a 12,6 milioni nel 2013, a quasi 22 milioni nel triennio 2014-2016,

toccando il punto più alto nel 2017. Nel 2018 viene ridotto a un terzo (29 milioni) e nel 2019 riprende a risalire (fig.2).

Fig. 2 – Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità, 1999-2020, valori in milioni di euro



\* il valore relativo al 2020 si riferisce alla dotazione prevista (ex. tab. 4 Decreto MEF 30 dicembre 2019).

Fonte: M. BEZZE, T. VECCHIATO, *Con noi e dopo di noi*, cit.

### 3.3.2 *Il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare*

Con la Legge n. 112/2016 è stato istituito (art. 3) presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive attualmente o nel prossimo futuro del sostegno familiare (quindi attivando iniziative già "durante noi"), per assenza dei genitori o per loro impossibilità a fornire un adeguato sostegno. Il Fondo è finalizzato a (art. 4):

- a) attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto anche delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità grave;
- b) realizzare, ove necessario e, comunque, in via residuale, nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, nel rispetto della volontà delle persone

con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi;

- c) realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che possono comprendere il pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
- d) sviluppare, ai fini di cui alle lettere a) e c), programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità grave.

La Legge ha previsto una dotazione di: 90 milioni per l'anno 2016, 38,3 milioni per l'anno 2017 e 56,1 milioni di euro annui a decorrere dal 2018. Nel 2018 la dotazione effettiva è stata di 51 milioni e nel 2019 di 56,1. Per il 2020 sono stati allocati 58,1 milioni di euro (tabella 4 Decreto MEF 30 dicembre 2019).

Tab. 5 – Riparto del Fondo del Dopo di Noi, per regioni, 2016-2019

Regione	2016*	2017**	2018***	2019****
Abruzzo	1.980.000	842.600	1.124.200	1.239.810
Basilicata	900.000	383.000	511.000	544.170
Calabria	3.060.000	1.302.200	1.737.400	1.873.740
Campania	9.090.000	3.868.300	5.161.100	5.688.540
Emilia-Romagna	6.570.000	2.795.900	3.730.300	4.162.620
Friuli-Venezia G.	1.800.000	766.000	1.022.000	1.110.780
Lazio	9.090.000	3.868.300	5.161.100	5.660.490
Liguria	2.250.000	957.500	1.277.500	1.391.280
Lombardia	15.030.000	6.396.100	8.584.800	9.492.120
Marche	2.340.000	995.800	1.277.500	1.413.720
Molise	450.000	191.500	255.500	291.720
Piemonte	6.480.000	2.757.600	3.679.200	4.005.540
Puglia	6.210.000	2.642.700	3.525.900	3.848.460
Sardegna	2.610.000	1.110.700	1.481.900	1.587.630
Sicilia	7.740.000	3.293.800	4.394.600	4.790.940
Toscana	5.490.000	2.336.300	3.117.100	3.438.930
Umbria	1.350.000	574.500	766.500	807.840
Valle d'Aosta	180.000	76.600	102.200	117.810
Veneto	7.380.000	3.140.000	4.190.200	4.633.860
<b>Totale</b>	<b>90.000.000</b>	<b>38.300.00</b>	<b>51.100.000</b>	<b>56.100.000</b>

\* D. MLPS del 23.11.2016; \*\* D. MLPS del 21.06.2017; \*\*\* D. MLPS del 15.11.2018; \*\*\*\*

D. PCM del 21.11.2019. Il riparto avviene sulla base della popolazione 18-64 anni residente.

Fonte: M. BEZZE, T. VECCHIATO, *Con noi e dopo di noi*, cit.

### 3.3.3 *Il Fondo “vita indipendente”*

In Italia, il diritto ad una vita indipendente viene affermato con la Legge n. 162 del 1998: all'art. 39, c. 2, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, viene introdotto il punto l-ter, in cui si prevede tra i compiti delle regioni quello di “disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia”. Le regioni, sulla base di queste indicazioni hanno sperimentato progettualità specifiche e differenziate, finalizzate all'assistenza indiretta, al sostegno della domiciliarità e dei percorsi di autonomia personale.

Con l'approvazione del primo Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con Dpr del 4 ottobre 2013, il tema della vita indipendente diventa oggetto di una linea di azione nazionale finalizzata a definire un modello di intervento unitario, superando le criticità rilevate nelle diverse esperienze regionali. Tra queste si rilevano la prevalenza di criteri sanitari nella valutazione degli aventi diritto rispetto ad elementi di valutazione del rischio di esclusione sociale, la mancata unificazione e concertazione degli interventi (sociali, educativi, sanitari e sociosanitari), la limitata rilevanza di interventi finalizzati all'acquisizione di autonomie in favore delle persone con disabilità intellettiva.

Dall'anno 2013, in base alle linee guida nazionali annualmente adottate vengono finanziati progetti sperimentali riguardanti misure per la vita indipendente rivolte a persone adulte (età 18-64 anni) con disabilità grave. Il sistema prevede la distribuzione delle risorse a livello di ambito sociale per il tramite delle regioni. Per ogni progetto di ambito sociale è previsto uno stanziamento di 80.000 euro.

I contenuti progettuali sono individuati annualmente nelle linee guida con riferimento alle linee di azione introdotte dai due Programmi di Azione biennale adottati rispettivamente nel 2013 e nel 2017 (con Dpr 12 ottobre 2017). Anche nel secondo Programma la vita indipendente è infatti oggetto di una linea di azione dedicata, che considera congiuntamente i risultati del primo periodo di sperimentazione progettuale e le novità introdotte dalla legge sul Dopo di Noi, per definire insieme ai contenuti progettuali anche le infrastrutture di processo qualificanti i progetti di Vita indipendente. In particolare si introducono: la valutazione multidimensionale, effettuata da équipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale; la partecipazione della persona con disabilità alla definizione del progetto personalizzato, al suo monitoraggio e

valutazione; la definizione di budget di progetto integrati; il coinvolgimento delle associazioni e degli enti del terzo settore localmente presenti. Nelle linee guida per il 2018 si prescrive poi che in ogni regione vi sia almeno un intervento indirizzato verso forme propedeutiche all'abitare in autonomia che, eventualmente, prevedano budget di spesa modulabili in relazione al crescere delle competenze e abilità delle persone coinvolte.

Tab. 6 – Finanziamenti ministeriali per progetti di Vita indipendente, Italia, 2013-2019

<b>Annualità Linee guida</b>	<b>Risorse stanziare (euro)</b>	<b>Ambiti sociali finanziabili</b>
2013	3.200.000	40
2014	10.000.000	125
2015	10.000.000	125
2016	15.000.000	187
2017	15.000.000	187
2018	15.000.000	187

Fonte: M. BEZZE, T. VECCHIATO, *Con noi e dopo di noi*, cit.

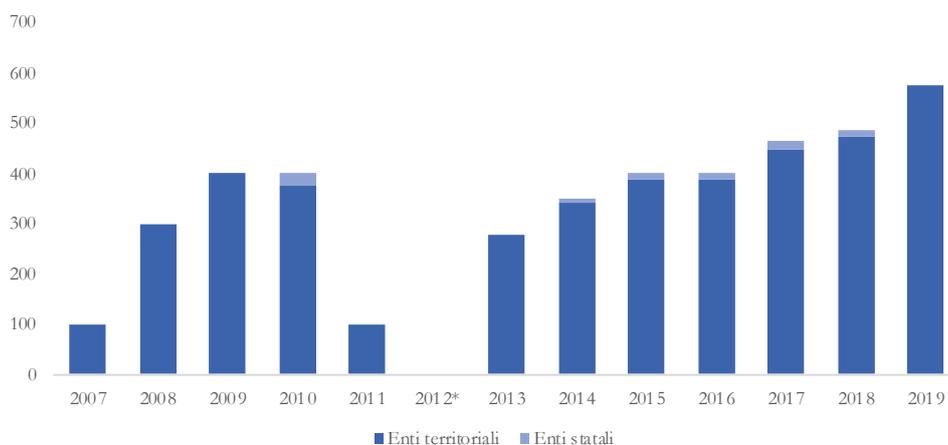
### 3.3.4 Fondo per le non autosufficienze

Per dare copertura ai costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria rivolta al sostegno di persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti, e favorirne la permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nel 2006 è stato istituito il Fondo per le non autosufficienze (FNA) (art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006 n. 296 - legge finanziaria 2007). Le risorse sono aggiuntive rispetto a quelle destinate alle prestazioni e ai servizi in favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle autonomie locali.

Il suo ammontare ha subito negli anni, come per altri fondi, delle variazioni anche significative. Dai 100 milioni iniziale del 2007, si è passati a 400 milioni nel 2009 e nel 2010, per poi tornare a 100 e sparire nel 2012. Negli ultimi 7 anni la sua dotazione è mediamente superiore ai 300 milioni. Nel 2019 ha toccato il massimo storico di 573 milioni di euro. Come evidenziato nel Piano per la non autosufficienza 2019-2021 (DPCM del 21 novembre 2019), il “Fondo, sin dalla nascita, non presentava le caratteristiche necessarie alla definizione di livelli essenziali delle prestazioni, per cui era stato istituito. All’origine, infatti, si è trattato di risorse modeste nell’ammontare ... ma soprattutto dall’orizzonte temporale al più triennale, e quindi tecnicamente inadeguate a finanziare livelli essenziali: questi, infatti, anche se limitati dalle risorse del Fondo, costituiscono diritti soggettivi, che per loro natura sono duraturi nel tempo e necessitano quindi di coperture strutturali”.

La sezione II della legge di bilancio 2020 (legge 160/2019) ha previsto una dotazione del Fondo per il 2020 pari a 571 milioni di euro. Nel corso dell'esame referente, nel corpo della Sezione I della legge di bilancio, è stato inserito il comma 331 che ha disposto un incremento di 50 milioni di euro a favore del Fondo per le non autosufficienze, le cui risorse sono pertanto pari, per il 2020, a 621 milioni di euro.

Fig. 3 – Fondo per le non autosufficienze, per tipologia ente destinatario, Italia, 2017-2019, valori in milioni di euro



Fonte: Elaborazioni Fondazione Zancan su dati Min. Pol. Soc., vari anni.

Nel Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 si individuano le caratteristiche essenziali degli interventi da garantire su tutto il territorio nazionale nell'ottica di una progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Sia il Piano sia il riparto delle risorse acquistano una durata triennale, con eventuali aggiornamenti annuali.

### 3.3.5 Fondo per il caregiver familiare

La legge di bilancio 2018 ha istituito un Fondo per il *caregiver* familiare con una dotazione di 20 milioni di euro per ogni anno del triennio 2018-2020<sup>13</sup>. Il Fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare. Il "*caregiver* familiare" è definito come la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero (nei soli casi indicati dalla Legge n. 104/1992, art.

<sup>13</sup> La legge di bilancio 2019 ha incrementato il fondo di 5 milioni all'anno del triennio 2019-2021.

33, c. 3) di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento.

La legge di bilancio 2021 (legge n. 178 del 2020, art. 1 comma 334) conferma l’istituzione del fondo per il triennio 2021-2023, con una dotazione di 30 milioni di euro per anno. Analogamente alla disposizione istitutiva contenuta nella legge di bilancio 2018 (legge n. 205 del 2017, art. 1, comma 255), anche nel nuovo provvedimento il finanziamento è vincolato alla “copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell’attività di cura non professionale svolta dal *caregiver* familiare”, ad oggi non adottati. Ne consegue il perdurante mancato utilizzo delle risorse stanziare nel primo biennio di istituzione del fondo.

### 3.3.6 Fondo per la disabilità e la non autosufficienza

Accanto al Fondo per la Non Autosufficienza, la legge di bilancio 2020 (art. 1, comma 330, della legge 160/2019) ha istituito, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, un fondo denominato "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza", con una dotazione pari a 29 milioni di euro per il 2020, a 200 milioni di euro per il 2021, a 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2022. Il Fondo è indirizzato a realizzare interventi per la disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno in materia. Tali interventi, ai sensi della norma istitutiva, dovranno essere attuati con appositi provvedimenti normativi, nei limiti di spesa previsti. Si tratta di interventi a favore della disabilità, finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche ad essa rivolte.

La Nota di aggiornamento al Def ha preannunciato, a completamento della manovra di bilancio 2020-2022, quale collegato, il disegno di legge in materia di disabilità che qui si commenta, al quale sembrano destinate le risorse accantonate nel fondo (Codice in materia di disabilità).

## 4. Conclusioni

L’intervento in tema di benefici e interventi rivolti a persone con disabilità può essere una (ulteriore) occasione per riordinare e ricalibrare il sistema attuale. Gli spazi di intervento attribuiti dalla legge delega sono estremamente ampi, potendo includere pressoché tutte le misure sociali e sociosanitarie esistenti. Conferire all’esecutivo questo compito è sicuramente in linea con la prassi consolidata di fare un uso estremamente “largo” dello strumento della delega legislativa, con tutti i dubbi che questo tipo di attribuzione comporta, soprattutto in termini di adeguata ponderazione e bilanciamento dei diversi interessi in gioco.

È auspicabile che siano comunque garantiti spazi di ascolto e di consultazione adeguati anche in sede delegata, per un intervento orientato a recepire e dare attuazione nei diversi comparti del *welfare* italiano ai principi e alle acquisizioni più avanzate in tema di integrazione delle persone con disabilità.