



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in Management dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

**DISABILITÀ E POLITICHE DI WELFARE
SOCIALE: IL MODELLO DEL “DOPO DI
NOI” TRA INCLUSIONE E AUTONOMIA**

**DISABILITY AND SOCIAL WELFARE POLICIES:
THE “AFTER US” MODEL BETWEEN INCLUSION AND AUTONOMY**

Relatore: Chiar.mo

di:

Prof. Marco Arlotti

Tesi di Laurea

Rossella Visconti

Anno Accademico 2025 – 2026

*A mio padre,
questa tesi è per te.*

Avrei voluto consegnartela tra le mani, vedere il tuo sorriso e condividere con te la gioia di questo traguardo. La vita, però, ha deciso diversamente. Anche se oggi non sei qui accanto a me, la tua presenza continua ad accompagnarmi ogni giorno, nei valori che mi hai trasmesso, nella forza che mi hai insegnato ad avere e nell'amore che non smetterà mai di unirci.

Questo percorso è stato lungo e spesso difficile. Ci sono stati momenti in cui avrei voluto fermarmi, ma il pensiero di te mi ha dato il coraggio di andare avanti. Ogni pagina scritta, ogni esame superato e ogni sacrificio affrontato portano con sé qualcosa di te.

Mi hai insegnato che la dignità, l'impegno e la determinazione valgono più di qualsiasi successo. Se oggi raggiungo questo traguardo, è anche grazie a ciò che mi hai lasciato: un'eredità fatta di amore, esempio e forza.

Ovunque tu sia, spero che tu possa essere orgoglioso di me come io lo sarò per sempre di essere tua figlia.

Con infinito amore e immensa gratitudine,

Rossella

RINGRAZIAMENTI

Desidero rivolgere un ringraziamento speciale al Professor Marco Arlotti, che ha saputo accompagnarmi in questo percorso con grande disponibilità, pazienza e professionalità.

Nei momenti in cui il traguardo sembrava lontano, la sua guida e la fiducia che ha riposto in me mi hanno aiutata a non perdere la motivazione e a credere nelle mie capacità. Non si è limitato a seguire un lavoro di tesi, ma ha saputo incoraggiarmi e sostenermi lungo un cammino fatto di impegno, sacrifici e crescita personale.

Per aver creduto in me, per aver valorizzato il mio lavoro e per avermi aiutata a raggiungere questo importante obiettivo, gli sarò sempre profondamente grata.

Soprattutto, questo traguardo porta la traccia dell'insegnamento di mio padre e della sua fiducia, che hanno rappresentato per me uno stimolo prezioso a dare il meglio di me stessa. Grazie di cuore.

INDICE	
ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO 1	12
STORIA DEL WELFARE SOCIALE EVOLUZIONE IN ITALIA	12
Introduzione	12
1.1 ORIGINI E SVILUPPO STORICO DEL WELFARE SOCIALE	14
1.2 MODELLI DI WELFARE: ASSISTENZA, UNIVERSALISMO, SUSSIDIARIETÀ	19
1.3 IL SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI	24
1.4 IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI E LA TERRITORIALIZZAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI	29
1.5 TENDENZE ATTUALI DEL WELFARE: INTEGRAZIONE, COMUNITÀ E PROGETTO DI VITA	33
CAPITOLO 2	39
DISABILITÀ E INCLUSIONE NEL WELFARE SOCIALE	39
Introduzione	39
2.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DISABILITÀ	41
2.2 MODELLO BIOPSIKOSOCIALE E CLASSIFICAZIONE ICF	45
2.3 CONVENZIONE ONU SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	49
2.4 INCLUSIONE SOCIALE E QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	53
2.5 PROGETTO DI VITA INDIVIDUALIZZATO E PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE	57
Conclusioni	62
CAPITOLO 3	63
IL “DOPO DI NOI” NELLE POLITICHE DI WELFARE ITALIANE	63
Introduzione	63
3.1 ORIGINE E FINALITÀ DELLA LEGGE 112/2016	65
3.2 STRUMENTI E INTERVENTI PREVISTI DALLA LEGGE 112/2016	67
3.3 CRITICITÀ E PROSPETTIVE DEL MODELLO “DOPO DI NOI”	70
Conclusioni	73

CAPITOLO 4	74
ATTUAZIONE REGIONALE DEL “DOPO DI NOI”	74
ANALISI COMPARATIVA	74
Introduzione	75
4.1 DIFFERENZE TERRITORIALI NELL’APPLICAZIONE DELLA LEGGE 112/2016	76
4.2 MODELLI ORGANIZZATIVI REGIONALI E DIFFERENZE TRA NORD, CENTRO E SUD	80
4.3 MODELLI ABITATIVI E PERCORSI DI AUTONOMIA	83
4.4 CRITICITÀ E LIMITI NELL’ATTUAZIONE DELLA LEGGE 112/2016	87
Conclusioni	91
CAPITOLO 5	94
ESPERIENZE TERRITORIALI E PROSPETTIVE EVOLUTIVE DEL “DOPO DI NOI”: ANALISI SUL CAMPO	94
Introduzione	94
5.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI A 10 ANNI DALLA LEGGE 112 DEL 2016	96
5.2 CASO TERRITORIALE ASL ROMA 1 – DISTRETTO 15: CONFRONTO CON ALTRI DISTRETTI E CRITICITÀ EMERGENTI	98
5.3 ANALISI QUALITATIVA: METODOLOGIA ORGANIZZATIVA	101
5.4 RISULTATI DELLA RACCOLTA DATI: INTERVISTE, COLLOQUI E LETTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI TERRITORIALI	104
5.5 PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEI SERVIZI E INDICAZIONI OPERATIVE	107
Conclusioni	110
<i>Sintesi dei risultati</i>	<i>110</i>
<i>Risposte alle domande di ricerca</i>	<i>113</i>
<i>Indicazioni operative e prospettive future</i>	<i>116</i>
Traccia di intervista	120
BIBLIOGRAFIA	121
RIFERIMENTI NORMATIVI	129

ABSTRACT

Introduzione: La presente tesi affronta il tema del “Dopo di noi” quale espressione dell’evoluzione del welfare sociosanitario territoriale rivolto alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. L’elaborato nasce dall’interesse professionale maturato all’interno dei servizi territoriali e dall’osservazione diretta delle difficoltà organizzative, assistenziali e relazionali che caratterizzano la presa in carico delle fragilità complesse. L’analisi si concentra in particolare sull’attuazione della Legge n. 112/2016, approfondendo il rapporto tra quadro normativo, organizzazione dei servizi territoriali e costruzione dei percorsi di autonomia e inclusione sociale delle persone con disabilità. L’obiettivo della ricerca è stato quello di comprendere come, a quasi dieci anni dall’introduzione della normativa, i servizi territoriali abbiano recepito i principi del “Dopo di noi” e quali criticità risultino ancora presenti nella concreta applicazione dei percorsi assistenziali.

Materiali e metodi: La ricerca è stata sviluppata attraverso un approccio qualitativo basato sull’analisi normativa e sull’osservazione delle dinamiche organizzative territoriali maturate nell’esperienza professionale all’interno dell’ASL Roma 1 – Distretto 15. La parte empirica è stata realizzata mediante la raccolta di informazioni più di tipo strutturato e interviste con 15 professionisti appartenenti alla rete sociosanitaria territoriale, tra cui infermieri, assistenti sociali

e operatori coinvolti nella presa in carico delle fragilità complesse. Le principali aree indagate hanno riguardato l'attivazione dei servizi previsti dal "Dopo di noi", i percorsi di autonomia abitativa, le difficoltà delle famiglie nell'accesso ai servizi, il livello di integrazione tra area sanitaria e sociale e le criticità organizzative presenti nei percorsi territoriali.

Risultati: L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato un progressivo sviluppo dei modelli territoriali orientati alla presa in carico multidimensionale della persona con disabilità, con una crescente attenzione ai percorsi di vita indipendente e autonomia abitativa. Dall'indagine emerge tuttavia la persistenza di criticità significative legate alla frammentazione organizzativa, alla carenza di personale e alla difficoltà di garantire continuità progettuale ai percorsi attivati. Gli operatori intervistati hanno inoltre evidenziato come molte famiglie continuino a vivere condizioni di forte sovraccarico assistenziale e difficoltà di orientamento all'interno della rete dei servizi. L'esperienza territoriale ha confermato l'importanza strategica del lavoro integrato tra servizi sanitari, sociali, PUA, COT ed enti del Terzo Settore nella costruzione di percorsi realmente personalizzati.

Conclusioni: La ricerca conferma come il "Dopo di noi" rappresenti oggi una delle principali sfide organizzative e culturali del welfare territoriale contemporaneo. La qualità dei percorsi dipende dalla capacità delle istituzioni di costruire reti integrate di presa in carico, fondate sulla continuità assistenziale, sulla personalizzazione degli interventi e sulla centralità della persona con disabilità. Le recenti riforme

introdotte dal PNRR e dal D.M. 77/2022 possono costituire un'importante opportunità di sviluppo per il rafforzamento della sanità territoriale e dei modelli di integrazione sociosanitaria, purché accompagnate da investimenti strutturali, formazione professionale e reale collaborazione tra servizi, famiglie e comunità locali.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni il sistema di welfare italiano è stato interessato da profonde trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sociali.

Dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle condizioni di fragilità e dalla crescente complessità delle situazioni familiari in questo contesto, il tema della disabilità ha progressivamente assunto una rilevanza centrale nel dibattito pubblico e nelle politiche sociali passando da un approccio prevalentemente assistenziale a modelli orientati alla promozione dell'autonomia, nell'inclusione sociale della qualità della vita.

Parallelamente, si è affermata una visione della persona con disabilità non più limitata alle dimensioni sanitaria o alla sola tutela assistenziale, ma riconosciuta come soggetto portatore di diritti, bisogni e potenzialità, inserito in una rete di relazioni sociali e comunitarie. Questo cambiamento culturale e normativo ha portato allo sviluppo di politiche e interventi volti a favorire la partecipazione sociale, la permanenza nel contesto di vita e la costruzione di percorsi personalizzati capaci di sostenere il progetto di vita individuale.

Entro tale scenario si inserisce il tema del cosiddetto “dopo di noi”, che riguarda la prospettiva di vita delle persone con disabilità grave quando viene meno il sostegno familiare, in particolare quello garantito dai genitori. Per molte famiglie, infatti, la principale preoccupazione riguarda il futuro dei propri figli o familiari disabilità in

assenza del supporto quotidiano garantito dal nucleo familiare. Questa condizione ha portato negli anni all'elaborazione di politiche specifiche volte a garantire continuità assistenziali, soluzioni abitative alternative e percorsi di autonomia che possono assicurare dignità, sicurezza inclusione sociale anche nel lungo periodo. La legge 112 del 2016 rappresenta un punto di svolta in questo ambito introducendo strumenti e risorse finalizzate a favorire la deistituzionalizzazione, la sperimentazione di soluzioni abitative innovative e la costruzione di progetti personalizzati orientati alla vita indipendente. Tuttavia, l'applicazione concreta delle misure previste dalla normativa presenta ancora differenze territoriali significative e incontra criticità legate all'organizzazione dei servizi, alla disponibilità delle risorse e alla capacità di integrazione tra diversi livelli istituzionali coinvolti.

La presente tesi si propone di analizzare l'evoluzione delle politiche di welfare volte alla disabilità, con particolare attenzione alle misure legate al “dopo di noi” e alle modalità attraverso cui tali interventi vengono tradotti nelle pratiche territoriali. L'obiettivo è comprendere in che modo i servizi e le politiche sociali e sanitarie riescano oggi a sostenere percorsi di autonomia e continuità assistenziale per le persone con disabilità, individuando al contempo criticità e possibili ambiti di miglioramento.

Il lavoro si basa su un approccio integrato che combina l'analisi della letteratura e dei riferimenti normativi con una parte empirica rivolta all'osservazione delle

esperienze territoriali e alla raccolta di informazioni presso operatori e servizi nell'ambito dei percorsi di presa in carico. L'intento è quello di offrire una lettura non soltanto teorica, ma anche organizzativa e operativa delle politiche attuate, mettendo in evidenza le dinamiche che caratterizzano l'attuazione concreta degli interventi.

Le principali domande di ricerca che guidano il lavoro riguardano:

- L'effettiva implementazione delle misure previste dalla normativa sul “dopo di noi” e le differenze territoriali nelle disponibilità nell'accesso servizi;
- L'impatto degli interventi sulla qualità della vita delle persone con disabilità;
- Le prospettive di sviluppo necessarie per garantire maggiore continuità e sostenibilità ai percorsi di autonomia.

La tesi si articola in cinque capitoli principali.

Il primo capitolo ricostruisce l'evoluzione storica del welfare italiano, analizzando i principali modelli di intervento e il progressivo processo di territorializzazione dei servizi.

Il secondo capitolo approfondisce il tema della disabilità nei sistemi di welfare, soffermandosi sul passaggio verso modelli inclusivi e sulla centralità del progetto di vita personalizzato.

Il terzo capitolo analizza la normativa e gli strumenti introdotti dalla legge 112 del 2016, mentre il quarto propone un confronto tra le diverse modalità di attuazione regionale delle misure previste.

Il quinto capitolo presenta, infine, i risultati dell'analisi sul campo e una lettura delle prospettive evolutive dei servizi.

L'elaborato si conclude con una sintesi dei risultati emersi e con alcune considerazioni utili in un'ottica volta a rafforzare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e a promuovere modelli organizzativi capaci di sostenere in modo stabile, e continuativo, i percorsi di autonomia delle persone con disabilità. In estrema sintesi, la riflessione sul “dopo di noi” non riguarda soltanto una questione assistenziale, ma chiama in causa il modo in cui la comunità e le istituzioni si fanno carico della fragilità, riconoscendo il diritto di ogni persona a una vita dignitosa, autonoma e inclusa nel contesto sociale. In questa prospettiva, il rafforzamento delle politiche e dei servizi rappresenta non solo una risposta a un bisogno specifico, ma una sfida complessiva di trasformazione del sistema di welfare italiano.

CAPITOLO 1

STORIA DEL WELFARE SOCIALE EVOLUZIONE IN ITALIA

Introduzione

Il sistema di welfare rappresenta uno degli strumenti principali attraverso cui lo Stato interviene per garantire la tutela dei diritti sociali e promuovere condizioni di benessere e inclusione all'interno della società (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Nel corso del tempo, i modelli di protezione sociale si sono progressivamente evoluti in risposta ai cambiamenti economici, demografici e culturali che hanno interessato le società contemporanee, dando origine a sistemi sempre più complessi e articolati di intervento pubblico. Nel contesto italiano, il welfare si è sviluppato attraverso un lungo processo storico che ha condotto dal predominio di forme di assistenza caritatevole e mutualistica alla costruzione di un sistema pubblico di politiche sociali fondato sul riconoscimento dei diritti di cittadinanza (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Tale evoluzione è stata accompagnata da importanti trasformazioni istituzionali e normative che hanno progressivamente ampliato il ruolo dello Stato e degli enti territoriali nella promozione del benessere sociale (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Un passaggio fondamentale in questo percorso è rappresentato dall'introduzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, sancito dalla

Legge 8 novembre 2000, n. 328, che ha definito un nuovo modello di organizzazione delle politiche sociali basato sulla collaborazione tra diversi livelli istituzionali e sul coinvolgimento degli attori presenti nei territori. Questa riforma ha contribuito a promuovere una maggiore integrazione tra servizi sociali, sanitari e educativi, favorendo lo sviluppo di interventi più vicini ai bisogni delle persone. Negli ultimi anni il sistema di welfare ha inoltre affrontato nuove sfide legate all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle condizioni di fragilità sociale e alla crescente complessità dei bisogni assistenziali (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

In questo scenario si è progressivamente affermata una concezione delle politiche sociali sempre più orientata alla valorizzazione delle risorse territoriali, alla collaborazione tra istituzioni pubbliche e terzo settore (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015) e allo sviluppo di modelli di welfare di comunità (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Il presente capitolo ha l'obiettivo di ricostruire il percorso evolutivo del welfare sociale in Italia, analizzando le principali tappe storiche e istituzionali che hanno portato alla configurazione dell'attuale sistema di politiche sociali. In particolare, verranno esaminate le origini e lo sviluppo storico del welfare, i principali modelli teorici di protezione sociale (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013), la nascita del sistema integrato dei servizi sociali e il ruolo degli enti locali nella programmazione territoriale degli interventi (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

L'analisi delle trasformazioni del welfare contemporaneo consente inoltre di comprendere il quadro entro il quale si collocano le politiche rivolte alle persone con disabilità (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227) e gli strumenti finalizzati alla promozione dell'autonomia e dell'inclusione sociale. In questa prospettiva, il capitolo costituisce il riferimento teorico e istituzionale necessario per l'approfondimento dei temi che saranno sviluppati nei capitoli successivi della presente tesi, con particolare attenzione alle politiche orientate alla costruzione di progetti di vita personalizzati e ai percorsi di sostegno all'autonomia delle persone con disabilità (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227).

1.1 ORIGINI E SVILUPPO STORICO DEL WELFARE SOCIALE

Lo sviluppo del welfare sociale rappresenta il risultato di un lungo processo storico che ha progressivamente trasformato forme tradizionali di assistenza caritatevole e mutualistica in sistemi pubblici di protezione sociale fondati sul riconoscimento dei diritti di cittadinanza (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

L'evoluzione del welfare è strettamente legata ai cambiamenti economici, sociali e politici che hanno interessato le società occidentali nel corso degli ultimi due secoli.

Nelle società preindustriali la protezione delle persone in condizioni di bisogno era affidata prevalentemente alla famiglia e alle comunità locali (Saraceno, 2013; Ferrera, 2012).

La solidarietà familiare rappresentava, infatti, il principale strumento di sostegno per coloro che si trovavano in situazioni di povertà, malattia o disabilità. Accanto alla famiglia, un ruolo significativo era svolto anche dalle istituzioni religiose e dalle organizzazioni di beneficenza, che fornivano assistenza ai poveri attraverso opere caritative e iniziative filantropiche (Saraceno, 2013; Titmuss, 1974).

Nel contesto italiano, fino ai primi decenni del Novecento, l'assistenza ai soggetti in condizioni di fragilità era garantita soprattutto dalle cosiddette opere pie, istituzioni di origine religiosa o privata che offrivano sostegno economico, assistenza sanitaria di base e accoglienza alle persone prive di mezzi di sostentamento. Tuttavia, tali interventi erano caratterizzati da una forte discontinuità e da una limitata capacità di rispondere ai bisogni sociali emergenti, poiché non erano basati sul riconoscimento di diritti sociali universali, ma su logiche caritatevoli e paternalistiche (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Con l'avvento della rivoluzione industriale e con la progressiva diffusione del lavoro salariato, le società europee furono attraversate da profondi cambiamenti sociali. L'industrializzazione determinò infatti l'emergere di nuovi rischi sociali legati alle condizioni di lavoro, alla disoccupazione e alla perdita della capacità lavorativa.

In questo contesto si sviluppò la consapevolezza della necessità di creare sistemi di protezione sociale più strutturati e capaci di garantire maggiore sicurezza economica ai lavoratori (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012).

Le prime forme moderne di protezione sociale si svilupparono alla fine del XIX secolo con l'introduzione delle assicurazioni sociali obbligatorie, ispirate al modello bismarckiano sviluppato in Germania (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012).

Questo modello prevedeva un sistema assicurativo basato sul contributo dei lavoratori e dei datori di lavoro e finalizzato a garantire una tutela economica in caso di malattia, infortunio o invalidità (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012).

Tali strumenti rappresentarono uno dei primi tentativi di costruire sistemi istituzionali di protezione sociale. Anche in Italia, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, vennero introdotte alcune misure di protezione sociale rivolte principalmente ai lavoratori. Tra queste si possono ricordare le prime normative in materia di tutela degli infortuni sul lavoro e le prime forme di previdenza sociale. Tuttavia, il sistema rimase a lungo caratterizzato da una copertura limitata e da una forte frammentazione degli interventi. Durante il periodo fascista si assistette a un ampliamento delle istituzioni previdenziali e assistenziali attraverso la creazione di numerosi enti corporativi (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Il sistema di protezione sociale venne progressivamente esteso a diverse categorie di lavoratori, ma rimase fortemente selettivo e categoriale. Le tutele erano infatti

legate alla posizione lavorativa e alla categoria professionale di appartenenza, mentre ampie fasce della popolazione restavano escluse da forme strutturate di protezione sociale (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Una svolta fondamentale nel processo di costruzione del welfare italiano si verificò nel secondo dopoguerra con la nascita della Repubblica e con l'entrata in vigore della Costituzione italiana del 1948 (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

La Costituzione rappresenta infatti il fondamento giuridico del moderno sistema di welfare, poiché riconosce una serie di diritti sociali fondamentali e attribuisce allo Stato il compito di garantire condizioni di vita dignitose ai cittadini.

In particolare, l'articolo 3 della Costituzione sancisce il principio di uguaglianza sostanziale, stabilendo che la Repubblica ha il compito di rimuovere gli ostacoli economici e sociali che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini. Allo stesso tempo, gli articoli 32 e 38 riconoscono rispettivamente il diritto alla salute e il diritto all'assistenza sociale e alla sicurezza economica per le persone in condizioni di bisogno.

Nel corso dei decenni successivi il welfare italiano si è progressivamente sviluppato attraverso l'introduzione di importanti riforme nel campo delle politiche sociali e sanitarie (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Tra queste assume particolare rilievo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, che ha introdotto un sistema sanitario pubblico universalistico fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure.

Parallelamente si è assistito allo sviluppo di politiche previdenziali e assistenziali finalizzate a garantire forme di tutela economica e sociale per diverse categorie di cittadini, tra cui lavoratori, anziani, persone con disabilità e famiglie in condizioni di difficoltà. Tuttavia, il sistema di welfare italiano ha continuato a mantenere alcune caratteristiche specifiche, tra cui una forte centralità della famiglia nella gestione delle attività di cura e una prevalenza di trasferimenti monetari rispetto allo sviluppo dei servizi alla persona (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

A partire dagli anni Novanta il sistema di welfare italiano è stato interessato da un processo di riforma volto a superare la frammentazione degli interventi e a promuovere una maggiore integrazione tra politiche sociali e sanitarie (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). In questo contesto assume particolare rilevanza l'approvazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328, che introduce il sistema integrato di interventi e servizi sociali e rafforza il ruolo degli enti locali nella programmazione e gestione delle politiche sociali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

L'evoluzione del welfare italiano mostra quindi il passaggio da un modello prevalentemente assistenziale a un sistema sempre più orientato alla promozione dei diritti sociali e dell'inclusione (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

In questo quadro assume crescente importanza la capacità delle politiche pubbliche di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione attraverso interventi integrati e personalizzati.

Queste trasformazioni risultano particolarmente rilevanti nel campo delle politiche rivolte alle persone con disabilità, dove l'obiettivo non è più soltanto garantire assistenza, ma promuovere condizioni di autonomia, partecipazione e piena inclusione sociale (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227). Su queste basi si sviluppano le politiche contemporanee orientate alla costruzione di progetti di vita personalizzati, che saranno approfondite nei capitoli successivi della presente tesi.

1.2 MODELLI DI WELFARE: ASSISTENZA, UNIVERSALISMO, SUSSIDIARIETÀ

L'analisi dei sistemi di welfare può essere approfondita attraverso lo studio dei diversi modelli di protezione sociale sviluppatisi nei paesi occidentali nel corso del XX secolo (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

La letteratura sociologica e politologica ha infatti elaborato diverse classificazioni utili a comprendere le modalità con cui gli Stati intervengono per garantire la tutela dei diritti sociali e per affrontare i rischi legati alle condizioni di vita delle persone. Una delle classificazioni più influenti è quella proposta dal sociologo danese Gøsta Esping-Andersen, che nel volume *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990) individua tre principali modelli di welfare: il modello liberale, il modello conservatore-corporativo e il modello socialdemocratico. Questi modelli si

differenziano per il diverso ruolo attribuito allo Stato, al mercato e alla famiglia nella produzione di protezione sociale, nonché per il livello di universalità dei diritti garantiti ai cittadini.

Il modello liberale, diffuso principalmente nei paesi anglosassoni come Stati Uniti, Canada e Regno Unito, si caratterizza per un intervento pubblico relativamente limitato (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012). In questo sistema il mercato svolge un ruolo centrale nella fornitura di servizi sociali, mentre l'intervento dello Stato si concentra prevalentemente sulle fasce più povere della popolazione attraverso misure assistenziali selettive. Le prestazioni sociali sono spesso subordinate alla verifica dei mezzi economici dei beneficiari e hanno quindi carattere residuale. Di conseguenza, gli individui rimangono in larga misura dipendenti dal mercato del lavoro per garantire la propria sicurezza economica e sociale.

Il modello socialdemocratico, sviluppatosi nei paesi nordici come Svezia, Danimarca e Norvegia, presenta invece caratteristiche differenti (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012). In questo caso lo Stato svolge un ruolo molto forte nella promozione del benessere sociale e nella riduzione delle disuguaglianze. Le politiche sociali sono basate su principi universalistici e garantiscono prestazioni e servizi a tutti i cittadini indipendentemente dalla posizione lavorativa o dal reddito. Il finanziamento del sistema avviene principalmente attraverso la fiscalità generale

e l'obiettivo principale è quello di promuovere l'uguaglianza delle opportunità e l'inclusione sociale.

Tra questi due modelli si colloca il modello conservatore-corporativo, diffuso soprattutto nei paesi dell'Europa continentale come Germania, Francia e Italia (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012). Questo sistema si basa su un'organizzazione delle politiche sociali fortemente legata alla posizione lavorativa degli individui e alla categoria professionale di appartenenza. Le prestazioni sociali sono spesso erogate attraverso sistemi assicurativi finanziati da contributi versati da lavoratori e datori di lavoro. In questo modello la famiglia svolge un ruolo molto importante nella gestione delle attività di cura e nella protezione dei membri più vulnerabili della società (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 2012). L'Italia viene generalmente collocata all'interno di questo modello conservatore-corporativo, anche se presenta alcune caratteristiche specifiche che la distinguono da altri paesi europei.

In particolare, il welfare italiano è spesso descritto come un sistema caratterizzato da una forte centralità della famiglia e da una prevalenza di trasferimenti monetari rispetto allo sviluppo dei servizi alla persona (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Questo aspetto ha portato alcuni studiosi a parlare di un vero e proprio modello di welfare mediterraneo (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Nel corso degli ultimi decenni i sistemi di welfare europei sono stati attraversati da profonde trasformazioni legate a diversi fattori di natura economica e sociale

(Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Tra questi si possono ricordare l'invecchiamento della popolazione, la crescita della domanda di servizi di assistenza a lungo termine, l'aumento delle condizioni di non autosufficienza e la crescente precarizzazione del mercato del lavoro. Questi cambiamenti hanno messo in discussione i modelli tradizionali di protezione sociale e hanno reso necessario un ripensamento delle politiche di welfare (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

In questo contesto si è progressivamente affermato il principio di sussidiarietà, secondo il quale le funzioni pubbliche dovrebbero essere esercitate dal livello istituzionale più vicino ai cittadini e, quando possibile, dovrebbero coinvolgere anche soggetti non statali nella produzione di servizi sociali (Borzaga & Fazzi, 2011; Kazepov, 2010). In Italia questo principio è stato formalmente riconosciuto con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, che ha rafforzato il ruolo delle Regioni e degli enti locali nella programmazione e nella gestione delle politiche sociali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

L'introduzione del principio di sussidiarietà ha favorito lo sviluppo di modelli di welfare basati sulla collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del terzo settore e comunità locali (Borzaga & Fazzi, 2011). Questo processo ha portato alla nascita di nuove forme di governance delle politiche sociali, caratterizzate dalla presenza di reti territoriali di servizi e dalla partecipazione attiva di diversi attori sociali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Parallelamente si è assistito a un progressivo superamento di un welfare centrato esclusivamente sui trasferimenti economici a favore di politiche orientate allo sviluppo dei servizi alla persona e alla promozione dell'autonomia individuale (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Le politiche sociali contemporanee tendono infatti a intervenire non solo sulle condizioni economiche delle persone, ma anche sui bisogni educativi, relazionali, abitativi e sanitari che caratterizzano le situazioni di fragilità.

Queste trasformazioni hanno portato allo sviluppo di modelli di welfare sempre più orientati alla personalizzazione degli interventi e alla costruzione di percorsi individualizzati di sostegno (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). In particolare, nel campo delle politiche rivolte alle persone con disabilità si è progressivamente affermato un approccio basato sulla promozione dei diritti, sull'inclusione sociale e sulla valorizzazione delle capacità individuali (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227).

In questa prospettiva il welfare contemporaneo non si limita più a fornire prestazioni assistenziali, ma mira a costruire condizioni che permettano alle persone di partecipare pienamente alla vita sociale (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). L'attenzione si sposta quindi dalla semplice erogazione di servizi alla costruzione di percorsi di autonomia e di inclusione.

1.3 IL SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

Un passaggio fondamentale nell'evoluzione del welfare italiano è rappresentato dall'approvazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328, che introduce il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Questa riforma segna un momento di svolta nel campo delle politiche sociali in Italia, poiché mira a superare la frammentazione degli interventi assistenziali e a costruire un sistema coordinato di servizi alla persona capace di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione.

Prima dell'approvazione della legge 328, il sistema dei servizi sociali italiani era caratterizzato da una forte eterogeneità territoriale e da una limitata integrazione tra i diversi livelli istituzionali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Gli interventi sociali risultavano spesso frammentati e privi di una programmazione organica, con una prevalenza di interventi assistenziali e una scarsa attenzione allo sviluppo di servizi territoriali strutturati. Inoltre, l'assenza di un quadro normativo unitario rendeva difficile garantire livelli omogenei di tutela su tutto il territorio nazionale (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

La legge 328 nasce quindi con l'obiettivo di definire un sistema organico di politiche, basato sulla collaborazione tra diversi livelli istituzionali e sul coinvolgimento dei soggetti presenti nel territorio. Il provvedimento riconosce i servizi sociali come parte integrante delle politiche di cittadinanza e stabilisce che la Repubblica debba assicurare alle persone e alle famiglie un sistema di interventi

volto a garantire la qualità della vita, l'uguaglianza delle opportunità e il rispetto dei diritti di cittadinanza.

Uno degli elementi centrali della riforma riguarda la definizione di un sistema multilivello di governance, nel quale le competenze sono distribuite tra Stato, Regioni ed enti locali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Allo Stato spetta il compito di definire i principi generali del sistema e di individuare i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Le Regioni sono invece responsabili della programmazione e dell'organizzazione del sistema dei servizi sociali, attraverso la definizione di indirizzi operativi, criteri di finanziamento e modelli organizzativi. I Comuni, singolarmente o associati in ambiti territoriali sociali, assumono un ruolo centrale nella gestione operativa dei servizi e nella presa in carico delle persone in condizioni di fragilità (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Essi sono responsabili della progettazione e dell'erogazione degli interventi sociali, nonché della costruzione di reti di collaborazione con gli altri attori presenti sul territorio. La legge introduce inoltre strumenti di programmazione territoriale finalizzati a favorire una maggiore integrazione tra i diversi servizi (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Tra questi assume particolare rilievo il Piano di Zona, uno strumento di programmazione attraverso il quale i Comuni, in collaborazione con le aziende sanitarie locali e con i soggetti del terzo settore, definiscono le priorità

di intervento e organizzano la rete dei servizi sociali e socio-sanitari presenti sul territorio (Borzaga & Fazzi, 2011).

Il Piano di Zona rappresenta uno degli strumenti principali per promuovere una programmazione partecipata delle politiche sociali, poiché consente di coinvolgere nella definizione degli interventi non solo le istituzioni pubbliche, ma anche le organizzazioni del terzo settore, le associazioni di volontariato e gli altri attori della comunità locale (Borzaga & Fazzi, 2011).

Questo approccio favorisce lo sviluppo di modelli di welfare territoriale basati sulla collaborazione tra soggetti pubblici e privati (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Un ulteriore elemento innovativo introdotto dalla legge 328 riguarda il riconoscimento del ruolo del terzo settore nella progettazione e nella gestione dei servizi sociali. Cooperative sociali, associazioni di volontariato e organizzazioni di promozione sociale vengono infatti riconosciute come partner fondamentali nella costruzione delle politiche di welfare locale (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

La collaborazione tra enti pubblici e soggetti del terzo settore contribuisce a rendere il sistema dei servizi più flessibile e maggiormente capace di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione (Borzaga & Fazzi, 2011).

Nel corso degli anni successivi all'approvazione della legge 328, il sistema integrato dei servizi sociali si è progressivamente sviluppato, orientandosi sempre più verso modelli di presa in carico multidimensionale delle persone. Questo approccio prevede una valutazione integrata dei bisogni e la costruzione di

interventi personalizzati, attraverso la collaborazione tra diversi professionisti e servizi (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Tale modello risulta particolarmente rilevante nei confronti delle persone che presentano bisogni complessi, come le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti e i nuclei familiari in condizioni di fragilità sociale (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227). In questi casi diventa fondamentale garantire un'integrazione tra interventi sociali, sanitari e educativi, al fine di costruire percorsi di sostegno capaci di accompagnare la persona nei diversi contesti di vita.

Nonostante i progressi compiuti negli ultimi anni, il sistema dei servizi sociali italiani continua, tuttavia, a presentare alcune criticità, tra cui la persistente frammentazione degli interventi e le significative differenze territoriali nella disponibilità dei servizi.

In molte aree del paese, infatti, l'offerta di servizi sociali risulta ancora insufficiente rispetto ai bisogni della popolazione (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Nonostante tali difficoltà, la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali rappresenta uno dei passaggi più significativi nel processo di evoluzione del welfare italiano (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Questo modello ha infatti contribuito a promuovere una maggiore attenzione ai bisogni delle persone e allo sviluppo di servizi territoriali orientati alla qualità della vita e all'inclusione sociale (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

In questo quadro, l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie assume un ruolo sempre più centrale, soprattutto nei confronti delle situazioni di fragilità e disabilità. La capacità dei servizi territoriali di costruire percorsi di presa in carico integrata rappresenta infatti una delle condizioni fondamentali per garantire interventi efficaci e sostenibili nel lungo periodo (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Questi elementi risultano particolarmente rilevanti per le politiche rivolte alla disabilità (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227), nelle quali la costruzione di interventi personalizzati e integrati rappresenta uno dei presupposti fondamentali per promuovere l'autonomia e la partecipazione sociale delle persone.

Su queste basi si collocano le politiche più recenti orientate alla costruzione di progetti di vita personalizzati, che saranno approfondite nei capitoli successivi della presente tesi.

1.4 IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI E LA TERRITORIALIZZAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI

Uno degli elementi più rilevanti nell'evoluzione del welfare italiano riguarda il progressivo processo di territorializzazione delle politiche sociali, che ha portato a spostare il baricentro degli interventi dal livello centrale a quello locale (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Questo processo si fonda sulla consapevolezza che

i bisogni sociali si manifestano concretamente nei territori e che le risposte più efficaci devono essere costruite in relazione alle caratteristiche demografiche, economiche e sociali delle comunità locali.

La territorializzazione delle politiche sociali si sviluppa in modo significativo a partire dagli anni Novanta, in concomitanza con i processi di decentramento amministrativo e con le riforme istituzionali che hanno progressivamente attribuito maggiori competenze agli enti territoriali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). In questo contesto, gli enti locali assumono un ruolo sempre più centrale nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Un passaggio particolarmente importante in questo percorso è rappresentato dall'approvazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328, che riconosce ai Comuni una funzione fondamentale nella gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Secondo il modello delineato dalla legge, i Comuni diventano i principali responsabili della progettazione e dell'erogazione degli interventi sociali, nonché della presa in carico delle persone in condizioni di fragilità.

Gli enti locali svolgono quindi un ruolo strategico nella costruzione delle politiche sociali territoriali, poiché sono in grado di individuare con maggiore precisione i bisogni della popolazione e di sviluppare interventi più mirati ed efficaci (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

La vicinanza ai cittadini consente, infatti, ai servizi sociali comunali di intercettare precocemente le situazioni di vulnerabilità e di attivare percorsi di sostegno personalizzati.

La territorializzazione delle politiche sociali si traduce anche nello sviluppo di strumenti di programmazione locale finalizzati a favorire una maggiore integrazione tra i diversi servizi presenti sul territorio (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Tra questi assume particolare rilievo il Piano di Zona, che rappresenta lo strumento attraverso il quale i Comuni, in collaborazione con le aziende sanitarie locali e con i soggetti del terzo settore, definiscono le priorità di intervento e organizzano la rete dei servizi sociali e socio-sanitari (Borzaga & Fazzi, 2011).

Il Piano di Zona consente di promuovere una programmazione partecipata delle politiche sociali, coinvolgendo nella definizione degli interventi non solo le istituzioni pubbliche, ma anche le organizzazioni della società civile, le associazioni di volontariato e le cooperative sociali. Questo approccio favorisce la costruzione di reti di collaborazione tra diversi attori territoriali e contribuisce a rendere il sistema dei servizi più flessibile e capace di rispondere ai bisogni emergenti (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Un altro aspetto rilevante del processo di territorializzazione riguarda lo sviluppo dei servizi di prossimità, cioè servizi collocati all'interno delle comunità locali e facilmente accessibili ai cittadini (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Questi

servizi svolgono una funzione fondamentale nella prevenzione delle situazioni di disagio sociale, poiché consentono di individuare tempestivamente i bisogni delle persone e di attivare interventi di sostegno prima che le situazioni di fragilità si aggravino.

Tra i principali servizi territoriali si possono ricordare i servizi sociali comunali, i servizi domiciliari, i centri diurni, i servizi educativi e i servizi di supporto alle famiglie (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Queste strutture rappresentano punti di riferimento importanti per le persone in condizioni di difficoltà e contribuiscono a rafforzare le reti di sostegno presenti nelle comunità locali.

Il processo di territorializzazione ha inoltre favorito lo sviluppo di modelli di welfare locale basati sulla collaborazione tra istituzioni pubbliche e soggetti del terzo settore (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Cooperative sociali, associazioni di volontariato e organizzazioni di promozione sociale svolgono infatti un ruolo sempre più rilevante nella progettazione e nella gestione dei servizi sociali (Borzaga & Fazzi, 2011). Nonostante i numerosi aspetti positivi, la territorializzazione delle politiche sociali presenta anche alcune criticità (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Una delle principali riguarda le significative differenze territoriali nella disponibilità e nella qualità dei servizi sociali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Le aree caratterizzate da maggiori risorse economiche e da una maggiore capacità amministrativa sono infatti riuscite a sviluppare sistemi di welfare locale più strutturati, mentre altri territori continuano

a presentare carenze organizzative e una limitata offerta di servizi (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Queste disuguaglianze territoriali rappresentano una delle principali sfide del welfare italiano contemporaneo, poiché rischiano di compromettere il principio di equità nell'accesso ai servizi sociali (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). Per questo motivo si è sviluppato un crescente dibattito sull'importanza di definire livelli essenziali delle prestazioni sociali capaci di garantire standard minimi di tutela su tutto il territorio nazionale.

In questo contesto, la capacità degli enti locali di costruire reti di collaborazione tra servizi sociali, servizi sanitari e soggetti del terzo settore rappresenta uno degli elementi fondamentali per garantire interventi efficaci e sostenibili (Kazepov, 2010; Borzaga & Fazzi, 2011; Ranci & Pavolini, 2015). La costruzione di sistemi territoriali integrati consente infatti di sviluppare percorsi di presa in carico più completi e di rispondere in modo più adeguato ai bisogni complessi delle persone (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Questi aspetti risultano particolarmente rilevanti nel campo delle politiche rivolte alle persone con disabilità, nelle quali la costruzione di interventi personalizzati richiede una forte integrazione tra servizi sociali, sanitari e educativi (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227). La capacità dei territori di sviluppare reti di servizi efficaci rappresenta quindi una condizione essenziale per promuovere l'autonomia e la partecipazione sociale delle persone con disabilità.

In questa prospettiva, la territorializzazione delle politiche sociali rappresenta anche un'evoluzione culturale del welfare, che si orienta sempre più verso modelli centrati sulla persona e sulla costruzione di percorsi di sostegno individualizzati (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

1.5 TENDENZE ATTUALI DEL WELFARE: INTEGRAZIONE, COMUNITÀ E PROGETTO DI VITA

Negli ultimi anni il sistema di welfare italiano è stato interessato da profonde trasformazioni determinate da cambiamenti demografici, economici e sociali che hanno modificato in modo significativo la natura dei bisogni della popolazione (Ferrera, 2012; Saraceno, 2013). L'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la crescita delle condizioni di non autosufficienza e l'emergere di nuove forme di fragilità sociale hanno reso evidente la necessità di ripensare i modelli tradizionali di protezione sociale.

A tali dinamiche si aggiungono anche le trasformazioni delle strutture familiari e dei modelli di convivenza. In passato la famiglia rappresentava infatti il principale ammortizzatore sociale, soprattutto nel contesto italiano caratterizzato da una forte centralità delle relazioni familiari nella gestione delle attività di cura (Saraceno, 2013; Ferrera, 2012).

Tuttavia, i cambiamenti nei modelli di vita contemporanei, l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro, la crescente mobilità territoriale e l'indebolimento delle reti familiari tradizionali rendono sempre più difficile per le famiglie sostenere autonomamente i bisogni assistenziali dei propri membri (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

In questo scenario si è progressivamente sviluppata una riflessione sulle modalità di organizzazione del welfare, che ha portato all'emergere di nuovi approcci orientati alla valorizzazione delle risorse presenti nei territori. Tra questi assume particolare rilievo il concetto di welfare di comunità, che si basa sull'idea che la risposta ai bisogni sociali non possa essere affidata esclusivamente alle istituzioni pubbliche, ma debba coinvolgere anche la società civile, il terzo settore e le reti di solidarietà presenti nelle comunità locali (Borzaga & Fazzi, 2011; Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Il welfare di comunità promuove quindi una visione delle politiche sociali fondata sulla collaborazione tra soggetti diversi, tra cui istituzioni pubbliche, organizzazioni del terzo settore, associazioni di volontariato, cooperative sociali, famiglie e cittadini. Questo modello mira a costruire sistemi di intervento più flessibili e capaci di rispondere ai bisogni complessi delle persone, valorizzando le risorse e le competenze presenti nei territori e favorendo lo sviluppo di forme di solidarietà sociale (Borzaga & Fazzi, 2011; Ferrera, 2012; Saraceno, 2013).

Parallelamente assume crescente importanza il tema dell'integrazione socio-sanitaria, considerata uno degli elementi fondamentali per garantire interventi efficaci nei confronti delle situazioni di fragilità (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Molte condizioni di vulnerabilità, infatti, non possono essere affrontate attraverso interventi settoriali separati, ma richiedono un approccio integrato che coinvolga contemporaneamente servizi sociali, servizi sanitari, servizi educativi e interventi di supporto alla famiglia.

L'integrazione socio-sanitaria si traduce nella costruzione di percorsi di presa in carico condivisi tra diversi professionisti, tra cui assistenti sociali, medici, infermieri, psicologi e educatori professionali (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015).

Attraverso strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni è possibile definire interventi personalizzati capaci di rispondere in modo più adeguato alle diverse dimensioni della vita delle persone.

In questa prospettiva assume un ruolo sempre più centrale il concetto di presa in carico multidimensionale, che prevede una valutazione complessiva dei bisogni della persona e la definizione di un progetto personalizzato di intervento (Ranci & Pavolini, 2015; Kazepov, 2010).

Questo approccio consente di superare una visione frammentata dell'assistenza, favorendo invece la costruzione di percorsi integrati di sostegno capaci di accompagnare la persona nelle diverse fasi della vita.

Le politiche più recenti, anche attraverso gli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), puntano proprio al rafforzamento dell'assistenza territoriale e allo sviluppo di servizi di prossimità capaci di garantire continuità delle cure e supporto nei contesti di vita delle persone. In particolare, la Missione 6 del PNRR prevede interventi volti al potenziamento dell'assistenza territoriale e allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi orientati all'integrazione dei servizi.

Questo approccio risulta particolarmente significativo nel campo delle politiche rivolte alla disabilità. Negli ultimi decenni si è progressivamente affermata una nuova concezione della disabilità che supera il tradizionale modello medico-assistenziale per promuovere una prospettiva basata sui diritti delle persone e sulla loro piena partecipazione alla vita sociale (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227). Secondo questa prospettiva, la disabilità non viene più considerata esclusivamente come una condizione individuale legata alla presenza di una menomazione, ma come il risultato dell'interazione tra le caratteristiche della persona e le barriere presenti nell'ambiente sociale, culturale e organizzativo (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001; ONU, 2006).

All'interno di questo quadro si colloca il crescente sviluppo di politiche orientate alla promozione dell'autonomia e alla costruzione di percorsi di vita indipendente. Tra gli strumenti normativi più significativi assume particolare rilievo la Legge 22 giugno 2016, n. 112, nota come legge sul "Dopo di Noi", che introduce misure

finalizzate a garantire alle persone con disabilità grave un futuro di autonomia e inclusione anche nel momento in cui venga meno il sostegno della famiglia.

La legge promuove interventi innovativi, tra cui soluzioni abitative inclusive, percorsi di accompagnamento all'autonomia e programmi di sostegno alla domiciliarità. Attraverso questi strumenti si cerca di favorire la permanenza delle persone con disabilità nel proprio contesto di vita e di evitare il ricorso a forme di istituzionalizzazione.

In questo contesto assume un ruolo centrale il concetto di progetto di vita personalizzato, che rappresenta uno degli strumenti fondamentali delle politiche sociali contemporanee (Legge 22 giugno 2016, n.112; Legge 22 dicembre 2021, n.227).

Il progetto di vita consiste nella definizione di un percorso individualizzato costruito sulla base delle aspirazioni, delle capacità e dei bisogni della persona, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia e la partecipazione alla vita sociale.

Il progetto di vita implica, quindi, una visione complessiva della persona, che tenga conto non soltanto delle esigenze assistenziali, ma anche delle dimensioni educative, lavorative, relazionali e abitative. Negli anni più recenti il tema del progetto di vita ha assunto una rilevanza crescente anche nel dibattito normativo italiano, culminato con l'approvazione della Legge delega n. 227 del 2021, che prevede una riforma complessiva delle politiche per la disabilità e introduce il

progetto di vita personalizzato come strumento centrale per la programmazione degli interventi.

Alla luce di queste trasformazioni, il welfare contemporaneo si orienta sempre più verso modelli centrati sulla persona e sulla costruzione di percorsi individualizzati di sostegno. Il passaggio da un welfare centrato prevalentemente sull'assistenza a un welfare orientato al progetto di vita rappresenta quindi uno degli sviluppi più significativi delle politiche sociali degli ultimi anni.

Su queste basi si colloca l'analisi sviluppata nei capitoli successivi della presente tesi, che approfondiranno il tema delle politiche per la disabilità e della promozione dell'autonomia delle persone.

CAPITOLO 2

DISABILITÀ E INCLUSIONE NEL WELFARE SOCIALE

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni il concetto di disabilità ha conosciuto una profonda evoluzione, passando da una visione prevalentemente medico-assistenziale a una prospettiva più ampia e multidimensionale, che considera la persona nella sua interezza e nel contesto sociale in cui vive (Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010; WHO, 2001). Questo cambiamento culturale e normativo ha progressivamente spostato l'attenzione dalla mera cura della patologia alla promozione dei diritti, dell'autonomia e della partecipazione sociale delle persone con disabilità (Oliver, 1990; United Nations, 2006).

In tale prospettiva, la disabilità non viene più interpretata esclusivamente come una condizione individuale legata a limitazioni funzionali, ma come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori ambientali (WHO, 2001), sociali e culturali. Il passaggio dal modello medico tradizionale al modello biopsicosociale ha rappresentato un momento fondamentale in questo processo di trasformazione, contribuendo a ridefinire le politiche pubbliche e l'organizzazione dei servizi destinati alle persone con disabilità (WHO, 2001; Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010).

Un riferimento centrale in questo percorso è rappresentato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (United Nations, 2006), ratificata dall'Italia con la legge n. 18 del 2009, che ha introdotto un approccio basato sui diritti umani e sull'inclusione sociale. La Convenzione ha promosso un cambiamento di paradigma, riconoscendo alle persone con disabilità il diritto a una piena partecipazione alla vita sociale, culturale ed economica, nonché alla possibilità di autodeterminarsi nella costruzione del proprio progetto di vita.

All'interno del sistema di welfare contemporaneo, l'inclusione delle persone con disabilità rappresenta pertanto una delle principali sfide per le politiche sociali e sociosanitarie. In questo contesto assumono particolare rilevanza i percorsi di presa in carico multidisciplinare, l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e la costruzione di progetti personalizzati orientati alla qualità della vita e all'autonomia della persona.

Alla luce di queste considerazioni, il presente capitolo analizza l'evoluzione del concetto di disabilità e i principali approcci interpretativi che hanno guidato lo sviluppo delle politiche di inclusione. In particolare, verranno approfonditi il modello biopsicosociale, i riferimenti normativi e internazionali in materia di diritti delle persone con disabilità, nonché il ruolo dei servizi territoriali nella promozione di percorsi di inclusione sociale e di progetti di vita individualizzati.

2.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DISABILITÀ

Il concetto di disabilità ha conosciuto nel tempo una profonda evoluzione teorica, culturale e normativa (Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010), riflettendo i cambiamenti che hanno interessato il modo di interpretare la relazione tra individuo, società e sistemi di welfare (WHO, 1980, Oliver, 1990). Se in passato la disabilità veniva prevalentemente considerata una condizione individuale legata alla presenza di una menomazione o di una patologia, oggi essa viene sempre più interpretata come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori ambientali, sociali e culturali (WHO, 2021, United Nations, 2026). Questo cambiamento di prospettiva ha avuto importanti implicazioni non solo sul piano teorico, ma anche sull'organizzazione delle politiche sociali e dei servizi destinati alle persone con disabilità.

Nelle prime fasi di sviluppo delle politiche assistenziali, il riferimento principale era costituito dal cosiddetto modello medico della disabilità, che interpretava la disabilità come una condizione patologica individuale derivante da una menomazione fisica, psichica o sensoriale (WHO, 1980, Oliver, 1990). In questa prospettiva, le limitazioni della persona venivano considerate una conseguenza diretta della patologia e gli interventi pubblici erano orientati prevalentemente alla cura, alla riabilitazione e all'assistenza. Il sistema dei servizi tendeva quindi a

svilupparsi attorno a strutture specializzate e istituzionalizzate, spesso separate dalla vita comunitaria.

Questo approccio ha influenzato per lungo tempo le politiche sociali e sanitarie, contribuendo a consolidare una visione della disabilità associata alla dipendenza e alla marginalità sociale (Oliver, 1990). Le persone con disabilità venivano frequentemente considerate soggetti passivi di interventi assistenziali e raramente coinvolte nei processi decisionali che riguardavano la propria vita. In questo contesto, il ruolo delle politiche pubbliche era principalmente orientato alla protezione sociale e alla gestione del bisogno assistenziale (Oliver, 1990).

A partire dalla seconda metà del Novecento, tuttavia, numerosi cambiamenti culturali e sociali hanno contribuito a mettere in discussione questa prospettiva. I movimenti per i diritti civili delle persone con disabilità hanno svolto un ruolo fondamentale nel promuovere una nuova visione della disabilità, basata sul riconoscimento dei diritti e sulla partecipazione alla vita sociale. In questo contesto si è progressivamente affermato il cosiddetto modello sociale della disabilità, che propone una lettura alternativa del fenomeno (Oliver, 1990).

Secondo il modello sociale, le difficoltà sperimentate dalle persone con disabilità non dipendono esclusivamente dalla presenza di una menomazione, ma sono il risultato dell'interazione tra le condizioni individuali e le barriere presenti nell'ambiente fisico, sociale e culturale. Come sottolineato da Oliver (1990), la disabilità può essere interpretata come una costruzione sociale che emerge dalle

modalità con cui la società organizza gli spazi, i servizi e le opportunità di partecipazione. In questa prospettiva, la disabilità non è più considerata esclusivamente un problema individuale, ma diventa una questione sociale che riguarda l'organizzazione complessiva della società.

L'affermazione del modello sociale ha contribuito a orientare le politiche pubbliche verso la promozione dell'inclusione sociale e della partecipazione attiva delle persone con disabilità. In questo contesto, l'attenzione si è progressivamente spostata dalla semplice assistenza alla rimozione delle barriere che limitano la partecipazione alla vita comunitaria (United Nations, 2006). Le politiche sociali hanno quindi iniziato a promuovere interventi orientati all'accessibilità degli spazi, all'integrazione nei contesti educativi e lavorativi e allo sviluppo di servizi territoriali capaci di sostenere percorsi di autonomia.

Un ulteriore passaggio fondamentale nell'evoluzione del concetto di disabilità è rappresentato dall'introduzione del modello biopsicosociale, che integra le dimensioni biologiche, psicologiche e sociali del funzionamento umano. Questo modello è stato formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la classificazione ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, pubblicata nel 2001. L'ICF propone una visione della disabilità basata sull'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali, introducendo il concetto di funzionamento come elemento centrale per comprendere la condizione della persona (World Health Organization, 2001).

Secondo questa prospettiva, la disabilità non può essere interpretata esclusivamente come una limitazione individuale, ma deve essere analizzata considerando anche il contesto sociale e ambientale in cui la persona vive. I fattori ambientali possono infatti agire come facilitatori o come barriere, influenzando in modo significativo le opportunità di partecipazione sociale delle persone con disabilità. Questo approccio ha contribuito a promuovere una visione più dinamica e multidimensionale della disabilità, orientando le politiche pubbliche verso modelli di intervento più integrati (Who, 2001).

Nel contesto italiano, l'evoluzione del concetto di disabilità si inserisce all'interno di un più ampio processo di trasformazione delle politiche di welfare. La Legge quadro n. 328 del 2000 ha rappresentato un passaggio significativo in questo processo, introducendo il sistema integrato di interventi e servizi sociali e promuovendo un modello di welfare territoriale fondato sulla centralità della persona e sulla personalizzazione degli interventi (Kazepov, 2010; Ranci & Pavolini, 2015). Tale normativa ha favorito lo sviluppo di servizi orientati alla promozione dell'autonomia e alla costruzione di percorsi di inclusione sociale.

Parallelamente, il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità ha assunto una crescente rilevanza nel dibattito internazionale, culminando nell'adozione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata nel 2006. Questo documento ha sancito il diritto delle persone con disabilità alla

piena partecipazione alla vita sociale, promuovendo un approccio fondato sui diritti umani e sull'inclusione.

Alla luce di queste trasformazioni, il concetto di disabilità viene oggi interpretato come una dimensione complessa e multidimensionale che richiede politiche pubbliche capaci di intervenire su diversi livelli: sanitario, sociale, educativo e territoriale. Le politiche contemporanee per la disabilità tendono quindi a promuovere modelli di intervento orientati alla partecipazione, all'autonomia e alla costruzione di progetti di vita personalizzati (United Nations, 2006).

2.2 MODELLO BIOPSIKOSOCIALE E CLASSIFICAZIONE ICF

L'evoluzione del concetto di disabilità ha portato progressivamente all'affermazione di un approccio interpretativo più complesso e integrato, capace di superare la contrapposizione tra modello medico e modello sociale. In questo contesto si colloca il modello biopsicosociale, che rappresenta oggi uno dei principali riferimenti teorici e operativi per l'analisi della disabilità (WHO, 2001) e per la progettazione delle politiche sociali e sociosanitarie.

Il modello biopsicosociale è stato formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attraverso la classificazione ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, pubblicata nel 2001. Questa classificazione

rappresenta uno degli strumenti più importanti per comprendere il funzionamento umano e per analizzare le diverse dimensioni della disabilità, introducendo una prospettiva che integra gli aspetti biologici, psicologici e sociali della condizione della persona (World Health Organization, 2001).

L'ICF propone un cambiamento significativo rispetto alle precedenti classificazioni dell'OMS, come l'ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), che era maggiormente centrata sulle conseguenze della malattia. Con l'introduzione dell'ICF, l'attenzione si sposta dal concetto di menomazione (WHO, 2001) a quello di funzionamento, che rappresenta l'insieme delle capacità e delle attività che una persona può svolgere all'interno del proprio contesto di vita. Secondo il modello biopsicosociale, la disabilità non può essere interpretata esclusivamente come una limitazione individuale derivante da una patologia, ma deve essere analizzata considerando l'interazione tra diversi fattori. L'ICF individua tre dimensioni principali del funzionamento umano: le funzioni e strutture corporee, le attività e la partecipazione sociale. A queste dimensioni si aggiungono i fattori contestuali, che comprendono sia i fattori ambientali sia quelli personali. Le funzioni corporee si riferiscono agli aspetti fisiologici e psicologici dell'organismo, mentre le strutture corporee riguardano le componenti anatomiche del corpo umano. Le attività indicano la capacità della persona di eseguire compiti o azioni, mentre la partecipazione riguarda il coinvolgimento della persona nelle situazioni di vita quotidiana. Infine, i fattori ambientali comprendono le

caratteristiche dell'ambiente fisico, sociale e culturale che possono facilitare o ostacolare il funzionamento della persona.

In questa prospettiva, la disabilità viene interpretata come il risultato dell'interazione dinamica tra condizioni di salute e fattori ambientali. L'ambiente può infatti svolgere un ruolo determinante nel favorire o nel limitare la partecipazione sociale (WHO, 2001; Barnes et al., 2010) delle persone con disabilità. Ad esempio, la presenza di barriere architettoniche, la mancanza di servizi accessibili o la presenza di atteggiamenti discriminatori possono contribuire a creare situazioni di disabilità anche in presenza di limitazioni funzionali relativamente contenute.

L'introduzione del modello biopsicosociale ha avuto importanti implicazioni anche sul piano delle politiche pubbliche e dell'organizzazione dei servizi (WHO, 2001). In particolare, questo approccio ha favorito lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale, che consentono di analizzare in modo più completo la condizione della persona e di individuare interventi personalizzati. La valutazione multidimensionale rappresenta uno strumento fondamentale per la presa in carico delle persone con disabilità, poiché permette di considerare non solo gli aspetti sanitari, ma anche le dimensioni sociali, relazionali ed economiche della vita della persona.

Nel contesto dei sistemi di welfare contemporanei, il modello biopsicosociale ha contribuito a promuovere una maggiore integrazione tra servizi sanitari e servizi

sociali. Questo approccio riconosce infatti che la disabilità non può essere affrontata esclusivamente attraverso interventi sanitari, ma richiede politiche integrate capaci di intervenire su diversi livelli: sanitario, sociale, educativo e territoriale. La collaborazione tra diverse figure professionali e tra diversi servizi rappresenta quindi un elemento fondamentale per garantire interventi efficaci e orientati alla promozione dell'autonomia.

L'adozione dell'ICF ha inoltre favorito lo sviluppo di nuove modalità di progettazione degli interventi, orientate alla promozione della partecipazione sociale e della qualità della vita delle persone con disabilità (United Nations, 2026). In questo contesto, assume particolare rilevanza il concetto di progetto di vita, che si basa sulla costruzione di percorsi personalizzati capaci di valorizzare le capacità e le aspirazioni della persona.

Il modello biopsicosociale ha avuto un impatto significativo anche nel contesto delle politiche europee e internazionali per la disabilità (United Nations, 2026). Numerose istituzioni e organizzazioni internazionali hanno adottato questo approccio come riferimento per lo sviluppo di politiche orientate all'inclusione sociale e alla promozione dei diritti delle persone con disabilità.

Nel contesto italiano, l'approccio biopsicosociale ha progressivamente influenzato l'organizzazione dei servizi per la disabilità, favorendo lo sviluppo di modelli di intervento orientati alla personalizzazione degli interventi e alla presa in carico integrata (Ranci & Pavolini, 2015). La centralità della persona e la valorizzazione

delle sue capacità rappresentano oggi elementi fondamentali delle politiche sociali e sociosanitarie destinate alle persone con disabilità.

2.3 CONVENZIONE ONU SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Un passaggio fondamentale nell'evoluzione delle politiche per la disabilità a livello internazionale è rappresentato dall'adozione della Convenzione delle Nazioni Unite (United Nations, 2006) sui diritti delle persone con disabilità (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2006. La Convenzione rappresenta uno dei principali strumenti giuridici internazionali per la tutela dei diritti delle persone con disabilità e segna un importante cambiamento di paradigma nel modo di interpretare la disabilità, spostando l'attenzione da un approccio prevalentemente assistenziale a un approccio fondato sui diritti umani.

La Convenzione nasce dall'esigenza di garantire una piena tutela dei diritti delle persone con disabilità e di promuovere la loro partecipazione attiva alla vita sociale, economica e culturale. Per molti anni, infatti, le persone con disabilità sono state oggetto di discriminazioni e limitazioni nella partecipazione alla vita comunitaria. La Convenzione si propone quindi di superare tali disuguaglianze, riconoscendo alle persone con disabilità lo status di soggetti titolari di diritti, e non semplicemente di destinatari di interventi assistenziali o di protezione sociale (Degener, 2016).

Uno degli elementi più innovativi della Convenzione riguarda la definizione stessa di disabilità. Secondo quanto stabilito dall'articolo 1, le persone con disabilità sono individui che presentano menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali a lungo termine che, in interazione con diverse barriere, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri. Questa definizione riflette chiaramente l'approccio del modello biopsicosociale, evidenziando come la disabilità sia il risultato dell'interazione tra condizioni individuali e fattori ambientali (United Nations, 2006).

La Convenzione introduce inoltre una serie di principi fondamentali che devono orientare le politiche pubbliche e l'azione degli Stati firmatari. Tra questi assumono particolare rilevanza il rispetto della dignità intrinseca della persona, l'autonomia individuale, la non discriminazione, la piena partecipazione alla vita sociale, l'uguaglianza delle opportunità e l'accessibilità. Tali principi rappresentano la base per la costruzione di politiche orientate all'inclusione e alla promozione dei diritti delle persone con disabilità.

Particolare importanza assume l'articolo 19 della Convenzione, che sancisce il diritto delle persone con disabilità a vivere in modo indipendente e a essere incluse nella comunità. Questo principio riconosce la possibilità per le persone con disabilità di scegliere il proprio luogo di residenza, di accedere ai servizi di supporto necessari e di partecipare pienamente alla vita sociale. L'articolo 19 rappresenta uno dei riferimenti principali per lo sviluppo delle politiche di vita indipendente e

per la promozione di modelli abitativi alternativi alle strutture istituzionali (United Nations, 2006).

La Convenzione attribuisce inoltre un ruolo centrale alla rimozione delle barriere che ostacolano la partecipazione sociale delle persone con disabilità. Gli Stati sono chiamati a promuovere politiche e interventi orientati a garantire l'accessibilità degli spazi pubblici, dei servizi, delle informazioni e delle tecnologie. L'accessibilità rappresenta infatti una condizione fondamentale per consentire alle persone con disabilità di partecipare pienamente alla vita sociale e di esercitare i propri diritti di cittadinanza.

Nel contesto europeo e internazionale, la Convenzione ha avuto un impatto significativo sullo sviluppo delle politiche per la disabilità (United Nations, 2026). Molti paesi hanno avviato processi di riforma delle proprie politiche sociali e dei sistemi di welfare al fine di adeguare la normativa nazionale ai principi stabiliti dalla Convenzione. In particolare, si è registrato un crescente interesse per lo sviluppo di politiche orientate alla promozione dell'autonomia, della vita indipendente e della partecipazione sociale delle persone con disabilità (United Nations, 2026).

In Italia la Convenzione è stata ratificata con la Legge n. 18 del 3 marzo 2009, che ha sancito l'impegno dello Stato a promuovere politiche e interventi coerenti con i principi stabiliti dal documento internazionale. La ratifica della Convenzione ha rappresentato un passaggio importante nel processo di riforma delle politiche per la

disabilità, contribuendo a rafforzare l'attenzione verso i diritti delle persone con disabilità e la loro piena partecipazione alla vita sociale.

L'adozione della Convenzione ha inoltre favorito lo sviluppo di politiche orientate alla costruzione di percorsi di autonomia e di inclusione sociale. In questo contesto assumono particolare rilevanza gli interventi destinati a sostenere la vita indipendente e la partecipazione alla comunità, nonché le politiche finalizzate alla promozione dell'accesso all'istruzione, al lavoro e ai servizi sociali e sanitari.

Nel quadro delle politiche contemporanee per la disabilità, la Convenzione ONU rappresenta quindi un punto di riferimento fondamentale per orientare l'azione delle istituzioni e per promuovere modelli di intervento basati sul rispetto dei diritti e sulla valorizzazione delle capacità delle persone con disabilità. Questo approccio si inserisce pienamente nel percorso evolutivo che ha portato al superamento delle logiche assistenziali tradizionali e alla promozione di politiche orientate all'inclusione sociale.

In questa prospettiva, il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità rappresenta non solo un principio giuridico, ma anche un elemento fondamentale per lo sviluppo di politiche sociali capaci di promuovere l'autonomia e la partecipazione alla vita comunitaria. Le politiche contemporanee per la disabilità tendono quindi a privilegiare modelli di intervento orientati alla costruzione di progetti di vita personalizzati, alla presa in carico integrata e allo sviluppo di servizi territoriali capaci di sostenere percorsi di autonomia (Ranci & Paolini, 2015).

Questo quadro teorico e normativo rappresenta il contesto entro cui si collocano le più recenti politiche per la disabilità, tra cui quelle dedicate alle persone con disabilità prive del sostegno familiare. In particolare, nel sistema di welfare italiano assume un ruolo significativo la Legge 112 del 2016, nota come “Dopo di noi”, che introduce strumenti e interventi finalizzati alla promozione dell’autonomia e della vita indipendente delle persone con disabilità grave.

2.4 INCLUSIONE SOCIALE E QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Negli ultimi decenni il tema dell’inclusione sociale delle persone con disabilità ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito scientifico e nelle politiche di welfare. L’inclusione sociale rappresenta infatti uno degli obiettivi principali delle politiche contemporanee per la disabilità, in quanto mira a garantire alle persone con disabilità la possibilità di partecipare pienamente alla vita sociale, economica e culturale della comunità (Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010).

Il concetto di inclusione sociale si basa sull’idea che ogni individuo debba poter accedere alle stesse opportunità e agli stessi diritti degli altri cittadini, indipendentemente dalle proprie condizioni personali. Nel caso delle persone con disabilità, ciò implica la necessità di rimuovere le barriere che limitano la partecipazione alla vita sociale e di promuovere contesti più accessibili e inclusivi.

Le barriere possono essere di natura diversa (Oliver, 1990): fisica, culturale, organizzativa o istituzionale. La presenza di barriere architettoniche, la mancanza di servizi accessibili o la presenza di atteggiamenti discriminatori possono infatti limitare significativamente la possibilità delle persone con disabilità di partecipare alla vita della comunità (Oliver, 1990).

L'inclusione sociale non riguarda soltanto l'accesso ai servizi, ma implica anche il riconoscimento del diritto delle persone con disabilità a partecipare attivamente alla vita sociale e a contribuire allo sviluppo della comunità. In questa prospettiva, le politiche sociali devono essere orientate non solo alla protezione sociale, ma anche alla promozione dell'autonomia e dell'autodeterminazione delle persone con disabilità. Tale prospettiva è stata rafforzata dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che riconosce il diritto delle persone con disabilità alla piena partecipazione alla vita sociale e alla costruzione di percorsi di vita indipendente (United Nations, 2006).

Un concetto strettamente collegato a quello di inclusione sociale è rappresentato dalla qualità della vita, che costituisce uno dei principali indicatori utilizzati per valutare l'efficacia delle politiche e dei servizi destinati alle persone con disabilità (WHO, 1997). La qualità della vita è generalmente intesa come un costrutto multidimensionale che comprende diversi aspetti del benessere individuale, tra cui il benessere fisico, il benessere psicologico, le relazioni sociali, la partecipazione

alla vita comunitaria e la possibilità di sviluppare le proprie capacità personali (Schalock & Verdugo, 2002).

Nel contesto delle politiche per la disabilità, il concetto di qualità della vita assume un significato particolarmente rilevante, poiché consente di valutare non solo le condizioni di salute della persona, ma anche le opportunità di partecipazione e di realizzazione personale. L'attenzione alla qualità della vita implica quindi un cambiamento di prospettiva rispetto ai modelli assistenziali tradizionali, che tendevano a concentrarsi prevalentemente sulla gestione dei bisogni sanitari e assistenziali (Oliver, 1990).

Le politiche contemporanee per la disabilità tendono invece a promuovere interventi orientati alla costruzione di contesti di vita inclusivi, capaci di sostenere lo sviluppo dell'autonomia e della partecipazione sociale. In questa prospettiva, assume particolare importanza la possibilità per le persone con disabilità di partecipare alla vita della comunità attraverso l'accesso all'istruzione, al lavoro, ai servizi sociali e sanitari e alle attività culturali e ricreative (Priestley, 2003).

L'inclusione sociale delle persone con disabilità richiede inoltre lo sviluppo di politiche territoriali capaci di promuovere la collaborazione tra diversi attori istituzionali e sociali. I servizi sociali, i servizi sanitari, il sistema educativo e le organizzazioni del terzo settore svolgono infatti un ruolo fondamentale nel sostenere percorsi di inclusione e nel favorire la partecipazione delle persone con disabilità alla vita della comunità. In questo contesto, assume particolare rilievo il

ruolo delle politiche di welfare locale e dei sistemi integrati di interventi e servizi sociali previsti dalla Legge 328 del 2000, che promuove un modello di welfare territoriale fondato sulla centralità della persona e sulla personalizzazione degli interventi.

Un elemento centrale delle politiche di inclusione riguarda la promozione della vita indipendente, che rappresenta uno degli obiettivi principali delle politiche contemporanee per la disabilità. La vita indipendente si basa sul principio secondo cui le persone con disabilità devono poter esercitare il controllo sulle proprie scelte di vita e partecipare pienamente alla vita della comunità (Ratzka, 2004).

La promozione della qualità della vita delle persone con disabilità richiede inoltre lo sviluppo di strumenti di progettazione individualizzata, che consentano di costruire percorsi di intervento personalizzati in base ai bisogni e alle aspirazioni della persona. Il progetto di vita rappresenta uno degli strumenti principali attraverso cui promuovere l'autonomia e la partecipazione sociale delle persone con disabilità (United Nations, 2006).

All'interno di questo quadro, la collaborazione tra servizi sociali e servizi sanitari assume un ruolo fondamentale per garantire interventi integrati e orientati alla promozione della qualità della vita. L'integrazione socio-sanitaria rappresenta infatti uno degli elementi chiave delle politiche contemporanee per la disabilità (World Health Organization, 2011).

Alla luce di queste considerazioni, l'inclusione sociale e la qualità della vita rappresentano oggi due dimensioni fondamentali per comprendere l'evoluzione delle politiche per la disabilità. Questo approccio costituisce il presupposto teorico e operativo per lo sviluppo di politiche specifiche destinate alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, tra cui la Legge 112 del 2016, nota come "Dopo di noi".

2.5 PROGETTO DI VITA INDIVIDUALIZZATO E PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE

All'interno delle politiche contemporanee per la disabilità assume un ruolo centrale il concetto di progetto di vita individualizzato, che rappresenta uno degli strumenti principali attraverso cui promuovere l'autonomia, la partecipazione sociale e la qualità della vita delle persone con disabilità. Questo approccio si fonda sull'idea che ogni persona debba essere posta al centro dei percorsi di intervento, attraverso la definizione di strategie personalizzate che tengano conto dei bisogni, delle aspirazioni e delle capacità individuali (Schalock & Verdugo, 2002).

Il concetto di progetto di vita si inserisce all'interno di una più ampia trasformazione delle politiche di welfare, che negli ultimi decenni hanno progressivamente abbandonato modelli assistenziali standardizzati per orientarsi

verso interventi maggiormente personalizzati e centrati sulla persona (Ranci & Paolini, 2015). In questa prospettiva, la progettazione degli interventi non si limita a rispondere ai bisogni sanitari o assistenziali, ma mira a sostenere lo sviluppo complessivo della persona lungo tutto l'arco della vita, promuovendo l'autodeterminazione e la partecipazione alla vita sociale (Sen, 1999).

Il progetto di vita individualizzato si fonda su un approccio multidimensionale alla disabilità, che considera la persona nella sua globalità e tiene conto delle diverse dimensioni della vita individuale, tra cui la salute, le relazioni sociali, la partecipazione alla vita comunitaria, l'accesso all'istruzione e al lavoro, nonché le opportunità di sviluppo personale.

Un riferimento teorico importante per lo sviluppo dei progetti di vita individualizzati è rappresentato dal modello biopsicosociale introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la classificazione ICF. Questo modello consente di analizzare la condizione della persona considerando l'interazione tra condizioni di salute, attività, partecipazione e fattori ambientali, favorendo una lettura più completa della disabilità e delle sue implicazioni nella vita quotidiana (World Health Organization, 2001).

La realizzazione di un progetto di vita efficace richiede necessariamente una presa in carico multidisciplinare, che coinvolga diverse figure professionali appartenenti a differenti ambiti del sistema di welfare. Tra queste figurano operatori sociali, professionisti sanitari, educatori, psicologi e altri operatori dei servizi territoriali.

La collaborazione tra queste figure professionali consente di sviluppare una valutazione più completa della condizione della persona e di definire interventi integrati e personalizzati.

Un elemento centrale della presa in carico multidisciplinare è rappresentato dalla valutazione multidimensionale, che consente di analizzare in modo sistematico le diverse dimensioni della vita della persona, tra cui gli aspetti sanitari, sociali, relazionali ed economici. Questo tipo di valutazione permette di individuare i bisogni specifici della persona e di costruire interventi mirati che tengano conto delle sue caratteristiche individuali e del contesto sociale in cui vive (World Health Organization, 2011).

Nel contesto italiano, il principio della progettazione individualizzata trova un importante riferimento normativo nella Legge 328 del 2000, che ha introdotto il sistema integrato di interventi e servizi sociali e ha promosso un modello di welfare fondato sulla centralità della persona e sulla personalizzazione degli interventi.

Parallelamente, il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità promosso dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ha rafforzato ulteriormente l'importanza della progettazione individualizzata. La Convenzione sottolinea infatti la necessità di promuovere percorsi di vita indipendente e di garantire alle persone con disabilità la possibilità di partecipare pienamente alla vita sociale e di esercitare il controllo sulle proprie scelte di vita (United Nations, 2006).

In questa prospettiva, il progetto di vita individualizzato assume un ruolo fondamentale nella promozione della vita indipendente, che rappresenta uno degli obiettivi principali delle politiche contemporanee per la disabilità (Legge n. 227/2021; Legge n. 112/2016). La vita indipendente si basa sul principio secondo cui le persone con disabilità devono poter vivere nella comunità con le stesse opportunità degli altri cittadini, potendo scegliere dove e con chi vivere e accedendo ai servizi di supporto necessari (Ratzka, 2004).

Particolare rilevanza assume inoltre il ruolo dei servizi territoriali, che rappresentano il livello operativo attraverso cui vengono realizzati i progetti di vita delle persone con disabilità. I servizi sociali e sociosanitari svolgono infatti un ruolo fondamentale nel coordinamento degli interventi e nel sostegno ai percorsi di autonomia e di inclusione sociale.

Nel quadro delle politiche contemporanee per la disabilità, la progettazione individualizzata assume inoltre una particolare rilevanza nei percorsi destinati alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. In questi casi, il progetto di vita rappresenta uno strumento fondamentale per garantire la continuità assistenziale e per sostenere percorsi di autonomia abitativa e di inclusione sociale. In questo contesto si colloca la Legge 112 del 2016, nota come “Dopo di Noi”, che promuove interventi destinati alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare e favorisce lo sviluppo di progetti di vita indipendente.

Alla luce di queste considerazioni, il progetto di vita individualizzato e la presa in carico multidisciplinare rappresentano oggi due elementi fondamentali delle politiche contemporanee per la disabilità. Attraverso questi strumenti è possibile promuovere percorsi di autonomia e di inclusione sociale che consentano alle persone con disabilità di partecipare pienamente alla vita della comunità e di costruire il proprio progetto di vita in modo autonomo e consapevole (Ranci & Pavolini, 2015).

Conclusioni

Questo capitolo ha messo in evidenza come il concetto di disabilità sia evoluto da una visione medico-assistenziale a un approccio fondato sui diritti, sull'inclusione e sulla partecipazione sociale. Il passaggio al modello sociale e, successivamente, a quello biopsicosociale (ICF) ha introdotto una lettura integrata della disabilità, centrata sull'interazione tra condizioni individuali e contesto.

Questo cambiamento ha orientato le politiche di welfare verso interventi finalizzati all'accessibilità, all'autonomia e alla personalizzazione dei percorsi, valorizzando il progetto di vita individualizzato e la presa in carico multidisciplinare. Centrale diventa il coordinamento tra servizi sociali, sanitari e territorio.

In tale quadro, la Convenzione ONU ha rafforzato il riconoscimento delle persone con disabilità come titolari di diritti, mentre le politiche del “Dopo di Noi” (L.

112/2016) rappresentano uno strumento chiave per garantire continuità assistenziale e percorsi di vita indipendente, soprattutto nelle situazioni di maggiore fragilità.

Nel complesso, emerge un welfare sempre più orientato a superare logiche assistenzialistiche, promuovendo qualità della vita, inclusione e autodeterminazione.

CAPITOLO 3

IL “DOPO DI NOI” NELLE POLITICHE DI WELFARE ITALIANE

Introduzione

Il tema del cosiddetto “Dopo di Noi” si colloca oggi tra le questioni più complesse del welfare contemporaneo, poiché richiama non solo aspetti organizzativi, ma anche la capacità del sistema sociale di garantire continuità e dignità alle persone in condizioni di maggiore vulnerabilità (Ranci & Pavolini, 2015).

Per le persone con disabilità grave e per i loro familiari, la prospettiva del futuro in assenza del supporto genitoriale rappresenta una preoccupazione costante. Tale condizione mette in evidenza i limiti di un modello di welfare che, nel contesto italiano, ha storicamente attribuito alla famiglia un ruolo centrale nella gestione della cura (Saraceno, 2013). Quando questa funzione viene meno, emerge con chiarezza la necessità di risposte pubbliche più strutturate.

Le trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi decenni hanno contribuito a rendere questa esigenza ancora più evidente. L’aumento dell’aspettativa di vita delle persone con disabilità e dei loro caregiver ha infatti trasformato il tema del “dopo” in una questione non più marginale, ma strutturale, che richiede interventi programmati e sostenibili nel tempo (Kazepov, 2010).

In tale scenario si inserisce la Legge 22 giugno 2016, n. 112, che introduce per la prima volta nel panorama italiano un quadro normativo organico dedicato alle

persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Legge 22 giugno 2016, n. 112). La norma promuove un approccio orientato alla costruzione di percorsi di autonomia, al superamento delle logiche istituzionalizzanti e allo sviluppo di soluzioni di vita indipendente, in linea con i principi affermati a livello internazionale (United Nations, 2006).

Tuttavia, limitarsi a una lettura formale della normativa non è sufficiente per comprendere la reale portata del “Dopo di Noi”. È necessario, piuttosto, analizzare le modalità con cui tali principi vengono tradotti nella pratica, considerando le criticità legate all’organizzazione dei servizi, alle differenze territoriali e alla necessità di un cambiamento culturale più ampio (Maino & Ferrera, 2017).

Alla luce di queste considerazioni, il capitolo si propone di esaminare il “Dopo di Noi” come processo complesso, che richiede integrazione tra politiche, servizi e attori coinvolti, ponendo al centro la persona e il suo progetto di vita.

3.1 ORIGINE E FINALITÀ DELLA LEGGE 112/2016

La Legge 22 giugno 2016, n. 112, comunemente conosciuta come “Legge sul Dopo di Noi”, rappresenta un passaggio fondamentale nel sistema di welfare italiano, in quanto introduce un quadro normativo organico rivolto alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Legge 22 giugno 2016, n. 112). Tale condizione

riguarda non solo le situazioni in cui i genitori sono deceduti, ma anche quei casi in cui non sono più in grado di garantire un'adeguata assistenza nel tempo (Gori, 2016).

L'origine della normativa è strettamente legata all'emergere di una domanda sociale sempre più esplicita da parte delle famiglie, che per anni hanno evidenziato l'assenza di strumenti adeguati per assicurare continuità di vita e tutela nel lungo periodo. In particolare, l'aumento dell'aspettativa di vita delle persone con disabilità e dei loro caregiver ha reso evidente la necessità di affrontare il tema del "dopo" in una prospettiva programmata e non emergenziale (Kazepov, 2010).

Prima dell'introduzione della legge, le risposte offerte dal sistema risultavano spesso frammentate e orientate prevalentemente verso soluzioni residenziali tradizionali, che non sempre garantivano il mantenimento delle relazioni sociali e dei percorsi di autonomia costruiti nel tempo (Ranci & Pavolini, 2015). In questo senso, la Legge 112/2016 si inserisce in un processo più ampio di superamento dei modelli istituzionalizzanti, promuovendo una visione centrata sulla persona e sul suo progetto di vita (Maino & Ferrera, 2017).

Le finalità della normativa sono esplicitamente orientate alla promozione del benessere, dell'autonomia e dell'inclusione sociale delle persone con disabilità grave, in coerenza con i principi affermati dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (United Nations, 2006). L'obiettivo principale non è quindi limitato alla tutela assistenziale, ma riguarda la costruzione di

condizioni che permettano alla persona di vivere in modo il più possibile indipendente e integrato nel contesto sociale.

Un elemento innovativo introdotto dalla legge è il riferimento al cosiddetto “durante noi”, che sottolinea l’importanza di avviare percorsi di autonomia già in presenza della famiglia, al fine di evitare interventi emergenziali e favorire una transizione graduale verso forme di vita indipendente (Gori, 2016). Questo approccio consente di costruire interventi personalizzati, basati sulle capacità, sulle aspirazioni e sui bisogni della persona.

La normativa prevede inoltre strumenti finalizzati a garantire la continuità assistenziale e la sicurezza economica nel lungo periodo, anche attraverso il coinvolgimento di soggetti pubblici e privati. In questo modo si cerca di assicurare che il percorso di vita della persona con disabilità possa proseguire in modo coerente e dignitoso anche in assenza del sostegno familiare (Maino & Ferrera, 2017).

In sintesi, la Legge 112/2016 segna un cambiamento significativo nel modo di interpretare il tema della disabilità: il “Dopo di Noi” non è più concepito come un momento successivo e separato, ma come parte integrante di un percorso di vita che deve essere progettato e accompagnato nel tempo, attraverso politiche e servizi orientati all’autonomia e all’inclusione sociale (Ranci & Pavolini, 2015).

3.2 STRUMENTI E INTERVENTI PREVISTI DALLA LEGGE 112/2016

La Legge 112/2016 si caratterizza per l'introduzione di un insieme articolato di strumenti e interventi finalizzati a garantire tutela, continuità assistenziale e percorsi di autonomia per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Legge 22 giugno 2016, n. 112). L'impianto della normativa non si limita a prevedere misure assistenziali, ma si fonda su una logica più ampia, orientata alla costruzione di progetti di vita individualizzati e al superamento delle forme tradizionali di istituzionalizzazione (Gori, 2016).

Tra gli interventi principali previsti dalla legge assumono particolare rilievo i percorsi di deistituzionalizzazione, finalizzati ad accompagnare gradualmente la persona con disabilità dall'ambiente familiare verso soluzioni abitative autonome. In questo ambito si collocano esperienze come il co-housing e gli appartamenti protetti, che mirano a garantire contesti di vita più simili a quelli domestici e maggiormente integrati nel territorio (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2016). Tali soluzioni rappresentano un'alternativa alle strutture residenziali tradizionali, favorendo relazioni sociali più significative e una maggiore autonomia personale.

Accanto a questi interventi, la normativa prevede misure di sostegno alla domiciliarità, con l'obiettivo di permettere alla persona di continuare a vivere nel

proprio contesto abitativo, o in ambienti che ne riproducano le caratteristiche, attraverso l'attivazione di servizi di supporto personalizzati (Ranci & Pavolini, 2015). In questo senso, la casa non è più intesa semplicemente come luogo fisico, ma come spazio di vita, relazioni e identità.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda lo sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana. La legge promuove infatti programmi di accompagnamento, formazione ed educazione finalizzati a rafforzare l'autonomia della persona, favorendo l'acquisizione di abilità pratiche e relazionali necessarie per una vita il più possibile indipendente (Maino & Ferrera, 2017). Questo tipo di intervento assume un valore strategico, in quanto consente di preparare la persona a una maggiore autodeterminazione nel tempo.

La normativa introduce inoltre interventi innovativi di natura temporanea, finalizzati anche a sostenere le famiglie, offrendo momenti di sollievo e sperimentazione di percorsi alternativi di vita (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2016). Tali esperienze possono rappresentare un passaggio importante nella costruzione graduale del "dopo", consentendo di testare soluzioni e modelli organizzativi.

Sul piano delle risorse, uno degli strumenti principali è rappresentato dall'istituzione del Fondo Nazionale per il "Dopo di Noi", collocato presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, destinato al finanziamento degli interventi previsti dalla legge (Legge 22 giugno 2016, n. 112). Il Fondo costituisce

un elemento essenziale per la realizzazione delle politiche territoriali, anche se la sua efficacia dipende dalla capacità delle Regioni e degli enti locali di programmare e utilizzare in modo integrato le risorse disponibili (Kazepov, 2010).

Accanto agli strumenti pubblici, la legge prevede anche misure di natura privata e patrimoniale, volte a garantire la protezione economica della persona con disabilità nel lungo periodo. Tra queste si includono trust, vincoli di destinazione e fondi speciali, nonché agevolazioni fiscali per i trasferimenti di beni destinati a finalità di tutela (Gori, 2016). Tali strumenti consentono alle famiglie di pianificare in modo più consapevole il futuro del proprio familiare, anche dopo la loro scomparsa.

L'accesso agli interventi è subordinato a una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, realizzata attraverso équipe multidisciplinari, con il coinvolgimento dei servizi sociali, sanitari e territoriali (Ranci & Pavolini, 2015). Questo approccio consente di definire interventi personalizzati, coerenti con le caratteristiche e le esigenze della persona.

Nel complesso, gli strumenti previsti dalla Legge 112/2016 delineano un modello di intervento che cerca di coniugare protezione e autonomia, integrazione dei servizi e personalizzazione dei percorsi. Tuttavia, la loro efficacia dipende in larga misura dalla capacità del sistema di welfare di tradurre tali principi in pratiche operative concrete, superando le criticità legate alla frammentazione e alle disuguaglianze territoriali (Maino & Ferrera, 2017).

3.3 CRITICITÀ E PROSPETTIVE DEL MODELLO “DOPO DI NOI”

Già prima dell'introduzione della Legge 112/2016, il sistema di welfare italiano presentava significative differenze territoriali nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali. Come evidenziato da Kazepov (2010), il contesto nazionale era caratterizzato da una forte frammentazione locale, con disuguaglianze legate alle risorse disponibili e ai differenti modelli organizzativi regionali. In questo scenario si inserisce la Legge 112/2016, nata con l'obiettivo di promuovere percorsi di autonomia e inclusione per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. In alcuni contesti si sviluppano esperienze innovative orientate all'autonomia, mentre in altri persistono approcci più tradizionali, con un conseguente rischio di disuguaglianze nell'accesso ai servizi (Fosti & Notarnicola, 2024).

Un ulteriore elemento critico riguarda la difficoltà di integrazione tra i diversi livelli del sistema di welfare. Il “Dopo di Noi” richiede infatti una presa in carico multidimensionale, basata sulla collaborazione tra servizi sociali, sanitari e territoriali. Tuttavia, nella pratica, questa integrazione risulta spesso frammentata, con effetti negativi sulla continuità e sulla qualità degli interventi (Fosti & Notarnicola, 2024).

Si riscontrano inoltre criticità nella realizzazione dei progetti individualizzati. Nonostante la normativa attribuisca centralità al progetto di vita, la sua applicazione

concreta incontra difficoltà legate alla carenza di strumenti operativi condivisi e alla limitata capacità di personalizzazione degli interventi (Fosti & Notarnicola, 2024). Ciò rischia di ridurre l'efficacia delle politiche, mantenendo approcci standardizzati poco coerenti con i bisogni specifici delle persone.

Un altro aspetto problematico riguarda l'accesso agli strumenti di tutela patrimoniale previsti dalla legge. Sebbene trust, vincoli di destinazione e fondi speciali rappresentino opportunità importanti, essi risultano spesso complessi da attivare e poco accessibili per le famiglie con minori risorse o competenze tecniche (Gori, 2016). Questo elemento introduce una possibile disparità nella fruizione delle misure.

Permangono inoltre criticità legate al monitoraggio e alla valutazione degli interventi. La mancanza di sistemi strutturati di raccolta e analisi dei dati rende difficile valutare in modo sistematico l'impatto delle politiche e individuare eventuali aree di miglioramento (Fosti & Notarnicola, 2024).

Nonostante tali limiti, il modello del "Dopo di Noi" apre anche prospettive significative. In particolare, si osserva una crescente attenzione verso lo sviluppo di soluzioni abitative innovative e percorsi di vita indipendente, che rappresentano un cambiamento rispetto ai modelli tradizionali (Maino & Ferrera, 2017). In questo contesto, il progetto di vita individuale assume un ruolo sempre più centrale, configurandosi come strumento fondamentale per garantire interventi realmente personalizzati.

Le prospettive future del “Dopo di Noi” dipendono dalla capacità del sistema di welfare di rafforzare l’integrazione tra servizi, ridurre le disuguaglianze territoriali e promuovere una cultura orientata all’autonomia e alla partecipazione (United Nations, 2006). In questa direzione, il superamento della logica emergenziale e la costruzione di percorsi strutturati e continuativi rappresentano una delle principali sfide per le politiche sociali contemporanee.

Conclusioni

Dall’analisi svolta emerge come il modello del “Dopo di Noi” rappresenti un passaggio significativo nell’evoluzione delle politiche per la disabilità, introducendo un orientamento più attento alla dimensione dell’autonomia e alla qualità della vita delle persone coinvolte (Gori, 2016).

L’aspetto più innovativo non riguarda esclusivamente gli strumenti previsti dalla normativa, quanto piuttosto il cambiamento di prospettiva che essa sottende. Si passa infatti da un approccio prevalentemente assistenziale a una visione che riconosce la persona con disabilità come soggetto attivo, portatore di diritti e capace di partecipare alla definizione del proprio percorso di vita (United Nations, 2006). Nonostante tali elementi di innovazione, l’attuazione concreta della legge evidenzia criticità rilevanti. In primo luogo, le differenze tra i diversi contesti territoriali determinano un accesso non uniforme ai servizi, con conseguenti disuguaglianze

nelle opportunità offerte alle persone (Kazepov, 2010). A ciò si aggiungono difficoltà legate alla frammentazione degli interventi e alla limitata integrazione tra ambito sociale e sanitario, fattori che incidono sulla continuità e sull'efficacia della presa in carico (Ranci & Pavolini, 2015).

Un ulteriore elemento riguarda la dimensione culturale. Il superamento dei modelli istituzionalizzanti richiede un cambiamento che non può essere esclusivamente normativo, ma deve coinvolgere le pratiche operative e le rappresentazioni sociali della disabilità. In molti contesti, infatti, persiste una visione ancora orientata alla protezione più che alla promozione dell'autonomia (Maino & Ferrera, 2017).

In questo quadro, assume un ruolo centrale il progetto di vita individualizzato, inteso non come atto formale, ma come processo costruito nel tempo attraverso il coordinamento tra servizi, famiglia e territorio (Ranci & Pavolini, 2015). La sua efficacia dipende dalla capacità di integrare interventi diversi in una prospettiva unitaria.

Il “Dopo di Noi” può quindi essere interpretato non come una risposta definitiva, ma come un percorso in evoluzione, la cui riuscita è legata alla capacità del sistema di welfare di rendere concreti i principi di inclusione, autonomia e partecipazione (Gori, 2016).

CAPITOLO 4

ATTUAZIONE REGIONALE DEL “DOPO DI NOI” ANALISI COMPARATIVA

Introduzione

Parlare di “Dopo di noi” significa entrare in una dimensione che non riguarda soltanto l’organizzazione dei servizi, ma tocca direttamente le aspettative, le paure e i progetti di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

La Legge n. 112/2016 nasce proprio da questa esigenza: offrire una risposta concreta a una domanda che, per molti, non è solo futura ma già presente, ovvero come garantire continuità, dignità e qualità della vita anche quando il supporto familiare verrà meno.

Tuttavia, tra il riconoscimento di un diritto e la sua effettiva realizzazione esiste uno spazio complesso, fatto di scelte organizzative, risorse disponibili e capacità dei territori di trasformare le indicazioni normative in interventi concreti. È in questo spazio che si colloca l’analisi del presente capitolo.

L’attenzione si concentra quindi sull’attuazione della legge nei diversi contesti regionali e locali, con l’obiettivo di comprendere come i principi del “Dopo di noi” vengano interpretati e tradotti nella pratica. Più che fornire una descrizione formale delle misure previste, il capitolo intende mettere in luce le differenze tra territori, le

modalità organizzative adottate, le esperienze sviluppate e le criticità che emergono nel passaggio dalla teoria all'operatività.

In questo percorso, particolare rilievo viene attribuito ai modelli abitativi e ai percorsi di autonomia, che rappresentano il cuore più innovativo della normativa. Essi non si limitano a offrire una soluzione residenziale, ma mirano a costruire contesti di vita nei quali la persona possa esprimere le proprie capacità, mantenere relazioni significative e partecipare attivamente alla comunità.

Allo stesso tempo, l'analisi non può prescindere dalle difficoltà che accompagnano l'attuazione della legge. Le differenze territoriali, la complessità dei sistemi organizzativi e la necessità di un cambiamento culturale nei servizi rendono il quadro articolato e, in alcuni casi, ancora incompleto.

Il capitolo si propone quindi di offrire una lettura che tenga insieme questi diversi livelli, restituendo non solo un'analisi delle politiche, ma anche una comprensione più ampia di come esse incidano concretamente sulla vita delle persone.

In questa prospettiva, il "Dopo di noi" non viene considerato come un intervento isolato, ma come parte di un processo più ampio, che riguarda il modo in cui il sistema di welfare interpreta e sostiene il diritto all'autonomia.

4.1 DIFFERENZE TERRITORIALI NELL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 112/2016

L'attuazione della Legge n. 112/2016, nota come “Dopo di noi”, si inserisce all'interno di un sistema di welfare fortemente decentrato, nel quale le Regioni e gli enti locali svolgono un ruolo determinante nella programmazione, gestione e realizzazione degli interventi.

Questa impostazione, coerente con il principio di sussidiarietà e con l'assetto istituzionale italiano, ha contribuito a determinare una significativa eterogeneità territoriale nell'applicazione della normativa, come evidenziato anche nei più recenti monitoraggi sull'attuazione della Legge 112/2016 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2023).

Pur in presenza di un quadro legislativo nazionale unitario, finalizzato a garantire diritti uniformi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, la concreta esigibilità di tali diritti risulta fortemente condizionata dal contesto territoriale di riferimento. Le differenze emergono già nella fase di programmazione regionale, dove ciascuna amministrazione definisce criteri di accesso, modalità operative e priorità di intervento, determinando approcci diversificati sia nella selezione dei beneficiari sia nella costruzione dei progetti personalizzati (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

Un primo elemento di disomogeneità riguarda la capacità di utilizzo delle risorse economiche. Sebbene il Fondo nazionale per il “Dopo di noi” venga ripartito tra le Regioni secondo criteri oggettivi, la velocità di impiego e la qualità della spesa risultano estremamente variabili. In alcune realtà, caratterizzate da una maggiore efficienza amministrativa, le risorse vengono rapidamente tradotte in interventi concreti, mentre in altre si registrano ritardi significativi, con conseguente limitazione dell’accesso alle misure previste dalla legge (Gori, 2018; Welforum, 2019).

Un secondo aspetto riguarda la strutturazione della rete territoriale dei servizi. Le Regioni del Nord Italia, generalmente dotate di sistemi di welfare più consolidati, presentano una maggiore integrazione tra servizi sociali, sanitari e del terzo settore, favorendo la realizzazione di percorsi personalizzati orientati all’autonomia e all’inclusione sociale. In tali contesti, il “Dopo di noi” si inserisce spesso all’interno di un sistema già organizzato di presa in carico globale della persona, basato sul progetto di vita individualizzato (Gori, 2018).

Al contrario, nelle Regioni del Sud e nelle aree insulari, la minore disponibilità di servizi e la frammentazione organizzativa rendono più complessa l’attuazione della normativa. In questi contesti, si osserva una maggiore difficoltà nel costruire percorsi strutturati e continuativi, con una conseguente prevalenza di interventi di tipo assistenziale e una minore diffusione di soluzioni innovative (Welforum, 2019).

Un ulteriore elemento di differenziazione è rappresentato dalle modalità di accesso ai servizi. Alcune Regioni adottano criteri più inclusivi, ampliando la platea dei beneficiari e favorendo un accesso più ampio alle misure, mentre altre introducono requisiti più stringenti, come la necessità di una precedente presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari o specifiche condizioni socio-economiche (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017; Welforum, 2019).

Le disuguaglianze territoriali si riflettono anche nella tipologia degli interventi attivati. Nelle aree dove è presente, tradizionalmente, una rete dei servizi più strutturata e consolidata si registra una maggiore diffusione di soluzioni orientate all'autonomia, quali il co-housing, i gruppi appartamento e i percorsi di deistituzionalizzazione. Al contrario, nei territori meno strutturati, persistono modelli di tipo residenziale tradizionale, meno coerenti con l'approccio innovativo promosso dalla legge (Gori, 2018; Welforum, 2019).

Infine, un aspetto particolarmente rilevante riguarda il carico assistenziale sulle famiglie. Nonostante gli obiettivi della normativa siano finalizzati a garantire percorsi di autonomia e a ridurre la dipendenza dal contesto familiare, in molte realtà, soprattutto nel Mezzogiorno, il supporto continua a gravare in larga misura sui familiari, evidenziando una distanza tra il modello teorico previsto dalla legge e la sua concreta attuazione (ISTAT, 2020).

Alla luce di tali elementi, appare evidente come la Legge 112/2016, pur rappresentando un importante passo avanti nel riconoscimento dei diritti delle

persone con disabilità, presenti ancora criticità legate alla sua implementazione territoriale. La mancanza di uniformità nell'offerta dei servizi e nelle modalità di accesso evidenzia la necessità di rafforzare i meccanismi di coordinamento tra i diversi livelli istituzionali, al fine di garantire una maggiore equità e omogeneità nell'applicazione della normativa su tutto il territorio nazionale.

4.2 MODELLI ORGANIZZATIVI REGIONALI E DIFFERENZE TRA NORD, CENTRO E SUD

L'attuazione della Legge n. 112/2016 presenta una marcata variabilità territoriale, riconducibile al modello decentrato del sistema di welfare italiano, che attribuisce alle Regioni un ruolo centrale nella programmazione e gestione degli interventi. Tale assetto determina l'emergere di modelli organizzativi differenziati, influenzati dal livello di sviluppo dei servizi, dalla capacità amministrativa e dal grado di integrazione tra ambito sociale e sanitario (Ferrera, 2012; Gori, 2018).

Nel Nord Italia, il "Dopo di noi" si inserisce generalmente in contesti caratterizzati da una consolidata rete di servizi e da una forte integrazione socio-sanitaria (Agenas, 2021). In queste realtà, la presa in carico della persona con disabilità si fonda su approcci multidimensionali, che consentono una valutazione articolata dei bisogni e la costruzione di progetti individualizzati orientati all'autonomia.

La Regione Lombardia rappresenta un esempio significativo, avendo sviluppato linee operative dettagliate e strumenti di valutazione strutturati, con una particolare attenzione alla qualità della vita e alla personalizzazione degli interventi (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022; Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, 2021). Parallelamente, si registra una diffusione rilevante di soluzioni abitative innovative, come il co-housing e i gruppi appartamento, coerenti con gli obiettivi di deistituzionalizzazione previsti dalla normativa (Welforum, 2019).

Un modello altrettanto rilevante è quello dell'Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, DGL n.733/2017), dove l'attuazione della legge si caratterizza per il forte coinvolgimento del terzo settore e per la presenza di reti territoriali consolidate. In questo contesto, la collaborazione tra enti pubblici e soggetti privati contribuisce a rafforzare la continuità assistenziale e a favorire percorsi di inclusione sociale maggiormente strutturati (Gori, 2018).

Nel Centro Italia, si osserva una situazione più articolata e meno omogenea. Il Lazio (Regione Lazio, DGR n.454/2017), ad esempio, adotta un approccio relativamente inclusivo, ampliando la platea dei beneficiari anche a persone già inserite in contesti residenziali. Tale scelta consente una maggiore flessibilità nell'accesso ai servizi, ma evidenzia al contempo una certa disomogeneità territoriale nella qualità degli interventi, legata alle differenze organizzative tra i diversi ambiti locali.

Diversamente, la Toscana (Regione Toscana, DGR n.753/2017) adotta criteri più selettivi, subordinando spesso l'accesso ai percorsi del "Dopo di noi" alla presenza di una precedente presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari. Questa impostazione, pur garantendo una maggiore continuità nei percorsi assistenziali, può limitare l'ingresso di nuovi beneficiari, incidendo sull'equità del sistema (Welforum, 2019).

Nel Sud Italia, l'attuazione della legge risulta generalmente più complessa, a causa della minore strutturazione dei servizi, della frammentazione organizzativa e di una più limitata integrazione tra ambito sociale e sanitario. In tali contesti, la realizzazione degli interventi appare spesso condizionata dalla disponibilità di risorse e dalla capacità amministrativa degli enti locali, con conseguenti difficoltà nella programmazione e nella continuità dei servizi (Gori, 2018).

Un esempio significativo è rappresentato dalla Regione Puglia (Regione Puglia, DGR n.1715/2017), che ha introdotto criteri selettivi basati anche su indicatori economici, come l'ISEE, e su condizioni abitative, nel tentativo di indirizzare le risorse verso le situazioni di maggiore fragilità. Tale approccio, se da un lato consente una maggiore focalizzazione degli interventi, dall'altro evidenzia la necessità di operare scelte restrittive in presenza di risorse limitate.

Particolarmente rilevante è il caso della Regione Calabria (Regione Calabria, DGR n.296/2017), che ha avviato un processo di riorganizzazione volto a recuperare ritardi nell'utilizzo delle risorse del Fondo "Dopo di noi". In questo contesto, è stato

introdotto il budget di progetto come strumento principale di finanziamento, ponendo al centro il progetto individuale e privilegiando interventi orientati all'autonomia, quali la deistituzionalizzazione, il supporto alla domiciliarità e lo sviluppo di soluzioni abitative leggere. Contestualmente, sono stati rafforzati i sistemi di monitoraggio e controllo, anche attraverso l'introduzione di poteri sostitutivi in caso di inadempienze da parte degli Ambiti territoriali.

Tale esperienza evidenzia un tentativo di migliorare l'efficacia della spesa pubblica e di rendere più concreti gli interventi previsti dalla normativa, pur all'interno di un contesto caratterizzato da criticità strutturali.

Nel complesso, il confronto tra le diverse realtà regionali evidenzia come l'attuazione della Legge 112/2016 sia profondamente influenzata dal contesto territoriale. Le differenze nei modelli organizzativi, nelle modalità di accesso e nella qualità dei servizi determinano esiti non uniformi, con importanti ricadute in termini di equità e di effettiva esigibilità dei diritti.

Ciò conferma come l'efficacia della normativa dipenda non solo dal suo impianto formale, ma dalla capacità dei territori di tradurre i principi in interventi concreti, attraverso sistemi organizzativi adeguati e una reale integrazione tra i diversi livelli di governance.

4.3 MODELLI ABITATIVI E PERCORSI DI AUTONOMIA

La Legge n. 112/2016 introduce un approccio innovativo nelle politiche rivolte alle persone con disabilità grave, ponendo al centro la promozione di percorsi di autonomia e lo sviluppo di soluzioni abitative alternative ai contesti istituzionalizzati. L'obiettivo principale è garantire condizioni di vita che favoriscano l'indipendenza e l'inclusione sociale, superando progressivamente la dipendenza esclusiva dal nucleo familiare e valorizzando il ruolo attivo della persona nel proprio progetto di vita (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

In questo quadro, il progetto di vita individualizzato rappresenta lo strumento fondamentale attraverso cui vengono definiti interventi personalizzati, costruiti sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni. Tale approccio consente di integrare dimensioni diverse — abitativa, relazionale e sociale — orientando gli interventi verso il raggiungimento della massima autonomia possibile (Gori, 2018).

I modelli abitativi sviluppati nell'ambito del “Dopo di noi” si articolano in una pluralità di soluzioni, accomunate dalla finalità di ricreare contesti di vita simili a quelli familiari e di favorire la partecipazione alla vita della comunità. Tra queste, assumono particolare rilievo le esperienze di co-housing e di convivenza, nelle quali più persone condividono spazi abitativi mantenendo relazioni significative e

un ambiente domestico inclusivo. Tali soluzioni contribuiscono a contrastare l'isolamento e a promuovere forme di socialità attiva.

Accanto a queste esperienze, si collocano i gruppi appartamento e le cosiddette case di autonomia, caratterizzati da piccoli nuclei abitativi inseriti nel territorio di origine della persona. Questi modelli favoriscono l'acquisizione di competenze legate alla gestione della vita quotidiana e rappresentano una modalità intermedia tra la permanenza in famiglia e l'autonomia completa (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2022).

Un ruolo strategico è svolto dai percorsi di preparazione all'autonomia, spesso definiti come interventi di “durante noi”, che accompagnano progressivamente la persona nel processo di distacco dal contesto familiare. Tali percorsi, supportati da équipe multiprofessionali, prevedono attività mirate allo sviluppo di abilità domestiche, relazionali e sociali, con l'obiettivo di rendere sostenibile il passaggio verso soluzioni abitative autonome (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2022).

In questo ambito, assumono rilevanza anche le esperienze di accoglienza temporanea (temporary housing), che consentono alla persona di sperimentare in modo graduale la vita indipendente in contesti protetti. Queste iniziative rappresentano una fase di transizione fondamentale, in quanto permettono di valutare il livello di autonomia raggiunto e di adattare il progetto individuale alle esigenze emergenti (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2022).

Ulteriore elemento qualificante è rappresentato dai programmi di vita indipendente, che pongono al centro l'autodeterminazione della persona e la sua capacità di scelta. In tali modelli, la persona con disabilità non è considerata esclusivamente come destinataria di assistenza, ma come soggetto attivo nella definizione del proprio percorso, in linea con il paradigma bio-psico-sociale della disabilità (Organizzazione Mondiale della Sanità 2001).

A supporto di questi interventi, la normativa prevede anche strumenti di natura economica e giuridica, finalizzati a garantire continuità nel sostegno nel lungo periodo, tra cui soluzioni patrimoniali e forme di gestione fiduciaria (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

Le esperienze attuative mostrano come tali modelli trovino concreta applicazione soprattutto nei contesti territoriali dotati di reti di servizi strutturate. Un esempio significativo è rappresentato dai progetti abitativi promossi da enti del terzo settore, come nel caso della Fondazione Dopo di Noi Bologna, che ha sviluppato modelli di "residenzialità diffusa" basati su appartamenti integrati nel territorio e su percorsi gradualmente di autonomia (Agenas, 2021; DM 77/2022). Analogamente, a livello istituzionale, il programma attuato da Roma Capitale prevede interventi personalizzati finalizzati alla costruzione di percorsi di vita indipendente, attraverso il sostegno all'abitare, lo sviluppo delle competenze individuali e l'attivazione di reti territoriali di supporto (Roma Capitale, 2023).

Nonostante le potenzialità di tali modelli, la loro diffusione risulta ancora disomogenea sul territorio nazionale. Le esperienze più avanzate si concentrano prevalentemente nelle aree caratterizzate da sistemi di welfare più strutturati, mentre in altri contesti persistono difficoltà legate alla carenza di servizi e alla limitata capacità organizzativa (Welforum, 2019).

Nel complesso, i modelli abitativi e i percorsi di autonomia previsti dalla Legge 112/2016 rappresentano un elemento centrale nel processo di innovazione delle politiche sociali, in quanto orientati al superamento della logica assistenziale e alla promozione dell'inclusione sociale. Tuttavia, la loro piena attuazione richiede un rafforzamento delle politiche territoriali e una maggiore uniformità nell'accesso ai servizi, al fine di garantire pari opportunità su tutto il territorio nazionale.

4.4 CRITICITÀ E LIMITI NELL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 112/2016

La Legge n. 112/2016 rappresenta un passaggio rilevante nel riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità grave, introducendo un modello orientato all'autonomia, all'inclusione sociale e alla qualità della vita. Tuttavia, la sua attuazione concreta evidenzia ancora diversi elementi di criticità, che ne limitano

l'efficacia e la piena realizzazione (Corte dei conti, 2022; Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2022).

Una prima questione riguarda la difficoltà di tradurre il cambiamento culturale promosso dalla normativa in pratiche operative coerenti. La legge si inserisce in un processo di superamento del modello medico-assistenziale a favore di un approccio centrato sulla persona e sulla partecipazione sociale; tuttavia, tale transizione risulta ancora incompleta, poiché in molti contesti i servizi continuano a essere organizzati secondo logiche prestazionali e standardizzate (Pantrini & Maino, 2017). Ne deriva una distanza tra i principi della normativa e le modalità concrete di intervento.

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla definizione restrittiva dei beneficiari, limitata alle persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992. Tale impostazione, pur rispondendo a criteri di priorità, rischia di escludere soggetti che presentano bisogni significativi ma non rientrano formalmente nei requisiti previsti, riducendo le possibilità di attivare percorsi di autonomia in una fase precoce (Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, 2021).

Particolarmente rilevante è anche il tema delle risorse economiche, che risultano vincolate alla disponibilità del Fondo nazionale. Questa condizione determina una certa incertezza nella continuità degli interventi, rendendo complessa la programmazione di percorsi di lungo periodo e incidendo sulla capacità delle famiglie di pianificare il futuro (Welforum, 2019). Inoltre, i ritardi nell'utilizzo

delle risorse e le difficoltà amministrative a livello territoriale contribuiscono a rallentare l'attivazione delle misure.

Le criticità risultano ulteriormente accentuate dalle disuguaglianze territoriali, che incidono in modo significativo sull'accesso ai servizi e sulla qualità degli interventi. In alcune Regioni si registrano esperienze più avanzate e strutturate, mentre in altre persistono difficoltà legate alla frammentazione dei servizi e alla minore capacità organizzativa (Gori, 2018). Questa variabilità determina una non uniforme esigibilità dei diritti, mettendo in discussione il principio di equità del sistema.

Un nodo centrale riguarda la costruzione del progetto di vita individualizzato, previsto dall'art. 14 della Legge n. 328/2000 come elemento cardine dell'intervento. Nella pratica, tuttavia, tale strumento non sempre viene elaborato in modo partecipato e multidisciplinare, rischiando di ridursi a un adempimento formale piuttosto che a un percorso realmente centrato sulla persona (Gruppo Solidarietà, 2019).

Permangono inoltre difficoltà nella diffusione e nell'utilizzo degli strumenti innovativi introdotti dalla legge, quali trust, fondi speciali e polizze assicurative. Nonostante il loro potenziale, tali strumenti risultano ancora poco accessibili, sia per la complessità tecnica sia per la limitata conoscenza da parte delle famiglie e degli operatori (Pantrini & Maino, 2017).

Un ulteriore aspetto critico riguarda il rischio di una persistenza di modelli assistenzialistici e istituzionalizzanti. Sebbene la normativa promuova

esplicitamente la deistituzionalizzazione, in alcuni contesti si osserva una tendenza a ricorrere a soluzioni tradizionali, meno orientate all'autonomia e alla personalizzazione degli interventi. Ciò evidenzia una resistenza al cambiamento che coinvolge non solo l'organizzazione dei servizi, ma anche le rappresentazioni culturali della disabilità.

Un elemento trasversale a tutte queste criticità è rappresentato dal ruolo dei servizi, che dovrebbero configurarsi come strumenti di garanzia dei diritti. In questa prospettiva, i servizi non dovrebbero limitarsi a erogare prestazioni, ma accompagnare la persona nella costruzione del proprio percorso di vita, sostenendone l'autodeterminazione e la partecipazione sociale (Gruppo Solidarietà, 2019). Tuttavia, quando prevale una logica burocratica e frammentata, questa funzione rischia di indebolirsi.

Nel complesso, la sfida principale consiste nel rendere effettivo il passaggio verso un modello fondato sulla centralità della persona e sulla qualità della vita, superando approcci assistenzialistici e promuovendo una reale integrazione tra servizi. In tale prospettiva, assume particolare rilievo il concetto di “durante noi”, che evidenzia l'importanza di avviare precocemente percorsi di autonomia, in presenza della famiglia, al fine di garantire continuità e sostenibilità agli interventi. Alla luce di tali considerazioni, appare evidente come la piena attuazione della Legge 112/2016 richieda non solo un rafforzamento delle risorse, ma anche un cambiamento organizzativo e culturale dei servizi.

Conclusioni

L'analisi svolta nel presente capitolo restituisce l'immagine di una normativa che, pur avendo introdotto principi innovativi, si confronta con una realtà complessa, nella quale l'effettiva possibilità di costruire percorsi di autonomia non è ancora garantita in modo uniforme.

Ciò che emerge con maggiore evidenza è la distanza tra il livello formale della legge e la sua concreta applicazione. Non si tratta semplicemente di limiti tecnici o organizzativi, ma di una difficoltà più ampia nel tradurre un cambiamento di prospettiva in pratiche quotidiane. L'idea di porre la persona al centro, riconoscendone desideri, capacità e diritto all'autodeterminazione, rappresenta un passaggio fondamentale; tuttavia, questo approccio richiede un ripensamento profondo dei servizi, che non sempre riesce a realizzarsi con la stessa intensità nei diversi contesti.

Un aspetto particolarmente significativo riguarda il fatto che le opportunità offerte dalla normativa risultano fortemente condizionate dal territorio. Le differenze osservate non sono solo organizzative, ma incidono direttamente sulla vita delle persone, determinando percorsi più o meno accessibili, più o meno continui, più o meno coerenti con l'obiettivo dell'autonomia. Questo rende evidente come il diritto sancito dalla legge non si traduca automaticamente in un'esperienza concreta condivisa.

Allo stesso tempo, appare chiaro come il funzionamento del sistema non dipenda da un singolo fattore, ma dall'interazione di più elementi: risorse disponibili, capacità amministrativa, integrazione tra servizi e visione culturale degli interventi. Quando questi aspetti si combinano in modo efficace, emergono esperienze capaci di dare sostanza ai principi della normativa; quando invece risultano disallineati, anche gli strumenti più avanzati rischiano di rimanere poco incisivi.

In questo quadro, il ruolo delle famiglie continua a essere centrale. La loro presenza rappresenta una risorsa fondamentale, ma al tempo stesso evidenzia come il sistema pubblico non sia ancora sempre in grado di sostenere in modo pieno e continuativo i percorsi di vita delle persone con disabilità. Ne deriva una situazione in cui la responsabilità dell'autonomia resta, almeno in parte, condivisa o, in alcuni casi, prevalentemente a carico del contesto familiare.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda il tempo: i percorsi di autonomia non possono essere costruiti in modo improvviso o emergenziale, ma richiedono gradualità, continuità e accompagnamento. In questo senso, il "Dopo di noi" non può essere inteso come un intervento successivo, ma come un processo che si sviluppa nel presente, attraverso scelte e progettazioni che preparano il futuro.

Alla luce di queste considerazioni, appare evidente come la sfida principale non consista tanto nell'introduzione di nuove disposizioni normative, quanto nella capacità di rendere effettivi i principi già esistenti, traducendoli in interventi coerenti e accessibili. Ciò implica un rafforzamento dei servizi, ma anche una

diversa modalità di interpretarne il ruolo, orientata non solo all'assistenza, ma alla promozione della qualità della vita.

In questa prospettiva, l'osservazione dei contesti locali diventa fondamentale per comprendere come tali dinamiche si realizzino concretamente.

Il capitolo successivo sarà quindi dedicato all'analisi del contesto dell'ASL Roma 1 – Distretto 15, al fine di esplorare in che modo i principi del “Dopo di noi” trovino applicazione nella pratica dei servizi territoriali

CAPITOLO 5

ESPERIENZE TERRITORIALI E PROSPETTIVE EVOLUTIVE DEL “DOPO DI NOI”: ANALISI SUL CAMPO

Introduzione

Il presente capitolo analizza le esperienze territoriali sviluppate nell’ambito del “Dopo di noi”, con particolare riferimento all’attuazione della Legge n. 112/2016 e alle prospettive evolutive dei servizi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Dopo aver approfondito nei capitoli precedenti il quadro normativo, culturale e organizzativo di riferimento, l’attenzione viene ora focalizzata sulla dimensione operativa e concreta degli interventi attivati a livello territoriale. L’obiettivo del capitolo è quello di comprendere in che modo i principi sanciti dalla normativa nazionale trovino effettiva applicazione nei diversi contesti locali, evidenziando punti di forza, criticità e differenze territoriali nella programmazione e nell’erogazione dei servizi. In particolare, verranno analizzati gli strumenti di presa in carico, i percorsi di autonomia abitativa, i progetti personalizzati e le reti integrate tra servizi sanitari, sociali e soggetti del Terzo Settore, elementi considerati fondamentali per garantire qualità della vita, inclusione sociale e autodeterminazione delle persone con disabilità.

L’analisi sul campo assume un ruolo centrale all’interno della ricerca, poiché consente di confrontare il modello teorico previsto dalla Legge 112/2016 con le

effettive modalità organizzative adottate nei territori. In tale prospettiva, emerge come il “Dopo di noi” non possa essere interpretato esclusivamente come una misura assistenziale, ma come un processo complesso di accompagnamento alla vita adulta e indipendente, che richiede una forte integrazione istituzionale, continuità progettuale e capacità di personalizzazione degli interventi.

Il capitolo approfondirà inoltre le prospettive evolutive del sistema, anche alla luce delle recenti trasformazioni del welfare territoriale e delle indicazioni contenute nel PNRR e nel D.M. 77/2022, che pongono al centro la costruzione di reti di prossimità, l’integrazione socio-sanitaria e la centralità della persona. In questo contesto, il “Dopo di noi” rappresenta una delle principali sfide del welfare contemporaneo, chiamato a superare modelli prevalentemente custodialistici per orientarsi verso percorsi fondati sull’autonomia, sulla partecipazione attiva e sui diritti della persona con disabilità. L’analisi delle esperienze territoriali permetterà, infine, di formulare alcune riflessioni sulle criticità ancora presenti nell’attuazione della normativa e sulle possibili strategie di miglioramento, con particolare attenzione alla sostenibilità organizzativa dei servizi, all’omogeneità territoriale degli interventi e alla necessità di rafforzare il coinvolgimento delle famiglie e della comunità locale nei percorsi di inclusione sociale.

5.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI A 10 ANNI DALLA LEGGE 112 DEL 2016

A distanza di dieci anni dall'approvazione della Legge n. 112/2016, nota come legge sul "Dopo di noi", il sistema dei servizi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare ha subito un'evoluzione significativa, pur mantenendo numerose criticità applicative e differenze territoriali. La normativa ha rappresentato un importante cambiamento culturale nel panorama del welfare italiano, introducendo un approccio orientato non più esclusivamente all'assistenza, ma alla promozione dell'autonomia, dell'inclusione sociale e della qualità della vita della persona con disabilità (Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, 2024).

La Legge 112/2016 nasce con l'obiettivo di garantire protezione, cura e continuità esistenziale alle persone con disabilità grave "in vista del venir meno del sostegno familiare", promuovendo percorsi di deistituzionalizzazione e modelli abitativi alternativi alle strutture residenziali tradizionali. In particolare, il legislatore ha inteso favorire soluzioni innovative basate su piccoli gruppi appartamento, co-housing e percorsi di vita indipendente, valorizzando il progetto personalizzato e la centralità della persona (Legge 22 giugno 2016, n. 112). Nel corso degli anni successivi all'entrata in vigore della legge, le Regioni hanno sviluppato modalità differenti di attuazione degli interventi, determinando una notevole eterogeneità territoriale (Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità, 2024). Alcuni territori hanno investito nella costruzione di reti integrate tra servizi

sociali, sanitari ed enti del Terzo Settore, mentre altri hanno incontrato difficoltà legate alla carenza di risorse, alla frammentazione organizzativa e alla limitata disponibilità di strutture adeguate. Uno degli elementi maggiormente innovativi introdotti dalla Legge 112/2016 riguarda il superamento del modello istituzionalizzante, storicamente centrato sulla collocazione della persona in strutture residenziali di grandi dimensioni (Giacconi & Del bianco, 2014). La normativa ha invece promosso un modello di welfare comunitario orientato alla partecipazione sociale, alla domiciliarità e alla costruzione di contesti abitativi quanto più possibile assimilabili all'ambiente familiare. In questo senso, il concetto di "abitare sociale" assume una funzione centrale, poiché consente di sviluppare percorsi di emancipazione e autodeterminazione, favorendo il mantenimento delle relazioni affettive e sociali della persona con disabilità. Parallelamente, negli ultimi anni si è progressivamente rafforzato il principio della presa in carico multidimensionale, attraverso la costruzione di progetti individualizzati definiti in collaborazione con la persona, la famiglia e i servizi territoriali. Tale approccio richiama direttamente i principi contenuti nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con la Legge n. 18/2009.

Tuttavia, nonostante i progressi registrati, numerosi studi evidenziano come l'attuazione concreta della Legge 112/2016 presenti ancora rilevanti criticità (Fioritti & Mezzina, 2020). Tra queste emergono la difficoltà di garantire continuità progettuale, la scarsità di personale specializzato, la limitata integrazione tra

componente sanitaria e sociale e la persistente dipendenza delle famiglie nella gestione quotidiana della disabilità. Le recenti trasformazioni del sistema sanitario e sociosanitario territoriale, accelerate anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal D.M. 77/2022, hanno ulteriormente evidenziato la necessità di rafforzare i servizi di prossimità e i modelli integrati di presa in carico. In tale prospettiva, il “Dopo di noi” viene progressivamente inserito all’interno di una visione più ampia di welfare territoriale, fondata sull’integrazione tra interventi sociali, sanitari e comunitari.

A dieci anni dall’introduzione della Legge 112/2016, appare quindi evidente come il “Dopo di noi” non possa essere considerato esclusivamente una misura assistenziale, ma debba essere interpretato come un processo culturale e organizzativo complesso, finalizzato alla costruzione di percorsi di autonomia reale e inclusione sociale.

5.2 CASO TERRITORIALE ASL ROMA 1 – DISTRETTO 15: CONFRONTO CON ALTRI DISTRETTI E CRITICITÀ EMERGENTI

L’attuazione dei percorsi previsti dalla Legge n. 112/2016 assume caratteristiche differenti a seconda dell’organizzazione territoriale dei servizi, delle risorse disponibili e della capacità di integrazione tra componente sanitaria e sociale. In tale contesto, l’esperienza dell’ASL Roma 1 – Distretto 15 rappresenta un esempio

significativo di evoluzione dei modelli territoriali di presa in carico delle persone fragili, all'interno di un sistema sociosanitario complesso e in continua trasformazione. L'esperienza professionale maturata all'interno della rete territoriale del Distretto 15 consente di osservare in maniera concreta le difficoltà operative e organizzative che caratterizzano la gestione dei percorsi rivolti alle persone con disabilità grave e alle loro famiglie. In particolare, emerge come il "Dopo di noi" non possa essere affrontato esclusivamente nel momento dell'emergenza familiare o della perdita del caregiver, ma richieda una programmazione anticipata, multidisciplinare e continuativa nel tempo (Legge 22 giugno 2016, n. 112). Nel Distretto 15, il rafforzamento della rete territoriale ha progressivamente favorito una maggiore integrazione tra servizi sociali comunali, PUA, CAD, Centrale Operativa Territoriale (COT), servizi specialistici e Terzo Settore. Tale integrazione, pur con limiti ancora presenti, ha permesso negli ultimi anni una presa in carico più strutturata delle situazioni ad alta complessità assistenziale, soprattutto nei casi caratterizzati da fragilità familiari, isolamento sociale e carenza di reti di supporto. Questo approccio richiama i modelli organizzativi promossi dal D.M.77/2022, che individua nell'integrazione sociosanitaria e nella continuità assistenziale uno degli assi centrali della riforma territoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Un elemento particolarmente rilevante riguarda il ruolo del PUA e della Centrale Operativa Territoriale nella funzione di raccordo tra i diversi servizi coinvolti. L'esperienza sul campo evidenzia infatti

come molte famiglie si trovino frequentemente disorientate di fronte alla frammentazione dei percorsi assistenziali, con difficoltà nell'accesso alle informazioni, nella comprensione delle procedure e nell'attivazione concreta degli interventi previsti dalla normativa. Dal confronto con altri distretti emergono differenze rilevanti soprattutto nella capacità di costruire progettazioni integrate e nella disponibilità di risorse territoriali dedicate ai percorsi di autonomia abitativa. In alcuni territori, infatti, il “Dopo di noi” continua ad essere interpretato prevalentemente come risposta residenziale successiva alla perdita del nucleo familiare, mentre in altri si sta progressivamente affermando una visione maggiormente orientata alla vita indipendente e al potenziamento delle autonomie personali (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

Un'ulteriore criticità osservabile riguarda la difficoltà di integrazione tra area sanitaria e area sociale. Nonostante la normativa nazionale sottolinei la necessità di una presa in carico multidimensionale, nella pratica operativa persistono spesso separazioni organizzative, tempi differenti di attivazione degli interventi e procedure burocratiche complesse che rallentano la realizzazione dei progetti individualizzati. L'esperienza lavorativa territoriale evidenzia inoltre come molte situazioni arrivino ai servizi in fase già avanzata di criticità, quando il caregiver familiare è ormai in condizioni di forte stress psicofisico o non più in grado di sostenere il carico assistenziale. Questo elemento conferma la necessità di sviluppare modelli preventivi di accompagnamento al “Durante noi”, finalizzati a

costruire gradualmente percorsi di autonomia prima del venir meno del supporto familiare. Le recenti riforme territoriali introdotte dal PNRR e dal D.M. 77/2022 potrebbero rappresentare un'opportunità importante per il rafforzamento dei percorsi del “Dopo di noi”, soprattutto attraverso lo sviluppo delle Case della Comunità, della sanità di prossimità e dei modelli integrati di presa in carico. L'esperienza del Distretto 15 dimostra come la costruzione di percorsi efficaci nel “Dopo di noi” richieda una visione integrata e multidimensionale della fragilità, capace di superare logiche esclusivamente prestazionali.

5.3 ANALISI QUALITATIVA: METODOLOGIA ORGANIZZATIVA

La presente ricerca è stata sviluppata attraverso un'indagine qualitativa finalizzata ad analizzare lo stato di attuazione dei percorsi previsti dalla Legge n. 112/2016 (“Dopo di noi”) all'interno del contesto territoriale di riferimento, con particolare attenzione alle dinamiche organizzative, alle criticità operative e all'evoluzione dei servizi sociosanitari rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. La raccolta dei dati è stata effettuata mediante la raccolta di informazioni più di tipo strutturato attraverso l'analisi della documentazione normativa, della letteratura di riferimento e dei materiali organizzativi dei servizi territoriali, nonché attraverso interviste condotte nel periodo marzo-maggio 2026 con operatori

territoriali coinvolti nei percorsi di presa in carico della disabilità e delle fragilità complesse. L'indagine ha coinvolto complessivamente 15 professionisti appartenenti a differenti ambiti della rete territoriale, tra cui infermieri, assistenti sociali, operatori sociosanitari e figure professionali operanti nei servizi territoriali dell'ASL Roma 1 – Distretto 15 e nei servizi integrati sociosanitari.

La scelta di utilizzare questa metodologia di indagine è stata motivata dalla necessità di raccogliere non soltanto dati descrittivi, ma anche osservazioni qualitative e riflessioni derivanti dall'esperienza diretta degli operatori coinvolti nei percorsi assistenziali. Tale metodologia ha consentito di approfondire aspetti organizzativi, relazionali e gestionali difficilmente rilevabili mediante strumenti esclusivamente quantitativi. Le principali aree indagate hanno riguardato:

- la presenza e l'effettiva attivazione dei servizi previsti dal “Dopo di noi” nel territorio di riferimento;
- l'esistenza di progetti abitativi, gruppi appartamento e percorsi di autonomia già avviati;
- le difficoltà riscontrate dalle famiglie nell'accesso ai servizi e nella costruzione di progetti di vita indipendente;
- l'evoluzione organizzativa dei servizi territoriali successivamente all'introduzione della Legge n. 112/2016;

- il livello di integrazione tra servizi sanitari, sociali e Terzo Settore;
- le criticità operative emerse nella gestione delle situazioni complesse;
- gli interventi ritenuti necessari per migliorare l'efficacia, la continuità e la sostenibilità dei percorsi del "Dopo di noi".

L'analisi dei dati raccolti è stata condotta attraverso una lettura qualitativa e interpretativa delle risposte fornite dagli operatori, integrata con l'osservazione diretta delle dinamiche organizzative maturate nell'esperienza professionale territoriale. Tale approccio ha permesso di evidenziare elementi ricorrenti, criticità condivise e prospettive di miglioramento nella gestione dei percorsi di autonomia delle persone con disabilità. Dal punto di vista metodologico, la ricerca non ha avuto finalità statistiche o epidemiologiche, ma si è posta l'obiettivo di offrire una lettura organizzativa e professionale dei processi territoriali legati al "Dopo di noi", valorizzando il contributo esperienziale degli operatori coinvolti quotidianamente nella presa in carico delle fragilità sociosanitarie

5.4 RISULTATI DELLA RACCOLTA DATI: INTERVISTE, COLLOQUI E LETTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI TERRITORIALI

La fase empirica della presente ricerca è stata sviluppata attraverso una raccolta di informazioni ottenute mediante interviste, confronti con operatori territoriali e

osservazione diretta delle dinamiche organizzative presenti nei servizi sociosanitari. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di comprendere come, a quasi dieci anni dall'introduzione della Legge n. 112/2016, i percorsi del "Dopo di noi" risultino concretamente attuati nei contesti territoriali e quali criticità emergano nella gestione operativa dei servizi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. L'analisi è stata condotta prendendo in considerazione le esperienze maturate all'interno della rete territoriale dell'ASL Roma 1 – Distretto 15.

Dall'analisi emerge innanzitutto come, negli ultimi anni, il territorio abbia progressivamente sviluppato una maggiore attenzione verso i percorsi di vita indipendente e autonomia delle persone con disabilità. Gli operatori intervistati evidenziano infatti una crescita delle progettualità orientate all'inclusione sociale, alla sperimentazione abitativa e alla costruzione di interventi personalizzati, sebbene tali percorsi risultino ancora fortemente condizionati dalla disponibilità di risorse economiche, strutturali e professionali. Per quanto riguarda i servizi effettivamente attivi, gli operatori riferiscono la presenza di interventi collegati ai progetti individualizzati, sostegni domiciliari, percorsi educativi territoriali, gruppi appartamento e forme sperimentali di co-housing. Tuttavia, emerge una significativa variabilità territoriale sia nella disponibilità dei servizi sia nella capacità di garantire continuità assistenziale nel tempo. Uno degli aspetti

maggiormente evidenziati dagli operatori riguarda la difficoltà delle famiglie nell'orientarsi all'interno della rete dei servizi. Molti nuclei familiari riferiscono infatti una percezione di frammentazione organizzativa, difficoltà burocratiche e scarsa chiarezza nelle procedure di accesso ai benefici previsti dalla Legge 112/2016. In numerosi casi, il carico gestionale e assistenziale continua a gravare quasi esclusivamente sulla famiglia. Dall'analisi emerge inoltre come il “Dopo di noi” venga frequentemente affrontato in una fase già avanzata di criticità familiare, piuttosto che attraverso una pianificazione precoce del progetto di vita. Gli operatori sottolineano infatti la necessità di sviluppare maggiormente il concetto di “Durante noi”, favorendo percorsi gradualisti di autonomia e accompagnamento prima del venir meno del caregiver principale. Dal punto di vista organizzativo, rispetto agli anni immediatamente successivi all'introduzione della Legge 112/2016, viene riconosciuto un miglioramento nella capacità di integrazione tra servizi sanitari, sociali e Terzo Settore. In particolare, l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), il rafforzamento del Punto Unico di Accesso (PUA) e i nuovi modelli previsti dal D.M. 77/2022 hanno favorito una maggiore attenzione alla continuità assistenziale e alla presa in carico multidimensionale delle fragilità. Nonostante tali evoluzioni, persistono criticità significative legate alla carenza di personale, all'elevato numero di situazioni complesse presenti sul territorio e alla difficoltà di costruire reti realmente integrate e continuative. Gli operatori evidenziano inoltre la necessità di rafforzare la formazione professionale

specifica sui percorsi del “Dopo di noi”, nonché di incrementare il coordinamento tra servizi sanitari, enti locali e soggetti del Terzo Settore. Tra i principali miglioramenti indicati dagli operatori intervistati emergono la necessità di aumentare le risorse dedicate ai percorsi di autonomia abitativa, potenziare i servizi territoriali di supporto alle famiglie, semplificare le procedure burocratiche e sviluppare modelli organizzativi maggiormente orientati alla personalizzazione degli interventi. I risultati della raccolta dati confermano pertanto come il “Dopo di noi” rappresenti oggi non soltanto una misura assistenziale, ma una sfida organizzativa, culturale e sociale che coinvolge l’intero sistema territoriale dei servizi. L’efficacia dei percorsi dipende infatti dalla capacità delle istituzioni di costruire modelli integrati di presa in carico, centrati sulla persona, sulla qualità della vita e sul diritto all’autonomia e all’inclusione sociale.

5.5 PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEI SERVIZI E INDICAZIONI OPERATIVE

L’analisi condotta nel presente lavoro evidenzia come i percorsi previsti dalla Legge n.112/2016 abbiano contribuito ad avviare un progressivo cambiamento culturale e organizzativo nell’ambito dei servizi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Tuttavia, a quasi dieci anni dall’introduzione della normativa, emergono ancora significative criticità che richiedono interventi

strutturali finalizzati al rafforzamento della rete territoriale e alla costruzione di modelli di presa in carico maggiormente integrati, continuativi e personalizzati (Legge 22 giugno 2016, n. 112). Una delle principali prospettive di sviluppo riguarda il superamento definitivo di un approccio prevalentemente assistenzialistico, ancora presente in alcune realtà territoriali, a favore di modelli centrati sul progetto di vita della persona. Secondo il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017), i percorsi del “Dopo di noi” dovrebbero essere fondati sulla multidimensionalità della presa in carico e sulla personalizzazione degli interventi. Dall’analisi delle esperienze territoriali emerge infatti la necessità di investire maggiormente sul concetto di “Durante noi”, promuovendo interventi precoci orientati allo sviluppo delle autonomie personali, relazionali e abitative. Tale impostazione richiama direttamente i principi espressi dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006), che riconosce il diritto della persona con disabilità alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale.

Dal punto di vista organizzativo, appare fondamentale rafforzare l’integrazione tra servizi sanitari, sociali e Terzo Settore. Come evidenziato da AGENAS (2022), la separazione tra componente sanitaria e sociale continua a determinare criticità organizzative e rallentamenti nella continuità assistenziale.

In tale contesto, strumenti come il Punto Unico di Accesso (PUA), le Centrali Operative Territoriali (COT) e le Case della Comunità possono assumere un ruolo strategico nel coordinamento della presa in carico multidimensionale delle persone

fragili. Il D.M. 77/2022 individua, infatti, nella sanità territoriale integrata e nella continuità assistenziale elementi fondamentali per il rafforzamento dei servizi di prossimità e della rete sociosanitaria territoriale.

Le recenti riforme introdotte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) offrono importanti opportunità di sviluppo per il rafforzamento dell'assistenza territoriale e dei modelli di sanità di prossimità. Tuttavia, l'efficacia di tali interventi dipenderà dalla reale capacità delle organizzazioni sanitarie e sociali di costruire reti operative integrate, caratterizzate da collaborazione multidisciplinare, condivisione degli obiettivi di cura e continuità progettuale (PNRR, Missione 5 e Missione 6, 2021). Tra le principali indicazioni operative emerse dall'indagine, assume particolare rilevanza la necessità di incrementare le risorse dedicate ai percorsi di autonomia abitativa e di vita indipendente. Gli operatori coinvolti nella ricerca sottolineano infatti come molti progetti risultino ancora limitati dalla scarsità di finanziamenti, dalla ridotta disponibilità di strutture adeguate e dalla difficoltà di garantire continuità nel tempo agli interventi avviati. Un ulteriore elemento prioritario riguarda il sostegno alle famiglie, che continuano a rappresentare il principale punto di riferimento assistenziale per la persona con disabilità. Dall'esperienza territoriale emerge frequentemente il rischio di sovraccarico emotivo, organizzativo ed economico dei caregiver familiari, spesso lasciati soli nella gestione quotidiana della complessità assistenziale.

Particolare attenzione dovrebbe inoltre essere rivolta alla formazione degli operatori territoriali. La crescente complessità dei bisogni sociosanitari richiede infatti competenze trasversali sempre più avanzate, capacità di lavoro multidisciplinare e conoscenze specifiche relative ai percorsi di autonomia e inclusione sociale delle persone con disabilità. Le prospettive future del “Dopo di noi” richiedono quindi un cambiamento non soltanto normativo o organizzativo, ma anche culturale. La persona con disabilità deve essere riconosciuta come soggetto attivo del proprio progetto di vita e non esclusivamente come destinatario di interventi assistenziali. In tale ottica, il diritto all’autonomia, all’inclusione sociale e alla partecipazione deve rappresentare il principio guida nella costruzione delle politiche territoriali rivolte alla disabilità (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, 2006). L’esperienza maturata nei servizi territoriali dimostra infine come la qualità dei percorsi dipenda in larga misura dalla capacità delle istituzioni di lavorare in rete, valorizzando il contributo delle famiglie, degli operatori e del Terzo Settore. Solo attraverso un approccio integrato, multidimensionale e centrato sulla persona sarà possibile costruire modelli realmente sostenibili ed efficaci per il futuro del “Dopo di noi” (Welforum, 2026).

Conclusioni

Sintesi dei risultati

In questa tesi è stato analizzato il tema del “Dopo di noi” quale espressione dell’evoluzione del welfare sociosanitario italiano nei confronti delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, approfondendo il rapporto tra quadro normativo, organizzazione territoriale dei servizi e processi di presa in carico multidimensionale. La ricerca si è sviluppata attraverso un percorso di analisi teorica, normativa ed empirica, finalizzato a comprendere il livello di attuazione della Legge n. 112/2016 e le trasformazioni intervenute nei servizi territoriali a quasi dieci anni dalla sua introduzione. L’analisi del contesto normativo ha evidenziato come la Legge 112/2016 abbia rappresentato un significativo cambiamento culturale all’interno del sistema di welfare italiano, introducendo un modello orientato non soltanto alla tutela assistenziale della persona con disabilità, ma soprattutto alla promozione dell’autonomia, dell’autodeterminazione e della qualità della vita. La normativa ha infatti progressivamente favorito il superamento di approcci custodialistici e istituzionalizzanti, promuovendo percorsi personalizzati fondati sulla vita indipendente, sull’inclusione sociale e sulla costruzione di contesti abitativi quanto più possibile assimilabili all’ambiente familiare. Tuttavia, la ricerca ha evidenziato come l’attuazione concreta dei principi

previsti dalla normativa presenti ancora importanti criticità organizzative e territoriali. I percorsi del “Dopo di noi” risultano infatti fortemente influenzati dalla capacità delle reti locali di sviluppare modelli integrati di presa in carico, dalla disponibilità di risorse economiche e professionali e dal livello di collaborazione tra servizi sanitari, servizi sociali, enti locali e Terzo Settore. Particolare rilevanza ha assunto l’analisi empirica sviluppata attraverso l’osservazione delle dinamiche organizzative territoriali e il confronto con operatori coinvolti nei processi di presa in carico delle fragilità complesse. L’esperienza maturata nel contesto dell’ASL Roma 1 – Distretto 15 ha consentito di evidenziare concretamente la complessità gestionale, relazionale e organizzativa che caratterizza i percorsi del “Dopo di noi”, mostrando come la presa in carico delle persone con disabilità richieda un lavoro multidisciplinare continuo, fondato sull’integrazione tra servizi e sulla costruzione di reti territoriali stabili. Dall’analisi emerge con chiarezza come il “Dopo di noi” non possa essere affrontato esclusivamente nel momento della perdita del caregiver familiare, ma debba essere progressivamente costruito attraverso percorsi di accompagnamento al “Durante noi”, finalizzati allo sviluppo graduale delle autonomie personali, relazionali e abitative della persona con disabilità. L’indagine empirica ha inoltre evidenziato come molte famiglie continuino a sperimentare condizioni di forte disorientamento rispetto alla rete dei servizi disponibili, alle modalità di accesso ai benefici previsti dalla normativa e alla costruzione concreta di un progetto di vita indipendente. Tale elemento conferma la necessità di

rafforzare ulteriormente strumenti di orientamento territoriale, coordinamento sociosanitario e accompagnamento multidimensionale. Le recenti trasformazioni introdotte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalla riorganizzazione della sanità territoriale rappresentano, sotto questo profilo, un'importante opportunità di sviluppo dei modelli integrati di presa in carico. Tuttavia, l'efficacia di tali riforme dipenderà dalla reale capacità delle istituzioni di superare la frammentazione organizzativa ancora presente tra area sanitaria e area sociale. L'esperienza professionale maturata all'interno della rete territoriale ha consentito di osservare come la complessità delle fragilità sociosanitarie richieda competenze sempre più trasversali, capacità di lavoro multidisciplinare e strumenti organizzativi adeguati alla gestione dei bisogni complessi. Le evidenze emerse nel corso della ricerca confermano pertanto come il “Dopo di noi” rappresenti oggi una delle principali sfide del welfare contemporaneo. La centralità della persona, il diritto alla vita indipendente e la necessità di costruire percorsi realmente inclusivi impongono un ripensamento complessivo delle modalità di organizzazione dei servizi territoriali. In conclusione, il futuro dei percorsi del “Dopo di noi” richiederà un progressivo rafforzamento della governance territoriale, dell'integrazione sociosanitaria e della collaborazione tra istituzioni pubbliche, famiglie e Terzo Settore. Solo attraverso un approccio realmente multidimensionale e centrato sulla persona sarà possibile garantire continuità, inclusione sociale e qualità della vita alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

Risposte alle domande di ricerca

L'elaborato ha cercato di analizzare in che modo le politiche territoriali e i modelli di integrazione socio-sanitaria possano contribuire alla costruzione di percorsi di vita maggiormente inclusivi per le persone con disabilità grave, con particolare riferimento al tema del “Dopo di Noi” e al ruolo del progetto di vita individualizzato.

La prima domanda di ricerca riguardava l'evoluzione del concetto di disabilità all'interno del sistema sociosanitario italiano e il modo in cui tale cambiamento abbia influenzato l'organizzazione dei servizi territoriali.

Dall'analisi normativa e teorica è emerso come il modello italiano abbia progressivamente superato una concezione esclusivamente sanitaria e assistenziale della disabilità, orientandosi verso un approccio fondato sui diritti, sulla partecipazione sociale e sulla qualità della vita della persona. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, la Legge n. 112/2016 e la recente riforma introdotta dal Decreto Legislativo n. 62/2024 hanno contribuito a rafforzare il principio dell'autodeterminazione e della personalizzazione degli interventi, promuovendo il progetto di vita come strumento centrale della presa in carico.

La seconda domanda di ricerca era finalizzata a comprendere quale ruolo assumano il territorio e l'integrazione socio-sanitaria nei percorsi di inclusione delle persone con disabilità.

La ricerca ha evidenziato come il territorio rappresenti un elemento decisivo nella qualità della presa in carico. L'inclusione sociale della persona con disabilità dipende infatti non soltanto dall'accesso alle prestazioni assistenziali, ma anche dalla presenza di reti territoriali integrate, servizi di prossimità, relazioni comunitarie e continuità assistenziale. L'esperienza territoriale dell'ASL Roma 1 – Distretto 15 ha mostrato come strumenti quali il Punto Unico di Accesso, le équipe multidisciplinari e la collaborazione tra servizi sanitari e sociali possano favorire percorsi maggiormente coordinati e personalizzati.

La terza domanda di ricerca riguardava le principali criticità ancora presenti nell'attuazione delle politiche del "Dopo di Noi".

Dall'analisi qualitativa sono emerse criticità ricorrenti legate soprattutto alla frammentazione organizzativa dei servizi, alla difficoltà di orientamento delle famiglie all'interno della rete territoriale, alla disomogeneità territoriale delle risposte assistenziali e alla carenza di continuità nei percorsi di presa in carico. Le famiglie e i caregiver familiari continuano inoltre a sostenere un carico assistenziale molto elevato, spesso accompagnato da difficoltà burocratiche e dalla percezione di una limitata integrazione operativa tra i diversi servizi coinvolti.

Un ulteriore quesito di ricerca riguardava il ruolo del progetto di vita e delle nuove riforme nel processo di trasformazione del welfare territoriale.

I risultati emersi evidenziano come il progetto di vita rappresenti oggi uno degli strumenti più innovativi delle politiche per la disabilità. La riforma introdotta dal Decreto Legislativo n. 62/2024 promuove infatti una presa in carico multidimensionale e partecipata, nella quale la persona con disabilità viene coinvolta attivamente nella definizione dei propri obiettivi e percorsi esistenziali. Tale impostazione richiede però una profonda trasformazione culturale e organizzativa dei servizi territoriali, fondata sull'integrazione socio-sanitaria, sulla collaborazione multidisciplinare e sulla valorizzazione delle reti territoriali.

Infine, la ricerca ha cercato di comprendere quali prospettive future possano favorire una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità.

Dalle riflessioni sviluppate emerge la necessità di rafforzare modelli di welfare territoriale fondati sulla prossimità, sulla continuità assistenziale e sulla partecipazione delle comunità locali. Le esperienze di co-housing, autonomia abitativa, partecipazione territoriale e collaborazione tra enti pubblici e terzo settore dimostrano infatti la possibilità di costruire percorsi maggiormente inclusivi e orientati alla qualità della vita della persona. Nel complesso, la ricerca conferma che il “Dopo di Noi” non può essere interpretato esclusivamente come misura assistenziale, ma come parte di un più ampio processo di trasformazione culturale del sistema sociosanitario italiano. La qualità della presa in carico dipenderà sempre

più dalla capacità dei territori di costruire reti integrate, servizi personalizzati e comunità inclusive capaci di riconoscere la persona con disabilità come cittadino attivo, titolare di diritti, relazioni e possibilità di autodeterminazione.

Indicazioni operative e prospettive future

Le trasformazioni che stanno interessando il sistema sociosanitario italiano mostrano con sempre maggiore evidenza la necessità di costruire modelli territoriali capaci di rispondere in maniera più flessibile e personalizzata ai bisogni delle persone con disabilità. Le recenti riforme hanno introdotto principi innovativi legati all'autonomia, alla partecipazione e al progetto di vita, ma la concreta realizzazione di tali obiettivi richiede un cambiamento che non riguarda soltanto l'organizzazione dei servizi, bensì il modo stesso di interpretare la presa in carico della persona fragile.

Nel corso della ricerca è emerso come uno dei problemi maggiormente percepiti dalle famiglie sia rappresentato dalla discontinuità dei percorsi assistenziali. In molti casi, infatti, i servizi risultano distribuiti tra differenti ambiti amministrativi e professionali che faticano a comunicare in maniera efficace tra loro. Questo determina frequentemente situazioni di frammentazione che obbligano le famiglie a svolgere un ruolo di mediazione costante tra strutture, uffici e operatori diversi.

Per tale motivo, una delle principali prospettive future riguarda la costruzione di reti territoriali realmente integrate, nelle quali la collaborazione tra area sanitaria, area sociale e servizi di prossimità possa tradursi in percorsi più coordinati e continuativi. Il progetto di vita previsto dal Decreto Legislativo n. 62/2024 potrebbe rappresentare uno strumento importante in questa direzione, poiché introduce una visione centrata non sulla singola prestazione assistenziale, ma sulla globalità della persona e dei suoi bisogni.

Affinché questo modello possa funzionare concretamente, appare però necessario rafforzare il coordinamento operativo tra i diversi soggetti coinvolti nella presa in carico. E' stato evidenziato soprattutto, da parte delle famiglie, il bisogno di riferimenti territoriali stabili, maggiore semplicità nei percorsi amministrativi e continuità relazionale con gli operatori. In molti casi, infatti, la difficoltà non riguarda soltanto l'accesso ai servizi, ma la mancanza di una reale integrazione tra gli interventi attivati.

Un altro elemento particolarmente significativo riguarda il ruolo del territorio nella costruzione dei percorsi di inclusione. Le esperienze osservate mostrano come la qualità della vita della persona con disabilità sia strettamente collegata alla possibilità di mantenere relazioni sociali, abitudini quotidiane e legami con il proprio contesto di appartenenza. In questa prospettiva, il territorio non può essere considerato esclusivamente come luogo di erogazione delle prestazioni, ma come

spazio relazionale nel quale promuovere partecipazione, autonomia e senso di appartenenza.

Anche il tema dell'abitare inclusivo appare destinato ad assumere una crescente importanza nei prossimi anni. I progetti di co-housing e convivenza supportata dimostrano infatti che percorsi abitativi meno istituzionalizzati possono favorire una maggiore autodeterminazione della persona, stimolando capacità relazionali, responsabilizzazione e partecipazione sociale. Tali esperienze richiedono tuttavia la presenza di servizi territoriali capaci di accompagnare nel tempo i percorsi di autonomia, evitando il rischio di isolamento o abbandono assistenziale.

Particolare rilievo assume inoltre il valore delle reti informali e della partecipazione comunitaria. Molte delle realtà territoriali considerate maggiormente efficaci si caratterizzano infatti per la presenza di collaborazioni tra associazioni, famiglie, servizi e cittadini. Brunello e Zerial (2022) sottolineano come le pratiche partecipative sviluppate nei territori permettano di costruire forme di welfare maggiormente vicine ai bisogni reali delle persone e fondate sulla prossimità sociale.

In tale scenario, anche il terzo settore assume una funzione sempre più rilevante. Le associazioni e le cooperative sociali rappresentano spesso luoghi nei quali le famiglie riescono a trovare ascolto, orientamento e sostegno concreto. La collaborazione tra servizi pubblici e realtà territoriali potrebbe quindi contribuire

alla costruzione di modelli organizzativi più dinamici e meno rigidamente burocratici.

Le prospettive future richiedono inoltre investimenti sulla formazione professionale degli operatori. La crescente complessità dei bisogni rende infatti necessario sviluppare competenze orientate non soltanto agli aspetti tecnici dell'assistenza, ma anche alla gestione relazionale, al lavoro multidisciplinare e alla capacità di costruire percorsi condivisi con le famiglie e con la persona stessa.

La recente riforma della disabilità introduce, infine, una trasformazione culturale particolarmente significativa: la persona con disabilità viene riconosciuta come soggetto attivo nella definizione del proprio percorso di vita e non più come semplice destinatario passivo di interventi assistenziali. Questo cambiamento implica la necessità di ripensare profondamente il rapporto tra servizi, territorio e cittadinanza.

Alla luce delle riflessioni sviluppate, emerge quindi come la sfida futura non consista soltanto nel potenziamento quantitativo dei servizi, ma soprattutto nella capacità di costruire sistemi territoriali più umani, accessibili e vicini alla quotidianità delle persone. La qualità della presa in carico dipenderà sempre più dalla possibilità di creare contesti inclusivi nei quali la fragilità non venga vissuta come elemento di esclusione, ma come parte integrante della vita sociale e comunitaria.

Traccia di intervista

Quali interventi e servizi legati al dopo di noi risultano oggi effettivamente attivi nel territorio di riferimento?

Sono presenti progetti abitativi o percorsi di autonomia per persone con disabilità già avviati quali risultati stanno producendo?

Quali sono le principali difficoltà che le famiglie incontrano nell'accesso ai servizi nella costruzione di un progetto di vita autonomo?

Rispetto agli anni successivi all'introduzione della legge 112 del 2016 quali cambiamenti si osservano oggi nell'organizzazione dei servizi per la disabilità?

Quali interventi o miglioramenti sarebbero necessari per rendere più efficienti efficaci e continuativi percorsi di autonomia e di supporto previsti dal "Dopo di noi"?

BIBLIOGRAFIA

Agenas. (2021). L'integrazione socio-sanitaria e i modelli organizzativi territoriali.

Roma: Agenas.

AGENAS, Quaderni di Monitor – La presa in carico della cronicità e della fragilità sul territorio, Roma, 2022.

ASL Roma 1. (2021). Riconoscimento figura caregiver familiare. Disponibile su:

<https://www.aslroma1.it/riconoscimento-caregiver-familiare>

Barnes, C. (1999). Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society. Leeds: Disability Press.

Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (2010). *Exploring disability: A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.

Bickenbach, J., Chatterji, S., Badley, E., & Üstün, T. (1999). Models of disablement, universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173-1187.

Borzaga, C., & Fazzi, L. (2011). *Manuale di politiche sociali*. Milano: FrancoAngeli.

Brunello, L., & Zerial, E. (2022). Fare città attraverso il conflitto. Attualità e prospettive della partecipazione sociale in ambito urbano. *Tracce Urbane*, 12, 251-266.

Canevaro A. (2019). *L'accompagnamento nel progetto di vita inclusivo*. Erickson.

Carrozza, P., & Biondi Dal Monte, F. (2012). *La fondazione di partecipazione tra pubblico e privato*. Bologna: Il Mulino.

Cotturri, G. (2019). *Il “Dopo di noi” e le politiche per la disabilità in Italia*. Roma: Carocci.

Degener, T. (2016). Disability in a human rights context. *Laws*, 5(3), 35.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Ferrera, M. (2012). *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.

Ferri, D. (2018). *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in EU law*. Oxford: Oxford University Press.

Ferrucci, F. (2005). *La disabilità come relazione sociale*. Milano: FrancoAngeli.

Folgheraiter, F. (2006). *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni*. Trento: Erickson.

Fondazione Dopo di Noi Bologna. (s.d.). *Progetti abitativi e residenzialità diffusa*. Recuperato da: <https://www.dopodinoi.org>

Fosti, G. (2019). *Abitare sociale e disabilità: modelli e pratiche*. Milano: FrancoAngeli.

Fosti, G., & Notarnicola, E. (2024). *L'innovazione del welfare territoriale. Assetti, governance e integrazione sociosanitaria*. Milano: Egea.

Giacconi C., Del Bianco N. (2014). *In azione. Prove di inclusione*. FrancoAngeli.

Giddens, A. (2007). *Sociologia*. Bologna: Il Mulino.

Gori, C. (2017). *Il welfare sociale in Italia: realtà e prospettive*. Roma: Carocci.

Gori, C. (2018). *Il welfare italiano tra innovazione e cambiamento*. Roma: Carocci.

ISTAT. (2020). *Disabilità in Italia: dati e analisi*. Roma: ISTAT.

Kazepov, Y. (2010). *Rescaling social policies: Towards multilevel governance in Europe*. Farnham: Ashgate.

Maino, F. (2017). *Secondo welfare e innovazione sociale*. Torino: Giappichelli.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2016). Linee guida sul “Dopo di noi”. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2017). Linee guida per l’attuazione della Legge 112/2016. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2024). Relazione sullo stato di attuazione della Legge n. 112/2016.

Ministero della Salute. (2022). Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Naldini, M. (2015). Le politiche sociali in Europa. Bologna: Il Mulino.

Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Cambridge: Harvard University Press.

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. London: Macmillan.

Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità (2024).

Rapporto annuale sulla disabilità in Italia.

Pacchi, C. (2020). Iniziative dal basso e trasformazioni urbane. Milano-Torino:

Pearson Italia.

Pavolini, E. (2018). Le politiche sociali in Italia. Bologna: Il Mulino.

Piano di Zona S04-2. (s.d.). Progetti di vita indipendente e “Dopo di noi”.

Recuperato da: <https://www.pianodizonas04-2.it>

Priestley, M. (2003). Disability: A life course approach. Cambridge: Polity Press.

Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). Le politiche di welfare. Bologna: Il Mulino.

Ratzka, A. (2004). Independent living and disability policy in Europe. *Social Policy Journal*, 12, 45-60.

Regione Calabria. (2017). DGR n. 296/2017 – Programma attuativo regionale della Legge 112/2016 “Dopo di Noi”.

Regione Emilia-Romagna. (2017). DGR n. 733/2017 – Programma attuativo regionale della Legge 112/2016 “Dopo di Noi”.

Regione Lazio. (2017). DGR n. 454/2017 – Programma attuativo regionale della Legge 112/2016 “Dopo di Noi”.

Regione Lazio. (2024). Legge Regionale 11 aprile 2024, n. 5. Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare.

Regione Puglia. (2017). DGR n. 1715/2017 – Programma attuativo regionale della Legge 112/2016 “Dopo di Noi”.

Regione Toscana. (2017). DGR n. 753/2017 – Programma attuativo regionale della Legge 112/2016 “Dopo di Noi”.

Roma Capitale. (s.d.). Servizio “Dopo di noi” – interventi per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Recuperato da:

<https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF1550524>

Saraceno, C. (2013). Il welfare. Bologna: Il Mulino.

Saraceno, C. (2016). Il welfare. Bologna: Il Mulino.

Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). Handbook on quality of life for human service practitioners. Washington: American Association on Mental Retardation.

Sen, A. (1999). Development as freedom. Oxford: Oxford University Press.

Shakespeare, T. (2013). Disability rights and wrongs revisited. London: Routledge.

Titmuss, R. (1974). Social policy: An introduction. London: Allen & Unwin.

United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations.

Welforum. (2019). Dopo di noi: cosa hanno programmato le regioni. Disponibile su: <https://www.welforum.it>

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Costituzione della Repubblica Italiana (1948)

D.M. 77/2022, Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Legge 22 giugno 2016, n. 112. Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Dopo di Noi).

Legge 22 dicembre 2021, n. 227. Delega al Governo in materia di disabilità.

Presidenza del Consiglio dei ministri (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Organizzazione delle Nazioni Unite (2006). Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). *ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, New York, 13 dicembre 2006, ratificata in Italia con Legge 3 marzo 2009, n. 18.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Legge 22 giugno 2016, n. 112. Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Dopo di Noi).

Legge 3 marzo 2009, n. 18. Ratifica ed esecuzione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 5 e Missione 6, Governo italiano, 2021.