PIANO DI AZIONE PER LA PROMOZIONE DEI DIRITTI E L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ – 2025: ANALISI CRITICA

In questo documento tentiamo un'analisi tecnica approfondita, critica ed esaustiva della bozza del "Terzo Piano di Azione per la promozione dei diritti e l'inclusione delle Persone con Disabilità" (di seguito, il Piano), elaborata e approvata dall'Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità (OND) (novembre 2025). L'esame del documento viene condotto assumendo come parametri di riferimento cogenti la normativa nazionale più recente — specificamente la legge delega 22 dicembre 2021, n. 227 e i relativi decreti attuativi, tra cui il D.Lgs. 62/2024 — nonché gli obblighi sovranazionali derivanti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD), dalla Strategia dell'Unione Europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030. Ma ovviamente assumiamo anche i molti elementi di contesto che riguardano la effettiva condizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie e il dibattito – quello più serio – che in questi anni ha provato a formulare, e talvolta a intraprendere, soluzioni sostenibili.

L'obiettivo di questa disamina non è meramente descrittivo, bensì analitico-valutativo. Si intende decostruire l'impianto del Piano per evidenziare le fratture sistemiche che rischiano di comprometterne l'efficacia: dalle incongruenze normative alle tensioni costituzionali tra Stato e Regioni, dalla genericità dell'azione amministrativa all'insostenibilità economica dettata dai vincoli di bilancio e, dunque, al probabile impatto reale sulle persone.

Il Piano, pur collocandosi temporalmente in una fase storica di transizione definita epocale dal Legislatore e da alcuni commentatori — teoricamente improntata dal passaggio da un modello assistenziale a uno basato sui diritti umani e sul progetto di vita — rivela, a una lettura non superficiale, una preoccupante tendenza alla dilazione, alla proceduralizzazione burocratica e alla reiterazione di obiettivi storicamente falliti. Nella sostanza una imbarazzante dicotomia tra ambizione riformatrice e stagnazione programmatica.

L'analisi che segue si sviluppa attraverso una dissezione trasversale delle criticità più

macroscopiche, seguita da una valutazione verticale delle sette Linee di Intervento, per concludere con una sintesi degli aspetti negativi che configurano il Piano più come un manifesto di intenti che come uno strumento operativo di governo (governo non inteso come Esecutivo).

I precedenti

L'elaborazione di documenti programmatici rivolti alla disabilità non è certo una esperienza nuova nel panorama italiano. Vanno ricordati i due precedenti atti ambedue denominati "Programma d'Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità"; il primo approvato come Decreto del Presidente della Repubblica del 4 ottobre 2013, il secondo Decreto del Presidente della Repubblica del con 12 ottobre 2017.

Il primo è rimasto celebre per la pressoché totale inapplicazione delle azioni previste. Il secondo, pur essendo irrefragabilmente indirizzato ad emularne l'inefficacia, ha incrociato l'approvazione, ben oltre i suoi due anni di teorica cogenza, di alcune norme, anche sistemiche, che riguardano la disabilità o anche la disabilità.

A sei anni dal termine di cogenza del secondo Programma, giunge ora il **"Piano di Azione per la promozione dei diritti e l'inclusione delle Persone con Disabilità."**

Al di là della scelta a ben vedere meramente lessicale di denominarlo "Piano" anziché "Programma", la struttura espositiva e metodologica – articolata per Linee di intervento e Linee di azione – è perfettamente sovrapponibile alla versione precedente.

In realtà la scelta della locuzione "Piano" discende dalla Strategia Europea 2021-2030 (citata nella legge come vincolo) che chiede esplicitamente agli Stati membri di dotarsi di "Strategie o Piani d'azione nazionali" (National Action Plans). La Commissione Europea ha invitato a superare la logica dei "programmi" (spesso intesi come elenchi di intenti biennali) per passare a "Piani" che abbiano una visione strategica decennale e siano coerenti con il PNRR. La nuova prassi amministrativa, guidata dal Ministro per le Disabilità in attuazione della Legge 227/2021, ha adottato la dicitura "Piano nazionale" per allinearsi alla nomenclatura del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Ma la sostanza non cambia…

ANALISI DELLE CRITICITÀ STRUTTURALI E SISTEMICHE

Prima di addentrarsi nel merito delle singole linee di intervento, è imperativo isolare le criticità strutturali che permeano l'intero documento. Queste rappresentano dei vizi d'origine che depotenziano a monte qualsiasi intervento specifico proposto, trasformando, quando va bene, potenziali riforme in meri adempimenti formali.

L'insostenibilità economica: il dogma dell'invarianza finanziaria

La criticità più paralizzante dell'intero Piano è esplicitata nelle premesse introduttive, laddove si stabilisce il perimetro economico dell'azione governativa. A pagina 5 del documento si legge testualmente: *"Sul piano finanziario, le azioni, le finalità e gli obiettivi indicati nel presente documento dovranno essere conseguiti con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente".*

Questa clausola di invarianza finanziaria rappresenta un ossimoro programmatico se confrontata con la pretesa portata rivoluzionaria della Legge 227/2021 e del D.Lgs. 62/2024, che il Piano stesso cita come riferimenti normativi. La riforma della disabilità, imperniata sull'introduzione del "Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato" e del relativo "Budget di Progetto", presuppone logicamente un'espansione della spesa, o quantomeno una massiccia iniezione di liquidità per la fase di transizione (start-up dei nuovi servizi, formazione, infrastrutture...). Quello dell'invarianza finanziaria tuttavia è un limite che è presente già nel D. Lgs. 62/2024, sicché non stupisce che nel Piano di perservi nel seguire quella direttrice questa volta con l'avallo dell'Osservatorio.

La pretesa di attuare riforme strutturali a costo zero o mediante "interventi compensativi" genera una serie di effetti a cascata devastanti per l'esigibilità dei diritti:

- **Razionamento dei diritti:** se il budget di Progetto (Linea di Intervento 5) deve essere composto ricomponendo risorse esistenti spesso frammentate e insufficienti (fondi sanitari regionali, fondi sociali comunali, fondi per la non autosufficienza), senza risorse aggiuntive, l'esercizio del Progetto di Vita si trasformerà in un gioco a somma zero. Per garantire un sostegno intensivo a un individuo, si dovranno

necessariamente sottrarre risorse a un altro, o ridurre l'intensità del supporto, tradendo il principio di personalizzazione sancito dalla UNCRPD.

- **Inefficacia delle riforme infrastrutturali:** la rimozione delle barriere architettoniche (Linea 1) e l'adeguamento tecnologico (Linea 2) richiedono investimenti in conto capitale. Prevedere che ciò avvenga a legislazione vigente significa affidarsi alla buona volontà degli enti locali o dei privati, senza poter mettere in campo incentivi fiscali robusti o fondi di rotazione statali, condannando i PEBA (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche) all'inattuazione per mancanza di copertura.

- **Stress organizzativo:** ad esempio, il Piano prevede nuove figure, come il "Referente per l'attuazione" del Progetto di Vita (Linea 5, Azione 14). Questo è solo un esempio di funzioni nuove attribuite a diverse amministrazioni. Senza fondi per nuove assunzioni, questi ruoli verranno verosimilmente "spalmati" sul personale esistente, sovente gravato da carichi di lavoro insostenibili, portando al *burnout* degli operatori e alla burocratizzazione della funzione di tutela.

La dipendenza da norme esterne e la tecnica del rinvio

Un Piano di Azione, per sua natura, dovrebbe contenere misure esecutive: "chi fa cosa, entro quando e con quali fondi". L'analisi linguistica delle "Azioni prioritarie" rivela invece una sistematica adozione della tecnica del rinvio normativo. Si tratta delle stessa logica di cui è intrisa la recente e celebrata Carta di Solfagnano (ripresa dal Piano).

In una percentuale preponderante delle linee d'azione, l'obiettivo non è l'erogazione di un servizio o la garanzia di un diritto, bensì la produzione di ulteriore carta normativa. Si assiste a una proliferazione di:

- **"Istituzione di tavoli interministeriali":** presente ad esempio nella Linea 1 per i PEBA e nella Linea 2 per la rete sanitaria.
- **"Predisposizione di Linee guida":** strumento onnipresente, dalla cultura (Linea 1) al Progetto di Vita (Linea 5), fino alla violenza di genere (Linea 5, Azione 15).
- **"Definizione di indicazioni nazionali":** usato per il CUDE e gli stalli (Linea 1), con una definizione ancora più sfuggente.

Questa struttura denuncia una debolezza intrinseca: il Piano è, di fatto, un "meta-

piano“. Non agisce direttamente sulla realtà, ma programma la scrittura di regole che, a loro volta, dovranno essere recepite e applicate. Questo allunga a dismisura i tempi di attuazione e subordina l‘efficacia del Piano alla volontà politica futura di emanare tali atti e alla capacità tecnica di scriverli. Particolarmente grave è il caso della Linea 5 (Progetto di Vita), dove l‘intero impianto della riforma del D.Lgs. 62/2024 sembra sospeso in attesa di “Linee di indirizzo nazionali“, ammettendo implicitamente che, a legge approvata, mancano ancora anche i protocolli operativi per applicarla.

La genericità dell‘azione amministrativa e l‘assenza di target

Correlata alla dipendenza normativa è l‘estrema genericità dei verbi d‘azione utilizzati. Il Piano abbonda di termini quali “Promuovere“, “Favorire“, “Sostenere“, “Incentivare“, “Sensibilizzare“. Mancano quasi totalmente **verbi performativi e coercitivi** quali “Garantire“, “Assicurare“, “Sanzionare“, “Imporre“.

- **Mancanza di KPI (Key Performance Indicators):** il disallineamento con la Strategia UE 2021-2030 è evidente nell‘assenza di target quantitativi misurabili. La Strategia UE pone obiettivi precisi (es. tassi di occupazione, riduzione del gap di povertà). Il Piano italiano, invece, **non fissa target numerici** (es. “Aumentare l‘occupazione delle PcD del 10% entro il 2026“ o “Rendere accessibile il 50% del patrimonio museale entro il 2027“).
- **Monitoraggio impossibile:** senza target precisi, il sistema di monitoraggio previsto nella Linea 7 rischia di diventare un esercizio puramente formale, dove già e solo l‘istituzione di un “tavolo“ viene contata come successo, indipendentemente dal fatto che quel tavolo abbia prodotto risultati tangibili per la vita delle persone.

La debolezza del sistema degli indicatori

Correlato al punto precedente ce n’è poi un altro. Il Piano rileva una significativa debolezza aleatorietà degli indicatori, che fra l‘altro è uno dei nervi scoperti della programmazione pubblica italiana in ambito sociale. L‘effetto è che gli indicatori del Piano appaiono formulati in modo vago e “amministrativo“, piuttosto che performativo. Da qui derivano altre considerazioni.

Confusione tra indicatori di realizzazione (output) e di risultato (outcome). Il difetto metodologico principale del Piano è lo scambio sistematico tra **“fare una cosa“** (output

burocratico) e **"ottenere un cambiamento"** (outcome sociale).

- **Cosa succede nel Piano:** la maggior parte degli indicatori misura semplicemente se un atto amministrativo è stato compiuto. Esempi tratti dal testo: "Istituzione del tavolo", "Redazione delle Linee Guida", "Presenza dell'atto normativo".
- **Il problema:** questi sono indicatori di adempimento burocratico. Ci dicono se il Ministero ha lavorato, ma non se la vita delle persone è migliorata. Un indicatore di risultato reale dovrebbe essere solo a titolo di esempio: "Incremento del 15% delle assunzioni", "Riduzione del 20% dei tempi di attesa", "Aumento del 10% degli studenti universitari con disabilità". Il Piano evita questi numeri perché misurano l'impatto reale, che è difficile da garantire.

L'assenza o scarsità di dati di base. Per fissare un indicatore di risultato credibile (es. "aumentare l'occupazione del 10%"), bisogna conoscere con certezza il dato di partenza (quanti sono gli occupati oggi?).

Il Piano stesso, nella Linea di Intervento 7, ammette che il quadro informativo attuale presenta "significative lacune" e "frammentazione delle fonti".

Non avendo un "punto zero" statistico affidabile (mancano dati disaggregati e un sistema unitario, come evidenziato anche dalle critiche dell'ASviS e della Corte dei Conti UE), l'amministrazione non può rischiare di fissare target numerici precisi, perché non saprebbe come misurarli o rischierebbe di essere smentita da dati successivi.

Connessione dati e clausola di invarianza finanziaria. La natura "aleatoria" degli indicatori è una infausta conseguenza del vincolo di bilancio citato in precedenza ("le azioni... dovranno essere conseguite con le risorse... a legislazione vigente").
Il nesso causale: "se non stanzio risorse aggiuntive certe (budget), non posso impegnarmi su risultati quantitativi certi (target)".

Senza soldi nuovi, l'amministrazione può promettere solo il *best effort* ("faremo del nostro meglio per promuovere..."), ma non l'obbligazione di risultato. Di conseguenza, l'indicatore diventa "soft" (es. "Promozione di campagne", "Attivazione di percorsi") perché questi non richiedono necessariamente investimenti strutturali misurabili.

La natura "meta-programmatica" del Piano. Come emerge nell'analisi, molte azioni del Piano non sono interventi diretti, ma promesse di scrivere altre regole in futuro (es.

“Predisposizione Linee di indirizzo nazionali per il Progetto di Vita“).

Quando l‘azione è “scrivere un documento“, l‘unico indicatore possibile è “presenza del documento“. Questo sposta la misurazione dell‘efficacia reale (es. quante persone hanno davvero ricevuto il Progetto di Vita?) a una data futura e indefinita, successiva all‘adozione di quelle linee guida.

Mancanza di cultura della valutazione d‘impatto. Manca nel Piano un riferimento esplicito a metodologie di Impact Assessment controfattuale. Gli **indicatori** scelti sono quasi tutti **autoreferenziali** (l‘amministrazione certifica di aver fatto ciò che ha detto di voler fare). **Mancano indicatori di soddisfazione** dell‘utenza o **indicatori di qualità della vita percepita**, che sono invece raccomandati a livello europeo per valutare le politiche di inclusione.

In sintesi, gli indicatori sono deboli perché sono **indicatori di processo** (burocrazia) e **non indicatori di impatto** (realtà). Questa scelta protegge l‘amministrazione dal rischio di fallimento: è molto più facile dimostrare di aver “istituto un tavolo“ che dimostrare di aver ridotto l‘esclusione sociale.

Omissioni: la transizione alla vita adulta

L‘analisi, condotta attraverso un esame comparato tra le Linee di Intervento del Piano, le raccomandazioni internazionali (in particolare il **Commento Generale n. 5 del Comitato ONU** sui diritti delle persone con disabilità e le strategie dell‘Unione Europea) e la letteratura scientifica di settore, rivela un quadro preoccupante. Il passaggio alla maggiore età per le persone con disabilità in Italia si configura non come un processo evolutivo governato e supportato, ma come un “evento traumatico“ caratterizzato da una triplice frattura: clinica, sociale e amministrativa.

Nonostante l‘enfasi del “Progetto di Vita“ (Linea di Intervento 5) come potenziale strumento di raccordo, il Piano fallisce nel definire i contenuti operativi della transizione. Manca la previsione di **“servizi ponte“** specifici, di équipe multidisciplinari dedicate alla fascia di età 16-24 anni e di percorsi di emancipazione abitativa e relazionale che precedano l‘emergenza del “dopo di noi“. La transizione viene ridotta, nella narrazione del Piano, a una questione di continuità burocratica o di inserimento lavorativo, ignorando le complesse dinamiche identitarie, psicologiche e di autonomia funzionale che caratterizzano il divenire adulti.

Questa lacuna espone le persone con disabilità e le loro famiglie al rischio di **"precipizio dei servizi" al compimento del diciottesimo anno di età:** la scuola termina, la presa in carico neuropsichiatrica infantile cessa bruscamente, e il giovane adulto si trova spesso privo di interlocutori clinici competenti (specialmente per i disturbi del neurosviluppo) e di prospettive sociali che non siano il mero assistenzialismo o la segregazione domestica.

Per comprendere appieno la portata della **lacuna rilevata nel Terzo Piano di Azion**e, è forse necessario preliminarmente definire cosa si intenda per "transizione all'età adulta" nel contesto della disabilità e quali siano gli standard internazionali che l'Italia è tenuta a rispettare. La letteratura scientifica e le *best practices* internazionali definiscono la transizione non come un momento puntuale (il compimento dei 18 anni), ma come un processo longitudinale che dovrebbe iniziare precocemente (intorno ai 14 anni) e protrarsi fino alla prima età adulta (25 anni circa). Questo processo coinvolge simultaneamente diverse dimensioni dell'esistenza:

- **Transizione clinica (*transition of care*):** il passaggio da un modello di cura pediatrico, incentrato sulla famiglia e sullo sviluppo, a un modello adulto, incentrato sull'individuo e sulla gestione della eventuale cronicità.
- **Transizione educativa e lavorativa:** il passaggio dalla scuola, ambiente protetto e strutturato, al mondo del lavoro o della formazione superiore, caratterizzato da competizione e richiesta di autonomia.
- **Transizione sociale e abitativa:** il processo di emancipazione dalla famiglia di origine, la costruzione di reti amicali e affettive autonome, e la sperimentazione di forme di vita indipendente.
- **Transizione giuridica:** l'acquisizione della capacità di agire e la gestione degli strumenti di protezione giuridica (amministrazione di sostegno ecc.).

Il Piano di Azione, analizzato attraverso questa lente multidimensionale, appare **fortemente sbilanciato.** Mentre dedica spazio alla dimensione lavorativa (Linea 3) e scolastica (Linea 4) (pur con limiti che vedremo più oltre), trascura quasi interamente la dimensione clinica e quella sociale/abitativa come processi di transizione, trattandole invece come compartimenti stagni dell'età adulta già consolidata.

Il riferimento normativo imprescindibile è l'articolo 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), relativo al diritto alla vita indipendente. Il

Comitato ONU, nel suo **Commento Generale n. 5**, è esplicito nel collegare la vita indipendente alla presenza di servizi di transizione.

- *"I servizi che facilitano la transizione dei giovani verso l'età adulta... sono fondamentali per sostenere la vita indipendente" (Par. 76)*
- *"La mancanza di supporto alla transizione porta alla dipendenza e all'istituzionalizzazione "(Par. 15).*
- *Il supporto deve essere flessibile e adattarsi alle fasi della vita.*

La discrepanza è evidente: mentre l'ONU vede la transizione come un momento attivo che richiede servizi specifici per "imparare a scegliere", il Piano italiano sembra dare per scontata la capacità di scelta, concentrandosi sull'erogazione dei servizi finali (la casa, il lavoro) senza curare il **processo di maturazione necessario per accedervi**.

Anche a livello europeo, la **Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030** e le raccomandazioni sulla Child Guarantee pongono un'enfasi crescente sulla continuità dei percorsi. L'Agenzia Europea per i Bisogni Educativi Speciali raccomanda l'uso di "Piani Individuali di Transizione" (ITP) che integrino obiettivi scolastici, lavorativi e di vita sociale.

Nel Piano italiano, il riferimento ai **modelli europei** è presente nella Linea 6 (Cooperazione Internazionale), ma **manca una trasposizione operativa del concetto** di ITP. Il "Progetto di Vita" (Linea 5) potrebbe assolvere a questa funzione, ma il testo del Piano non esplicita l'obbligo di inserire un "modulo di transizione" specifico nel Progetto di Vita dei minori, lasciando questa cruciale pianificazione, o se vogliano questo pensiero strategico, alla discrezionalità delle équipe territoriali.

Nell'analisi verticale delle varie Linee di intervento entriamo ulteriormente nel dettaglio di questa significativa omissione del Piano.

Il conflitto di competenze Stato-Regioni e la debolezza della governance

Il Piano interviene su materie che l'articolo 117 della Costituzione affida alla competenza legislativa concorrente (salute, lavoro, protezione civile) o esclusiva (turismo, formazione professionale) delle Regioni.

L'analisi del testo conseguentemente evidenzia un continuo ricorso alla "Conferenza Unificata" e agli "Accordi" come unici strumenti di governance e composizione dei conflitti. Tuttavia, la storia delle politiche sociali italiane insegna che lo strumento

dell'Accordo, privo di leve finanziarie forti o poteri sostitutivi, è inefficace nel garantire l'uniformità dei diritti sul territorio nazionale.

Il Piano non affronta il nodo dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS). Le "Linee di indirizzo nazionali" *(soft law)* non hanno la forza giuridica per imporsi su un sistema regionale sanitario o sociale autonomo, specialmente in Regioni soggette a piani di rientro. Il risultato prevedibile è la persistenza di una cittadinanza a macchia di leopardo, dove l'accesso al Progetto di Vita o alle cure DAMA dipenderà dal codice di avviamento postale e non dai bisogni della persona, in palese violazione del principio di non discriminazione.

Procediamo ora all'analisi dettagliata delle singole Linee di Intervento, mettendo in luce le specifiche incongruenze normative e i gap attuativi e le numerose omissioni.

PRIMA LINEA DI INTERVENTO: ACCESSIBILITÀ UNIVERSALE

Questa sezione del Piano affronta il tema delle barriere fisiche, sensoriali e culturali. L'approccio appare frammentato, settoriale e privo di quella visione "universale" che il titolo promette.

Il mancato coordinamento con il D. Lgs. 222/2023 (riqualificazione servizi pubblici)

Una delle omissioni più gravi del Piano è la significativa assenza di valorizzazione delle disposizioni del **Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222**.

- **Analisi critica:** il D.Lgs. 222/2023 ha già introdotto obblighi stringenti per le Pubbliche Amministrazioni, tra cui la nomina di un responsabile per l'accessibilità e l'inclusione sociale e l'inserimento di obiettivi specifici di accessibilità nel Piano della Performance e nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione).
- **L'incongruenza:** le azioni della Linea 1 ignorano questi nuovi strumenti virtualmente già operativi; tantomeno pone come possibile azione la verifica diffusa del rispetto delle nuove disposizioni. Invece di sfruttare la leva della valutazione della performance dei dirigenti (introdotta dal decreto) per imporre l'adeguamento delle strutture e dei servizi, il Piano continua a proporre "tavoli" e "linee guida" generiche. Si perde l'occasione di rendere l'accessibilità un parametro vincolante per la retribuzione di risultato dei dirigenti pubblici, come la norma permetterebbe e dunque di usare anche quella leva.

Il fallimento storico dei PEBA e la risposta inadeguata (Azione 1)

La remota Legge 41/1986, art. 32, ha introdotto l'obbligo per gli enti pubblici di dotarsi di Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA). A quasi quarant'anni di distanza, il Piano ammette che solo il 10% dei Comuni ha adempiuto.

- **Analisi critica:** di fronte a un fallimento sistemico di tale portata, la risposta del Piano è debole e burocratica: "Istituzione di un tavolo interministeriale" e "predisposizione di Linee guida". Non si analizzano le cause dell'inadempienza (mancanza di fondi dedicati, assenza di sanzioni per gli amministratori, carenza di competenze tecniche, assenza di organi e percorsi in grado di esercitare controllo e applicare sanzioni).

- **Incongruenza:** proporre un "Registro elettronico" senza prevedere meccanismi sanzionatori (es. blocco dei trasferimenti statali, commissariamento ad acta per i comuni inadempienti) o incentivi finanziari (es. priorità nei bandi PNRR per chi ha il PEBA) significa condannare l'azione all'irrilevanza. Il registro certificherà semplicemente l'inadempienza se non l'omissione di risposte (un po' come accade con il PID, il Prospetto informativo disabili in ambito di pubblico impiego di cui diremo più oltre).

Mobilità e trasporti: CUDE e infrastrutture (Azioni 9, 10, 11, 12)

- **CUDE (Contrassegno Unificato Disabili Europeo):** il piano propone di "Coordinare l'operatività" della piattaforma unica, già esistente ma scarsamente adottata (6% dei Comuni). La dipendenza dalla volontà dei singoli Comuni di aderire alla piattaforma vanifica il diritto alla mobilità. Sarebbe necessario al contrario rendere l'adesione obbligatoria e automatica per legge, sottraendola alla discrezionalità locale e prevedendo anche strumenti "dissuasivi" nei casi di mancato rispetto delle disposizioni se non anche poteri sostituivi.
- **Stalli *"Ad Personam"* (Azione 11):** la proposta di "definire criteri nazionali" è positiva anche se velleitaria vista l'estrema variabilità delle condizioni – personali e urbane - possibili. Manca un richiamo alla gratuità della sosta sulle strisce blu in assenza di stalli riservati (oggetto di contenziosi e recenti norme), lasciando un vuoto di tutela.
- **Infrastrutture di viaggio (Azione 12):** l'adozione dei codici IATA per i servizi dei treni e bus è una misura di standardizzazione (forse) utile ma non tocca il problema strutturale: la vetustà del materiale rotabile e l'inaccessibilità fisica delle stazioni minori. Il tema più stringente è quello del controllo stringente dei capitolati di acquisto e della loro invalidazione nel caso di acquisizioni che non rispondano ai criteri di accessibilità. "Promuovere la formazione del personale" è insufficiente se il treno ha gradini insuperabili e mancano i sollevatori, o i punti di partenza e arrivo sono inaccessibili. Fra l'altro l'uso di codici IATA (quelli che vengono usati in ambito aeroportuali per identificare il tipo di compromissione (es. WCHR, WCHS… BLD, DPNA ecc.) comporta la presentazione di una qualche certificazione. Il che lascia perplessi dopo l'adozione della Disability Card (che fra l'altro è uno strumento UE) che negli intenti del Legislatore avrebbe dovuto eliminare qualsiasi

nuovo onere documentale.

Turismo e cultura: l'approccio "soft" (Azioni 2, 3, 4, 5, 8)

Le azioni in ambito turistico e culturale si basano quasi esclusivamente sulla "moral suasion" e su meccanismi premiali deboli.

- **Turismo (Azione 2):** Si parla di "tavoli di lavoro" e "mappatura". Manca l'imposizione più stretta di standard di accessibilità vincolanti per il rilascio o il rinnovo delle licenze alberghiere e commerciali e indicazioni su come rafforzare la vigilanza sul rispetto degli standard già esistenti e su quelli futuri (vigilanza, controllo, sistema sanzionatorio). In un Paese a vocazione turistica, l'accessibilità dovrebbe essere un prerequisito industriale, non un "plus" etico.
- **Spettacoli dal vivo (Azione 5):** La proposta di "riserva di posti" e "gratuità per accompagnatori" riflette un approccio segregante (la "zona disabili") piuttosto che inclusivo. L'inclusione reale, secondo l'Art. 30 UNCRPD, significherebbe progettare arene dove le PcD possano scegliere dove sedersi, come tutti gli altri cittadini, non essere confinate in un recinto.

Housing e domotica (Azione 6)

Si propone un tavolo per rivedere la L. 13/89 (proposta ormai pluridecennale) e promuovere la domotica.

- **Insostenibilità:** senza rifinanziare massicciamente il Fondo della L. 13/89 (spesso vuoto per anni), parlare di "smart building" e "intelligenza artificiale" è velleitario. Le tecnologie assistive costano e il mercato non le renderà accessibili senza sussidi statali strutturali, che il vincolo di invarianza finanziaria sembra escludere.

SECONDA LINEA DI INTERVENTO: SALUTE E BENESSERE

Questa sezione affronta il diritto alla salute (Art. 25 UNCRPD) ma sconta pesantemente il conflitto di attribuzione con le Regioni, titolari della gestione sanitaria.

Ancora sul D.Lgs. 222/2023: un'occasione persa per la sanità

Anche in ambito sanitario (Linea 2), il Piano non sfrutta il D. Lgs. 222/2023. Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono Pubbliche Amministrazioni tenute al rispetto degli obblighi di accessibilità e inclusione previsti dal decreto.

- **Criticità:** il Piano propone modelli DAMA e percorsi dedicati come "progetti", quando invece l'accessibilità fisica e sensoriale degli ospedali e la formazione del personale all'accoglienza dovrebbero essere già oggi **obiettivi di performance** dei Direttori Generali delle ASL ai sensi del D. Lgs. 222/2023. Il Piano depotenzia la norma esistente trattando come "buona pratica" ciò che è già un obbligo di legge legato alla valutazione dei vertici

Formazione medica: il limite dell'autonomia universitaria (Azione 3)

Il Piano propone l'inserimento di insegnamenti sulla disabilità nei corsi di laurea in medicina e specializzazione.

- **Disallineamento normativo:** il ministero della Salute può auspicare tale inserimento, ma la definizione dei curriculum spetta al MUR e agli Atenei nella loro autonomia. Senza una modifica dei decreti ministeriali che definiscono le classi di laurea, questa azione rimane un desiderio pio. Inoltre, il focus sembra ancora molto clinico ("competenze cliniche", "diagnosi"), rischiando di rafforzare il modello medico della disabilità piuttosto che quello bio-psico-sociale.

Modelli DAMA e rete ospedaliera (Azione 5)

L'azione mira a creare una rete di accoglienza ospedaliera sul modello DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) che conta alcune valide ed apprezzate esperienze nel nostro Paese.

- **Insostenibilità organizzativa:** i percorsi DAMA richiedono risorse umane dedicate, tempi di visita dilatati, spazi adeguati e flessibilità organizzativa. In un Servizio

Sanitario Nazionale (SSN) definanziato, con carenza cronica di medici, infermieri, operatori sanitari e liste d'attesa infinite, come si implementano questi percorsi a "invarianza finanziaria"? Il rischio è che le Regioni etichettino come "DAMA" servizi esistenti senza migliorarne la qualità reale.

Tecnologie assistive (Azione 6)

Si richiede l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario per includere tecnologie avanzate.

- **Il ritardo cronico:** i nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del 2017 sono diventati operativi solo nel 2024 e mantenendo ancora vaste sacche di inapplicazione che riguarda significativamente anche i dispositivi tecnologicamente avanzati e per la domotica. Proporre un ulteriore aggiornamento senza aver risolto i meccanismi farraginosi di approvazione e finanziamento dei LEA significa promettere tecnologie che arriveranno obsolete ai cittadini.

Diritti riproduttivi

Manca nel Piano e in queste Linea di intervento un focus sulla **salute sessuale e riproduttiva accessibile**. Non si citano misure per contrastare la pratica (ancora esistente) della **sterilizzazione forzata** o indotta delle donne con disabilità intellettiva, né si garantisce l'accessibilità fisica ai consultori e agli screening ginecologici (es. mammografi regolabili), che spesso sono barriere insormontabili.

Transizione alla vita adulta: il grande divario ignorato

Una delle lacune più gravi del Piano rispetto alla transizione alla vita adulta riguarda l'ambito sanitario. La letteratura scientifica, in particolare quella prodotta dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), descrive il passaggio dai servizi per l'età evolutiva (UONPIA) a quelli per l'età adulta (DSM/Servizi Psichiatrici) come il "grande divario".

Il sistema sanitario italiano è strutturato su una dicotomia rigida:

- **Servizi per l'età evolutiva (UONPIA):** operano (o dovrebbero operare) secondo un modello bio-psico-sociale, olistico, *family-centered*. Si occupano di sviluppo, riabilitazione, scuola e famiglia.

- **Servizi per l'età adulta (DSM - Dipartimenti di Salute Mentale):** operano prevalentemente secondo un modello biomedico, focalizzato sulla gestione dell'acuzie psichiatrica o della cronicità grave, spesso con un approccio *patient-centered* che esclude la famiglia.

Al compimento del 18° anno, il giovane paziente viene dimesso dalla UONPIA. Tuttavia, l'**accesso ai servizi per adulti non è automatico né garantito**. I criteri di eleggibilità dei DSM sono spesso più restrittivi (focalizzati su psicosi, disturbi dell'umore gravi) rispetto a quelli della UONPIA, creando una "zona grigia" clinica.

Il Terzo Piano di Azione, nella Linea di Intervento 2 (Salute e Benessere), propone genericamente la "Pianificazione di un modello di accoglienza medica dedicato alle PCD" (Azione 5). Tuttavia, questa azione non affronta specificamente la dinamica della transizione. Manca l'istituzionalizzazione di protocolli di Transition of Care (ToC) vincolanti, che prevedano:

- Un periodo di presa in carico congiunta tra 17 e 19 anni.
- Il passaggio graduale delle informazioni cliniche.
- La presentazione fisica del nuovo curante al paziente prima della dimissione dal servizio pediatrico.

La lacuna diventa sovente un baratro per i **giovani adulti con disturbi del neurosviluppo**, in particolare **Autismo** (ASD) e ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

Come evidenziato dai dati di ricerca, in Italia l'ADHD è spesso considerato un disturbo esclusivamente pediatrico. Molti farmaci specifici rimborsati per i minori non lo sono automaticamente per gli adulti o richiedono piani terapeutici che i servizi per adulti non sono abituati a gestire.

Per l'**autismo**, la situazione è analoga: mentre la UONPIA offre (pur con limiti) interventi psico-educativi e riabilitativi, i servizi psichiatrici per adulti sono spesso privi di competenze specifiche sull'autismo ad alto funzionamento o sulle comorbidità complesse, offrendo risposte farmacologiche aspecifiche o inserimenti in centri diurni per disabilità intellettiva generica, inadatti ai bisogni di giovani con neurodiversità.

Il Piano, nella **Linea 2.3**, ipotizza di "Migliorare le competenze cliniche dei professionisti", citando specificamente la disabilità intellettiva e l'autismo. Tuttavia, la formazione è una condizione necessaria ma non sufficiente. Senza la creazione di **Ambulatori per la Transizione** o di Servizi dedicati ai Disturbi del Neurosviluppo nell'Adulto (che superino la logica della psichiatria classica), la competenza del singolo operatore non risolve il vuoto strutturale.

Una figura chiave raccomandata a livello internazionale è il **Transition Manager** o **coordinatore della transizione sanitaria.** Il Piano introduce nella **Linea 5.14** il "Referente di attuazione" del Progetto di Vita. Sebbene questa figura possa semmai svolgere un ruolo di coordinamento, la sua natura rimane prevalentemente sociale/educativa. Per casi clinici complessi (es. disabilità multiple, malattie rare, disturbi psichiatrici severi), il coordinamento sociale non basta; serve una regia clinica che garantisca la continuità delle terapie e il monitoraggio degli indicatori di salute durante il delicato passaggio ormonale e psicologico dei 18-20 anni. L'assenza di questa figura specifica nella Linea di intervento sulla salute è una debolezza critica.

TERZA LINEA DI INTERVENTO: INCLUSIONE LAVORATIVA

Il lavoro (Art. 27 UNCRPD) è l'ambito dove il fallimento delle politiche precedenti è più evidente e dove le ripetizioni rispetto al Secondo Programma sono più marcate.

L'omissione del Prospetto Informativo Disabili (PID)

Il Piano propone il "potenziamento" della Legge 68/99 , ma ignora un dato allarmante emerso dalla XI Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge stessa: l'inadempienza diffusa della Pubblica Amministrazione nell'invio del Prospetto Informativo Disabili (PID).

- Il problema: Il PID è lo strumento fondamentale per censire le scoperture (i posti riservati non coperti). Molte PA non lo inviano, rendendo impossibile sapere quanti disabili dovrebbero assumere. Questo crea una zona d'ombra che impedisce qualsiasi politica attiva efficace.
- **La mancanza del Piano:** nessuna linea di azione prevede interventi correttivi o sanzionatori per colmare questa omissione. Vagheggiare la "Banca dati nazionale" (già prevista nel 2015) senza prevedere meccanismi coercitivi (es. blocco delle assunzioni ordinarie o sanzioni ai dirigenti) per chi non invia il PID significa costruire un sistema su dati parziali e inaffidabili. È paradossale pianificare l'inclusione lavorativa "al buio". Oltre che essere sterilmente pretenziosi quando si ipotizzano monitoraggi.
- Nessuna azione prevede sanzioni o meccanismi correttivi (es. blocco delle assunzioni ordinarie) per le PA che non inviano il PID. Pianificare l'inclusione lavorativa nel pubblico senza garantire la trasparenza dei dati di partenza è un esercizio velleitario che perpetua la "zona grigia" dell'inadempienza pubblica.

La stagnazione della legge 68/99 (Azione 1)

Il Piano propone il "Potenziamento e attualizzazione" del collocamento mirato.

- **Ripetizione:** questo obiettivo è una costante dei piani governativi da due decenni. La criticità non è nella norma, ma nell'assenza di controlli e sanzioni efficaci. Questo rafforza il luogo comune che "le aziende preferiscono pagare l'esonero parziale piuttosto che assumere"; in realtà nella maggioranza dei casi non si arriva

nemmeno alla sanzione. La legge 68/1999 ha acutamente inteso la sanzione come leva per l'attivazione di assunzioni, di convenzioni, di supporti all'azienda, ma se il sistema dei controlli e il procedimento previsto dalla legge 68/1999 non è garantito dagli uffici preposti, l'esito è un fallimento. Il Piano non menziona l'inasprimento delle sanzioni – e questo è condivisibile – ma non centra nemmeno la questione centrale che è quella dell'efficacia e della puntualità dei controlli previsti dalla legge 68/1999 e ciò che deriva che poi è l'unica vera leva per forzare le assunzioni.

- **Banca dati fantasma:** si cita la "Piena attivazione della Banca dati nazionale" (prevista dal 2015), senza peraltro individuare il perché le responsabilità per la sua mancata attivazione. La mancanza di interoperabilità, poi, tra i sistemi informatici regionali e nazionali è un problema tecnico-politico irrisolto da anni. Il Piano non spiega *come* supererà le resistenze regionali e delle amministrazioni alla condivisione dei dati in tempo reale (a partire dai PID), cioè in che modo si intende modificare la situazione attuale.

Accomodamento ragionevole e smart working (Azioni 6, 8)

L'azione cita l'art. 17 del D.Lgs 62/2024 che virtualmente eleva l'accomodamento ragionevole a diritto soggettivo.

- **Rischio contenzioso:** manca anche nel Piano come già nel D.Lgs 62/2024 una definizione chiara di "onere sproporzionato" per il datore di lavoro.

  Va tenuto conto poi che in taluni casi effettivamente l'accomodamento ragionevevole sconfina in un altro ambito che è quello degli adattamenti delle postazioni e dei luoghi di lavoro. In assenza di un fondo statale robusto che copra i costi degli adattamenti (oltre i limiti INAIL), le aziende potrebbero, in alcuni casi, resistere in giudizio.

- **Segregazione digitale:** promuovere il lavoro agile come accomodamento nasconde un'insidia: il rischio di confinare le PcD al lavoro remoto, riducendo le interazioni sociali e la visibilità in azienda, ostacolando le carriere. Il rischio serio è che prevalga un nuovo luogo comune: "disabilità = smart working".

  Manca una strategia per garantire che lo smart working sia una scelta consapevole e non una forma di segregazione o una scelta obbligata dall'assenza di altri servizi (es. trasporto accessibile).

Autoimprenditorialità (Azione 9)

Si propongono "misure certe di sostegno".

- **Genericità:** senza specificare strumenti finanziari (es. fondo di garanzia dedicato, microcredito agevolato a tasso zero), l'azione rimane una dichiarazione di principio. Le PcD, ad esempio, incontrano barriere enormi nell'accesso al credito bancario ordinario che il Piano non affronta.

Il gender gap ignorato

I dati ISTAT e l'indice sull'uguaglianza di genere (EIGE) mostrano che le donne con disabilità subiscono lo svantaggio maggiore: lavorano meno degli uomini con disabilità e molto meno delle donne senza disabilità.

- **Nessuna azione positiva:** nel Piano non c'è traccia di incentivi specifici (es. sgravi contributivi maggiorati) per l'assunzione di donne con disabilità. Trattare i "disabili" come una categoria unica nel collocamento mirato significa favorire implicitamente la componente maschile, che storicamente ha un accesso al mercato del lavoro più facilitato.
- **Caregiver e lavoro:** le donne con disabilità sono spesso anche caregiver (madri o figlie che assistono). Il Piano non prevede misure di conciliazione specifiche per questa doppia condizione, rischiando di espellerle dal mercato del lavoro.

QUARTA LINEA DI INTERVENTO: ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E FORMAZIONE

L'inclusione scolastica (Art. 24 UNCRPD), fiore all'occhiello teorico dell'Italia, soffre nella pratica di discontinuità e precariato.

Il "tentativo di conciliazione": una lesione dei diritti (Azione 2)

Una delle proposte più critiche è l'introduzione di un "Tentativo di conciliazione" obbligatorio e preliminare al contenzioso per le ore di sostegno.

- **Incongruenza costituzionale:** merita di riflettere se questa misura rischi di comprimere il diritto di difesa (art. 24 Cost.) a tutela di un diritto fondamentale incomprimibile (Sentenza Corte Cost. 275/2016). Obbligare le famiglie a una conciliazione extragiudiziale serve a deflazionare i contenziosi in tribunale e a risparmiare risorse pubbliche, ma pone la famiglia in una posizione di debolezza negoziale rispetto all'amministrazione, rischiando di legittimare accordi al ribasso sulle ore di sostegno pur di evitare i tempi della giustizia.

Continuità didattica e precariato (Azione 8)

Il Piano propone di vincolare i docenti di sostegno e limitare i passaggi di cattedra.

- **Inefficacia sindacale:** queste misure incidono sulla mobilità del personale, materia demandata alla contrattazione collettiva. Senza un accordo vincolante con i sindacati scuola, queste proposte rimarranno inapplicate. Inoltre, non si affronta il nodo strutturale: la maggior parte dei posti di sostegno sono in "deroga" (fatti di anno in anno) e coperti da precari. Senza trasformare l'organico di fatto in organico di diritto (che costa miliardi), la continuità didattica è molto ardua da garantire.

Università e BES (Azione 6)

Si estende l'attenzione agli studenti con Bisogni Educativi Speciali (BES) **non certificati.**

- **Ambiguità:** senza una definizione normativa rigorosa e certificazioni mediche, l'estensione delle tutele (tempo aggiuntivo, strumenti compensativi) rischia di creare disomogeneità applicative tra Atenei e contenziosi infiniti su chi ha diritto a cosa.

Transizione alla vita adulta: limiti del modello

L'analisi delle **Linee di Intervento 3 (Lavoro) e 4 (Istruzione)** evidenzia un approccio eccessivamente linearizzato e standardizzato, che mal si adatta alla complessità delle traiettorie di vita delle persone con disabilità e dunque ancore della transizione alla vita adulta.

Il PCTO: uno strumento scolastico per un problema esistenziale. La Linea 3.3 ("Sostegno alla transizione scuola/lavoro") punta molto sul potenziamento dei Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO) e sulla certificazione delle competenze. Tuttavia, il PCTO presenta limiti intrinseci come strumento di transizione globale:

- **Termine temporale:** il PCTO cessa con la fine della scuola. Non esiste un "PCTO post-diploma" per chi non è pronto per il lavoro ma non è più studente.
- **Selettività:** per gli studenti con disabilità complesse o intellettive severe, il PCTO si riduce spesso a esperienze "protette" o simulative all'interno della scuola stessa o in cooperative sociali, senza un vero contatto con il mercato del lavoro aperto.
- **Mancanza di continuità:** spesso le competenze acquisite nel PCTO non vengono "trasferite" ai servizi di collocamento mirato (L. 68/99) a causa della scarsa comunicazione tra scuola e Centri per l'Impiego, nonostante il Piano auspichi un miglior raccordo (Linea 3.1).

Il vuoto dei "NEET con Disabilità". Il Piano non affronta in modo adeguato il fenomeno dei NEET (Not in Education, Employment, or Training) con disabilità. Una volta terminata la scuola, se il Collocamento Mirato (Linea 3.1) non riesce a inserire la persona (e i dati ci dicono che i tassi di inoccupazione sono altissimi), non esiste una "terza via" strutturata nel Piano.

Al netto di esperienze locali, **mancano strutturati programmi nazionali** di "Socializzazione al lavoro" o "Laboratori di pre-requisiti lavorativi" permanenti, che accolgano i giovani adulti in uscita dalla scuola per mantenere attive le competenze e lavorare sulle *soft skills* (es. puntualità, relazione con i colleghi, gestione dell'ansia) in un contesto non scolastico ma neppure produttivo tout-court. Questo vuoto porta spesso a

una regressione delle abilità acquisite a scuola e a un ritorno in famiglia ("re-familizzazione").

La formazione permanente come chimera. La **Linea 4** si concentra quasi esclusivamente sul ciclo scolastico formale e sull'università. Tuttavia, per molti adulti con disabilità intellettiva, la "transizione" non è verso l'università ma verso un bisogno di **Lifelong Learning** adattato. Il Piano non prevede una strategia robusta per l'accesso delle persone con disabilità ai CPIA (Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti) o per la creazione di percorsi di educazione non formale accessibili, lasciando il giovane adulto senza stimoli cognitivi strutturati dopo i 19 anni.

QUINTA LINEA DI INTERVENTO: PROGETTO DI VITA

Questa sezione riprende il cuore della riforma (D. Lgs. 62/2024), ma è anche quella dove la vaghezza operativa è più pericolosa e di cui si ha anche maggiore difficoltà a comprenderne il senso vista la contestuale sperimentazione in atto e i non pochi problemi di reale applicazione.

Sovrapposizione e dubbia utilità rispetto al D.Lgs. 62/2024

La Linea 5 appare per lo più come una mera ripetizione o parafrasi di quanto già disposto e codificato dal D.Lgs. 62/2024, fra l'altro confermandone i problemi applicativi.

- **Duplicazione:** il decreto è legge dello Stato e la sua entrata a regime è prevista entro la fine del 2026. Prevedere nel Piano azioni che promettono "faremo il Progetto di Vita" è ridondante. Un Piano di Azione dovrebbe piuttosto precisare come supportare operativamente la transizione (es. formazione specifica, fondi per l'IT), non ribadire che la legge va applicata.
- **Rischio:** questa sovrapposizione crea confusione: sembra che l'attuazione del diritto soggettivo alla redazione del Progetto di Vita dipenda dal Piano (che è un atto amministrativo/politico), mentre invece deriva direttamente dalla legge (atto avente forza maggiore).

L'illusione della "portabilità" del Progetto di Vita

Il Piano (e in parte implicitamente lo stesso D.Lgs. 62/2024 all'art. 27) cita la "portabilità" del Progetto di Vita.

- **Analisi critica (la "trappola territoriale"):** di fatto, la norma prevede che in caso di trasferimento sia necessaria una nuova valutazione basata sul nuovo contesto territoriale. Questo vanifica il concetto stesso di portabilità intesa come diritto soggettivo uniforme.
- **La realtà:** chi si trasferisce da una Regione virtuosa a una con scarsi servizi non "porta con sé" il suo budget o i suoi diritti acquisiti; deve invece "adattarsi" ai sostegni che la nuova Regione prevede. Il Piano non offre correttivi a questo meccanismo (es. un fondo di perequazione nazionale), lasciando che la

cittadinanza della persona con disabilità resti vincolata al CAP di residenza, in contrasto con l'universalità dei diritti umani.

Il vuoto operativo e il rischio "sperimentazione eterna"

Quasi tutte le 16 azioni di questa linea iniziano con la "Predisposizione di Linee di indirizzo nazionali" o "Orientamenti".

- **Analisi:** questo conferma che, nonostante la Legge Delega sia del 2021, la macchina amministrativa non è pronta. Il Piano si affida, come d'altra parte lo stesso D. Lgs. 62/2024 a una sperimentazione limitata a poche province. Questo creerà un'Italia a due velocità per anni: cittadini che potranno contare sulla redazione del Progetto di Vita e cittadini confinati nel vecchio regime assistenziale. La transizione non è gestita con tempi certi e perentori e il Piano sembra accettare questa condizione, giustificandola con la "sperimentazione"-

Il Budget di progetto: un contenitore vuoto? (Azione 5)

Il Budget dovrebbe aggregare risorse sanitarie, sociali e personali.

- **Conflitto Istituzionale:** ASL (Sanità) e Comuni (Sociale) hanno bilanci separati, regole di ingaggio diverse e sistemi contabili non comunicanti. Mettere insieme queste risorse ("budget di salute") richiede un'ingegneria amministrativa che il Piano non definisce, delegandola a futuri accordi.
- **Invarianza finanziaria:** se la somma delle risorse è zero (invarianza), il Budget di Progetto diventa un mero esercizio contabile di riallocazione della povertà, non uno strumento di espansione dell'autonomia. Anche su questo il Piano si plasma sui limiti dello stesso D. Lgs. 62/2024.

Il referente di attuazione (Azione 14)

La figura del "case manager" è cruciale nel disegno del nuovo Progetto di vita.

- **Chi è costui?** Il Piano non definisce se sia un nuovo profilo professionale o una funzione aggiuntiva per operatori esistenti. Se, come probabile data l'invarianza finanziaria, sarà un compito in più per assistenti sociali già oberati (con rapporti utente/operatore di 1:5000 in alcune aree), la figura sarà puramente formale, incapace di garantire quella regia attiva promessa dalla norma. D'altra parte lo

stesso D. Lgs. 62/2024 rimanda alle regioni il compito di definirne funzioni, compiti inquadramento. Ancora una volta prevale la perplessità: conta il Piano o conta quanto già disposta da una norma di rango certamente superiore?

Abitare e deistituzionalizzazione (Azione 12)

Il Piano parla di "soluzioni abitative" e "Dopo di Noi".

- **Disallineamento ONU:** manca un impegno esplicito alla deistituzionalizzazione, ovvero al progressivo smantellamento delle grandi strutture residenziali segregranti in favore dell'assistenza domiciliare e personale autogestita (Art. 19 UNCRPD). Continuare a finanziare "case famiglia" o "comunità" (anche piccole) senza potenziare l'assistenza personale diretta (che permette di vivere a casa propria) è una violazione dello spirito della Convenzione.

Violazione del Commento Generale n. 5 e mancato contrasto alla segregazione

L'analisi della Linea di Intervento 5 (in particolare l'Azione 12 "Sostegno all'abitare") rivela il disallineamento più grave del Piano rispetto al diritto internazionale.

Il Commento Generale n. 5 (2017) ONU chiarisce in modo inequivocabile che:

- Paragrafo 49: *"Nessuna nuova struttura istituzionalizzan*te deve essere costruita... né possono essere ristrutturati i vecchi istituti".
- Paragrafo 51: *"Gli Stati membri devono garantire che i fondi pubblici o privati non siano spesi per mantenere, ristrutturare, costruire istituti".*
- Definizione di Istituzionalizzazione (Para 16c): *Anche le "case famiglia" piccole (5-8 persone) sono istituti se mancano la scelta e il controllo da parte dell'individuo.*

Nel Piano di d'Azione non compare alcun riferimento esplicito o implicito a queste indicazioni di rango internazionale.

- **Assenza di divieti:** in tutto il Piano non compare mai il divieto esplicito di costruire nuove strutture segreganti o di usare fondi pubblici per ristrutturarle. Si parla genericamente di "soluzioni all'abitare" (Azione 12), lasciando aperta la porta al finanziamento di nuove RSA, RSD o "Villaggi" che il Commento n. 5 definisce violazioni dei diritti umani.

- **Mancato contrasto alla segregazione:** non sono previste azioni per identificare e chiudere le strutture esistenti che operano in regime di segregazione. **Manca una strategia di "deistituzionalizzazione attiva"** con scadenze temporali (come richiesto dal Paragrafo 57 del Commento ONU).
- **Il rischio "dopo di noi":** l'Azione 12 cita la L. 112/2016 ("Dopo di Noi"). Tuttavia, senza i correttivi del Commento n. 5, questa legge viene talora usata per creare piccole comunità dove le persone sono "collocate" insieme senza averlo scelto. Il Piano non introduce o sottoliena il vincolo della scelta libera del coinquilino, legittimando di fatto la coabitazione forzata come modello di welfare.
- **Ambiguità sull'abitare:** il Piano non distingue nettamente tra "vita indipendente" (scelta, controllo, assistenza personale autogestita) e "residenzialità" ("vivere dove ti mettono i servizi"). Questa ambiguità permette alle Regioni di continuare a finanziare posti letto in istituto chiamandoli "progetti di vita".

Violenza contro le donne con disabilità (Azione 15)

L'Azione 15 dimostra una significativa inefficacia rispetto alla Direttiva UE 2024/1385. Il Piano si limita a prevedere "Linee guida" e il potenziamento dei esistenti e rivolti alla generalità delle donne vittime delle differenti forme di violenza, fra cui il numero 1522. E poi ancora tavoli. Questo approccio è debole se confrontato con gli obblighi della Direttiva (UE) 2024/1385 (da recepire entro il 2027) e la Convenzione di Istanbul.

- **Mancata garanzia di accessibilità**: la Direttiva impone che i servizi di supporto specializzati e i rifugi (Case Rifugio) siano accessibili alle donne con disabilità. Il Piano non stanzia fondi per l'adeguamento strutturale delle Case Rifugio né per garantire l'assistenza personale al loro interno. Senza questi fondi, una donna con disabilità motoria o sensoriale non può fisicamente essere accolta in una struttura protetta, rendendo il diritto alla protezione inesigibile.
- **Assenza di misure specifiche sulla violenza "istituzionale":** il Piano sembra ignorare la violenza che avviene all'interno delle strutture residenziali (istituti, RSA, RSD), dove le donne con disabilità sono esposte a rischi elevatissimi di abusi (fisici, psicologici, sterilizzazioni forzate) da parte di operatori o altri ospiti. Limitarsi alla violenza domestica/intrafamiliare è una visione parziale.

L‘assenza del “pronto intervento assistenziale“ (emergenza)

Il Piano non prevede alcuna azione per istituire servizi di “Pronto Intervento“ domiciliare o residenziale temporaneo.

- **Il rischio:** se il caregiver principale (spesso unico) ha un malore, un incidente o un ricovero d‘urgenza, attualmente non esiste un numero pubblico da chiamare per attivare una sostituzione immediata al domicilio della persona con disabilità.
- **La conseguenza**: in assenza di questo servizio nel Piano, l‘unica risposta del sistema rimane il ricovero improprio della persona con disabilità (magari in reparti non idonei) o l‘istituzionalizzazione d‘urgenza in RSA/RSD, spesso irreversibile. Il Piano fallisce nel prevenire questa deriva.

Il “sollievo“ (respite care) non è un diritto esigibile

Mentre la **European Care Strategy** raccomanda il sollievo come pilastro, nel Piano manca la definizione o almeno la previsione di un Livello Essenziale (LEPS) per il sollievo.

- **Mancata strutturazione:** non ci sono azioni che finanzino la creazione di “posti di sollievo“ (weekend, periodi brevi) o di servizi domiciliari di tregua. Tutto è rimandato alla genericità del “Budget di Progetto“ (Linea 5).
- **Il paradosso del budget:** avere un budget (soldi) per pagare un sostituto è inutile se sul territorio non esistono agenzie o operatori formati disponibili per sostituzioni brevi o d‘urgenza o di sollievo. Il Piano non prevede azioni per formare e organizzare questo “albo di sostituti“ né invoca la strutturazione di servizi stabili ed affidabili.

La transizione sociale e abitativa: dal “dopo di noi“ al “durante noi“

La **transizione all‘età adulta** è, per definizione, il processo di separazione – più o meno ampio - dalla famiglia di origine. Il Piano affronta questo tema nella **Linea 5.12** (“Sostegno all‘abitare“), citando la Legge 112/2016 (“Dopo di Noi“). Tuttavia, l‘approccio tradisce **una visione emergenziale**.

L'assenza di "palestre di vita". Il concetto di "Dopo di Noi" evoca la scomparsa dei genitori come trigger per l'attivazione dei servizi. Ma la transizione sana avviene durante la vita dei genitori ("Durante Noi").

Una **grave debolezza del Piano** è la mancanza di un programma nazionale per la diffusione dei Training Apartments (Appartamenti palestra) o Scuole o Palestre di autonomia. Si tratta di spazi dove i giovani (18-25 anni) possono vivere per periodi limitati (weekend, settimane) senza i genitori, con il supporto di educatori, per imparare a gestire la casa, fare la spesa, gestire i conflitti con i coinquilini.

Queste esperienze non sono "soluzioni abitative" (come quelle previste dalla Linea 5.12), ma "esperienze formative". Il Piano non le codifica come servizi essenziali di transizione, lasciandole alla buona volontà del Terzo Settore o a progetti sperimentali sporadici finanziati dai fondi regionali, senza garanzia di continuità.

Competenze per la vita indipendente. L'autonomia abitativa richiede competenze che vanno apprese. Il Piano non prevede curricula specifici per l'insegnamento delle *Independent Living Skills* (gestione del denaro, uso dei mezzi pubblici, salute sessuale, gestione dei farmaci) fuori dal contesto scolastico. Senza questo training specifico, il "Progetto di Vita" che prevede l'uscita di casa rischia di fallire per l'impreparazione del giovane alla gestione pratica della quotidianità.

Il progetto di vita. il Piano affida gran parte della risoluzione dei problemi di frammentazione alla **Linea di Intervento 5: Progetto di Vita**. Questo strumento, introdotto dal D.Lgs 62/2024, è teoricamente ambizioso, ma presenta rischi implementativi specifici per la fase di transizione.

Il referente di attuazione: un regista senza copione? La figura del referente di attuazione (Linea 5.14) è presentata come colui che garantisce la realizzazione del progetto. Nella fase di transizione, questo ruolo è critico. Tuttavia, **il Piano non specifica** che il Referente debba avere **competenze peculiari sull'adolescenza e sulla transizione.**

Se il Referente è un assistente sociale generico, oberato di casi, rischia di gestire la transizione come un **mero adempimento burocratico** (cambio di residenza, rinnovo documenti) piuttosto che come un processo pedagogico ed esistenziale. Manca la previsione di una formazione obbligatoria per i Referenti sulle dinamiche specifiche del

passaggio all'età adulta (es. gestione del conflitto con la famiglia, supporto al rischio, sessualità).

Accesso dei minori e programmazione anticipata. La Linea 5.6 ("Accesso al Progetto di Vita da parte di PCD minori di età") è apparentemente la chiave di volta. Permettere l'avvio del Progetto di Vita prima dei 18 anni consente di anticipare la pianificazione.

Tuttavia, l'azione è descritta in termini generali di "accesso". Per essere efficace come strumento di transizione, il Piano avrebbe dovuto rendere obbligatorio l'inserimento di un "Modulo di Transizione" nel Progetto di Vita a partire dai 14 anni (come avviene negli USA con gli Individualized Education Programs - IEP). Senza questo obbligo formale, la tendenza inerziale dei servizi sarà quella di posticipare la pianificazione complessa al compimento della maggiore età, quando l'emergenza è già in atto.

Il budget di progetto e la rigidità della spesa. La **Linea 5.5** (Budget di Progetto) promette flessibilità. Tuttavia, nella transizione i bisogni sono fluidi e immateriali (es. bisogno di un educatore che accompagni il ragazzo al pub con gli amici, o di un corso di guida). Se i regolamenti attuativi (non dettagliati nel Piano) vincoleranno il budget a prestazioni sanitarie o assistenziali rigide, il budget non potrà finanziare quelle esperienze di "prova ed errore" che sono fondamentali per crescere.

La capacità giuridica e la protezione. Diventare adulti significa acquisire la capacità di agire. Per molti giovani con disabilità intellettiva, questo è un momento critico. Le famiglie sono spesso spinte verso l'Interdizione (che toglie diritti) per "proteggere" il figlio.

Il Piano cita il sostegno all'autodeterminazione (Linea 5.3) 1 ma non prevede un programma massiccio di formazione giuridica per le famiglie sull'Amministrazione di Sostegno come strumento sartoriale. Il rischio è che, per paura, le famiglie blindino giuridicamente il giovane adulto appena maggiorenne, impedendogli di gestire il proprio Budget di Progetto o di esercitare il diritto di voto (Linea 5.8), vanificando gli obiettivi di vita indipendente del Piano stesso.

La dimensione psico-sociale: identità, affettività e rischio

L'età adulta è una questione di identità. Il Piano mostra una certa sensibilità verso temi "nuovi" come l'affettività, ma l'approccio appare frammentato.

Affettività e sessualità: un diritto adulto. Le Linee 5.7 (Genitorialità) e 5.10 (Affettività) rappresentano un passo avanti culturale. Tuttavia, mancano i servizi. Dove può andare un giovane adulto con disabilità per ricevere educazione sessuale, consulenza contraccettiva accessibile, o supporto alla vita di coppia? I consultori familiari standard sono spesso impreparati.

Il Piano avrebbe dovuto prevedere il potenziamento dei consultori con competenze specifiche sulla disabilità, per accompagnare la transizione sessuale e affettiva che è parte integrante del diventare adulti.

Il diritto al rischio. Diventare adulti significa anche avere il diritto di sbagliare. Il Piano è molto orientato alla "protezione" (Linea 6 Sicurezza Inclusiva, Linea 5.15 Violenza). Manca una riflessione pedagogica sul Diritto al Rischio.

La transizione richiede che i genitori (e i servizi) facciano un passo indietro. Il Piano non prevede azioni di supporto psicologico alle famiglie per elaborare il "lutto" del figlio bambino e **accettare i rischi connessi all'autonomia** del figlio adulto. Senza questo lavoro culturale, i genitori rimarranno i principali ostacoli alla transizione, agendo come guardiani involontari dell'autonomia.

SESTA LINEA DI INTERVENTO: SICUREZZA INCLUSIVA

La Linea 6 dedicata alla "Sicurezza inclusiva e Cooperazione internazionale", si propone di affrontare il tema della protezione delle persone con disabilità nelle emergenze. Tuttavia, l'analisi del testo rivela un approccio che privilegia la "concertazione" rispetto all'"applicazione".

Il "Tavolo permanente"

Il cuore della strategia proposta dal Piano è l'istituzione di un "Tavolo permanente integrato sulla sicurezza inclusiva". Le azioni previste per questo Tavolo sono:

- Coordinamento tra Dipartimento Protezione Civile (DPC), Ministeri, Regioni, ANCI e Associazioni.
- Elaborazione di nuove "Linee Guida settoriali".
- Definizione di modelli formativi.
- Promozione dell'adozione dei piani (citando qui le Indicazioni del 2025).

L'istituzione di un "Tavolo" come risposta primaria a un problema di sicurezza urgente (la salvaguardia della vita) presenta profili di inefficacia strutturale.

- **Duplicazione di funzioni:** il sistema di Protezione Civile possiede già organi di coordinamento tecnico-politico (il Comitato Operativo, la Commissione Grandi Rischi, la Conferenza Unificata). Creare un ulteriore organismo ad hoc all'interno del quadro del PdA rischia di generare una "sovrastruttura di discussione" che rallenta i processi decisionali. Le emergenze non si gestiscono con i tavoli di confronto permanente, ma con protocolli operativi testati e validati.
- **Conflitto di attribuzioni:** l'Azione 2 prevede che il Tavolo elabori "Linee Guida settoriali". Tuttavia, il Dipartimento della Protezione Civile ha già emanato le Indicazioni Operative, che costituiscono lo standard tecnico nazionale. Affidare a un Tavolo (composto anche da soggetti non tecnici) il compito di scrivere nuove linee guida rischia di creare confusione normativa: quale documento dovrà seguire il Sindaco? Il Decreto del Capo Dipartimento (atto amministrativo) o le Linee Guida del Tavolo (atto di indirizzo politico)?

L'assenza del senso di urgenza

L'omissione della specifica **Direttiva del 30 aprile 2021** contribuisce a depotenziare il senso di urgenza. Se il Piano avesse esplicitato che l'adeguamento dei piani è un obbligo vigente dal 2021, la 6ª Linea di Intervento avrebbe dovuto focalizzarsi sul monitoraggio dell'inadempimento e sulle azioni sostitutive (poteri di ordinanza). Invece, l'approccio scelto è "promozionale": si parla di "favorire", "promuovere", "sperimentare". Questo linguaggio trasforma un imperativo di sicurezza ("devi avere un piano per salvare i disabili") in una best practice ("sarebbe bene se avessi un piano"). Questo causa impatto negativo di natura giuridica, efficacia operativa, efficacia temporale ed efficacia informativa.

Efficacia giuridica: indebolimento della cogenza normativa

L'efficacia di una politica pubblica dipende dalla forza del vincolo che essa impone ai destinatari.

La Direttiva 2021 come vincolo. La Direttiva del 30 aprile 2021 imponeva un obbligo di risultato: i piani devono essere adeguati. Ignorare questo atto nel Terzo PdA indebolisce la catena del dovere.

- **Il Piano come "soft law":** il Piano di Azione, pur essendo approvato con DPR, ha spesso natura programmatica. Se il PdA non si ancora agli atti cogenti preesistenti (Direttiva 2021), rischia di essere percepito dagli enti locali come un documento di intenti.
- **Conseguenza pratica:** un Segretario Comunale o un Responsabile di Protezione Civile locale, leggendo il Terzo PdA, potrebbe concludere che l'adeguamento inclusivo dei piani è un obiettivo futuro da raggiungere tramite il "Tavolo", e non un adempimento immediato richiesto dalla Direttiva 2021. Questo legittima implicitamente i ritardi e l'inerzia amministrativa.

Efficacia operativa: il cortocircuito nella pianificazione territoriale. La protezione civile si fa sul territorio. L'efficacia si misura nella capacità del Sindaco (autorità locale) di sapere chi soccorrere e come.

- **Disallineamento dei tempi:** la Direttiva 2021 aveva stabilito un cronoprogramma per la revisione dei piani. Omettendo questo riferimento, il Terzo PdA "azzera" il contatore temporale. Si riparte dal 2025, come se i quattro anni precedenti non fossero trascorsi. Questo premia le amministrazioni inadempienti e penalizza quelle virtuose che si erano già adeguate.
- **Mancata integrazione con i PEBA:** il Terzo PdA tratta l'accessibilità (PEBA) nella Linea 1 e la sicurezza nella Linea 6. L'omissione della Direttiva 2021 (che richiedeva un approccio sistemico) aggrava la separazione tra questi due ambiti. Un piano di evacuazione (Sicurezza) è inutile se il percorso di fuga non è accessibile (PEBA). La Direttiva 2021 forniva il gancio normativo per integrare i due strumenti; ignorandola, il Piano perpetua la logica dei "silos" separati.

Efficacia temporale: il rischio della "paralisi da tavolo". Nelle emergenze, il tempo è la risorsa più scarsa.

- **Il tavolo come collo di bottiglia:** l'istituzione di un Tavolo richiede tempi burocratici (decreti di nomina, insediamento, definizione del regolamento). Se l'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata ai lavori del Tavolo, si introduce una latenza inaccettabile. Le Indicazioni Operative del 2025 sono già pronte e pubblicate. Non serve un Tavolo per "elaborare linee guida" (come previsto dall'Azione 2), serve una task force per applicare quelle esistenti.
- **Impatto sulla sicurezza reale:** ogni mese speso in riunioni del Tavolo per "definire modelli" è un mese in cui i piani comunali restano privi delle procedure per soccorrere le persone sorde, cieche o con disabilità motoria. In caso di evento calamitoso durante questo periodo di "concertazione", la responsabilità delle morti evitabili ricadrebbe sulla mancata applicazione immediata delle norme vigenti.

Efficacia informativa: il nodo irrisolto della privacy e dei dati. Uno dei problemi più complessi nella sicurezza inclusiva è lo scambio di dati tra Sanità (che sa chi è disabile e dove vive) e Protezione Civile/Comuni (che devono soccorrere).

- **Lacuna del PdA:** la Direttiva 2021 e le Indicazioni 2025 affrontano il tema, fornendo basi giuridiche per lo scambio dati per finalità di pubblico interesse vitale. Il Terzo PdA, focalizzandosi sul "Tavolo", non sembra fornire strumenti

operativi per superare le resistenze dei Responsabili della Protezione Dati (DPO) delle ASL.

- **Conseguenza:** senza un intervento normativo deciso (che vada oltre il "Tavolo"), i Sindaci continueranno a non avere gli elenchi aggiornati delle persone fragili. Il Tavolo potrà produrre documenti di principio sulla "importanza dei dati", ma non sbloccherà i flussi informativi reali, rendendo vana la pianificazione.

La settima linea di intervento: monitoraggio

Il Piano ammette la "frammentazione delle fonti" e le "significative lacune" dei dati.

- **Paradosso:** si pianificano politiche pubbliche complesse ammettendo di non avere i dati per farlo. L'istituzione del "Sistema Informativo Unitario" è urgente, ma arriva con un ritardo colpevole rispetto alla programmazione del PNRR, i cui fondi sono già stati in gran parte allocati su basi statistiche fragili se non esistenti.

Per il resto si vedano le considerazioni espresse nel paragrafo "**La debolezza del sistema degli indicatori"** nel capitolo **"Analisi delle criticità strutturali e sistemiche".**

CONCLUSIONI

L'analisi condotta porta a una valutazione sostanzialmente negativa del Piano di Azione. Sebbene il documento recepisca formalmente il nuovo lessico della disabilità (ICF, Progetto di Vita, diritti umani), l'architettura attuativa appare fragile e contraddittoria.

Gli aspetti negativi predominanti sono:

- **Natura meta-programmatica e dilatoria:** il Piano non è un piano d'azione, ma un programma di lavoro per la burocrazia romana. La maggior parte delle azioni consiste nello scrivere altri documenti (linee guida, decreti, regolamenti), spostando l'impatto reale sulla vita delle persone in un futuro indefinito.
- **Il soccorso del costo zero:** la clausola di invarianza finanziaria è la pietra tombale sulla credibilità del Piano. Non si possono garantire nuovi diritti, nuove figure professionali (Referente), nuove infrastrutture (PEBA) e nuove tecnologie (DAMA) senza investimenti aggiuntivi. Questa scelta politica scarica sulle famiglie e sul terzo settore il costo reale dell'inclusione.
- **Disallineamento con Direttive UE e Convenzione ONU:** L'articolo 4 della Convenzione **(Obblighi generali)** impone di adottare tutte le misure legislative appropriate. Il continuo ricorso a "Linee guida" (soft law) invece di Leggi o Regolamenti vincolanti (hard law) è una forma di adempimento debole. Rispetto alla **Strategia UE 2021-2030:** manca l'allineamento sui target occupazionali e sulla accessibilità digitale dei servizi privati (European Accessibility Act), che nel Piano è trattata marginalmente rispetto all'accessibilità fisica.
- **Il federalismo dell'abbandono:** il Piano non ha la forza di imporre standard uniformi alle Regioni. L'assenza di LEPS definiti e finanziati significa che i diritti previsti nel Piano saranno esigibili solo nelle Regioni con bilanci sani e volontà politica, violando il principio di uguaglianza.
- **La mancanza di coraggio sanzionatorio:** di fronte all'inadempienza cronica (su PEBA, L. 68/99 e PID, CUDE), il Piano sceglie ancora la via della "sensibilizzazione"

e dei “tavoli“, rifiutando di adottare meccanismi sanzionatori, commissariali o di blocco fondi che sarebbero gli unici in grado di spezzare l‘inerzia amministrativa.

- **Il rischio di regressione dei diritti:** la proposta del “tentativo di conciliazione“ nella scuola rappresenta un pericoloso precedente di limitazione dell‘accesso alla giustizia per la tutela di diritti fondamentali, subordinando il diritto allo studio alle esigenze di bilancio e deflazione del contenzioso.
- **Opacità sui dati:** sull‘inclusione lavorativa, il Piano non affronta il “buco nero“ dei dati della PA (mancato invio PID), rendendo velleitaria qualsiasi pianificazione di collocamento mirato nel settore pubblico; il Piano non adotta un serio sistema di indicatori in particolare volti a misurare l’impatto reale di politiche e servizi sui cittadini.
- **Sulla segregazione:** è un Piano che **non disturba lo status quo**. Ignorando il Commento Generale n. 5, evita di sfidare il consolidato sistema degli enti gestori di strutture residenziali. Non vietando il finanziamento di nuovi istituti, condanna l’Italia a rimanere un paese basato sull‘istituzionalizzazione, tradendo lo spirito della Convenzione ONU.
- **Temi sensibili**: trasversalmente il Piano si dimostra molto debole e lacunoso su alcuni temi particolarmente sensibili quali quelli della discriminazione intersezionale, della transizione alla vita adulta, dei caregiver familiari.

In definitiva, il Piano di Azione rischia di essere un‘occasione mancata: un documento appaarentemente elegante che, tuttavia, senza “gambe“ finanziarie e senza “denti“ sanzionatori, non riuscirà a trasformare la realtà quotidiana delle 3,1 milioni di persone con disabilità in Italia, lasciando la riforma del 2024 confinata nel limbo delle buone intenzioni legislative.

Documento a cura di Carlo Giacobini

dicembre 2025