



## **Disagio psichico e buone prassi d'inserimento socio-lavorativo. L'esperienza della Regione Campania**



a cura di Giovanni Bartoli

Il volume è stato finanziato dal Fondo sociale europeo nell'ambito del Programma Operativo Nazionale a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali "Governance e Azioni di sistema" (ob. Convergenza), Asse Occupabilità, Ob. specifico 2.1, in attuazione dei Piani di Attività 2012-2013 di competenza della Direzione generale per le Politiche dei Servizi per il Lavoro, Progetto 6 "Consolidamento e ampliamento del Programma Pro.P nelle regioni obiettivo Convergenza"

Il volume è a cura di: Giovanni Bartoli

Sono autori del volume: per Isfol Giovanni Bartoli introduzione cap. I paragrafi 1.1, 1.2, capitolo II, paragrafi 2.1,2.2.,2.3,2.4,2.5,2.6; capitolo III paragrafo 2.1,2.2,2.3 capitolo V paragrafo 5.3, conclusioni: Rita Pedullà capitolo III, paragrafi 3.4,3.5,3.6; capitolo IV paragrafi 4.4, 4.5; Giuliana Franciosa capitolo V paragrafo 5.1, 5.2, 5.4; Antonietta Maiorano capitolo VI, paragrafi 6.1;6.2,6.3. Per Regione Campania: Riccardo Malafronte, capitolo I, paragrafi 1.3,1.4,1.5; capitolo IV paragrafi 4.1,4.2, 4.3, Veronica Vecchione capitolo V paragrafo 5.6.

Testo chiuso: novembre 2013

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	pag.4
---------------------------	-------

### **Capitolo I. Accordi protocollari e analisi del contesto.**

1.1. La collaborazione partenariale tra Regione Campania e l'ISFOL.....	pag.6
1.2 Lo scenario delle politiche della salute in Campania.....	pag.6
1.3 Il sistema della salute mentale: dal progetto obiettivo regionale al piano sanitario nazionale .....	pag.7
1.4 Organizzazione e funzioni dei dipartimenti di salute mentale.....	pag.8
1.5 Obiettivi a breve e lungo termine. ....	pag.8

### **Capitolo II. Quadro normativo regionale e fonti di finanziamento.**

2.1 L'approccio culturale all'inserimento lavorativo.....	pag.10
2.2 Considerazioni introduttive sulle politiche sociali in particolare sul disagio psichico.....	pag.12
2.3 Salute mentale e lavoro: garanzie costituzionali.....	pag.14
2.4 Norme per il diritto al lavoro dei disabili e delle persone affette da disturbo psichico.....	pag.15
2.5 Le clausole sociali.....	pag.19
2.6 Il finanziamento delle politiche sociali.....	pag. 20

### **Capitolo III Individuazione dei comparti d'intervento per l'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico.**

3.1 La crisi economica e le ripercussioni sul mercato campano.....	pag.21
3.2 L'agricoltura sociale settore trainante dell'economia regionale.....	pag.22
3.3 Formazione e inserimento attraverso l'agricoltura sociale.....	pag.24
3.4 Mappatura delle fattorie sociali in Italia.....	pag.27
3.5 Profili qualitativi e personali dell'agricoltura sociale.....	pag.28
3.6 Un'azione di sistema: le fattorie sociali.....	pag.29

### **Capitolo IV Strumenti di inserimento lavorativo rivolti ai cittadini con fragilità.**

4.1 I progetti terapeutico- riabilitativi individuali.....	pag.31
4.2 Elementi del Progetto terapeutico riabilitativo individuale.....	pag.31
4.3 Gli obiettivi e i destinatari del budget di salute.....	pag.33

4.4 Ruolo del pubblico e del privato nella gestione del Piano terapeutico individuale.....	pag.34
4.5 le tre aree/diritti.....	pag.35

**Capitolo V**

**Rete territoriale a supporto dei percorsi di inserimento: attori, ruoli, funzioni.**

5.1 Il sistema integrato di interventi sociali e sociosanitari: Asl e strutture collegate.....	pag.38
5.2 Enti locali.....	pag.39
5.3 I centri per l'impiego e il collocamento mirato.....	pag.40
5.5 La cooperazione sociale.....	pag.47
5.6 Parti sociali, associazioni datoriali ed enti di formazione.....	pag.49

**Capitolo VI Percorsi e tipi di inserimento: funzionamento, modalità e procedure**

6.1La centralità del lavoro.....	pag.52
6.2 Il percorso di inserimento.....	pag.53
6.3 Le fasi del percorso.....	pag. 54

Conclusioni: riflessioni, osservazioni e criticità emerse .....	pag.57
Bibliografia .....	pag. 58

## **Introduzione**

Il paper ha l'obiettivo di fotografare, alla luce della legislazione vigente, l'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico, in Regione Campania. La ricerca inserita all'interno del Progetto Pro.P ./ Isfol, che ha come obiettivo, la verifica ed il funzionamento delle norme dettate in materia di inserimento di persone con disturbo psichico nel mondo del lavoro, attraverso il coinvolgimento delle istituzioni, decisori politici assessorati competenti. La metodologia utilizzata nella ricerca è quella della “ *progettazione partecipata*” per garantire il coinvolgimento nello studio e realizzazione dell'argomento di una vasta gamma di attori, che operano nell'area inclusione sociale, lavoro e formazione, settori strategici per contrastare fenomeni di emarginazione nell'ambito della salute mentale. La Regione Campania ha aderito al “Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico”, finanziato dalla Direzione Generale per le Politiche dei Servizi per il Lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, e attuato dall' Isfol. L'impulso immediato della Regione è stato quello di coinvolgere in prima istanza gli Assessorati di Politiche sociali, Formazione, Sanità, Agricoltura, interlocutori necessari per l'intervento delle attività di ricerca sul territorio. Emerge come buona prassi, replicabile sul territorio nazionale, la creazione di fattorie ed orti sociali, in realtà territoriali a forte tradizione agricola, che, costituiscono o possono costituire, strumento di inserimento o reinserimento nel mercato del lavoro, contribuendo positivamente al sostegno delle politiche attive. Ciò è in linea con le strategie di base del Piano sanitario regionale 2011/2013 e del Progetto Obiettivo Salute mentale, per quanto riguarda l'inserimento e/o il reinserimento nel mercato del lavoro. Ma, Piano e Progetto sono stati anche dettati, per superare ed omogenizzare la frammentazione degli interventi, sul tema e costituire un punto di riferimento organico. Giova rammentare che la complessità dei bisogni delle persone svantaggiate richiede un'azione coordinata di molteplici attori pubblici, e la realizzazione di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari che offrano risposte appropriate, mirate al recupero dell'autonomia sociale e lavorativa. Necessario quindi, sviluppare e realizzare politiche sociali adeguate e rispondenti alle esigenze ed emergenze del territorio, nonché costruire e/o ricostruire una rete di servizi sociali, per promuovere i diritti di cittadinanza attiva, delle persone con disabilità.

## **1.1 La collaborazione partenariale tra Regione Campania e l'ISFOL**

La Regione Campania ha aderito al *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbi psichici – Pro.P.* con nota n. 2451/C del 14/09/2010 a firma del Sub Commissario ad acta.

La regia della collaborazione regionale è stata affidata al Settore Interventi a Favore di Fasce Socio-Sanitarie Particolarmente Deboli, dell'Assessorato alla Sanità che, opera da sempre, nel campo degli interventi sensibili, che investono target di cittadini in condizioni problematiche e multiproblematiche di natura sanitaria e socio-sanitaria.

Per perseguire le attività di ricerca, incentrate sullo sviluppo di reti istituzionali nell'ambito dei servizi sociali, le politiche attive e passive del lavoro, la formazione del personale preposto alla presa in carico di persone con disturbo psichico, alla riduzione delle spese improprie; alla valorizzazione delle buone prassi esistenti in materia e loro estensione all'intero territorio regionale e nazionale, all'emanazione di linee di indirizzo in materia, è stato necessario individuare referenti ad hoc per il progetto di ricerca.

Infatti a tale proposito tenendo conto delle dimensioni istituzionali, scientifiche, territoriali e amministrative coinvolte, il Settore Fasce Deboli ha coinvolto nel partenariato, settori regionali afferenti alle Politiche Sociali, al Lavoro e Formazione e, all'Agricoltura. La Campania è infatti l'unica regione in Italia che può certificare, l'esistenza di pregevoli e riuscite esperienze, di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità psichica, nel comparto dell'agricoltura, attraverso la costituzione di fattorie e orti sociali.

Il percorso costruito con l'Isfol, attraverso i Tavoli di progettazione partecipata, le riunioni di coordinamento congiunte, i Gruppi tecnici di Lavoro, e il concorso di testimoni privilegiati, rappresentanti di organismi pubblici/privati e non profit, OO.SS., organismi datoriali, ASL, Centri provinciali per l'Impiego, dipartimenti e assessorati interessati, associazioni di familiari, hanno permesso il raggiungimento di apprezzabili risultati sul tema dell'inserimento lavorativo di persone con disturbo psichico nel mercato del lavoro, prioritari anche per la Regione.

Ciò ha notevolmente arricchito le competenze del Settore Fasce Deboli, rafforzando il processo già in atto, di riduzione della distanza tra istituzioni e utenza. In tal senso, la "mission" e gli scenari verso cui si stanno indirizzando, le politiche sanitarie regionali, in materia di salute mentale, come di seguito dettagliatamente descritto, risultano sicuramente più organiche e omogenee.

## **1.2. Lo scenario delle politiche della salute in Campania**

Con Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, il Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per far fronte all'urgente e non più derogabile risanamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR). A tale proposito è stato costruito il Piano di rientro dal disavanzo, che ha introdotto una serie di rigide condizioni tecniche, contabili e amministrative entro cui operare, e imposto, tra l'altro, di provvedere in via prioritaria alla realizzazione di specifici obiettivi identificati in una

serie di punti che prendono in considerazione le prescrizioni ed osservazioni condivise con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Costituisce esempio, nel campo della Salute Mentale, la determinazione di tariffe riguardanti prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale, per persone affette da patologie psichiatriche .

Sulla scia di quanto sopra esposto i segnali e gli impegni della Regione per rilanciare il sistema sanitario campano sono stati molto chiari. I medesimi sono infatti, improntati a criteri di modernità, di valorizzazione delle eccellenze, di ruolo centrale delle persone, di tutela e rispetto del diritto della salute per tutti i cittadini, secondo quanto disposto dalla Carta costituzionale.

In tale direzione si collocano l'emanazione del Piano Ospedaliero Regionale 2010-2012 (con decreto commissariale n. 49 del 27/09/2010), e del Piano Sanitario Regionale 2011-2013, la redazione di proposte operative per il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, i fondi del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE 2010-2011) destinati, agli interventi precoci nelle psicosi, la presa in carico di persone affette da disturbo psichico in età evolutiva e nelle terza età, gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati.

### **1.3. Il Sistema della salute mentale: dal progetto obiettivo al piano sanitario regionale**

L'articolazione e l'organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale, trova precisi riferimenti normativi nei diversi Progetti Obiettivo Salute Mentale ( di seguito denominato P.O.S.M.) Nazionali e regionali emanati, negli ultimi anni. In particolare, il POSM regionale attualmente in vigore (D.G.R.C. n. 2132 del 20/06/2003) organizza i servizi sulla base di un modello molto innovativo, e vicino ai principi riformatori della L. 180/78 che prevede la centralità dell'assistenza territoriale, l'integrazione operativa del modello di funzionamento, la piena autonomia del dipartimento strutturale sia sul piano dell'erogazione dell'assistenza sia su quello della gestione finanziaria.

Le attuali difficoltà sono ascrivibili, come abbiamo già visto per l'intero comparto sanitario, alle forti limitazioni connesse al citato Piano di Rientro finanziario tra cui la carenza di risorse umane per il blocco del *turn-over*, i tagli di *budget*, i processi di riorganizzazione strutturale e di riarticolazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) di riferimento.

Tra le necessità più importanti rientra la definizione di aspetti organizzativi, modalità operative, risorse disponibili al fine di omogeneizzare i livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, anche in considerazione della riorganizzazione su base provinciale delle ASL, ridotte da tredici unità organizzative a sette, con conseguente accorpamento dei D.S.M. territoriali.

### **1.4. Organizzazione e funzioni dei Dipartimenti di salute mentale.**

La struttura organizzativa centrale aziendale è articolata in Dipartimenti di salute mentale(D.S.M.), e Unità operative di salute mentale (UOSM), che costituiscono le propaggini periferiche, del sistema organizzativo della Campania. Disciplinata dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 ad oggetto: *Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale*, e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003.

Un ulteriore fonte normativa è rappresentata dalle Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09, le quali, tra l'altro, pongono l'accento in particolare:

- al sostegno abitativo e alla problematiche relative alla residenzialità e alla domiciliarità;
- al sistema informativo nazionale per la Salute Mentale;
- alla formazione e ricerca;

### **1.5.Obiettivi di breve e lungo termine**

Gli obiettivi più recenti che la Regione Campania ha perseguito nell'ambito della salute mentale possono essere sintetizzati in tre punti:

- 1) riorganizzazione della emergenza territoriale;
- 2) area della residenzialità psichiatrica;
- 3) ambulatori specializzati per patologie emergenti.

Per quanto riguarda l'**emergenza psichiatrica**, si è iniziato in primo luogo, ad utilizzare in modo ottimale, le risorse professionali, disponibili nei territori e necessarie a coprire le fasce orarie, evitare ai pazienti spostamenti lunghi, mantenere il contatto relazionale e terapeutico tra equipe territoriali pazienti e familiari, anche attraverso:

- emanazione di indirizzi regionali per la corretta definizione dei rapporti tra Dipartimenti di Salute Mentale e Servizio di Emergenza Territoriale;
- monitoraggio costante delle modalità operative di gestione delle emergenze psichiatriche;
- studio, condivisione e discussione delle informazioni inerenti all'argomento.

L'obiettivo della **residenzialità** riguarda principalmente lo sviluppo delle strutture extraospedaliere, nelle quali si svolge una parte fondamentale del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo, volto all'emancipazione e all'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disagio psichiatrico.

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi perseguiti, costituisce operazione necessaria la:



- diffusione decreto commissariale n. 5/2011, dal quale scaturisce la definizione delle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, per soggetti psichiatrici, nonché i criteri di accesso, profili professionali presenti e il relativo sistema tariffario;
- riconversione delle case di cura neuropsichiatriche;
- avvio del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali di carattere sanitario e sociosanitario, riordino della rete centrale aziendale, e territoriale sulla base dei bisogni dell'utenza.

Su quest'ultimo punto,, la Regione Campania, con DGRC n. 666/2011 ha emanato un provvedimento per la definizione delle strutture residenziali sociosanitarie e sociali per adulti con disagio psichico, (strutture denominate a bassa assistenzialità), le quali rappresentano un tassello fondamentale di qualsiasi rete di inserimento socio-lavorativo

Infine, a fronte delle “*nuove*” domande di assistenza afferenti ai servizi di salute mentale, quali, disturbi del comportamento alimentare (D.C.A)., psicogeriatrica; stalking; doppia diagnosi; dipendenze di vario tipo; la Regione Campania ha individuato, come prioritaria, la realizzazione di *ambulatori specializzati in patologie emergenti*, come i D.C.A. e lo stalking, quali campi in cui operare interventi strategici.

## CAPITOLO II. Quadro normativo regionale e fonti di finanziamento.

### 2.1L'Approccio culturale all'inserimento lavorativo

*“Gli effetti generalizzati dell'esclusione sociale che risulta dallo stigma e dalla discriminazione e la natura incongrua di molte istituzioni impediscono cure adeguate a coloro che le necessitano”*

*(Organizzazione Mondiale della Sanità)*

Negli ultimi 50 anni il concetto di psichiatria, così come il concetto stesso di persona con disagio psichico, ha subito un radicale cambiamento trasferendo la sua attenzione dall'ospedale al territorio, dall'idea di una persona che doveva necessariamente essere ricoverata in ospedale per il resto della sua vita, all'idea di una persona capace di vivere “nella comunità” quale luogo di cura.

A riprova di tale cambiamento culturale, grazie alle risorse finanziarie messe in campo in questi ultimi anni, vi è stato uno sviluppo, in tutte le regioni, di esperienze di buone pratiche che hanno restituito dignità alle persone e maggiore serenità alle famiglie; nonostante ciò, la diffusione della sofferenza mentale nella comunità civile è sempre più rilevante.

Una risposta efficace alle richieste dell'utenza dovrebbe ispirarsi ai seguenti principi:

- promozione di iniziative volte a combattere lo stigma e ad aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione del disagio psichico e della promozione della salute mentale;
- facilitazione dell'integrazione dei servizi per superare la frammentazione degli interventi;
- costruzione e consolidamento delle reti dei servizi di comunità per la realizzazione di progetti personalizzati di inserimento socio-lavorativo rivolti a facilitare il soddisfacimento complessivo dei bisogni della persona (abitazione, lavoro, vita sociale, ecc.);
- razionalizzazione del lavoro di rete, attraverso la chiara definizione di ruoli e funzioni degli attori;
- facilitazione dell'accesso ai percorsi sociali e sanitari da parte dei pazienti e delle loro famiglie, attraverso la semplificazione degli iter burocratici;
- promozione del coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione;

- principi di umanizzazione della sanità, dall'accoglienza e durante tutto il percorso assistenziale, nell'ottica di dare a persone svantaggiate dignità sociale e lavorativa;
- umanizzazione nel rapporto utenti/famiglie/strutture, favorendo la relazione ed interazione diretta tra tutti gli interessati e assicurando la possibilità della continua verifica dell'intervento praticato, concentrandosi quindi conseguimento degli obiettivi individuati per ciascun utente riducendo al massimo l'iter burocratico.

A testimonianza di un impegno sociale e civile e alla luce della normativa vigente, quale la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18, la Regione Campania ha aderito al *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico (Pro.P)* per sperimentare modelli innovativi di intervento/sostegno che superino l'approccio prevalentemente assistenziale che caratterizza attualmente i servizi pubblici.

Tali modelli dovrebbero prevedere anche interventi di sensibilizzazione del mondo imprenditoriale, che favoriscano l'inclusione di lavoratori con disagio psichico, tenendo conto da un lato delle specifiche capacità individuali e delle diverse abilità, dall'altro promuovendo forme di organizzazione di lavoro flessibile, accoglienti, e nel rispetto dei termini contrattuali.

Ogni possibilità di successo riabilitativo e di cura dipende, infatti, dalla globalità di risposte offerte, dalla rete dei servizi, dalle azioni integrate degli organismi territoriali, dalle varie fonti di finanziamento, dalla "regia" complessiva del progetto riabilitativo personalizzato.

Se la qualità di vita di una persona dipende dalla salute fisica e mentale, ma anche da altre circostanze esterne quali: condizioni di sicurezza, possibilità di svago e di incontro, accettazione sociale, lavoro, reddito, ecc., vanno considerati quali bisogni fondamentali del cittadino, oltre quelli della cura, anche quelli dell'abitare, dei rapporti sociali ed affettivi e di un reale inserimento lavorativo.

Infatti, tra i bisogni essenziali delle persone che vivono una condizione di sofferenza psichica, uno dei più compromessi è proprio il lavoro, perché l'atteggiamento della parte datoriale è generalmente di chiusura e diffidenza, generate dal pregiudizio verso la persona in difficoltà che determina situazioni di maggiore isolamento sociale.

I disabili psichici sono ancor oggi considerati estranei e lontani dal mondo del lavoro profit e sono oggetto, nel migliore dei casi, di interventi assistenziali attraverso forme di occupazione con finalità riabilitative. Questo approccio non contempla la possibilità di valorizzare le persone, utilizzando al meglio le abilità di ciascuno.

Al contrario, le più avanzate esperienze di reinserimento lavorativo dimostrano che le persone con disagio psichico, se ben supportate dalla rete dei servizi territoriali preposti, possono condurre una vita sociale e produttiva perfettamente sovrapponibile a quella di qualsiasi cittadino.

Tali esperienze trovano fondamento nell'evidenza scientifica che dimostra il raggiungimento ed il mantenimento di un miglior stato di salute e di funzionamento "sociale" nelle persone disabili inserite in modo attivo in processi lavorativi, e quindi tali da restituire loro dignità e autonomia.

Pertanto, al fine di facilitare la realizzazione di interventi ispirati all' empowerment e all'inclusione attiva della persona, attraverso progetti personalizzati di inserimento lavorativo che tengano conto delle competenze e delle aspirazioni della persona, sarebbe opportuno:

- lo sviluppo della cultura dell'accoglienza nelle imprese, attraverso l' analisi del bisogno del bisogno, l'orientamento e il sostegno all'inserimento;
  - la promozione di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo;
  - la valorizzazione delle risorse umane e finanziarie in una progettazione condivisa ed evolutiva centrata sulla persona che tenga conto anche dei cambiamenti del mercato del lavoro; della persona con disagio psichico, la Regione Campania intende identificare gli elementi essenziali di procedure snelle ma codificate, che definiscano i ruoli, le funzioni e le responsabilità degli attori della rete territoriale, in ottemperanza ai seguenti principi:
1. riconoscimento dei diritti fondamentali della persona in situazione di disagio, in quanto cittadino;
  2. facilitazione dello sviluppo di reti integrate, attraverso la predisposizione di accordi territoriali tra attori istituzionali e non;
  3. attuazione di percorsi di presa in carico globale, attraverso l'utilizzazione di linguaggi e strumenti condivisi tra gli attori della rete;
  4. promozione di percorsi formativi specifici per gli operatori coinvolti nel processo di inserimento lavorativo.

## **2.2 Considerazioni introduttive sulle politiche sociali e in particolare sul disagio psichico**

Le politiche sociali si connotano come un'area dai contorni labili in cui con esercizi di geometrie variabili si inseriscono, a secondo degli intenti e dei soggetti che trattano la materia, fenomeni e realtà diverse.

Nell'era contemporanea l'aspetto sociale è connaturato a quello lavorativo al punto da prevederne la compresenza in un unico ministero. Tale lettura è stata recepita anche dal mondo accademico, con lo specifico riferimento all'Università degli Studi di Napoli, Federico II, che nella programmazione dei corsi di laurea prevede per la facoltà di sociologia un insegnamento denominato "Politiche sociali e del territorio" in cui agli studenti viene offerto uno spaccato utile *"alla riflessione su temi dell'inclusione e della coesione sociale, dell'occupazione, dei movimenti migratori, della pianificazione territoriale, dell'ambiente"*.

Nel tempo si è sviluppato un dibattito lessicale per descrivere e circoscrivere una realtà fluida, secondo alcuni liquida<sup>1</sup>, nella quale gli aspetti sociali dell' esistere investono e sovrastano gli altri. L'evoluzione dello stato sociale genera neologismi. Al lievitare della componente sociale nella vita quotidiana corrisponde un significativo fermento semantico. In una immaginaria rappresentazione grafica potremmo parlare di conformazione a fisarmonica in cui al presentarsi di una curva discendente dell'economia, imputabile a fattori strutturali e/o congiunturali, lo stato si contrae lasciando vacanti spazi che gli altri attori presenti in scena si ingegnano ad occupare. In quest'esercizio di elasticità fra i tanti mutamenti che intervengono in ordine all'economia, la politica e l'etica si inserisce il discorso intorno alla semantica.

La casualità nella scelta di un frasario in materia di programmazione degli interventi di politiche sociali appare poco credibile. E' assai più probabile che la scelta di termini ed espressioni risponda alle esigenze poste dalla necessità di mediare istanze, posizioni e idee. Molti lamentano un fastidio palese nell'imbattersi nelle espressioni "*verso uno scenario...*", "*orientato a un futuro assetto...*", "*in un'ottica di programmazione di là da venire...*", locuzioni, queste, che lascerebbero intendere un accadimento spostato nel tempo e sconosciuto riguardo agli esiti. Quasi che questo ambito, quello delle politiche sociali, apparisse come non degno di interventi caratterizzati dall'incisività e l'immediatezza. Attributi, questi ultimi, riconosciuti alle politiche del lavoro.

Chi vorrebbe scoraggiare l'uso di costruzioni sintattiche che si distinguono per l'incertezza si iscrive tra coloro che auspicano l'adozione di un linguaggio improntato alla concretezza del qui e ora.

L'antropologia ricorre alla semantica per comprendere il sistema di valori di una cultura mettendo a fuoco una visione del mondo alla quale si conferisce pregnanza attraverso l'attribuzione di significato. Nella attuale visione culturale italiana le politiche sociali rappresentano cose diverse per soggetti differenti: per alcuni spazio di agibilità politica, per altri speranza, per altri ancora ambito lavorativo, scelta di volontariato, possibilità di supporto, ideologia, esperienza vissuta, sfida da raccogliere, unica via di uscita.

Quel che è interessante notare è la convinzione di molti secondo cui le politiche, connotandosi come "sociali", risentano di un linguaggio proprio delle materie umanistiche lontano dalla categoricità di pensiero che, nell'accezione comune, caratterizza l'universo scientifico. L'accento è posto non sulla natura politica dell'agire ma sul suo attributo *sociale* che le conferisce, di diritto, l'accesso al corredo simbolico e semantico proprio delle scienze sociali. Esse, per loro natura, appaiono legate al mutamento, quasi volatili nella loro struttura. Tale caratteristica difettando della monoliticità propria delle scienze esatte, renderebbe inclini all'uso di un linguaggio non univoco ma disponibile all'esercizio interpretativo.

Per evitare di cadere in una sciattezza di pensiero è utile domandarsi se il fastidio di cui si parlava a proposito dell'uso di una semantica che lascia aperta la porta al mondo del possibile sia da ascrivere alla volontà di distinzione tra una scelta lessicale che riflette una manipolazione della realtà ed un'altra che discende, invece, da un parto della fantasia.

A venire in rilievo ai fini delle considerazioni che si stanno svolgendo non è l'agire sotteso ai due diversi atteggiamenti ma il ricorso ad un apparato semantico che possa supportarli. Nella partitura generale delle

---

<sup>1</sup>Cfr. Zigmunt Bauman *Modernità liquida*, Ed. Laterza, Roma-Bari 2002

scelte compiute all'interno della programmazione strategica spiccano i contrappunti riservati alla materia delle politiche sociali. Ad esse, nella produzione dei documenti programmatici, è riservato uno spazio linguistico dai margini frastagliati, non netti, con delle linee di contorno osmotiche attraverso cui molto può transitare all'interno o filtrare verso l'esterno.

### **2.3 Salute mentale e lavoro: garanzie costituzionali**

Il problema della salute mentale e dei suoi rapporti con l'attività lavorativa, non costituisce una questione a sè stante, ma, è parte integrante di problemi generali ed esprime in modo efficace il grado di sofferenza della collettività. Questa condizione appartiene al significato di lavoro dell'uomo nelle sue articolate forme di accesso, qualità, ritmi, condizioni fisiche ed ambientali nelle quali si svolge, la tutela della salute fisica e psichica del lavoratore.

Le persone con sofferenza mentale, già penalizzate da pregiudizi di discriminazione e rifiuto, sono state le prime a risentire della stretta e a subire forme di pressione ed esclusione. Si è venuta così a determinare una drammatica spirale che tende a peggiorare la qualità della vita e a dilatare l'area del malessere e dell'infelicità. Questo è ancor più grave in un sistema in cui le nuove tecnologie potrebbero essere utilizzate invece che come strumenti di appiattimento e omologazione ai più bassi livelli, ma, come, elementi di formazione ed elevazione culturale e umana.

Questi processi avvengono quotidianamente nonostante la presenza di norme cogenti che dovrebbero evitare ciò, ma trovano ostacoli nella loro attuazione pratica. Norme che tutelano la persona in quanto lavoratore sono in primo luogo ravvisabili nella Carta costituzionale, art. 1 “*L' Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro*” formulazione di forte contenuto etico e politico, nonché assai innovativa rispetto alle Costituzioni liberali dell'800, nelle quali non il “*lavoro*” ma la proprietà costituiva il criterio di discriminazione tra cittadini aventi diritto al voto, di rango superiore, rispetto ai non aventi diritto al voto, di rango inferiore. Nella Costituzione vigente è sancito il riconoscimento della dignità sociale e morale del cittadino, per quello che fa e non per ciò che possiede. Su questo assunto è infatti fondato il suffragio universale introdotto con la promulgazione della Costituzione vigente. Negli articoli successivi, si torna al tema del lavoro intervenendo sugli aspetti che possono interferire sulla sua realizzazione e detta principi generali per la sua piena attuazione.

In particolare l'art. 4 stabilisce: “*La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.*” Ciò evidenzia l'importanza attribuita dai costituenti al diritto al lavoro ribadendo quanto enunciato al precedente art. 3: “*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche di condizioni personali e sociali.*” La Carta costituzionale si occupa inoltre della formazione ed elevazione professionale dei lavoratori, art. 35, della retribuzione, art.36 dei diritti delle donne lavoratrici, art.37, del diritto degli inabili e delle persone svantaggiate all'assistenza sociale, all'educazione e all'avviamento

professionale art.38, dell'organizzazione sindacale, art.39, del diritto di sciopero, art.40, della cooperazione art.45, del diritto dei lavoratori a collaborare alla gestione delle aziende art.46.<sup>2</sup> In definitiva la Costituzione rende in considerazione tutti gli aspetti e le implicazioni dell'attività lavorativa e dedica particolare attenzione alla salvaguardia dei diritti e delle esigenze dei cittadini in quanto lavoratori.

## 2.4 Norme per il diritto al lavoro dei disabili e persone affette da disturbo psichico

Nella legislazione vigente, la norma paradigmatica in materia è la Legge **12 marzo 1999, n. 68**, “ Norme per il diritto al lavoro dei disabili,”<sup>3</sup> che punta all'inserimento e all'integrazione lavorativa delle persone disabili, nonché affette da disturbo psichico, allo scopo di garantire anche a loro il diritto al lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Dalla lettura della norma emergono alcuni argomenti fondamentali nell'economia della materia, schematizzati semplicemente in categorie di persone con disabilità, collocamento mirato, assunzioni obbligatorie, Fondo regionale per l'occupazione dei disabili.

La legge, si applica, in primo luogo, a quattro categorie di cittadini disabili: le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai disabili intellettivi, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento; le persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall' Inail; le persone non vedenti o sorde; le persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio. L'accertamento delle condizioni di disabilità è svolto dalle commissioni previste dalla legge 104/92. I datori di lavoro, pubblici e privati, sono tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei soggetti che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano acquisito per infortunio sul lavoro o malattia professionale eventuali disabilità.

---

<sup>2</sup> Va inoltre menzionato che la problematica del disagio psichico esiste e va considerata oltre che per i soggetti titolari del diritto di cittadinanza italiana anche per i migranti che ne sono temporaneamente sprovvisti perché in attesa di rinnovo di un contratto di lavoro scaduto.

<sup>3</sup> Diritto al lavoro dei disabili.

Art.1  
(Collocamento dei disabili).

1. La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Essa si applica:
  - a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di *handicap* intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità;
  - b) alle persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti;
  - c) alle persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni;
  - d) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

2.

Il collocamento mirato è costituito da quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione. Gli uffici competenti, provvedono, in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, secondo le specifiche competenze loro attribuite, alla programmazione, all'attuazione, alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento dei soggetti all'avviamento lavorativo.

Ai fini dell'adempimento dell'obbligo, i datori di lavoro assumono i lavoratori facendone richiesta di avviamento agli uffici competenti ovvero attraverso la stipula di convenzioni.

I datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori disabili in una quota pari al 7 per cento dei lavoratori occupati, se occupano più di 50 dipendenti; due lavoratori, se occupano da 36 a 50 dipendenti; un lavoratore, se occupano da 15 a 35 dipendenti. Per i datori di lavoro privati che occupano da 15 a 35 dipendenti l'obbligo si applica solo in caso di nuove assunzioni.

Come stabilisce l'art. 14 della L. 68, le regioni istituiscono il Fondo regionale per l'occupazione dei disabili, da destinare al finanziamento dei programmi regionali di inserimento lavorativo e dei relativi servizi. Al Fondo sono destinati gli importi derivanti dalla irrogazione delle sanzioni amministrative previste dalla legge 68/99 e i contributi versati dai datori di lavoro, nonché il contributo di fondazioni, enti di natura privata e soggetti comunque interessati.

Giova ribadire che nel corso degli ultimi anni la legge 68/99 è stata oggetto di importanti modifiche normative, che hanno riguardato nello specifico:

- convenzioni miranti a favorire l'integrazione lavorativa dei soggetti disabili;
- la determinazione della base di computo delle imprese del settore edile;
- l'istituto dell'esonero parziale dall'obbligo di assunzione;
- le modalità di computo delle categorie protette di cui all'art. 18, comma 2 nella quota di riserva dei disabili;
- ripartizione del Fondo nazionale per il diritto al lavoro dei disabili.

Il legislatore ha operato un duplice intervento, da un lato ha modificato, il contenuto degli artt.12 e 13 e introdotto l'art. 12bis.

In particolare con il nuovo l'articolo 12 - Convenzioni di inserimento lavorativo temporaneo con finalità lavorative – viene prevista la possibilità di inserire nuovi soggetti nel rapporto “convenzionale” tra datore di lavoro e servizio per l'impiego. Tale articolo dispone che i servizi per l'impiego possono stipulare con i datori di lavoro privati soggetti agli obblighi di assunzione (di cui all'art. 3 l. 68/99), e i soggetti denominati ospitanti, convenzioni finalizzate all'inserimento



temporaneo dei soggetti disabili presso i soggetti ospitanti, ai quali i datori di lavoro si impegnano ad affidare commesse di lavoro.

I soggetti ospitanti sono:

- le cooperative sociali;
- le imprese sociali di cui al decreto legislativo n. 155 del 2006;
- i disabili liberi professionisti;
- i datori di lavoro privati non soggetti agli obblighi di assunzione di cui alla legge 68/99. Queste convenzioni, ovviamente non ripetibili per lo stesso soggetto, (salva diversa valutazione del comitato tecnico di cui all'art.6 D. L.gs n.469/1977) non possono riguardare più di un lavoratore disabile, se il datore occupa meno di 50 dipendenti, ovvero più 305 dei disabili da assumere se il datore occupa più di 50 dipendenti.

La convenzione è subordinata alla sussistenza dei seguenti requisiti:

- contestuale assunzione a tempo indeterminato del disabile;
- commutabilità ai fini dell'assunzione dell'obbligo derivante dalla 68/99;
- impiego presso il soggetto ospitante su cui gravano gli oneri retributivi, previdenziali e assistenziali per tutta la durata della convenzione che non può superare i 12 mesi, prorogabile di altri 12;
- indicazione nella convenzione dell'ammontare delle commesse affidate dal datore di lavoro al soggetto ospitante; tale ammontare deve consentire al soggetto ospitante di applicare la parte normativa ed economica del CCNL;
- nominativi dei disabili da inserire in convenzione;
- descrizione del piano personalizzato di inserimento lavorativo.

L' art.12 bis introduce una nuova tipologia di convenzioni. In base al dettato normativo scaturente dalla sua applicazione i servizi per l'impiego possono stipulare con datori di lavoro privati tenuti all'obbligo di assunzione di cui alla legge 68/ 99 denominati conferenti, e le cooperative sociali, i loro consorzi le imprese sociali, e i datori di lavoro privati non soggetti all'obbligo di assunzione, denominati destinatari, apposite convenzioni per assumere disabili o persone che presentino particolari difficoltà di inserimento lavorativo, ai quali i "conferenti" si impegnano ad affidare commesse di lavoro. La convenzione deve necessariamente avere i seguenti requisiti:

- individuazione di disabili e/o persone con difficoltà di inserimento lavorativo, nonché definizione di un piano personalizzato;
- durata del rapporto di lavoro non inferiore a 36 mesi;
- determinazione del valore della commessa e applicazione economica e normativa del CCNL;
- conferimento della commessa e contestuale assunzione del disabile.

I soggetti destinatari devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- non avere in corso procedure concorsuali;
- Essere in regola con gli adempimenti legislativi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Avere nell'organico almeno un dipendente che possa svolgere le funzioni di tutor;

Alla scadenza della convenzione, il datore di lavoro committente, previa valutazione degli uffici competenti può rinnovare la convenzione per una sola volta, per un periodo non inferiore a due anni, oppure assumere a tempo indeterminato mediante chiamata nominativa. In questo caso il datore potrà accedere al Fondo Nazionale per il diritto al lavoro dei disabili, con diritto di prelazione nell'assegnazione delle risorse.

Infine è stato altresì riscritto l'art. 13 della legge 68/99 che disciplina gli incentivi alle assunzioni erogati dal Fondo Nazionale per il diritto al lavoro dei disabili. Quindi il contributo all'assunzione fissato in misura percentuale variabile (ovvero direttamente collegato) al grado di riduzione della capacità lavorativa della persona, consiste nel costo salariale, e non come avveniva prima nella fiscalizzazione totale o parziale dei contributi previdenziali.

Il ministro del Lavoro e della previdenza sociale ogni due anni, entro il 30 giugno, presenta al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della legge, sulla base dei dati che le regioni annualmente, entro marzo, sono tenute a inviare al ministro stesso.

Giova ribadire che gli attori del Welfare campano, lamentano la mancanza di normativa regionale sulla cooperazione. Per questa finalità è nato infatti il "Forum Permanente sulla cooperazione" in Campania. Al Tavolo sono rappresentate tutte le organizzazioni regionali impegnate nella cooperazione, quali Legacoop, Confcooperative, AGCI, UNICOOP.

E' stato infatti istituito per la prima volta in Campania, di concerto con le organizzazioni presenti al tavolo, il Forum Permanente sulla cooperazione per lavorare insieme, innanzitutto, ad un testo di legge quadro che promuova, sostenga e sviluppi il settore in Campania. La legge regionale attualmente in vigore risale ad oltre 28 anni fa ed è giunto il momento di darsi una nuova legislazione. Ci daremo presto un protocollo che

regolamenterà i lavori del Forum ed entro la fine del prossimo anno avremo la seconda Conferenza regionale sulla cooperazione".

Può costituire uno strumento di supporto la Legge Regionale 25 novembre 1994, n. 39, Integrazione alla Legge Regionale 15 marzo 1984, n.11 concernente: Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicap e per l'inserimento nella vita sociale – ed al relativo regolamento di attuazione” , pubblicata in Bollettino Ufficiale Regione Campania di seguito nominato BURC.

## 2.5 Le clausole sociali

Una ulteriore opportunità può essere offerta dal tema delle “**clausole sociali**”, nel sistema degli appalti, balzato all’attenzione del settore pubblico, del mondo della cooperazione sociale, degli interpreti, solo da qualche anno, ovvero, dopo un primo momento di assimilazione dei contenuti del D. Lgs. n. 163/2006 con cui è stato approvato il nuovo “Codice dei Contratti Pubblici. Nello stesso, infatti, come vedremo meglio nel prosieguo, è stata introdotta una potenziale categoria di appalti riservati (art. 52) a favore di laboratori protetti, composta in maggioranza da lavoratori disabili, che si affianca a quelli pure riservati al c.d. terzo settore, a cooperative sociali ad imprese sociali, regolati da norme speciali. Alcuni importanti riferimenti al settore sociale ed alle clausole sociali in particolare, si rilevano, rispettivamente agli artt.2<sup>4</sup>, 52, e 69<sup>5</sup>, del sopraindicato testo normativo che trae spunto nella formulazione originaria, ma il consenso non è unanime, dalle comunicazioni della Commissione europea, una dell’11 marzo 2008 (COM/98/143) relativa agli “ Gli appalti pubblici nell’Unione europea” e la seconda del 15 ottobre 2001 (COM/2001/566) sul “Diritto comunitario degli appalti pubblici e la possibilità di integrare aspetti sociali negli appalti pubblici” la possibilità di introdurre nelle fasi prodromiche alla stipulazione del contratto di appalto, la clausole sociale, ed orientare il mercato verso comportamenti socialmente più responsabili.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Art. 2 Codice contratti pubblici: L'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture ai sensi del presente codice, deve garantire la qualità delle prestazioni e svolgersi nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza; l'affidamento deve altresì rispettare i principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, nonché quello di pubblicità con le modalità indicate nel presente codice.

<sup>5</sup> Art.69: Art. 69. Condizioni particolari di esecuzione del contratto prescritte nel bando o nell'invito (*art. 26, dir. 2004/18; art. 38, dir. 2004/17*) 1. Le stazioni appaltanti possono esigere condizioni particolari per l'esecuzione del contratto, purché siano compatibili con il diritto comunitario e, tra l'altro, con i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, e purché siano precisate nel bando di gara, o nell'invito in caso di procedure senza bando, o nel capitolato d'oneri.2. Dette condizioni possono attenersi, in particolare, a esigenze sociali o ambientali. 3. La stazione appaltante che prevede tali condizioni particolari può comunicarle all'Autorità, che si pronuncia entro trenta giorni sulla compatibilità con il diritto comunitario. Decorso tale termine, il bando può essere pubblicato e gli inviti possono essere spediti. 4. In sede di offerta gli operatori economici dichiarano di accettare le condizioni particolari, per l'ipotesi in cui risulteranno aggiudicatari.

<sup>6</sup> Procedendo ad un brevissimo excursus storico, la cronologia delle direttive comunitarie sugli appalti pubblici risale al 1971, anno in cui è stata adottata la prima; a seguire direttive sui servizi di pubblica utilità. Nonostante le direttive siano state più volte modificate nel corso degli anni, il concetto ed il sistema di base sono rimasti essenzialmente immutati. A titolo esemplificativo ricordiamo: Direttiva 71/305/CEE del Consiglio, che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti di lavori pubblici, sostituita dalla direttiva 93/37/CEE del Consiglio, modificata dalla direttiva 97/52/CE del Parlamento europeo e del Consiglio; Direttiva 77/62/CEE del Consiglio, che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, sostituita dalla direttiva 93/36/CEE del Consiglio, modificata dalla direttiva 97/52/CE del Parlamento europeo e del Consiglio; Direttiva 92/50/CEE che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi, modificata dalla direttiva 97/52/CE del Parlamento europeo e del Consiglio; Direttiva 93/38/CEE del Consiglio, del 14 giugno 1993, che coordina le procedure di appalto degli enti erogatori di acqua e di energia, degli enti che forniscono servizi di trasporto, nonché degli enti che operano nel settore delle telecomunicazioni , modificata dalla direttiva 98/04/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.

## **2.6 Finanziamento delle politiche sociali.**

Ad una prima generale analisi il sistema di finanziamento dei flussi economici delle politiche sociali italiane, avviene attraverso un meccanismo definibile “*plurimo*”. Infatti sono coinvolti diversi livelli istituzionali: Stato, Regioni, Enti locali; Asl, ma anche soggetti privati e del Terzo settore.

Se concentriamo l’attenzione sulle risorse economiche di natura strettamente pubblica, particolarmente attinente alla nostra trattazione, emerge chiaramente dall’articolazione dei flussi del sistema di Welfare, una netta separazione tra politiche sociali e politiche sanitarie. Quindi la mera definizione dei flussi per le politiche sociali è legata ad una esclusiva sussidiarietà verticale: Unione europea, Stato, Regioni Asl, per il settore sanitario; per il sociale e socio-assistenziale: Unione europea, Stato, Regioni, Enti locali e/o Asl. L’integrazione dell’intervento statale avviene da parte delle amministrazioni locali, in conformità di quanto disposto dalla normativa vigente sulle autonomie locali, mediante lo stanziamento di risorse proprie e fondi alternativi.

Ovviamente, l’emanazione della legge quadro n.382/00 e la modifica del Titolo V della Costituzione hanno avuto effetti rilevanti sul sistema e sulla struttura dei flussi finanziari. Infatti, prima dell’entrata in vigore della sopraindicata disposizione normativa, le risorse economiche regionali per le politiche sociali erano costituite dai trasferimenti nazionali di settore, per comparti specifici come l’assistenza all’infanzia e all’adolescenza, i provvedimenti a favore di disabili, eventualmente incrementati da stanziamenti regionali. La legge quadro ha inteso superare questo meccanismo attraverso l’istituzione di un unico Fondo nazionale per le Politiche Sociali ( FNPS), quale strumento statale principale per il finanziamento degli interventi in ambito sociale, offrendo così la possibilità di una visione complessiva delle risorse disponibili ed un’allocazione più coordinata e trasparente. In tale ottica il FNPS è alimentato non solo dalle diverse fonti che originariamente contribuivano alla formazione delle risorse specifiche di settore, ma anche dalle risorse aggiuntive stanziare dalle 328/2000. Ma, in linea con il processo di cambiamento registrato a livello nazionale, parallelamente all’emanazione della l.n.328/00, se non in alcuni casi, addirittura prima, durante la fase di riordino e ridefinizione delle competenze amministrative proprie e degli enti locali, si sono dotate di un “*proprio*” Fondo Sociale Regionale. Anche in questo caso le scelte organizzativo-gestionale del Fondo cambiano da Regione a Regione. Si avranno così contesti in cui nel Fondo regionale, accanto a risorse “indistinte”, considerate strumentali all’attuazione della legge, e in particolare alla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, si avranno voci contabili di risorse dotate di specifica finalizzazione per materia, in linea con quanto precedentemente predisposto dalle leggi di settore.

### **CAPITOLO III. Individuazione dei comparti d'intervento per l'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico: un esempio di eccellenza fattorie ed orti sociali.**

#### **3.1 La crisi economica e le ripercussioni sul mercato campano**

La crisi finanziaria che dal 2008 ha colpito l'economia globale ha avuto ripercussioni importanti sul sistema produttivo campano che, al pari di quello del resto del Paese, sconta enormi difficoltà a causa di un tessuto fatto di imprese di piccole e piccolissime dimensioni spesso si tratta di società con appena 1 o 2 dipendenti e del peso della pressione fiscale.

Le consistenti perdite del mercato finanziario hanno generato una ulteriore depressione del mercato del lavoro i cui effetti si protrarranno ancora per molti anni; secondo i dati dell'Istituto Tagliacarne elaborati da Unioncamere Campania, si è assistito ad una diminuzione del Prodotto interno lordo, Pil, nella regione per il 2012 pari all'1,8 per cento. In Campania la situazione è assai più delicata e complessa che in qualsiasi altra regione d'Italia, dal momento che il processo recessivo è iniziato dal 2001, nel bel mezzo della spesa della programmazione dei fondi strutturali 2000-2006. La reiterata mancanza di interventi strutturali, inoltre, ha acuito ulteriormente questi fenomeni.

L'attuazione di un reale collocamento mirato, che produca inserimenti al lavoro sostenibili nel tempo, dovrebbe tener conto di due aspetti fondamentali:

- le capacità individuali e le aspirazioni della persona, da identificare attraverso un' efficiente ed efficace intervento integrato dei servizi sociosanitari e del lavoro;
- la vocazione economico/sociale del territorio di riferimento, da identificare attraverso interventi di analisi dei comparti produttivi, e dei reali fabbisogni.

E' importante ricordare che anche il settore pubblico, ivi compresi gli enti a partecipazione pubblica (es. aziende municipalizzate, autorità portuale, ecc.) è soggetto all'obbligo della L.68/99 e quindi, in primo luogo, è lo stesso datore di lavoro pubblico ad avere l'opportunità di favorire l'inserimento di persone con disagio psichico adeguando le quote di assunzioni obbligatorie in ottemperanza alle disposizioni di legge.

L'ente pubblico ha altresì la possibilità di esternalizzare servizi attraverso l'attribuzione degli stessi alle cooperative sociali, di tipo B, mediante le diversificate procedure previste dalla normativa vigente per l'affidamento di commesse all'esterno.

Relativamente agli inserimenti in ambito profit e no profit, la vocazione socio-economica del territorio regionale campano suggerisce, inoltre, opportunità di inserimento lavorativo di persone con disagio psichico in alcuni settori trainanti, e considerati emergenti, nel presente e nell'immediato futuro, identificabili nell'agricoltura sociale, nell'artigianato ed attività connesse, nel turismo, terziario, attività portuali, poli

museali, archeologia. Di seguito un discorso più dettagliato per l'agricoltura sociale, esempio di buona e riuscita pratica, grazie anche alla vocazione territoriale della Campania.

### **3.2 L'agricoltura sociale settore trainante dell'economia regionale**

L'agricoltura sociale ha trovato una sua prima sommaria definizione, come specifica area di intervento delle politiche pubbliche, nella programmazione dello sviluppo rurale.

Questo emerge chiaramente dal Piano strategico nazionale (PSN) 2007-2013, essa è annoverata fra le "azioni chiave" dell'Asse III, relativo al miglioramento della qualità della vita e alla diversificazione dell'economia rurale, con riferimento a entrambi gli obiettivi prioritari. Con riferimento all'obiettivo "miglioramento della qualità della vita", l'agricoltura sociale viene vista infatti come possibilità di sviluppo dell'offerta di servizi alla popolazione, con particolare riferimento alle persone in situazione di disagio e di esclusione. Per l'obiettivo "diversificazione", risulta essere una interessante prospettiva. Le affermazioni di principio del PSN devono peraltro essere concretamente svolte nei singoli programmi di sviluppo rurale (PSR) che costituiscono la sede nella quale le singole regioni definiscono le proprie priorità e quindi anche le modalità di incentivazione dell'agricoltura sociale.

Va inoltre considerato il ruolo che hanno svolto e svolgono i fondi strutturali, in particolare il Fondo sociale europeo (FSE). Al riguardo, è stato segnalato che lo sviluppo rurale e i fondi strutturali viaggiano in maniera parallela, se non addirittura separata, a volte creando sovrapposizioni sul territorio.

Infatti, sebbene sia da tempo diffusa la convinzione che le politiche di redistribuzione del reddito attuate in ambito esclusivamente agricolo non sono in grado di sfruttare tutto il potenziale economico delle aree rurali, e che occorre affrontare il tema dello sviluppo rurale in un ambito non meramente settoriale e, quindi, con un approccio territoriale che tiene conto della diversità delle regioni rurali e che pone l'accento sulle condizioni generali che creano sviluppo territoriale, il vigente quadro normativo europeo e la programmazione dei fondi strutturali fino al 2013 hanno tenuto distinte la politica di sviluppo rurale, finanziata dal secondo pilastro della Politica Agricola Comune (PAC), tramite il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR), e quelle relative alle politiche regionali e di coesione, finanziate dal Fondo sociale europeo (FSE) e dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR). Per entrambe le politiche, la normativa prevede la messa a punto a livello statale di un documento quadro: il Piano strategico nazionale per lo sviluppo rurale (PSN) e il Quadro strategico nazionale (QSN) per le politiche regionali e di coesione.<sup>7</sup>

Appare perciò di particolare interesse la circostanza che la proposta di regolamento della Commissione europea sui nuovi obiettivi dello sviluppo rurale per il 2014-2020 (secondo pilastro della PAC) - oltre a prevedere fra i sei obiettivi il potenziale occupazionale dello sviluppo rurale e parlare di diversificazione, di inclusione sociale, di povertà, di sviluppo rurale - prevede anche, cogliendo la frammentazione fra le due

---

<sup>7</sup> Tra le dieci priorità del Quadro strategico nazionale per l'Italia figurano al n. 4 "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale" e al n. 8 "Competitività e attrattività delle città e dei sistemi urbani".

citare programmazioni, la realizzazione da parte di ogni Paese membro di un quadro strategico comune sia per i fondi strutturali sia per il fondo per lo sviluppo rurale.

Per quanto riguarda il quadro giuridico a livello nazionale, hanno formato oggetto di specifica analisi gli effetti derivanti dall'assenza di una specifica normativa sull'agricoltura sociale e, in generale, di una disciplina idonea a comprendere il complesso delle espressioni dell'agricoltura multifunzionale, che attualmente nell'ordinamento italiano trova i suoi riferimenti nell'articolo 2135 del codice civile e nel decreto legislativo 18 maggio 2001, n. 228, riguardante l'orientamento e la modernizzazione del settore agricolo.

Il rappresentante dell'Agenzia regionale per lo sviluppo e l'innovazione dell'agricoltura del Lazio (ARSIAL) ha sottolineato in proposito un limite di fondo del quadro normativo vigente, che con il decreto legislativo n. 228 del 2001 non contempla espressioni autonome della multifunzionalità e soprattutto non fa esplicito riferimento al sociale, ma riconduce tutta la multifunzionalità alla sfera dell'agriturismo. Questa impostazione avrebbe indotto alcune regioni, per mantenere vivo il legame con lo stesso decreto legislativo, a impostare le norme sulla multifunzionalità riconducendo tutte le attività connesse all'agriturismo. Si tratterebbe di un errore concettuale, che produce conseguenze pratiche paradossali, anche sul piano delle scelte organizzative degli operatori dell'agricoltura sociale. Sulla stessa linea, sono stati ad esempio segnalati i problemi connessi al riconoscimento della ruralità degli edifici, che la legge sull'agriturismo del 2006 opera solo per quelli destinati ad agriturismo, con l'effetto di escludere la necessità del cambio di destinazione d'uso.

Al riguardo, è stato osservato che le declinazioni dell'agricoltura multifunzionale, come costruite nella legge di orientamento, determinano una prestazione di servizi che l'azienda agricola rende, a pagamento, sia a soggetti terzi, sia al territorio e al sistema pubblico. Per questi motivi, viene ritenuto urgente un intervento normativo che metta sullo stesso piano tutte le attività connesse, in ragione della loro pari dignità, senza però individuarle in dettaglio, ma facendo riferimento alla sussistenza di una prestazione con valenza sociale, a terzi o al sistema pubblico, con i mezzi propri dell'azienda agricola. Inoltre, poichè il cardine della *connessione* è quello che permette di ricondurre alla sfera agricola le attività e i servizi svolti nell'ambito della multifunzionalità e la connessione con l'attività agricola si misura in termini di assorbimento di ore di lavoro (deve rimanere prevalente l'assorbimento di lavoro agricolo rispetto a quello extragricolo), si segnala il problema della valutazione dell'apporto di lavoro delle professionalità extragricole.

Stando alle interpretazioni più accreditate, l'attività di agricoltura sociale non rientra nel concetto di multifunzionalità disciplinato dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 228 del 2001, ma nell'attività connessa definita dall'articolo 2135 del codice civile, la cui formulazione consente nella sua giusta ampiezza di ricomprendervi attività di prestazione di servizi in senso lato all'individuo, alla famiglia e alla comunità, nell'ambito della multifunzionalità dell'agricoltura e di quella produzione di beni immateriali che è alla base della legittimazione della riforma della Politica agricola comune e dell'investimento che essa comporta per i cittadini europei. Anche la Coldiretti evidenzia al riguardo i rischi di un eccesso di codificazione,

sottolineando che proprio le innovazioni del codice civile e del suo articolo 2135<sup>8</sup> hanno consentito di realizzare attività multifunzionali in vari campi e di riconoscerle come agricole, ciò che sarebbe stato impedito da una più dettagliata definizione normativa.

Altro aspetto rilevante, riguarda il fatto che le attività di agricoltura sociale, per la varietà di contenuti e di espressioni che possono assumere, fanno riferimento ad un complesso variegato di politiche, di normative, di livelli istituzionali di riferimento, che riguardano non solo l'agricoltura, ma anche l'assistenza socio-sanitaria, il lavoro, l'istruzione.

E' necessario inoltre sottolineare i problemi derivanti dalle rigidità derivanti dalla impostazione fortemente settoriale delle politiche agricole, socio-assistenziali, educative e del lavoro, e dalla diversificata articolazione delle competenze, nei citati settori, tra le diverse autorità e tra i diversi livelli di *governance*, che non consentono la piena attuazione dell'integrazione tra settori, sopra descritta.

### **3.3 Formazione e inserimento lavorativo attraverso l'agricoltura sociale**

L'agricoltura sociale comprende una pluralità di esperienze non riconducibili ad un modello unitario, quanto al tipo di organizzazione, di attività svolta, di destinatari, di fonti di finanziamento, ma accomunate dalla caratteristica di integrare nell'attività agricola elementi di carattere socio-sanitario, educativo, di formazione e inserimento lavorativo, di ricreazione, diretti in particolare a fasce di popolazione svantaggiate o a rischio di marginalizzazione.

Queste esperienze si collegano ad una attitudine antica dell'agricoltura, da sempre caratterizzata dal legame tra azienda agricola e famiglia rurale e da pratiche di solidarietà e mutuo aiuto, che oggi si presenta come una ulteriore declinazione del concetto di multifunzionalità, capace di fornire risposte ad ulteriori bisogni della società, soprattutto in ragione dei cambiamenti che interessano e interesseranno negli anni a venire il sistema del *welfare*.

La "multifunzionalità" dell'agricoltura è da tempo elemento di riferimento essenziale per l'evoluzione del mondo agricolo, ampiamente affermato dalla legislazione europea e nazionale, che le riconosce la capacità di produrre non solo cibo, ma anche numerosi altri beni e servizi. E si tratta non solo di beni e servizi suscettibili di una valutazione economica, quindi diretti essenzialmente ad assicurare una diversificazione delle attività idonea a garantire opportunità di integrazione del reddito degli agricoltori, ma soprattutto di beni e servizi immateriali caratterizzati non da un valore di mercato, ma da un'utilità sociale che fornisce risposte a crescenti domande dei cittadini: dalla tutela dell'ambiente e del paesaggio al presidio e alla salvaguardia del territorio e delle aree rurali, dall'uso sostenibile delle risorse naturali alla sicurezza alimentare.

L'agricoltura sociale si caratterizza quindi per esprimere il ruolo dell'agricoltura nel campo dei servizi alla persona, affiancando alla tradizionale funzione produttiva la capacità di generare benefici per fasce vulnerabili della popolazione, dando luogo a servizi innovativi che possono rispondere efficacemente alla

---

<sup>8</sup> E' imprenditore agricolo chi esercita una delle seguenti attività: coltivazione del fondo, selvicoltura, allevamento di animali e attività connesse.



crisi dei tradizionali sistemi di assistenza sociale e alla crescente richiesta di personalizzazione e qualificazione dei servizi sociali.

L'agricoltura sociale richiamerebbe in questo senso un nuovo modello di *welfare* che, mettendo insieme due settori caratterizzati da debolezze storiche, come l'agricoltura e il sociale, può riuscire a diventare un punto di forza e coniugare settori solo in apparenza troppo diversi.

La possibilità per persone di lavorare a contatto con il mondo vegetale ed animale, in un processo produttivo strettamente connesso con il ciclo della natura, risulta capace di generare effetti benefici sulle capacità motorie e psichiche, permettendo, così, ad alcune fasce di popolazione in condizioni di marginalità di sentirsi utili e partecipi della crescita economica attraverso l'attività agricola.

E' stato in proposito sottolineato che non rientrano nell'agricoltura sociale tutte le "terapie verdi", ma quelle pratiche in cui l'uso della natura ha un significato produttivo, e che sono gestite da operatori provenienti dal mondo agricolo, in stretta collaborazione con operatori sociosanitari. Nelle esperienze di agricoltura sociale l'intervento sociale si colloca quindi in situazioni autenticamente produttive ed organizzate in forma di impresa e quindi non in una logica assistenziale. In particolare, l'inclusione sociale delle persone svantaggiate si realizza attraverso un'integrazione lavorativa nell'attività aziendale, che punta alla sostenibilità economica dell'occupazione creata, grazie a modelli commerciali esistenti, che permettano alle fattorie sociali di essere competitive sul mercato.

Per le istituzioni pubbliche favorire lo sviluppo dell'agricoltura sociale rappresenta quindi un interesse non solo etico, ma anche economico. Infatti, in termini economici, investire nelle fattorie sociali è motivo di ottimizzazione dei costi, poichè consente alle persone, attraverso il lavoro, di passare dalla condizione di soggetto assistito, alla condizione di soggetto attivo della società, quindi da "costo" a "risorsa".

Inoltre, le pratiche di agricoltura sociale offrono un rilevante contributo allo sviluppo del territorio e delle comunità rurali, poichè creano nuove opportunità di reddito e di occupazione, offrono concrete prospettive di inclusione sociale per soggetti vulnerabili, generano servizi per il benessere delle persone e delle comunità, migliorano la qualità della vita nelle aree rurali e suburbane creano beni "relazionali".

In generale, le persone che lavorano nel comparto, agricoltura sociale, prestano le loro energie, non in forma strettamente aziendale, bensì in un meccanismo di economia e di agricoltura "civile", dove i parametri di mercato, del dono e della reciprocità operano in forma combinata, come regolazione degli scambi locali tra i membri della comunità. Essa appare una pratica di "buona" economia e di "buona" crescita, che nell'attuale fase "può costituire una piccola grande rivoluzione copernicana nelle modalità di fare agricoltura, in quelle dell'intervento sociale e nei modi di fare economia e sviluppo locale".

Le esperienze di agricoltura sociale in Italia riguardano molteplici ambiti di attività, che possono essere così schematizzati.

*formazione e inserimento lavorativo:* esperienze orientate all'occupazione di soggetti svantaggiati, con disabilità relativamente meno gravi o per soggetti a bassa contrattualità (detenuti, tossicodipendenti, migranti, rifugiati);

*riabilitazione/cura*: esperienze rivolte a persone con disabilità (fisica, psichica, mentale, sociale), con un fine principale socio-terapeutico;

*ricreazione e qualità di vita*: esperienze rivolte ad un ampio spettro di persone con bisogni più o meno speciali, con finalità socio-ricreative, tra cui particolari forme di agriturismo sociale, le esperienze degli orti sociali peri-urbani per anziani;

*educazione*: azioni volte ad ampliare le forme ed i contenuti dell'apprendimento per avvicinare alle tematiche ambientali persone giovani o meno giovani;

*servizi alla vita quotidiana*: come nel caso degli "agri-asili" o di servizi di accoglienza diurna per anziani.

Dal punto di vista organizzativo l'agricoltura sociale si esprime in una molteplicità di modelli, nati essenzialmente sulla base di iniziative spontanee. Si tratta, spesso, di realtà aggregate, nel senso che coinvolgono imprese o cooperative sociali agricole, ma anche servizi sanitari pubblici, associazioni e altre realtà del territorio, che utilizzano le norme attualmente vigenti a livello nazionale o regionale per formalizzare accordi o protocolli. In ogni caso, è stata da più parti rilevata la particolare attitudine di queste esperienze a "mettersi in rete".

In Italia, il fenomeno si è caratterizzato per l'affermarsi, in assenza di riferimenti normativi specifici, di forme di collaborazione tra agricoltori e mondo del sociale, «terzo settore» e cooperazione sociale, storicamente nata per promuovere l'integrazione lavorativa di fasce svantaggiate e disciplinata dalla legge 8 novembre 1991, n. 381.

Molto differenziato è inoltre il rapporto con le istituzioni, con particolare riferimento alla presenza di un esplicito riconoscimento da parte dei servizi sociosanitari.

Giova ribadire sul versante dell'erogazione dei servizi in agricoltura sociale, come le aziende che erogano servizi strutturati, quali l'ippoterapia, che comportano investimenti, ma che hanno un duplice problema: la loro competenza non è riconosciuta, a meno che non venga creata un'associazione non lucrativa di utilità sociale, perché come aziende agricole non riescono a presentarsi come interlocutore di servizi; che la loro prestazione non è completamente riconosciuta dal punto di vista economico; aziende agricole produttive, che forniscono accompagnamento e formazione all'inserimento lavorativo di soggetti a bassa contrattualità nei processi produttivi ordinari, che tuttavia non sono servizi che non richiedono investimenti specifici, ma impegno di lavoro e tutoraggio e che potrebbero avere fabbisogni in termini di strutture utili a potenziare l'attività economica e creare le condizioni di inclusione; altre realtà, come gli agriturismi, che possiedono strutture che potrebbero essere valorizzate, in una logica di mobilitazione delle risorse, per assicurare servizi alle persone. Anche secondo questa articolazione, il problema riguarda la creazione di conoscenza collettiva sul territorio e la collaborazione, cioè riuscire a mettere insieme le competenze in possesso della cooperazione sociale e degli operatori sociali con le competenze che gli imprenditori agricoli hanno nel gestire processi produttivi e fare mercato. Lo scopo è quello di creare reti in cui vi siano poli più presidiati dalle competenze sociosanitarie, dove necessario, ma connessi ad altre esperienze, progetti e reti, magari più informali, che consentano la progressiva uscita delle persone da strutture formali verso la società complessiva, in una logica di giustizia sociale e non assistenziale.

### 3.4 Mappatura delle fattorie sociali in Italia

Dall'indagine è emerso che non esistono dati complessivi sull'estensione quantitativa del fenomeno; infatti, mentre risultano iscritte 385 cooperative sociali agricole presso le camere di commercio, non sono disponibili dati complessivi sulle imprese e sulle altre forme imprenditoriali ed associative che praticano l'agricoltura sociale.

Secondo gli studi svolti da alcuni enti e università risulterebbero oltre 1000 le realtà sul territorio nazionale aventi le seguenti caratteristiche: svolgimento contestuale di attività agricola e di servizi sociosanitari; configurazione come "realtà aggregate" nel senso di coinvolgere soggetti pubblici e privati a livello locale; utilizzazione delle norme nazionali e locali in materia per formalizzare accordi, protocolli e convenzioni; svolgimento di un'attività agricola di qualità e predilezione per i canali della filiera corta. In realtà, molte di più sono le aziende vocate, pronte al passo verso l'utilizzo delle diverse abilità lavorative in chiave produttiva.

Una caratteristica delle esperienze italiane di agricoltura sociale è anche il legame con le politiche di sicurezza, con particolare riferimento alla utilizzazione delle terre confiscate alle organizzazioni mafiose e con le realtà carcerarie.

Per quanto attiene alla valutazione, l'Istituto Nazionale di Economia Agraria (INEA), ha deciso di avviare un processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle pratiche riabilitative e di inclusione sociale, sin dal 2010, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS). Essa ha avuto come *focus* quello di verificare se il settore agricolo - come settore produttivo - è in grado di offrire servizi sociosanitari in maniera efficace, producendo anche un risparmio di costi e ovviamente anche avvantaggiandosene come settore, in maniera economicamente sostenibile, o se le stesse pratiche riabilitative possono essere svolte in un contesto diverso, magari ad un costo inferiore. Sono stati presi in considerazione cinque casi di studio, individuando quattro ambiti di analisi relativi a: soggetti utenti beneficiari; soggetti (azienda, cooperativa) eroganti il servizio; famiglie degli utenti; territorio.

Dai primi risultati emergono caratteristiche comuni alle iniziative esaminate: non sono significative le superfici utilizzate, ma risulta importante la disponibilità di fabbricati perché consente sia l'opportunità di diversificare la produzione sia anche di avere momenti di socializzazione; la predilezione per produzioni a ciclo breve che permettono all'utente di vedere concretamente il risultato del suo lavoro, con maggiore intensità di lavoro e spesso biologiche per ragioni al contempo etiche, pratiche e di redditività; la diversificazione delle attività aziendali che consente di ampliare quantitativamente e qualitativamente le opportunità di collocare le persone e di entrare in relazione con il contesto esterno; la preferenza verso forme di commercializzazione attraverso canali corti di vendita o vendita diretta. La relazione con il territorio risulta diversificata, anche se sempre molto presente, mentre il rapporto con le famiglie, seppur esistente, non implica un forte coinvolgimento nelle attività.

Sempre per quanto riguarda la valutazione delle pratiche di agricoltura sociale, si sottolinea che viene a intersecarsi perfettamente con obiettivi di salute già individuati dai piani sanitari nazionali, come la promozione di stili di vita più salutari, la salvaguardia dell'ambiente e il potenziamento della tutela dei soggetti definiti «deboli» o «fragili». L'agricoltura sociale concorre efficacemente al raggiungimento di tali obiettivi, creando un circolo virtuoso, in cui salute mentale e stile di vita salutare, si potenziano vicendevolmente. Inoltre, nel campo della salute mentale, ma più in generale della disabilità, esistono esigenze che non sono soddisfatte nei luoghi tradizionali di cura e quindi la necessità di trovare nuovi percorsi di inclusione non convenzionali, sostenuti da reti di solidarietà in grado di catturare potenzialità inesprese del territorio. Anche di fronte alle nuove esigenze anche finanziarie connesse all'invecchiamento della popolazione, l'agricoltura sociale viene considerata in grado di offrire percorsi innovativi. In questo senso, l'agricoltura sociale può aiutare a colmare un vuoto, perché è in grado di generare benefici per una serie di fasce vulnerabili o svantaggiate, dando luogo a servizi innovativi che possano rispondere, da una parte, alla crisi dei sistemi di assistenza sociale, dall'altra a un problema sempre più di attualità, quello della riduzione della spesa sanitaria.

I benefici per le persone confermati da evidenze scientifiche appaiono riconducibili ad una pluralità di fattori che creano condizioni di cura o di benessere: il fattore "natura", in quanto l'esposizione e la vita all'aperto producono benessere e le persone si sentono più attive e motivate; l'importanza dell'attività fisica, con l'impegno delle persone in attività aventi uno scopo, ritmi e compiti precisi; la specificità dell'attività agricola, consistente nel prendersi cura di altri esseri viventi.

E' stata altresì valorizzata la "remunerazione" come fattore qualificante dell'attività svolta dalla persona e quindi la possibilità che da questo punto di vista offre l'agricoltura sociale, che può dare dignità a una persona fragile, inserendola nel lavoro.

Giova segnalare che nell'approccio di studio del fenomeno, vi è tuttavia la necessità di strumenti nuovi, per comprendere appieno questi nuovi percorsi, e quindi, maggiore sostegno a sperimentazioni che, utilizzando i metodi propri della ricerca, possano arrivare a mettere a punto "indicatori" di indagine che documentino i percorsi terapeutici e di inclusione sociale, attraverso le fattorie.

### **3.5 Profili qualitativi dell'agricoltura sociale**

Infine, nel corso dell'indagine stati esaminati i profili qualitativi delle iniziative di agricoltura sociale, evidenziando che si tratta di strumenti da usare con consapevolezza e professionalità. Dunque, l'agricoltura sociale va bene non per qualsiasi persona, ma per le persone che in un dato momento della loro vita ne hanno bisogno; non è sufficiente un pezzo di terra per fare agricoltura sociale, ma bisogna farlo con passione, sapendo mettere a risorsa l'appezzamento. Infine bisogna saper usare tale strumento, con risorse umane, agricole, sociali, adeguate. Infatti, per assicurare la qualità dei servizi svolti, le iniziative di agricoltura sociale presuppongono l'integrazione nell'azienda agricola di competenze e professionalità extra-agricole

adeguatamente formate, secondo modalità e strumenti che dipendono dal tipo di servizi offerti e dai modelli di relazione con le istituzioni pubbliche.

Per fare infine un breve confronto istituzionale col panorama europeo, è stato notato che l'agricoltura sociale è un fenomeno emergente in tutta Europa, che si presenta con caratteristiche molto differenziate e che è stato disciplinato nei Paesi nei quali le iniziative si sono maggiormente diffuse. Il Paese nel quale l'agricoltura sociale ha conosciuto il maggior sviluppo è senza dubbio l'Olanda, dove a partire dagli anni '90 un numero crescente di aziende private agricole ha iniziato ad offrire servizi terapeutici-riabilitativi cosiddetti "*care farms*". Il sistema di organizzazione dei servizi e il loro accreditamento hanno consentito un pieno riconoscimento sul piano nazionale. In Germania l'agricoltura sociale è praticata soprattutto nell'ambito di strutture istituzionali pubbliche e private come istituti religiosi e laici, fondazioni e servizi sociali pubblici, in genere con finalità di integrazione di soggetti disabili o con problemi sociali. In Gran Bretagna si contano numerosi esempi di giardini terapeutici non solo nell'ambito di istituzioni sanitarie, ma anche nell'ambito delle comunità locali, dove si praticano terapie con le piante, mentre le aziende agricole private sono sostanzialmente estranee al fenomeno.

### **3.6 Buone pratiche: le fattorie sociali.**

L'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro costituisce uno dei cardini delle politiche europee per l'occupazione, e fin dal 2005 il Piano d'azione della Salute mentale per l'Europa siglato ad Helsinki dagli Stati membri, ha riconosciuto l'inclusione sociale, una "pietra miliare" da realizzare. Infatti l'inserimento lavorativo, o il reinserimento costituisce spesso, l'ultima tappa e la più difficile da attuare, del percorso di un programma riabilitativo di persone svantaggiate. Da alcuni anni ormai, la Regione Campania e l'Assessorato alle Politiche sociali sono riconosciute come realtà, in cui le pratiche inclusive rappresentano una tradizione territoriale consolidata. A tale scopo con delibera di giunta regionale n. 1210/2007, proposta congiuntamente dal settore "Assistenza sociale", e "Sviluppo attività settore primario", sono state definite le caratteristiche strutturali della Fattoria sociale.

In primo luogo la fattoria sociale è qualificata alla stessa stregua di una impresa no profit che svolge attività agricola e zootecnica in maniera economicamente sostenibile, con etica di responsabilità verso la comunità e l'ambiente, favorendo l'inserimento socio lavorativo delle persone appartenenti alle fasce deboli, anche, riutilizzando laddove possibile, i beni sottratti alle organizzazioni criminali, promuovendo così, la cultura della legalità. La regolamentazione delle attività delle fattorie sociali, portatrici di azioni di sistema fortemente innovative e di interesse strategico, quali la promozione dell'inclusione nelle aree d'intervento, il sostegno dello sviluppo sostenibile in agricoltura, l'inserimento di persone appartenenti alle fasce svantaggiate, a rischio di emarginazione sociale, ha la fonte normativa nel decreto dirigenziale n. 145/2008, nonché all'istituzione del registro regionale delle fattorie sociali, pubblicato sul BURC n.21 del 26/05/2008. Stante i criteri previsti dal decreto dirigenziale 145/2008 sopracitato, risultano ad oggi, iscritte nel registro regionale delle fattorie sociali, sedici cooperative, cinque operanti nella provincia di Napoli, nei Comuni di

Napoli, Castellammare di Stabia, Acerra, Giugliano, quattro nella provincia di Salerno, nei Comuni di Tramonti, Pagani, Castiglione dei Genovesi, Valle dell'Angelo, due nella provincia di Avellino, Comuni di Pratola Serra, S. Angelo dei Lombardi, tre nella provincia di Caserta, Comuni di Sessa Aurunca, Santa Maria Capua Vetere, due nella provincia di Benevento, Comuni di Benevento, Campoli del Monte Taburno. L'azione di sistema delle Fattorie sociali si è rafforzata attraverso una programmazione partecipata, tra gli assessorati Politiche sociali e Agricoltura, attraverso l'azione "f" della misura 321 del Piano di sviluppo rurale 2007/2013, che ha espressamente previsto tra i "servizi essenziali alle persone che vivono nei territori rurali" la tipologia "f" interventi a supporto delle fattorie sociali. La partecipazione ai bandi è riservata solo alle fattorie sociali iscritte nel registro Regionale. I soggetti beneficiari attraverso la partecipazione ai bandi hanno l'opportunità di presentare attività progettuali tese al rafforzamento della dotazione strutturale, tecnica e tecnologica delle fattorie, con etica di responsabilità verso l'ambiente, nel settore agricolo, allo scopo di implementare l'inserimento lavorativo, delle persone appartenenti alle fasce deboli.

## **Capitolo IV. Strumenti di inserimento lavorativo rivolto ai cittadini con fragilità.**

### **4.1 I progetti Terapeutico-Riabilitativi individuali (P.T.R.I.)**

A partire dai primi anni del Duemila, in alcune aree della Campania, è stata avviata un'azione pionieristica per la promozione dell'integrazione sociale e lavorativa di soggetti con disabilità psichica. Questa esperienza metodologica di intervento, afferente all'area sociosanitaria, è stata sviluppata in particolare, nel territorio della provincia di Caserta, corrispondente alla ex ASL Caserta 2, grazie all'intesa partenariale tra ASL, Comuni e Terzo Settore, che hanno gestito pariteticamente le attività, principalmente in strutture confiscate alla camorra.

E' stato quindi possibile, sviluppare una serie di azioni, finalizzate all'inserimento sociolavorativo di persone con disturbo psichico, che assumono un significativo simbolico sia a livello territoriale che nazionale, perché realizzano, nel contempo, finalità pedagogiche volte al recupero della legalità, e di promozione di percorsi di inclusione, attivando percorsi integrati di autonomia e di valorizzazione individuale, in contrasto a fenomeni di crescente disoccupazione, ed esclusione sociale.

Costituiscono chiaro esempio i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali, i quali, utilizzano un metodo, che ribalta la logica assistenziale di stampo strettamente medico. Infatti, promuovono percorsi integrati, identificabili in parametri quali casa, lavoro, comunità, che creano valore aggiunto, in primo luogo sulla persona e sulla riduzione della spesa per gli interventi medicalizzanti.

La L.R. Campania, n. 1/2012, all'art. 46, si richiama proprio al metodo dei PTRI, per l'intervento domiciliare a favore di cittadini fragili, evitando così cronicizzazioni patologiche e ricoveri impropri, che inevitabilmente, comportano aggravio di spesa e inadeguati livelli di assistenza. A tal riguardo, la Giunta Regionale, con la DGRC n. 483/2012, ha approvato apposite linee guida per l'attuazione del metodo sul territorio, indicando le caratteristiche degli interventi, con un annesso sistema tariffario riferito ai livelli assistenziali (alto, medio o basso). Superata la fase di acquisizione del parere da parte della Commissione Consiliare competente, così come disciplinato nella L.R. 1/2012, trattandosi di materia sociosanitaria, contenente un sistema tariffario in carico parziale al comparto sanità, il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro in sanità, con decreto n. 16 del 11/02/2013, ha preso atto del provvedimento normativo sopraccitato, ed ha provveduto alla sua trasmissione al Ministero competente per il relativo parere tecnico.

Per accedere alla misura dei PTRI i cittadini devono seguire un apposito iter procedimentale, rivolgendosi al servizio di Segretariato Sociale, istituito nei Comuni o agli sportelli delle ASL preposti.

Di seguito gli elementi caratterizzanti e innovativi della misura sopra esposta.

### **4.2 Elementi del Progetto terapeutico riabilitativo individuale.**

Per l'applicare in modo corretto le Linee guida, occorre in via preliminare ridefinire il rapporto con gli attori privati, sinora ispirato – in modo diretto o implicito – all'istituto di delega di attribuzioni e competenze.

Nel modello attuale di comunità sociosanitaria, i Servizi Pubblici non dovrebbero delegare la gestione di competenze a soggetti privati, ma, piuttosto cercare partner per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire.

Il ruolo del partner privato non sarà quindi la produzione di un rigido (anche se articolato) set di prestazioni o di gestione di strutture più o meno protette, ma di fornire occasioni di casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate, per la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati. Al centro del sistema sarà quindi la persona con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di valori, convinzioni, scelte individuali, e non una struttura ed un organizzazione (anche se non profit). Al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie, delle relazioni.

E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità sulla riabilitazione, l'obiettivo di *ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo*.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti d'integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi, possibilmente su base locale/comunale.

La variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "*incorporata*" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni (i beni forniscono l'indispensabile mediazione d'oggetto in un percorso ri-abilitativo). Si ottiene in questo modo "capacitazione delle persone e delle comunità locali".

Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci fruitori*, volontari, lavoratori, sovventori dei destinatari dei servizi, come strategia di riattribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli. Si tratta in sostanza di evitare che qualcuno (una organizzazione) faccia qualcosa su o per qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di ottenere che qualcuno faccia qualcosa con qualcun altro (il legame), attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.

E', quindi, opportuno che il partner privato sociale – cogestore - (insieme con gli altri soggetti) promuova e sostenga la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di famigliari e di persone con disabilità sociale e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo. Si devono perciò realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse come, gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico, che mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare. Questo nella convinzione del valore terapeutico di



ricostruzione dell'identità che questo processo di recupero del protagonismo e della contrattualità sociale porta con sé.

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie ad innescare un processo di *capacità* finalizzato a ridare alla persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

Dentro questa unità di misura (budget di salute) il LEA sociosanitario, si configura non come prestazione a se stante, bensì come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità.

La centralità della persona deve orientare il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui investire (apprendimento/espressività, casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità). In tale direzione converge l'ampia mole di studi i quali, univocamente, segnalano che le prognosi positive, per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità bio-psico-sociali, sono più significativamente correlate con il funzionamento dei soggetti nelle aree citate piuttosto che con la diagnosi o la terapia medica.

#### **4.3 Gli obiettivi e i destinatari del budget di salute.**

Attraverso il budget di salute s'intendono promuovere percorsi abilitativi individuali, corrispondenti ai diritti fondamentali e di cittadinanza costituzionalmente garantiti in quattro aree:

**Apprendimento / espressività:** obiettivo delle attività consiste nell'acquisizione di abilità in precedenza non possedute e lo sviluppo delle stesse, con capacità di identificare ciò che la persona è in grado di fare.

**Casa/habitat sociale:** obiettivo da conseguire a breve medio termine ed eventuale possesso da esercitare in forma singola o associata, a seconda dei casi. Uno degli scopi del Piano terapeutico riabilitativo individuale è quello di limitare nel tempo il sostegno ed il supporto erogato per giungere alla ragionevole autogestione della persona paziente.

**Formazione/lavoro:** la costruzione di un percorso di formazione professionale e la pratica di un'attività, intesa quale inserimento e sostegno nonché costruzione reddituale degli utenti in età lavorativa.

**Socialità/affettività:** fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale attraverso reti formali e non formali.

Destinatari di tali interventi saranno i cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente aggravante a causa di malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata, concordato tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, attraverso le Unità di Valutazione Integrate, ovvero l'intersezione tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai

bisogni di salute della persona (welfare mix). Ed è basato sul diritto di scelta delle persone per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione.

#### **4.4 Ruolo del pubblico e del privato nella gestione del Piano terapeutico individuale.**

L'inserimento delle persone con disturbo psichico nei budget di salute, integra la presa in carico degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali di competenza, che si esplica attraverso una serie di attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria, quali le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali, locali.

Il metodo seguito è quello della coprogettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra enti pubblici e privato sociale, evitando in primo luogo, l'istaurarsi di meccanismi di delega o sovrapposizione, dell'uno, sull'altro; ponendo particolare attenzione a processi, procedimenti ed esiti, rispetto all'accreditamento delle strutture; promuovendo l'associazionismo e la cooperazione, per evitare l'eccessiva autoreferenzialità delle strutture, privilegiando così il sistema di offerta.

La valutazione degli esiti costituirà motivo di premialità per gli enti cogestori per dell'assegnazione dei PTRI e del costante mantenimento del budget assegnato. Il soggetto cogestore, in virtù di principi ordinamentali di autonomia, sarà infatti individuato, mediante selezione pubblica, (nella forma di bando) dalle Asl, di concerto con gli Ambiti Territoriali.

L'ingresso nell'apposito elenco è subordinata all'impegno da parte dell'ente cogestore, ad inserire stabilmente la persona in attività, che consenta, l'emancipazione, l'autonomia, attraverso la stipula di accordi con cooperative sociali di tipo b. E' previsto, inoltre, la sottoscrizione di un impegno/progetto d'investimento di risorse, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza, comprese quelle derivanti dai budget di salute nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute e riabilitazione su territori definiti.

I soggetti inseriti nell'elenco amministreranno una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall'intensità del progetto terapeutico riabilitativo individuale, assegnata ad un utente, da utilizzare per far acquisire allo stesso lo status di socio dell'organizzazione e per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice, al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso forme di semplice assistenza. La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell'interesse della persona che fruisce del servizio, con la diligenza del buon padre di famiglia.

Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico deve essere strutturato nelle tre aree d'intervento,

di cui abbiamo precedentemente parlato, apprendimento/socialità/affettività, casa/habitat sociale, formazione/lavoro, ferma restando la priorità assegnata in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale.

#### **4.5 Le tre aree/diritti**

Le tre aree/diritti corrispondono ai principali determinanti della salute, elementi che influenzano e promuovono in modo significativo il benessere, alla cui fruibilità vanno orientate le capacità/abilità della stessa.

##### **. Casa / Habitat sociale**

La Casa/Habitat sociale costituisce obiettivo da conseguire, e possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, rese disponibili per i nuovi soci in PTRI utilizzando una serie di procedimenti quali:

- 1) riutilizzando e imprenditorializzando i beni confiscati;
- 2) costituendo, in accordo con i comuni, gruppi di autocostruzione e auto recupero, individuando aree dove esercitare housing sociale, per attivare strutture con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi e simili) in comodato d'uso gratuito, oppure utilizzare l'istituto dell'enfiteusi enfiteusi ad esempio per la produzione di prodotti agricoli, con concessione di territori messi a disposizione da enti pubblici, privati e religiosi;
- 3) donazioni per scopi sociali provenienti da privati;
- 4) beni resi disponibili da soggetti privati o pubblici;
- 5) locate tra il privato e il cogestore.

In tutti i casi sopraelencati l'abitazione entra nella disponibilità dei nuovi soci attraverso l'istituto civilistico della "*negotiorum gestio*". La protezione deve essere una scelta delle stesse persone utenti e del servizio pubblico, volta al sostegno ed alla partecipazione diretta ai processi di riabilitazione e cura.

I PTRI prioritariamente orientati verso l'area casa/habitat sociale, hanno l'obiettivo di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi.

Il supporto assistenziale da parte dei servizi sanitari competenti si attua, con i livelli di intensità necessari, presso il domicilio dell'utente di PTRI .

L'uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI sostenuti da budget di salute delle organizzazione che gestiscono i servizi, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa e/o di sviluppo dell'organizzazione stessa, che deve quindi comprendere un piano d'investimento delle case per i propri soci.

I gruppi di soci coabitanti non possono superare le sei persone. Gli spazi abitativi dovranno essere confortevoli con servizi plurimi quando possibili con accesso a spazi verdi; dovranno, inoltre, essere collocati in aree, nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio.

Ogni nucleo abitativo avrà un *case manager* individuato tra i responsabili dei PTRI presenti nell'abitazione. L'individuazione avverrà con criteri concordati fra il servizio Pubblico (ASL e Servizi Sociali territoriali) e il gestore per la cogestione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali.

### **. Formazione lavoro**

L'obiettivo dell'area è la formazione professionale e la pratica di una attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva e fruizione, in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano.

Il luogo dove viene ricostruito il diritto alla formazione/lavoro deve rendere possibile lo sviluppo di microsistemi economico-sociali locali integrati e contestuali a quel luogo stesso, in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni locali del III settore e del privato imprenditoriale.

I cogestori di PTRI con BDS si attivano per attingere a fonti di sostegno del reddito delle persone in PTRI con BDS attingendo alle fonti di finanziamento strutturate nei progetti europei e regionale della "dote" per la formazione lavoro e attraverso gli sgravi fiscali previsti a norma di legge per le persone in PTRI all'art. 4 della legge 381/91.

Dovranno essere altresì ricostruiti i sistemi di protezione sociale costituiti da:

- 1) legge 104/1992;
- 2) posizione previdenziale e sociale;
- 3) assegno di accompagnamento ed ogni altro sostegno presente e futuro.
- 4) applicazione della legge 68/99 finalizzata all'inserimento lavorativo dei disabili

L'obiettivo è garantire ad ogni persona la permanenza nelle nicchie economico-sociali costruite.

### **Apprendimento, socialità, affettività**

Alla persona in PTRI con budget di salute devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali).

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa, avendo cura di identificare ciò che la persona è capace di fare, anche attraverso un bilancio delle competenze.

La persona dovrà essere sostenuta nella valorizzazione delle qualità e capacità a tutela della garanzia delle libertà di espressione politica, artistica, religiosa; La persona dovrà essere sostenuta nella formazione del concetto di autostima e di autodeterminazione condivisa tale da consentirgli la pianificazione di un progetto di vita socializzante .

La conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

In caso di necessità, dovrà essere promosso l'apprendimento di base, come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare e le esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.).

## **Capitolo V. Rete territoriale a supporto dei percorsi di inserimento: attori, ruoli e funzioni**

### **5.1 Il sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari: Asl e strutture collegate**

La complessità dei bisogni delle persone svantaggiate richiede un'azione coordinata di molteplici attori e la realizzazione di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari che offrano risposte appropriate, mirate al recupero dell'autonomia e all'inclusione sociale e lavorativa.

In tale direzione è necessario sviluppare e realizzare politiche sociali adeguate e costruire una rete di servizi sociali sul territorio per promuovere i diritti di cittadinanza delle persone con disabilità. I "nodi" e i collegamenti di una rete territoriale rispondente alle esigenze reali delle persone, dovrebbero essere costituiti dai diversi servizi qui di seguito descritti.

Con il DGRC n. 2132 del 20/06/2003 è stato approvato, in applicazione del "Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1998-2000", il "Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania" il quale ha evidenziato la necessità dare indirizzi e raccomandazioni omogenee alle AA.SS.LL. campane allo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza sanitaria. L'ASL partecipa a tavoli di progettazione con attività prettamente di programmazione, coordinamento e vigilanza sulle materie socio-sanitarie; destina risorse economiche ai Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.); il DSM, nell'ambito delle sue competenze e attraverso le Unità Operative di Salute mentale (UOSM), contribuisce alla creazione di una collaborazione con gli altri enti coinvolti; valuta adeguatamente, dalla fase iniziale del progetto personalizzato, le potenzialità e le abilità possedute dalle persone con disabilità psichiatrica, affinché possano essere tradotte in effettive capacità lavorative, agisce "culturalmente" nella direzione del superamento dei pregiudizi sulla malattia mentale e di lotta allo stigma. L'UOSM, con competenza distrettuale o pluridistrettuale, nell'adempimento del piano aziendale, adottato dal DSM, svolge in maniera integrata tutti i compiti a essa affidati mediante diverse articolazioni organizzative come i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Centri Diurni (C.D.), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) e altri. L'U.O.S.M. individua la situazione lavorativa più idonea, tenendo conto, delle specifiche caratteristiche del soggetto e indirizza gli utenti; attua azioni positive per la soluzione dei problemi connessi con gli ambienti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro; accompagna il soggetto nella fase di inserimento lavorativo; verifica, mediante il tutor designato, che l'andamento dell'inserimento lavorativo sia in linea con il progetto terapeutico riabilitativo. A supporto dei percorsi di inserimento lavorativo concorre altresì l'utilizzazione dei fondi CIPE (Comitato interministeriale per la Programmazione Economica) che vengono assegnati alle ASL con Decreto commissariale e la cui utilizzazione è disciplinata da specifiche disposizioni emanate dall'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria, Settore Interventi a favore di Fasce Socio-sanitarie particolarmente deboli. I DSM, per accedere al fondo, presentano un piano operativo agli organismi competenti della Regione. Il piano operativo che diventa oggetto di discussione nell'ambito di un incontro programmatico con tali organismi definisce:

- tutte le azioni indirizzate al sostegno delle fasce deboli;

- i relativi tempi di realizzazione, scanditi da un crono programma;
- gli obiettivi, il cui raggiungimento deve essere dimostrato tramite l'uso di indicatori appropriati e predefiniti;
- il piano economico, con il quale viene definita la destinazione del fondo.

Nell'ambito delle azioni definite dai piani operativi finanziati dal CIPE viene data una certa rilevanza a quelle finalizzate all' empowerment del paziente psichiatrico per la partecipazione alla vita sociale (borse lavoro, tirocini formativi, interventi socializzazione).

## 5.2 Gli Enti locali

In relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, gli enti locali collaborano con proprie specifiche risorse alla realizzazione del citato Progetto Obiettivo. Nello specifico dei servizi destinati alle persone con disagio psichico, la Regione promuove interventi volti a:

- a) rimuovere ogni forma di stigma che limiti o ostacoli il pieno godimento dei diritti per promuovere azioni di inclusione sociale che garantiscano pari opportunità lavorative.
- b) sostenere il miglioramento della qualità della vita attraverso progetti personalizzati rivolti alla formazione e all'inserimento nel tessuto produttivo e nei normali circuiti di vita relazionale, di accrescimento delle capacità e delle abilità individuali e familiari, al conseguimento del massimo livello di vita autonoma;
- c) sostenere le famiglie che hanno al proprio interno persone con disagio psichico e promuovere forme di auto-aiuto, da realizzare attraverso interventi di educativa territoriale, di assistenza domiciliare/integrata e interventi di sostegno economico all'interno di un progetto personalizzato.

La legge regionale n. 11/2007 prevede il sostegno alle persone con disagio psichico, promosso e garantito dai comuni, attraverso progetti individualizzati e metodologie unitarie di ascolto e di presa in carico.

Al fine di assicurare la realizzazione di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari, la Regione Campania individua, quali strumenti funzionali alla cooperazione ed all'azione coordinata fra enti locali, la ripartizione del territorio regionale in Ambiti territoriali e relativi **Uffici di Piano** nei Piani Sociali di Zona di cui all'articolo 19 della L.R. 11/2007, il piano sociale regionale di cui all'articolo 20 ed il piano di zona di ambito di cui all'articolo 21 della stessa legge regionale. La regione Campania definisce quali ambiti territoriali le ripartizioni del territorio regionale coincidenti con i distretti sanitari o loro multipli purché rientranti nella medesima ASL, e li determina, previa concertazione con gli enti locali, con provvedimento della Giunta regionale. Il coordinamento istituzionale è deputato alla funzione d'indirizzo programmatico, coordinamento e controllo alla realizzazione della rete integrata d'interventi e servizi sociali. E' composto, per ciascuno degli ambiti territoriali, dai sindaci dei comuni associati, dal presidente della provincia e, dal direttore generale della ASL di riferimento. Il piano di zona di ambito è lo strumento di programmazione e di realizzazione locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali. E' adottato con cadenza triennale, entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di ciascun triennio, nel rispetto del piano sociale regionale, attraverso accordo di programma sottoscritto dai comuni associati in ambiti territoriali e dalla provincia e sottoscritto in

materia di integrazione sociosanitaria, dalla ASL di riferimento. La Regione Campania assume il piano di zona quale progetto integrato e individua, nei programmi di finanziamento comunitari ed in altri strumenti o atti di pianificazione e di sviluppo territoriale, le risorse finanziarie aggiuntive rispetto a quelle previste dalla L.R. 11/2007, finalizzate alla sua realizzazione.

Il P.D.Z. deve coerentemente e necessariamente prevedere delle strategie che riconducano ad unitarietà le diverse politiche, i diversi interventi, le diverse responsabilità e le diverse competenze.

Da quanto sopra esposto, è possibile offrire qualche spunto:

- è necessario agire oltre che su un piano culturale anche su un piano strategico operativo attraverso azioni e progetti concreti tesi ad attrezzare tutte le componenti del sistema in modo che possano effettivamente corrispondere all'obiettivo di maggiore integrazione organizzativa e istituzionale con una serie di strumenti quali protocolli, accordi, intese in grado di sostenere sul piano formale, organizzativo ed istituzionale, il reale funzionamento della rete e di consolidarla nelle prassi operative.

Gli ambiti di integrazione maggiormente ricorrenti ed anche disciplinati sotto il profilo normativo ed approfonditi sono quelli dell'integrazione sociosanitaria e di quella socio educativa, dell'istruzione, delle politiche giovanili, mentre costituisce ambito di più recente sistematizzazione, anche normativa, quello dell'integrazione con le politiche del lavoro e dei servizi per l'impiego.

- gli accordi devono prevedere nell'area delle Azioni di Sistema, e specificatamente per quanto attiene al consolidamento della rete dei Raccordi interistituzionali nell'ambito dell'area tematica lavoro - disagio adulto, i seguenti obiettivi:

- a) definizione in sede locale del Sistema pubblico dell'inserimento lavorativo e collocamento mirato;
- b) elaborazione di metodologie di rete applicabili all'inserimento lavorativo nell'area dello svantaggio e disagio adulto;
- c) individuazione e sperimentazione di strumenti a sostegno dell'economia sociale e giuridici di rapporto pubblico privato;
- d) sperimentazioni di inserimento lavorativo di fasce deboli.

### **5.3 I centri per l'impiego e il collocamento mirato**

Nell'ambito dell'applicazione della legge 68/99 i Centri per l'Impiego (CPI) promuovono i tirocini formativi, rilevano i posti di lavoro disponibili e le loro caratteristiche per permettere un più facile incontro domanda/offerta nel collocamento mirato, promuovono la legge 68/99 diffondendo informazioni sul suo funzionamento anche presso i privati, collaborano con le cooperative, le aziende e i DSM alla programmazione e alla gestione di percorsi individualizzati d'integrazione lavorativa di soggetti disabili. Il D. Lgs. 469/97, preceduto dalla legge Bassanini, sostituisce l'ufficio di collocamento con il CPI. Tra le funzioni affidate al nuovo centro emerge il cosiddetto "collocamento mirato", istituito con la legge 68/99 che si pone l'obiettivo di costituire percorsi individualizzati di inserimento lavorativo per soggetti disabili.



Le persone con disabilità o appartenenti alle categorie protette, alla ricerca di un'occupazione, possono iscriversi negli elenchi del collocamento mirato tenuti dalla Provincia presso la quale hanno il proprio domicilio. Per Collocamento Mirato si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone portatrici di disabilità o di altre forme di svantaggio nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto di lavoro a loro più adatto. Il collocamento mirato è disciplinato dalla Legge 12 marzo 1999 n.68 che stabilisce gli obblighi occupazionali delle aziende pubbliche e private, relativamente alla quota dei posti di lavoro da riservare ai diversamente abili, e ad altre categorie svantaggiate di persone in cerca di occupazione. Possono iscriversi al registro del collocamento mirato le persone disabili quali:

- Invalidi civili (invalidità superiore al 45%);
- Invalidi del lavoro (invalidità superiore al 33%);
- Invalidi per servizio;
- Persone non vedenti e non udenti (cecità assoluta, o con residua capacità visiva max 1/10 ad entrambi gli occhi con eventuale correzione);
- Invalidi di guerra, invalidi civili di guerra ed invalidi per servizio;

Possono iscriversi, inoltre, i seguenti soggetti "svantaggiati":

- Orfani (o equiparati) per cause di servizio di dipendenti di PP.AA;
- Orfani per lavoro, di dipendenti del settore privato, compresi gli orfani per il sisma del 1980, e sciagure marittime;
- Orfani di guerra;
- Vedove per cause di servizio;
- Vedove per cause di lavoro;
- Vedove di guerra;
- Coniugi e figli di grandi invalidi di servizio equiparati vedove e orfani (l'iscrizione è consentita esclusivamente in via sostitutiva dell'avente diritto a titolo principale - il grande invalido - oppure quando questi sia stato cancellato dagli elenchi del collocamento obbligatorio senza mai essere stato avviato ad attività lavorativa, per causa non imputabile al medesimo);
- Coniugi e figli di grandi invalidi del lavoro equiparati vedove e orfani (l'iscrizione è consentita esclusivamente in via sostitutiva dell'avente diritto a titolo principale - il grande invalido - oppure quando questi sia stato cancellato dagli elenchi del collocamento obbligatorio senza mai essere stato avviato ad attività lavorativa, per causa non imputabile al medesimo);
- Profughi italiani rimpatriati;
- Soggetti che hanno riportato una invalidità permanente in conseguenza di atti di terrorismo o di criminalità organizzata e, in caso di morte di questi ultimi, il coniuge e i figli superstiti, qualora siano gli unici superstiti;
- centralinisti non vedenti come indicato da legge n.138/2001;
- massofisioterapisti e terapisti della riabilitazione non vedenti 11 gennaio 1994 n. 29.

Possono iscriversi nell'elenco tenuto dall'Ufficio dei Servizi per l'Impiego i lavoratori disabili o i soggetti "svantaggiati" prima descritti che abbiano compiuto i 15 anni e non abbiano superato i limiti di età pensionabile previsti dalle leggi; anche i cittadini stranieri non comunitari disabili, regolarmente presenti in Italia, possono richiedere l'iscrizione. Oggi, nonostante i numerosi sforzi compiuti dalle amministrazioni coinvolte (Provincia, INPS, ASL,) si assiste ancora, ad una serie di inefficienze dall'apparato amministrativo per ciò che concerne l'acquisizione della documentazione utile al lavoratore per poter procedere con l'iscrizione alle liste di cui alla L.68/99. In particolare il lavoratore è costretto a seguire un complesso e farraginoso iter amministrativo che lo porta a conseguire certificazioni relative al proprio stato invalidante, documenti che sono poi necessari e quindi requisiti fondamentali all'iscrizione ed al seguente avviamento al lavoro. Infatti, il lavoratore che desidera iscriversi deve presentare inizialmente domanda all'INPS, per ottenere il verbale di accertamento delle condizioni di disabilità, tale verbale è frutto dell'incontro che la persona disabile ha presso una preposta commissione ASL integrata da un medico INPS (L.102 del 2009). Successivamente lo stesso, per espletare l'iscrizione al collocamento mirato necessita di una ulteriore certificazione nota come "Diagnosi Funzionale" DPCM 2000, la quale riporta le abilità della persona e le specifiche residue capacità lavorative. Acquisita tale documentazione ed in possesso dello stato di disoccupazione certificato dal Centro Per l'Impiego ai sensi della L.181/2000, può recarsi presso i servizi per l'impiego che si occupano del collocamento mirato per ottenere l'iscrizione alle liste di cui all'art.8 L.68/99. Sarebbe auspicabile che gli attori componenti la rete promossa all'interno della presente iniziativa attivassero protocolli adeguati per snellire l'iter procedimentale che coinvolge il lavoratore e più enti che partecipano al processo. Uno snellimento procedurale, potrebbe essere rappresentato dalla possibilità di utilizzare un unico incontro con la commissione medica preposta, al fine di accertare e redigere verbale di invalidità e diagnosi funzionale. Sarebbe auspicabile raccordare tale incontro anche agli interventi propedeutici che i DSM hanno compiuto nelle fasi precedenti di accompagnamento e sostegno del lavoratore. Si pensi anche alle difficoltà riscontrate dal lavoratore nel dover seguire l'iter burocratico attraverso la compilazione di modelli di richiesta/istanza (spesso contenenti informazioni ridondanti) relativi a: verbale di accertamento dell'invalidità, diagnosi funzionale, iscrizione al collocamento ordinario, iscrizione al collocamento mirato. Snellire e rendere più efficiente tale fase burocratica ed amministrativa potrebbe contribuire a lasciare maggior tempo e risorse agli operatori del settore verso attività di orientamento, presa in carico e supporto del lavoratore che qualificerebbero diversamente l'attività delle strutture fornendo un differente servizio alla persona. Completato l'iter relativo all'iscrizione, i servizi per l'impiego sono in possesso di tutti i documenti che non solo accertano l'invalidità del lavoratore, ma consentono anche di conoscere le abilità nonché le residue capacità lavorative per dar luogo realmente ad un inserimento mirato. Nel caso di avviamenti al lavoro infatti, i servizi per l'impiego richiedono al datore di lavoro di compilare una scheda dettagliata delle mansioni e abilità richieste e del profilo relativo all'offerta di lavoro, tale scheda unitamente alla documentazione accertante l'invalidità (verbale e diagnosi funzionale) viene sottoposta alla valutazione del Comitato Tecnico art. 6 L.68/99 che valuta l'idoneità dell'inserimento

lavorativo e fornisce eventuali prescrizioni cui il datore di lavoro deve attenersi nell'impiegare il lavoratore. Ciò a tutela sia del lavoratore che dell'Impresa/Ente coinvolti nell'avviamento al lavoro.

Gli uffici provinciali per il lavoro che si occupano del collocamento mirato offrono i seguenti **servizi** ai lavoratori:

- informazioni, consulenza e assistenza per l'iscrizione alle liste del collocamento mirato;
- rilascio di tutte le certificazioni previste dalla legge;
- colloquio per la definizione del proprio profilo socio-lavorativo, informazioni sulle diverse opportunità di avviamento al lavoro, assistenza alla compilazione dei curricula per le autocandidature e per il servizio di preselezione dei lavoratori fornito alle aziende;
- pubblicazione bandi e graduatorie per le offerte di lavoro con avviamento numerico;
- verifica delle scoperture aziendali e degli obblighi occupazionali delle aziende.

Il Collocamento Mirato è rivolto anche alle Imprese, infatti, le aziende (e gli Enti Pubblici) presso questo ufficio possono:

**Proporre la stipula di convenzioni:** La convenzione è uno degli strumenti introdotti dal legislatore del 99 per attuare le finalità del "collocamento mirato". Attraverso la stipula di apposite convenzioni i datori di lavoro pubblici e privati, soggetti agli obblighi ma anche non soggetti, hanno la possibilità di concordare con gli Uffici i tempi e le modalità di assunzioni e di "ritagliare" per il lavoratore svantaggiato la giusta collocazione all'interno del sistema produttivo. La convenzione, inoltre, rappresenta l'unico mezzo per poter inserire soggetti affetti da patologie psichiche (art. 9 L.68/99 comma 4).

**Richiedere il rilascio dei nulla osta per le richieste nominative:** L'impresa ha la possibilità di presentare agli uffici dei servizi per l'impiego una richiesta per il rilascio di un provvedimento di avviamento al lavoro attraverso modalità nominativa. Tale provvedimento viene anche identificato come nulla osta.

**Presentare il Prospetto informativo:** Il prospetto informativo è una dichiarazione che le aziende e gli enti pubblici con almeno 15 dipendenti devono presentare al servizio provinciale competente, indicando la propria situazione occupazionale rispetto agli obblighi di assunzione di personale disabile e/o appartenente alle altre categorie protette, insieme ai posti di lavoro e alle mansioni disponibili, come previsto dalla legge 68/99. La finalità è quella di condividere con l'ufficio dei servizi per l'impiego tutte le informazioni utili ad attuare quanto previsto dalla legge a proposito di inserimenti lavorativi adeguati alle necessità e caratteristiche delle aziende e delle persone destinatarie, ed in particolare:

- il numero complessivo di lavoratori dipendenti in forza all'azienda;
- la base di computo, ovvero il numero di dipendenti rilevante per stabilire la quota di riserva;
- il numero e i nominativi delle persone disabili e appartenenti alle altre categorie protette già alle dipendenze dell'azienda ;
- il numero di posti di lavoro e relative mansioni disponibili per persone disabili e appartenenti alle altre categorie protette per arrivare ad un completo adempimento dell'obbligo.

**Trasmettere Comunicazioni obbligatorie:** Le comunicazioni obbligatorie (CO) sono quelle che i datori di lavoro pubblici e privati devono trasmettere in caso di assunzione, proroga, trasformazione e cessazione dei rapporti di lavoro.

Il nuovo sistema telematico sostituisce le vecchie modalità di comunicazione che le aziende inoltravano ai Centri per l'impiego, all'Inps, all' Inail e al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali come previsto dalla Legge Finanziaria per il 2007. Con il sistema informatico CO non è più necessario inviare differenti comunicazioni cartacee, basta compilare un unico modello.

**Richiedere l'avviamento di procedura numerica:** Nel caso di avviamento tramite procedura numerica l'impresa non svolge colloqui di selezione, ma si limita ad ottemperare all'assunzione nel momento in cui l'ufficio dei servizi per l'impiego invia i nominativi delle persone selezionate tramite avviso pubblico, una volta evase le procedure di selezione dei candidati e gestiti eventuali ricorsi

**Richiedere l'avviamento di procedura nominativa (preselezione):** Nel caso in cui l'impresa sia tenuta ad assumere un soggetto appartenente a categoria protetta tramite procedura nominativa, può chiedere all'ufficio dei servizi per l'impiego di attivare un servizio di preselezione, indicando il profilo richiesto e gli eventuali altri requisiti, professionali e non, che la persona deve possedere. L'Ufficio, in tal caso, pubblica un Avviso invitando i soggetti appartenenti alla categoria protetta interessata, a presentare la propria adesione ed il proprio curriculum professionale.

**Richiedere agevolazioni:** il Fondo Nazionale per il diritto al/lavoro dei disabili (art. 15, legge 12 marzo 1999, n. 68 e Decreto del Ministero del Lavoro/Ministero del Tesoro 13 gennaio 2000 n. 91). Possono beneficiare delle agevolazioni e degli incentivi i datori di lavoro privati, anche non soggetti agli obblighi determinati dalla legge n. 68/99 che, nel contesto di una convenzione, presentano programmi per l'assunzione di persone disabili

**Richiedere la certificazione di ottemperanza agli obblighi:** Il certificato di ottemperanza è un documento attraverso il quale l'ufficio competente (Provincia in cui ha sede legale l'azienda) certifica che il datore di lavoro è in regola con gli obblighi previsti dalla legge 68/99. La legge stabilisce che la certificazione dell'ottemperanza sia necessaria in tutti i casi in cui un'impresa

pubblica o privata partecipi a bandi per appalti pubblici o intrattenga rapporti convenzionali o di concessione con pubbliche amministrazioni. Per essere considerati in regola con gli obblighi previsti in materia di collocamento delle persone con disabilità e appartenenti ad altre categorie protette occorre:

- aver presentato regolarmente il prospetto informativo;
- avere la quota di riserva interamente coperta con assunzioni oppure aver attivato, a fronte di ogni singola scopertura, strumenti ed adempimenti atti a dimostrare la volontà di ottemperare all'obbligo (richieste di assunzione, convenzioni, esoneri parziali, ecc).

**Richiedere la sospensione:** Il diritto a richiedere la sospensione dagli obblighi di assunzione dei disabili, sorge nei seguenti casi:

- quando l'impresa ha chiesto e ottenuto il riconoscimento del trattamento straordinario di integrazione salariale (artt.1 e 3 della Legge 23 luglio 1991, n. 223). In questo caso gli obblighi sono sospesi per la durata dei programmi contenuti nella richiesta di intervento, in proporzione all'attività lavorativa effettivamente sospesa e per il singolo ambito provinciale;
- quando l'impresa abbia avviato la procedura di mobilità di cui agli artt.4 e 24 della Legge 23 luglio 1991, n. 223. In questo caso gli obblighi sono sospesi per la durata della procedura di mobilità e, nel caso in cui la stessa si concluda con almeno cinque licenziamenti, gli obblighi sono parimenti sospesi per il periodo in cui permane il diritto di precedenza all'assunzione disciplinato dall'articolo 8 della medesima legge e dal Decreto Legislativo 297/02 (il diritto di precedenza permane per 6 mesi).

Entro sessanta giorni dalla cessazione del beneficio della sospensione, che coincide con la durata dei citati trattamenti, il datore di lavoro deve presentare la richiesta di avviamento per l'ottemperanza degli obblighi di cui alla Legge 68/99.

**Richiedere il computo o riconoscimento in quota d'obbligo:** Il riconoscimento si attua quando il datore di lavoro si accorge di avere all'interno del suo organico lavoratori disabili o assunti al di fuori delle procedure del collocamento mirato o invalidati in costanza di rapporto di lavoro in conseguenza di infortunio o malattia che non siano stati determinati da violazione delle norme di sicurezza e igiene del lavoro da parte dello stesso datore di lavoro. In questi casi, il datore di lavoro, pubblico o privato, può richiede la computabilità nella quota di riserva degli stessi (articolo 4, comma 4 della Legge 68/99). Al fine del riconoscimento la riduzione della capacità lavorativa di tali lavoratori non dovrà essere inferiore al 60% nel caso di invalidi civili o al 34% nel caso di invalidi del lavoro.

## **Ricevere informazioni e consulenza su normativa ed incentivi all'assunzione, progetti ed interventi di inserimento lavorativo presenti sul territorio.**

Ogni Provincia organizza e struttura in modo autonomo i servizi per l'impiego rivolti al collocamento mirato. In particolare sussistono due possibili modelli operativi:

- il primo in cui i servizi di collocamento mirato vengono forniti da una struttura centrale che garantisce il servizio sull'intero territorio provinciale. Tale struttura opera in maniera coordinata con i CPI che svolgono solo una funzione di prima interfaccia con l'utente e di inoltro delle pratiche verso la struttura centrale
- Il secondo modello decentrato, in cui i servizi vengono erogati direttamente dai singoli centri per l'impiego

Il Centro per l'impiego è un ufficio pubblico con il quale le Province gestiscono e controllano il mercato del lavoro locale. Il CPI eroga e promuove offerte di lavoro delle aziende pubbliche e private, mettendo in contatto domanda ed offerta in un mercato sempre più ramificato e complesso.

Il D. Lgs. 469/97, preceduto dalla legge Bassanini ha sostituito il CPI all'Ufficio di collocamento per quanto riguarda compiti e funzioni ad esso relativi. Il CPI è sostanzialmente una delle numerose strutture, attraverso le quali la Regione svolge le sue funzioni.

I compiti principali Centro per l'impiego sono:

- mediare tra domanda e offerta di lavoro;
- informazione, orientamento e consulenza per tutti coloro che vivono nel territorio e necessitano di delucidazioni relative al settore lavorativo;
- sostegno e informazione circa il collocamento dei lavoratori per l'inserimento nel mondo del lavoro.

Inoltre ha competenza in materia di lavoratori disabili, lavoratori vincitori di concorso pubblico, iniziative per incrementare il lavoro femminile.

Il Centro per l'impiego è presente in tutto il territorio nazionale. Infatti ogni Regione in base alla dimensione del territorio e allo stato locale del settore lavoro, hanno creato sedi decentrate sul territorio locale allo scopo di essere più vicini alle esigenze di persone ed aziende.

**Le Pubbliche Amministrazioni e gli Enti Pubblici non economici** sono tenuti ad adeguarsi all'obbligo di assunzione di persone appartenenti alle categorie protette, previa verifica circa la sussistenza delle condizioni di assunzione nel settore pubblico previste dall'ordinamento vigente in materia (art. 7 DPR 333/00). La richiesta di avviamento a selezione deve essere inoltrata entro 60 giorni dall'insorgenza dell'obbligo e nello stesso termine deve essere presentato il Prospetto informativo della situazione del personale.

Per quanto riguarda il numero di disabili che il datore di lavoro è tenuto ad assumere è lo stesso sopra citato per le imprese, mentre è diversa la procedura di avviamento.

**Procedura di avviamento Imprese:** Per coprire la quota di riserva tramite inserimento in organico di lavoratori disabili le imprese possono ricorrere o alla chiamata nominativa o all'avvio numerico:

- La richiesta nominativa è una modalità di assunzione che permette al datore di lavoro di scegliere il lavoratore disabile da assumere alle proprie dipendenze;
- L'avvio numerico è previsto dalla L. 68/99 come strumento di inserimento lavorativo alternativo/integrativo alla chiamata nominativa ed è disposto d'ufficio dalla Provincia, sulla base della pubblicazione di un Avviso Pubblico e della valutazione dell'ordine della graduatoria valutando la compatibilità del soggetto con le mansioni aziendali disponibili.

Per i disabili con patologia psichica la richiesta di avviamento è sempre nominativa mediante convenzione di integrazione lavorativa.

**Procedura di avviamento Enti pubblici:** Per coprire la quota di riserva tramite inserimento in organico di lavoratori disabili gli enti pubblici sono obbligati, a seconda dei casi, a ricorrere ad una delle seguenti procedure:

- 
- Avviamento numerico per chiamata con avviso pubblico;
- Riserva nei concorsi;
- Richiesta nominativa mediante convenzione

Per le sanzioni (oltre a quelle sopra citate per le imprese) si applicano anche le sanzioni penali, amministrative e disciplinari previste dalle norme sul pubblico impiego.

#### **5.4 La cooperazione sociale**

Nonostante la crisi del Welfare State risalga agli anni '70, e in Italia, il processo di affermazione e sviluppo degli organismi del No Profit (terzo settore o privato sociale), inizia dai primi anni '90, ancora oggi si avverte forte la necessità di lavorare per superare la visione tradizionale della sanità come rimozione delle condizioni di malattia in favore di un sistema integrato di servizi volto a dare risposte in termini di “Salute” alla persona e alla famiglia attraverso una politica attiva di prevenzione e di promozione del benessere.

Per far ciò è necessario prevedere il coinvolgimento di tutti gli attori locali attraverso un passaggio dal Welfare State ad un Welfare Mix inteso quale pluralità di soggetti che affiancano sempre più la Pubblica Amministrazione nella concreta attuazione delle politiche sociali.

A tal proposito nel 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il *Libro bianco sul futuro del modello sociale*. Il Libro bianco contiene significativi riferimenti agli attori sociali del nuovo sistema di welfare. In particolare, al terzo settore – inteso come comprendente Associazioni dei pazienti e dei familiari, con le quali condividere fin dall'inizio la partecipazione attiva e la programmazione

dei servizi, gruppi di volontariato, imprese sociali, fondazioni e corpi intermedi – viene riconosciuta “la capacità d’interpretare i bisogni dei singoli e di farsene carico, trovando soluzioni innovative ad essi, in virtù della sua peculiare capacità di «produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità”.

Nello specifico, le Associazioni rappresentano un grande sostegno sia per i pazienti che per la Famiglie nella gestione di cura, e la cooperazione sociale di tipo B è storicamente candidata, e quindi nata, per sopperire alla mancanza di opportunità di ingresso nel mondo del lavoro dei sofferenti psichici. In tutta Europa le cooperative B sono molto diversificate, infatti, esistono quelle di inserimento lavorativo, quelle di orientamento al lavoro, i cosiddetti “laboratori protetti.” In Italia, la L. Biagi n° 68 artt. 12 – 12bis- 13, costituisce un chiaro segnale, per i sofferenti psichici, nonostante il periodo post Basaglia: per queste persone, l’ingresso nel mondo del lavoro “regolare” resta un ideale ancora lontano da perseguire. Le ragioni del perché risiedono nelle numerose difficoltà insite della malattia mentale, e nell’enorme complessità del mercato del lavoro attuale, sempre più competitivo e selettivo, di difficile accesso, anche per i non occupati, i giovani, le donne. A complicare il mercato, intervengono difficoltà legate ai fenomeni dell’“emersione” e del lavoro nero, questo, rende ancor più difficile l’ingresso ai pazienti psichiatrici. Fino a che non si ottenga un’auspicata e reale, pari opportunità di ingresso e mantenimento nel segmento profit, le cooperative B, possono essere determinanti per l’inserimento. La Regione Campania, gli Enti territoriali, le Provincie e i Centri per l’impiego, e tutte le parti sociali coinvolte possono fare molto per sostenere le cooperative sociali di tipo B. Da quanto sopra esposto, è possibile offrire qualche spunto:

- a) Attuazione della legge 381/91: La Regione Campania è l’unica regione in Italia che non ha recepito la Legge. La legge è un eccezionale strumento di sostegno che permettere agli Enti Locali di affidare commesse direttamente alle cooperative per la gestione di servizi di diverse tipologie, allo scopo di superare il gap competitivo con le aziende profit che hanno inevitabilmente maggiore competitività.
- b) Protocolli di Intesa con le aziende Profit. La morfologia delle cooperative B è prevalentemente formata da piccole cooperative, poco patrimonializzate, con livelli di produttività molto qualitativi, con scarsa competizione nella commercializzazione dei prodotti e servizi. Quindi un protocollo con aziende grandi ex: stazioni, centri commerciali, aeroporti, stazioni marittime, dove si dà spazio alla vendita dei prodotti/servizi delle cooperative B potrebbe essere un grande sostegno.
- c) Protocolli di Intesa con Centri per l’Impiego per trovare soluzioni comuni di facilitazione all’iscrizione e all’orientamento lavorativo.
- d) Protocolli di Intesa con le Politiche socio-sanitarie, dove nei percorsi terapeutici sia inglobato l’obbligo di intervento di inclusione al lavoro.
- e) Protocollo di Intesa con le scuole di I° e II° grado di percorsi molto precoci con la rete territoriale.
- f) Protocolli di Intesa con le Agenzie di competenza imprenditoriale, come le Camere di Commercio, Confartigianato, Confcommercio, solo per citare alcuni esempi, che potrebbero creare percorsi comuni con i propri associati, che possano essere di stimolo, incentivo, per ottenere l’obiettivo della mobilitazione culturale rispetto al problema.



## **5.5 Parti sociali, le associazioni datoriali ed enti di formazione.**

### **Organizzazioni sindacali confederali**

Le diverse organizzazioni sindacali all'interno della rete territoriale rappresentano un nodo cruciale sia per i rapporti che hanno con le imprese in quanto fungono da collante tra lavoratori e queste ultime, sia perché collaborano con le organizzazioni datoriali e offrono servizi di orientamento al lavoro ai cittadini anche diversamente abili.

La Cisl da sempre ha una forte attenzione sui temi dell'handicap ed è impegnata all'interno di un percorso mirato, da una parte alla promozione e allo sviluppo di politiche di inclusione attiva dei disabili nel mondo del lavoro e della società, dall'altra al superamento di fenomeni di discriminazione sociale e lavorativa.

Le aree tematiche all'interno delle quali si concretizza l'impegno politico della CISL concernono le barriere architettoniche, il trasporto, l'integrazione scolastica, l'inserimento lavorativo, i diritti del lavoratore disabile, il tempo libero e turismo, l'accessibilità dei servizi sociali e sanitari, il sostegno alla non autosufficienza.

Nelle strutture territoriali sindacali inoltre, queste stesse aree si articolano in altrettante molteplici iniziative di dibattito, studio e analisi dei problemi concreti che incontrano le persone con disabilità, nella realtà locale. L'obiettivo è quello di elaborare specifiche proposte orientate alla riorganizzazione delle politiche sociali, educativo-formative e del lavoro, nonché alla ridefinizione di specifici servizi del territorio, al fine di renderli accessibili e fruibili da tutti i cittadini, garantendo a tutti la possibilità di partecipazione e di protagonismo alla vita collettiva.

La CGIL Campania ritiene che le Organizzazioni Sindacali Confederali possono dare un contributo importante all'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici/psichiatrici, attraverso la loro presenza nelle commissioni regionali e provinciali che si occupano di politiche attive del lavoro e nell'ambito della contrattazione collettiva territoriale e aziendale.

Riguardo alle politiche attive, si dovranno analizzare nuovi e più incisivi criteri per l'utilizzo dei fondi regionali a ciò destinati con particolare attenzione alle azioni che servono all'attività di tutoraggio, di accompagnamento e all'aiuto dell'apprendimento

Un ruolo essenziale inoltre può essere svolto insieme alle RSU (rappresentanze sindacali unitarie) o in assenza dalle RSA, in particolare per:

- favorire attraverso la contrattazione ed il dialogo aziendale, un monitoraggio costante dell'applicazione della Legge 68/99 e gli eventuali posti di lavoro da coprire;
- sperimentare soluzioni organizzative/contrattuali per consentire alla persona svantaggiata facilitazioni che possano portare all'inserimento e alla successiva stabilizzazione del rapporto di lavoro;

- promuovere tra i colleghi di lavoro una cultura dell'inclusione sociale verso le fasce più deboli del mondo del lavoro;
- aiutare l'inserimento lavorativo dei disabili, collaborando con gli operatori dei servizi pubblici preposti all'inserimento;

Un sicuro sostegno all'inserimento dei disabili con problemi psichici/psichiatrici, può avvenire nell'ambito della contrattazione sociale territoriale. Si tratta di sedi di confronto con interlocutori pubblici e privati, su problemi che interessano i lavoratori in quanto cittadini, in particolare per migliorare i servizi alle persone (socio-sanitari, trasporti, politiche attive, ecc..).

Collegare la contrattazione aziendale e le politiche territoriali, rappresenta un terreno decisivo per fare un salto di qualità nell'offerta di servizi socio-lavorativi alle persone con disabilità (più in generale alle persone svantaggiate); significa mettere in rete il sistema di Welfare territoriale con la realtà aziendale, attraverso una rinnovata cultura nei rapporti tra azienda/sindacato e territorio, basata sulla solidarietà, il riconoscimento dei diritti di cittadinanza e la responsabilità sociale nei confronti dei soggetti più deboli della società.

### **Organizzazioni datoriali**

Le organizzazioni datoriali svolgono tra i vari compiti che si sono dati quello previsto dallo statuto di rappresentare e tutelare gli interessi degli associati. All'interno delle associazioni che si caratterizzano come organismi confederali si strutturano, secondo modelli organizzativi che prevedono una gerarchia territoriale di tipo piramidale top down, differenti tipologie di servizio. È importante soffermarsi, in questa sede, sul ruolo di raccordo che esse svolgono tra le imprese e i diversi attori del mondo istituzionale, politico e sociale. L'attenzione alle politiche sociali deriva, per tali soggetti, non già dalla funzione di rappresentanza degli interessi di impresa ma dalla presenza, al loro interno, dei patronati che si occupano di prestazioni socio-previdenziali a favore dei cittadini. Anche se ad una più attenta analisi emerge un aspetto per il quale la connotazione sociale viene in rilievo anche per il sistema di impresa: la responsabilità sociale d'impresa. Il raggio d'azione delle associazioni datoriali è, dunque, molto ampio ma ciò che motiva e sostanzia la loro presenza nella rete è da circoscrivere a due aspetti: la rappresentanza delle imprese quali soggetti che reclutano forza lavoro e i patronati quali attori riconosciuti e accreditati per erogare prestazioni sociali. Nel primo caso le associazioni intervengono attraverso una funzione di sensibilizzazione e informazione ai propri associati affinché gli strumenti legislativi esistenti che incentivano l'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico (ho ripreso il termine scelto nel titolo ma se Capuano ritiene che vada utilizzato psichiatrico cambialo) siano conosciuti e considerati mentre nel secondo a venire in rilievo sono le istanze dei cittadini, o dei migranti momentaneamente sforniti di tale status, che versano in condizioni di disagio e necessitano di prestazioni sanitarie e previdenziali.

## **Enti di formazione**

L'ente di formazione assolve al ruolo di trasferimento di competenze, conoscenze e abilità codificate in un sistema di riconoscimento di crediti, titoli e qualifiche. Ad esso spetta il compito di assicurare percorsi formativi, di orientamento, di apprendimento, addestramento e aggiornamento secondo la duplice modalità di soggetto privato o di soggetto accreditato presso gli enti locali a ciò preposti.<sup>9</sup>

In Campania la normativa vigente in materia di accreditamento degli enti formativi<sup>10</sup> prevede diversi ambiti di intervento lasciando aperta la possibilità di accreditarsi in quelli prescelti senza dover obbligatoriamente coprire tutte e quattro le macrotipologie previste<sup>11</sup>. E' disciplinata, inoltre, la possibilità di accreditarsi per l'erogazione di servizi a soggetti ricompresi nella categoria "utenze speciali" al cui interno sono ricompresi i disabili psichici.

---

<sup>9</sup>La procedura dell'accREDITamento è prevista da diversi soggetti istituzionali: Ministeri, Regioni, comuni etc.

<sup>10</sup> L'iter legislativo in materia di accREDITamento degli enti formativi in Campania annovera la DGR 5548/2000, la DGR 2741/2001, la DGR 3927/2002, la DGR 808/2004, la DGR 226/2006 e legge regionale 14/2009.

<sup>11</sup> Le macrotipologie sono: formazione iniziale/offerta formativa, formazione superiore, formazione continua, educazione degli adulti. A queste si aggiunge l'ambito dell'orientamento.

## Capitolo VI. Percorso e tipi di inserimento: funzionamento, modalità e procedure.

### 6.1 La centralità del lavoro

Il lavoro ha un ruolo centrale per il benessere soggettivo e sociale degli individui<sup>12</sup>. E' un valore importante uno strumento fondamentale per la realizzazione, la valorizzazione e la crescita della persona e, ancor più, se portatrice di un disagio o di una malattia in quanto è proprio attraverso l'attività lavorativa che ogni individuo costruisce i propri rapporti sociali, si adopera per mettere a frutto le proprie potenzialità, raggiunge l'autonomia e conquista un ruolo sociale.

Nella *Dichiarazione Universale delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Uomo* è stabilito, infatti, che “ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro ed alla protezione contro la disoccupazione”. Le istituzioni, quindi, dovrebbero garantire a tutti i cittadini la possibilità di un'occupazione consona alle capacità personali di ciascuno. Questo diritto, però, continua molto spesso ad essere negato, in particolare alle persone con disabilità psichica, che sono stigmatizzate e soggette a pregiudizio sociale, per cui sono considerate non idonee a svolgere qualsiasi mansione o attività lavorativa, anche se semplice, ritenendole solo oggetti passivi, senza alcuna possibilità di miglioramento e bisognose di assistenza continua e sussidi sociali. Infatti, nonostante esistano legislazioni che cercano di rimuovere gli ostacoli all'esercizio dei diritti fondamentali da parte delle persone disabili e di favorire l'inserimento sociale e lavorativo, la maggior parte delle aziende è restio ad assumere pazienti psichiatrici.

In Italia le risorse pubbliche investite per programmi di inserimento lavorativo sono, nella maggior parte dei casi non integrate tra loro per cui non sempre questi fondi sono utilizzati in modo proficuo e ripartiti in modo omogeneo sul territorio nazionale. Nel meridione d'Italia infatti spesso mancano progetti locali di inserimento lavorativo per questi soggetti sia a causa di una tradizione maggiormente orientata all'assistenza sia a causa della mancanza di fondi. Inoltre costituiscono un altro ostacolo le stesse politiche socio-assistenziali poco flessibili, infatti le iniziative messe in atto per favorire l'occupazione non vengono adattate ai pazienti psichiatrici e risultano pertanto poco accessibili. Spesso può prevalere il timore di perdere sussidi e pensioni di invalidità anche nei familiari, per cui i pazienti rifiutano di intraprendere la strada dell'inserimento lavorativo.

L'importanza di questi percorsi è convalidata dalle più recenti ricerche internazionali di valutazione di esito delle psicosi, che dimostrano appunto come l'inserimento lavorativo è accompagnato, nella maggior parte dei casi, da una riduzione dei ricoveri ospedalieri, dalla diminuzione della sintomatologia psicotica, da una maggiore autonomia, da un miglioramento del funzionamento sociale e della qualità della vita sia individuale sia dei familiari, con una conseguente riduzione dei costi sanitari ed assistenziali.

Per tali motivi il lavoro è al primo posto tra gli esiti riabilitativi desiderati ed attesi sia dai familiari che dagli utenti stessi.

---

<sup>12</sup> Fonte: Report finale della ricerca: “Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale” a cura di Dipartimento di Salute Mentale ASL Salerno Area Nord, Polytropos-Materiali, Edizione Fondazione CeRPS, 2011

Dopo la legge 180 le esperienze di supporto agli inserimenti lavorativi delle persone affette da disturbi mentali gravi, pur essendo state in alcuni casi efficaci, non hanno prodotto risultati omogenei e non sono riuscite a coinvolgere gran parte dei professionisti dei servizi psichiatrici pubblici. Non è stato quindi possibile estrapolare uno specifico modello replicabile da queste esperienze.

Un aspetto critico delle esperienze italiane nel periodo dopo la riforma è la mancanza di confronto tra modelli organizzativi, la impossibilità di correlare esiti lavorativi ed esiti clinici, la mancanza di dati locali e regionali confrontabili.

Nei servizi di salute mentale esiste un modello per l'inserimento lavorativo dei pazienti, ma l'orientamento generalizzato è quello di utilizzare strutture lavorative "normali" o rivolte specificamente a pazienti psichiatrici. I programmi di lavoro protetti senza effettivi sbocchi sul mercato non sono in grado di realizzare un'effettiva riabilitazione professionale delle persone colpite da gravi malattie mentali. In Italia si ricorre, maggiormente, alle borse lavoro e alle cooperative di lavoro. Un programma attivo di riabilitazione deve prevedere che il paziente possa vivere al di fuori del circuito psichiatrico e raggiungere un rendimento occupazionale e una qualità di relazioni sociali analoga ai coetanei normali nella collettività.

Nella maggioranza delle esperienze di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici giocano un ruolo importante aspetti solidaristici ed emotivi.

Per vari motivi quindi nonostante il grande interesse degli operatori dei DSM di queste regioni vi è in molti casi una mancanza di iniziative concrete.

Il modello cui ci si ispira, e che si spera di poter applicare in tutta Italia, è quello della estrema flessibilità del lavoro, non finalizzata allo sfruttamento della forza lavoro, ma ad un adeguamento della produzione a singole Unità Produttive (UP), intese come piccole comunità che organizzano il lavoro sulle specifiche capacità dei loro componenti, tenendo conto delle diverse abilità e dei percorsi procedurali individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Avendo cura naturalmente di restare sul mercato e di conservare livelli accettabili di competitività sia sui costi di produzione che, prioritariamente, sulla qualità dei prodotti, un paradigma nuovo che fa riferimento a ciò che alcuni ricercatori definiscono "Management Umanistico"<sup>13</sup>.

## **6.2 Il percorso di inserimento**

Il Pro. P Campania è nato in linea di continuità con l'attività realizzata nelle annualità precedenti, dal Pro. P in altre regioni. Ovvero: Piemonte, Toscana, Puglia, Sardegna, Veneto.

In special modo le indicazioni che hanno guidato il lavoro di progetto spingevano a:

- Confrontare azioni rivolte a specifici target

---

<sup>13</sup> Il dibattito su questa nuova concezione del management, tesa al superamento delle teorie di Taylor e del taylorismo, conducono, negli ultimi anni, a riconsiderare l'apporto di ambiti umanistici apparentemente lontani ed estranei, quali la filosofia, la letteratura, il cinema (su questi temi si è discusso molto dal 1997 al 2003, per esempio, sulla rivista *Hamlet, ma li hanno affrontati anche Trupia, De Masi, Minghetti, Costa e molti altri esponenti italiani del mondo della cultura e del management*). Si traccia così un percorso in cui arte e creatività fungono da catalizzatori per l'integrazione sociale e organizzativa e per individuare nuove modalità di gestione delle risorse umane innovando fortemente anche la tradizionale cultura d'impresa.

- Analizzare puntualmente gli strumenti utilizzati tra le varie strutture individuando tra di essi quelli che maggiormente potevano inserirsi nel percorso
- Ragionare su un percorso strutturato da poter adattare ai vari contesti e alle varie strutture.

Alla luce di questi obiettivi si è deciso, quindi, di approfondire la ricognizione puntuale delle prassi presenti sul territorio campano nonché sulle Reti dei servizi, sia per l'interesse crescente che tale tematica continua a sollevare nel nostro paese, sia per sopperire al bisogno che i servizi pubblici registrano sul tema dell'inserimento lavorativo di disabili psichici.

L'obiettivo di tale progettazione non ha voluto escludere altri contesti operativi, tuttavia questo primo step ha voluto centrare l'attenzione sulle reali condizioni di lavoro presenti nei servizi territoriali molto diversi tra loro.

La progettazione degli interventi, da attuarsi attraverso il percorso, deve basarsi su percorsi personalizzati di inserimento lavorativo, prevedendo alcuni elementi comuni:

- valutazione clinico funzionale
- progettazione di un percorso personalizzato
- attivazione di percorsi riabilitativi e occupazionali nei contesti previsti dal D.S.M.
- inserimento in un contesto lavorativo che opera nel mercato

### **6.3 Le fasi del percorso**

Il percorso è articolato in sette fasi ciascuna caratterizzata da "Attività principali", "Attori" e "Strumenti".

La tabella 1 semplifica graficamente l'insieme del percorso con l'indicazione di ciascuna fase e le relative voci .

Le prime due fasi del percorso ovvero l' "Accoglienza" e la "Riabilitazione" fanno essenzialmente riferimento alle attività classiche dei Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.), quindi riguardano principalmente servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, necessari al fine di poter creare le condizioni per un'adeguata partecipazione al percorso di inserimento lavorativo. Nel percorso sono indicate alcune attività principali a cura dei D.S.M. e relativi strumenti da modellare sulla base delle modalità operative già presenti nelle diverse realtà, ma le funzioni<sup>14</sup> e l'articolazione<sup>15</sup> dei Dipartimenti sono ben definite nel "Progetto

---

14 Funzioni del D.S.M.:

1) *L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia.*

2) *La presa in carico degli utenti.*

3) *La continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni del D.S.M..*

4) *Gli interventi d'urgenza e di emergenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.*

5) *L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione.*

6) *Gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti.*

7) *Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie.*

8) *I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi e la loro realizzazione.*

9) *Il coordinamento con le U.O.M.I., la neuropsichiatria infantile, la geriatria, la riabilitazione ed i Ser.T.*

Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania” del 2003 in cui si evidenzia la necessità di dare indirizzi e raccomandazioni omogenee alle AA.SS.LL. campane allo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza sanitaria in materia.

Con la terza fase “Orientamento ” si dà avvio al vero e proprio percorso di inserimento lavorativo. Il primo passo indicato è la verifica di alcuni prerequisiti ritenuti fondamentali quali l’idoneità del soggetto da un punto di vista psicofisico al lavoro, la sua disponibilità a impegnarsi in un’attività lavorativa, le condizioni giuridiche che includono sia il riconoscimento dell’invalidità sia la successiva iscrizione alle liste di collocamento mirato ed infine un’analisi della motivazione al lavoro, degli interessi professionali e delle attitudini della persona considerati costrutti rilevanti in una prospettiva progettuale nei percorsi di orientamento. Il passo successivo è un’attività di “counseling orientativo” che prevede una lettura ed un’analisi delle storie personali e professionali (dove presenti), finalizzate alla decodifica e alla riflessione sulle competenze possedute e su come riorganizzarle in futuri progetti, facilitando anche la conoscenza di se stessi e delle proprie risorse. Si chiude questa terza fase con un’attività informativa finalizzata ad illustrare una serie di riferimenti che possono essere d’aiuto nel percorso di ricerca attiva del lavoro. E’ importante ad esempio conoscere il “mercato” di riferimento, le organizzazioni che vi operano, i centri che offrono incontro domanda/offerta, gli strumenti per candidarsi. Tutte queste attività sono curate e gestite, non solo dagli operatori dei D.S.M., ma anche dal personale dei Centri per l’Impiego (C.P.I.), delle Cooperative sociali e degli Uffici di Piano ognuno per le proprie competenze e funzioni, fermo restando il lavoro in rete.

La quarta fase riguarda l’“Intervento formativo” a partire dall’individuazione dei corsi di formazione più idonei, sino all’accompagnamento e al supporto alla persona durante la partecipazione al percorso formativo scelto. Parallelamente, sempre in questa fase, viene fatto uno studio di mercato del lavoro, in particolar modo quello locale, e vengono individuati i fabbisogni delle aziende al fine di riconoscere i corsi di formazione

---

10) *Il rapporto con i medici di base ed i servizi del distretto sanitario.*

11) *La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti.*

12) *Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti.*

13) *Le iniziative a favore dell’inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale.*

14) *Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.*

15) *Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni di genere, di provenienza e di etnia.*

<sup>15</sup> Il D.S.M. si articola in:

- a. *Strutture Complesse:* Unità Operative di Salute Mentale (UU.OO.S.M.);
- b. *Strutture Semplici;*
- c. *Articolazioni Funzionali.*

Le UU.OO.S.M., a loro volta, si articolano in:

- a. *Centro di Salute Mentale (C.S.M.);*
- b. *Day Hospital (D.H.);*
- c. *Centro Diurno (C.D.);*
- d. *Strutture Residenziali (S.R.);*
- e. *Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).*

più spendibili. Tali attività necessitano di un lavoro di squadra continuo e, per questo motivo, si prevede, come anche per la fase successiva dell'inserimento lavorativo, l'istituzione di un Tavolo, al quale parteciperanno i vari attori che possono contribuire al processo di inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Il Tavolo, in un'ottica di collaborazione continuativa, ottimale e rispondente alle esigenze del territorio, stabile si dovrebbe riunire periodicamente. Tutti i soggetti coinvolti dovrebbero elaborare il senso di appartenenza alla rete che permetta, di condividere finalità connesse all'inserimento socio lavorativo dei disabili psichici.

La quinta fase invece si riferisce all' "Inserimento lavorativo". Quindi una volta verificate le condizioni per avviare un percorso d'inserimento, e presa coscienza delle opportunità esistenti sul territorio e quindi delle risorse disponibili, viene definito insieme alla persona un progetto individuale relativo alla tipologia di percorso adeguato. Il percorso qui delineato è rivolto a persone con disabilità riconosciuta e certificata.

Bisogna tener presente che l'inserimento lavorativo può avvenire in vari modi: la legge 68/99, trasformazione delle borse-lavoro e dei tirocini, collocamento mirato in azienda, cooperative sociali di tipo B, accordi dirette con imprese e associazioni di categoria, convenzioni tra Centri di Salute Mentale (C.S.M.) e Enti locali, etc.

I progetti di inserimento lavorativo possono sostanzarsi in tre categorie:

1. progetti di orientamento al lavoro, sostanzianti in un'analisi delle potenzialità e attitudini della persona e della volontà dello stesso;
2. progetto di formazione, che potrebbe essere anche un tirocinio per consentire l'acquisizione di competenze e capacità utili per avviarsi al mondo del lavoro;
3. progetti di mediazione al lavoro finalizzati all'assunzione presso imprese del territorio.

Grande importanza acquisisce la sesta fase che riguarda il "Consolidamento lavorativo", ovvero tutti quelli che possono essere degli interventi utili al mantenimento del posto di lavoro. Tali interventi si concretizzano mediante il tutoraggio e l'affiancamento sia alla persona, che alla famiglia ed all'azienda. Il tutor in questo caso rappresenta un importante elemento di facilitazione rispetto all'inserimento della persona in azienda. Ovviamente il tirocinio può dare sia esito positivo che negativo. Nel caso di esito positivo il tutto può risolversi in un rapporto di lavoro. Se il tirocinio invece non ha esito positivo, quindi non vi sono i presupposti per procedere all'assunzione, si ritorna alla fase di assessment per una nuova valutazione della situazione e per la riformulazione del progetto individuale.

La settima ed ultima fase del percorso riguarda il "Monitoraggio e Valutazione" due strumenti indispensabili per studiare la performance dopo un inserimento lavorativo. Tale fase si avvale di diverse schede in uso presso i D.S.M. che permettono l'osservazione e la valutazione delle abilità lavorative, ma anche del funzionamento sociale e personale. Tra gli indicatori per valutare gli utenti troviamo la performance, i



risultati e gli esiti complessivi di benessere. Oltre agli strumenti, costituiscono grande importanza le riunioni tra gli operatori del D.S.M. e il tutor aziendale, affinché il progetto di inserimento lavorativo, si incardini costantemente nel progetto terapeutico individualizzato complessivo dell'utente.

### **Conclusioni: valutazioni, prospettive e criticità**

Il reale inserimento lavorativo di persone svantaggiate e in particolare con disturbo psichico, avviene, come da considerazioni svolte diffusamente, solo grazie a rapporti di sinergia e rete tra gli attori pubblici e privati. Ma, nella realtà territoriale campana, numerose difficoltà, ostacolo all'inserimento sono principalmente, emerse, nella delicata fase di passaggio / ingresso nel mercato del lavoro.

Le ragioni sono molteplici, non riconducibili ad un genere unitario, ma, stante anche la testimonianza degli operatori di settore, partecipi attivi ai Tavoli di progettazione partecipata Linee guida e Buone prassi, si evince con estrema chiarezza, che, non solo negli ambienti di imprese private, ma a volte, anche in ambienti istituzionali pubblici, si vive ancora lo stigma del pregiudizio psichiatrico, percepito come pericolo e conseguentemente ostativo all'ingresso nel mondo del lavoro di persone con disagio psichico.

Spesso gli strumenti normativi utilizzabili non consentono organicità negli interventi, come le attività di tirocinio formativo o di erogazione di borse lavoro, caratterizzate dalla temporaneità, e quindi impossibilitati a determinare inserimenti lavorativi a lungo termine, ma solo a breve durata.

Tuttavia, la temporaneità del lavoro produce effetti positivi, per ciò che riguarda l'acquisizione di "competenze" settoriali, e un maggior benessere psicologico, immediatamente traducibile nel sentirsi parte attiva di una struttura sociale.

Positive prassi consolidate territoriali si registrano invece nel settore dell'agricoltura sociale, che contemporaneamente svolge attività di recupero e lavoro attraverso la costituzione di strutture di tipo cooperativistico.

Al contrario settori virtualmente tralasciati dell'economia regionale come il patrimonio storico archeologico e le attività legate al settore portuale e mercantile, non mostrano segnali di apertura all'inserimento di persone con disagio psichico.

Opportuno segnalare tra gli elementi di forte criticità, la totale mancanza o carenza di una rete sociale strutturata, che permetta il coinvolgimento degli organi demandati istituzionalmente a coordinare i meccanismi della domanda/offerta di lavoro, come ad es. i Centri per l'Impiego.

Da ultimo si segnalano difficoltà di natura tecnico operativa, emerse più volte e a più riprese dai Tavoli tecnici, le quali possono impedire il pieno sviluppo di politiche sociali integrative, volte all' inserimento di persone con disagio psichico come:

- mancata integrazione tra i servizi psichiatrici e professionisti terapeuti, con conseguenti valutazioni di carattere prevalentemente clinico, e non rivolto alla rieducazione psichica;
- assenza di criteri di valutazione uniformi, tra i vari attori coinvolti nel processo di inserimento lavorativo. Ciò produce nella maggior parte dei casi, valutazioni diverse, se non addirittura confliggenti, che possono creare ulteriori difficoltà all' inserimento lavorativo della persona;
- scarsa o assente comunicazione tra i livelli di governance centrale, Regione, e le realtà territoriali , soprattutto per ciò che riguarda l' utilizzazione delle risorse finanziarie, messe a disposizione, come ad esempio, gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, dei temi sociali, che scaturiscono dall' applicazione di specifiche disposizioni normative, come a titolo esemplificativo la Legge 662/96;
- mancata condivisione con i territori di azioni progettualità sociale. Spesso si tratta di attività ripetitive, che con colgono l' evoluzione sociale, e mai strutturate in regime di partecipazione con il coinvolgimento degli attori del Welfare.

Le considerazioni svolte nelle pagine precedenti mostrano spazi di manovra ampi o inesplorati del Welfare, il necessario coinvolgimento degli attori pubblici e privati nonché, lo sviluppo e il reintegro di una rete sociale adeguata, garantirebbero senz'altro risultati maggiormente apprezzabili.

## Bibliografia

Bartoli G., Pedullà R., *Azioni di riabilitazione e inclusione sociale in Campania attraverso la green economy*, Cesano Boscone (Milano), Geca S.p.A , 2012.

Bartolomeo S., Levi G. Farruggia R. Proposta di legge regionale concernente: *Norme in materia di benessere, salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva*, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 2010, volume 77, pp.439-448.

Balint M., *Medico, paziente e malattia*, Milano, Feltrinelli, 1961.

Benjamin S.L., *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, LAS (traduzione italiana), Roma, 1999.

Di Maria, F., Lo Verso, G., *La psicodinamica dei gruppi. Trattato di teoria e tecnica*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.

Farruggia R., Romani M., Bartolomeo S., *Disturbi della condotta, disturbi della personalità: riflessioni teorico-cliniche per una presa in carico precoce*, "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 2008, vol. 75, pp. 503-514.

Felice A., D'Agostino L., (a cura di) *Inclusione partecipata nella salute mentale. Dalle reti come esigenza alle reti come esperienza*, Strumenti per, CSR, Roma, 2010, pp. 33, 45.

Gruppo di studio multicentrico sui disturbi di personalità, *Segnali precoci e diagnosi di disturbo di personalità: studio multicentrico in adolescenza*, in *Atti del Congresso Nazionale della sezione di psichiatria*, Bologna, 30 novembre - 1 dicembre 2010, Sezione di Psichiatria della SINPIA, Bologna, 2010.

Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Interventi precoci nella schizofrenia*, Ministero della Salute, Roma, 2007.

Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

Lo Verso, G. *Clinica della gruppo analisi e psicologia*, Torino, Boringhieri, 1989.

Lo Verso, G. *Il self e la polis il sociale e il mondo interno*, Milano, Franco Angeli, 1996.

Regione Lazio, "Progetto tutela salute mentale in età prescolare" e "Progetto di intervento territoriale nella crisi in età preadolescenziale e adolescenziale", DGR, n.4871 del 29/09/1998.