|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **logo_ML1_PSL** | http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/45260955-E0DC-4AD8-9035-09AEA106E872/0/LOGOFSERIELABORATO.gif |

**Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P**

**“Linee di Indirizzo e Buone Prassi per l’inserimento socio-lavorativo di persone con disturbo psichico: l’esperienza della Regione Campania.”**

|  |
| --- |
| LogoIsf_esteso |

Il presente rapporto è il prodotto di un progetto svolto da ISFOL, Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali – DG Inclusione – in collaborazione con la Regione Campania.

A cura di Giovanni Bartoli. Autori per Isfol: Giovanni Bartoli, Giuliana Franciosa, Antonietta Maiorano, Rita Pedullà. Per Regione Campania: Carmela Battipaglia, Rossella Caporaso, Temi Capuano, Luisa Gianfrano, Vincenzo Giordano, Francesca Lettiero, Riccardo Malafronte, Caterina Musella, Raffaele Puzio, Rachele Sales, Ornella Scognamiglio, Veronica Vecchione, Luciano Venerato, Francesco Zollo.

Si ringrazia per il contributo prestato dai tavoli di Tavoli di Progettazione Partecipata anche: Marco Balzano, Regione Campania – Assessorato Agricoltura; Filomena Basile, DSM ASL Salerno; Gianfranco Buffardi, DSM ASL Caserta; Virginia Cacace, Provincia di Caserta; Luciana Del Fico, UIL; Walter Di Munzio, DSM ASL Salerno; Carlo Falzarano, DSM ASL Napoli 2 Nord; Manlio Grimaldi, DSM ASL Napoli 3 Sud; Paolo Landi, Ambito Sociale S1; Alessio Maione, DSM ASL Caserta; Salvatore Petirro, Ambito Sociale N9; Anna Rita Piesco, ISFOL Benevento; Lorenzo Piombo, DSM ASL Benevento; Claudio Salerno, UIL; Onofrio Scarpato, DSM ASL Avellino; Francesco Siano, Provincia di Salerno; Antonio Toscano, Provincia di Caserta.

**INDICE**

Premessa

**Introduzione**

La collaborazione partenariale tra Regione Campania e l’ISFOL

**Capitolo I**

1*.* Presupposti Culturali

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

2.1Riflessioni sulla semantica delle politiche sociali.

2.2 Salute mentale e lavoro: garanzie costituzionali.

2.3 Norme per il diritto al lavoro dei disabili.

2.4 Le clausole sociali.

2.5 Il finanziamento delle politiche sociali.

**Capitolo III** **Individuazione dei comparti d’intervento per l’inserimento lavorativo**

 **delle persone con disagio psichico**

3.1La crisi economica e le ripercussioni sul mercato campano.

3.2 Il quadro giuridico europeo e nazionale.

3.3 Delimitazione del tema d’indagine: l’agricoltura sociale.

3.4 Mappatura delle fattorie sociali in Italia.

3.5 Profili qualitativi e personali dell’agricoltura sociale.

3.6 Un azione di sistema: le fattorie sociali.

**Capitolo IV La struttura interna del mercato del lavoro Regione Campania**

4.1 Il turismo quale risorsa di sviluppo occupazionale

4.2 Il sistema portuale: accessibilità e risorsa

4.3Analisi confesercenti sul traffico crocieristico 2011 e previsioni 2012

4.4 Il turismo culturale in Campania

4.5 Il comparto artigianale

4.6 Strumenti di inserimento lavorativo rivolti ai cittadini con fragilità: PTRI – Piani terapeutico-riabilitativi individuali.

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

5.1 Il sistema integrato di interventi sociali e sociosanitari

5.2 Asl e strutture collegate

5.3 Enti locali

5.4 I centri per l’impiego e il collocamento mirato

5.5 La cooperazione sociale

5.6 Parti sociali, associazioni datoriali ed enti di formazione

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

6.1 La centralità del lavoro

6.2 Il percorso di inserimento

6.3 Le fasi del percorso

**Capitolo VII**

Riflessioni, osservazioni e criticità emerse dal tavolo partecipato

**Conclusioni**

**Allegati**

**Premessa**

La Regione Campania ha aderito al *“Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati d’inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P”[[1]](#footnote-1),* finanziato dalla D.G. per le Politiche dei Servizi per il Lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e attuato dall’Isfol.

Il Programma Pro.P si pone la finalità di promuovere e razionalizzare i processi di inclusione attiva delle persone con disagio psichico, attraverso l’integrazione dei servizi e delle risorse coinvolti nella programmazione e realizzazione degli interventi di inserimento sociale e lavorativo ad esse dedicati.

La Regione Campania intende concorrere a tale finalità attraverso la predisposizione di Linee Guida regionali per lo sviluppo delle reti interistituzionali che sostengono i percorsi di inclusione attiva delle persone con disagio psichico in carico ai servizi pubblici socio-sanitari.

In linea con le strategie del Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e del Progetto Obiettivo Salute Mentale, le Linee Guida regionali rispondono all’esigenza fondamentale di superare la frammentazione degli interventi, con la realizzazione di azioni che abbiano come obiettivo centrale quello dell’attenzione alla persona.

*Obiettivi*

Gli *obiettivi* specifici delle Linee Guida regionali sono:

* rafforzare la *governance* del sistema, sviluppando le sinergie tra gli attori istituzionali, sociali ed economici, anche attraverso la definizione di strumenti operativi di raccordo e la condivisione di un linguaggio comune;
* sostenere i percorsi individuali di inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico, evitando sovrapposizioni o lacune nei diversi ruoli e funzioni dei servizi e degli operatori coinvolti, nonché sviluppando adeguate funzioni di accompagnamento;
* facilitare le opportunità di accesso al mercato del lavoro con interventi di contrasto allo stigma e di promozione, informazione e sensibilizzazione dei datori di lavoro pubblici e privati;
* garantire il progressivo miglioramento degli interventi e la razionalizzazione delle spese dedicate, con la predisposizione di un efficiente sistema di monitoraggio e valutazione.

*Destinatari*

Le Linee Guida sono rivolte a tutti gli attori istituzionali, sociali ed economici che intervengono nella identificazione, progettazione, attuazione e monitoraggio/valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo di persone con disagio psichico in carico ai servizi pubblici sociali e/o sanitari.

**Introduzione**

**La collaborazione partenariale tra Regione Campania e l’ISFOL**

La Regione Campania ha manifestato la propria disponibilità ad aderire 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 ricoperta dal Settore Interventi a Favore di Fasce Socio-Sanitarie Particolarmente Deboli, dell’Assessorato alla Sanità il quale, per la natura stessa della sua organizzazione e delle sue finalità, 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 al meglio le principali finalità dichiarate nell’aderire al progetto scientifico PRO.P./ Isfol, come, lo sviluppo di reti istituzionali nell’ambito dei servizi sociali, le politiche attive e passive del lavoro, della formazione, volte alla presa in carico globale, alla de-istituzionalizzazione e alla riduzione delle spese improprie; alla valorizzazione delle buone prassi esistenti in materia e loro estensione all’intero territorio regionale; all’emanazione di linee di indirizzo in materia – oltre ad individuare referenti ad hoc per il progetto, tenendo conto delle dimensioni istituzionali, scientifiche , territoriali e amministrative coinvolte, il Settore Fasce Deboli ha coinvolto altri tre settori regionali afferenti alle Politiche Sociali, al Lavoro e Formazione e, infine, all’Agricoltura. La Campania è infatti l’ unica regione in Italia che può certificare, l’esistenza di recenti pregevoli e riuscite esperienze, di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità nel comparto dell’agricoltura.

 Attraverso il percorso costruito in modo assiduo e collaborativo con l’ISFOL mediante i Tavoli di progettazione partecipata, le riunioni di coordinamento congiunte e i Gruppi tecnici di Lavoro, grazie anche all’insostituibile concorso di testimoni privilegiati e di elevato capitale umano, quali 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, sono stati raggiunti apprezzabili risultati sui temi prioritari indicati dalla Regione.

Tutto ciò ha arricchito di ulteriori informazioni e *know-how* le competenze del Settore Fasce Deboli e ha rafforzato 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, come di seguito descritto, le politiche sanitarie in materia di salute mentale non possono non risultarne fortificate.

**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). Il Piano di Rientro dal disavanzo, oltre ad introdurre una serie di rigide condizioni tecniche, contabili e amministrative entro cui operare, impone, tra l’altro, di provvedere in via prioritaria alla realizzazione di specifici obiettivi identificati in diciotto 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.

Per esempio, proprio nel campo della Salute Mentale, con il decreto commissariale n. 5 del 10/01/2011, pubblicato sul BURC n. 17 del 14/03/2011, si è provveduto a determinare le tariffe riguardanti prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale, per persone affette da patologie psichiatriche in ottemperanza a quanto previsto dal commissariamento.

Chiari e direzionali sono stati gli impegni della Regione per rilanciare il sistema sanitario della Campania secondo i criteri della modernità, della valorizzazione delle eccellenze, dell’economia e dell’efficienza della centralità delle persone, della tutela e del rispetto del diritto della salute per tutti i cittadini.

In tale direzione si collocano l’emanazione del Piano Ospedaliero Regionale2010-2012 (con decreto commissariale n. 49 del 27/09/2010), e il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 (la cui vigente versione risale al triennio 2002-2004, ora approvato con decreto commissariale n. 22 del 22/03/2011 e inviato ai sopra citati Ministeri per i successivi adempimenti), la redazione di proposte operative per il Piano Nazionale di Prevenzione2010-2012, i fondi CIPE 2010-2011 riguardanti gli interventi precoci nelle psicosi, la presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva e nelle persone anziane, gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati.

**Il Sistema della salute mentale in Regione Campania: dal progetto obiettivo regionale al piano sanitario regionale**

L’articolazione e l’organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale trovano precisi riferimenti normativi nei diversi Progetti Obiettivo Salute Mentale ( di seguito denominato P.O.S.M.) Nazionali e Regionali emanati, in questi 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 operazionale 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.

**Organizzazione e funzioni**

L’attuale struttura organizzativa aziendale (D.S.M.) e periferica Unità operative di salute mentale (UOSM) del sistema della salute mentale in Campania è disciplinato 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 contributo è rappresentato dalle Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09, le quali, tra l’altro, pongono particolare attenzione:

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

Per quanto riguarda il l sistema di finanziamento delle politiche sanitarie, la Regione Campania ha proposto che le Aziende Sanitarie Locali destinino un vincolo di budget forfettario per la Salute Mentale non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale (Legge Regionale n. 10 dell’11/08/2001 “Disposizioni di Finanza Regionale anno 2001”); vincolo, inoltre, riconfermato dal Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale attualmente in vigore.

**Obiettivi a breve e a lungo termine**

Gli obiettivi più recenti che la Regione Campania ha inteso perseguire 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 attiene all’**emergenza psichiatrica**, allo scopo di garantire una buona utilizzazione delle risorse professionali, disponibili nei territori e nelle fasce orarie ottimali, per evitare spostamenti lunghi ed inefficaci, e mantenere il contatto relazionale e terapeutico tra le equipe territoriali con il paziente e i familiari, gli obiettivi ottimali individuati sono:

* emanazione di indirizzi regionali per la corretta definizione dei rapporti tra DSM e Servizio di Emergenza Territoriale;
* monitoraggio della modalità operativa di gestione delle emergenze psichiatriche;
* partecipazione alla diffusione dei flussi informativi dedicati.

L’obiettivo della **residenzialità** riguarda principalmente lo sviluppo delle strutture extraospedaliere in cui si svolge una parte fondamentale del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo volto all’emancipazione e all’inclusione delle persone con disagio psichiatrico.

In tal senso, gli obiettivi da raggiungere consistono:

* diffusione del citato decreto commissariale n. 5/2011 per la definizione delle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie per soggetti psichiatrici, dei criteri di accesso, dei profili professionali e del 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 aziendale e territoriale sulla base dei bisogni dell’utenza.

Su quest’ultimo punto, inoltre, 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 cosiddette a bassa assistenzialità), le quali rappresentano un tassello fondamentale di qualsiasi rete di inserimento socio-lavorativo che si possa definire tale.

Infine, a fronte delle “*nuove*” domande di assistenza afferenti ai servizi di salute mentale, quali, disturbi del comportamento alimentare D.C.A., psicogeriatria; 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.

Gli obiettivi definiti sono:

* predisposizione di linee guida per la presa in carico;
* elaborazione di linee di indirizzo per l’aggiornamento e la formazione specifica degli operatori interessati;
* creazione di una banca dati sul fenomeno.

**Capitolo I**

1. **L’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.

Attraverso le presenti Linee Guida la Regione Campania si propone di promuovere la partecipazione e l’inserimento alla vita sociale e lavorativa della persona con disagio psichico, anche attraverso una maggiore valorizzazione di tutte le realtà presenti sul territorio. Queste ultime, in un’ottica complessiva di lavoro di rete integrata tra servizi, dovranno concorrere alla realizzazione comune di un progetto personalizzato finalizzato ad una migliore qualità di vita, anche attraverso l’inserimento della persona nel mondo del lavoro.

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 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 dell’empowerment della persona, attraverso progetti personalizzati di inserimento lavorativo che tengano conto delle competenze e delle aspirazioni della persona;

5.sviluppo della cultura dell’accoglienza nelle imprese, attraverso l’ analisi del bisogno del bisogno, l’orientamento e il sostegno all’inserimento;

6.promozione di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo;

7.valorizzazione delle risorse umane e finanziare in una progettazione condivisa ed evolutiva centrata sulla persona che tenga conto anche dei cambiamenti del mercato del lavoro;

8.promozione di percorsi formativi specifici per gli operatori coinvolti nel processo di inserimento lavorativo.

**Capitolo II**

**Quadro normativo: inserimento e integrazione lavorativa**

**2.1 Riflessioni sulla semantica delle politiche sociali**

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 che nella programmazione dei corsi di laura prevede per la facoltà di sociologia un insegnamento denominato “Politiche sociali e del territorio”[[2]](#footnote-2) 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[[3]](#footnote-3), 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 sui si parlava a proposito dell’uso di una semantica che lascia aperta la porta al mondo del possibile sia da ascriversi 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 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.

**2.2 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; e 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. In definitiva la Costituzione prende in considerazione tutti gli aspetti e le implicazioni dell’attività lavorativa e dedica particolare attenzione alla salvaguardia dei diritti e delle esigenze dei cittadini [[4]](#footnote-4)( nota Francesca) in quanto lavoratori.

**2.3 Norme per il diritto al lavoro dei disabili**

Nella legislazione vigente , la norma paradigmatica in materia è la Legge **12 marzo 1999, n. 68,** “ Norme per il diritto al lavoro dei disabili,” [[5]](#footnote-5) 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 semplificativamente 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.

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 dalle 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 ei 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.

**2.4 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[[6]](#footnote-6), 52, e 69[[7]](#footnote-7), 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.[[8]](#footnote-8)

**2.5 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 stanziate 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**

1. **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 in futuro emergenti, come emerso dalle riflessioni del tavolo di lavoro partecipato, identificati nell’agricoltura, nell’artigianato ed attività connesse, nel turismo, terziario, attività portuali, poli museali, archeologia. Consapevoli della frammentarietà della ricostruzione, lo studio analitico dei sopraindicati comparti, offre una fotografia reale del territorio, verso i quali è opportuno promuovere iniziative di analisi e monitoraggio dei fabbisogni, nonché di sensibilizzazione e informazione delle singole realtà produttive territoriali, da realizzare con la collaborazione e la mediazione delle parti sociali.

**3.2 Il quadro giuridico europeo e nazionale**

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.[[9]](#footnote-9)

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 citate 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[[10]](#footnote-10) 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 sociosanitaria, 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 Delimitazione del tema d’indagine: 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 sociosanitario, 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 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, poiché 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 mobilizzazione 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 inespresse 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 benefìci 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 e personali 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 cosidetti “*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 Un’azione di sistema: 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 La struttura interna del mercato del lavoro Regione Campania**

**4.1 Il turismo quale risorsa di sviluppo occupazionale.**

Di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo economico-occupazionale in Campania si rivela il sistema del turismo, anche in virtù dell’inestimabile patrimonio storico e culturale presente sul territorio. Infatti la Regione ha operato una classificazione del patrimonio considerato di interesse culturale, utilizzando un criterio di classificazione per tipologia, distinto in: Scavi e Parchi, Musei, Palazzi e Ville, Santuari, Certose e Chiese, Archeologia subacquea e sotterranea, Castelli, Anfiteatri e Teatri, Borghi, Monumenti non classificabili nei precedenti accorpamenti.

La Provincia di Napoli ha il numero più alto di beni storico archeologico, e particolarmente ricco risulta il patrimonio museale, con ottantatrè strutture. I dati statistici evidenziano una netta prevalenza della Provincia di Napoli sul totale regionale, basti pensare che la sola area archeologica di Pompei ospita oltre due milioni di turisti l’anno.

Per quanto riguarda invece i circuiti museali presenti solo nella provincia di Napoli, Salerno e Caserta, si ravvisa il considerevole apporto della provincia di Caserta grazie al circuito della Reggia Vanvitelliana.

Giova rammentare che l’Italia è il Paese che detiene il maggior numero di siti UNESCO iscritti nella lista del Patrimonio mondiale dell’umanità. Dei quarantaquattro siti italiani presenti, cinque si trovano in Campania, testimonianza del valore e del patrimonio storico artistico e naturalistico della Regione, come: il Centro storico di Napoli, l’Area archeologica di Pompei, Ercolano e Torre Annunziata, il Palazzo reale del XIII secolo di Caserta, con annesso il Parco, L’acquedotto vanvitelliano e il Complesso di San Leucio, la Costiera amalfitana, il Parco Nazionale del Cilento e del Vallo Diano con i siti archeologici di Paestum e Velia, e la Certosa di Padula.

La Regione Campania, vanta inoltre un variegato panorama di ecosistemi che spazia dai contesti mediterranei costieri, alle dorsali calcaree interne, quali due Parchi nazionali, nove parchi regionali diciotto Aree protette, che hanno permesso lo sviluppo del turismo naturalistico, favorendo la nascita di numerose strutture come Bed & Breakfast e agriturismi.

La ricchezza economica generata dal turismo viene misurata, in senso stretto, da servizi quali: alloggi/alberghieri, ristorazione, intrattenimento, attività ricreative, trasporti ed altri servizi connessi al viaggio; in senso ampio da: servizi finanziari, gestione di trasporti e produzione aeronautica, promozione turistica, fornitura di prodotti alimentari e bevande, stampa editoria e servizi di sicurezza (fonte: elaborazione Srm su World Tourism and Travel Council, 2001).

Rispetto alla graduatoria internazionale, l’Italia si vede, nel 2010, al quinto posto con 43,2 mln di presenze turistiche preceduta da Francia, Stati Uniti, Spagna e Cina. La Campania ha registrato, al 2011 in arrivi turistici 4,3 mln (24,2% del Mezzogiorno e 4,5% dell’Italia), presenze turistiche17,9mln (24,2% del Mezzogiorno e 4,8% dell’Italia). Si rileva il dato di occupati nel settorealberghiero e ristorazione di 75,7 migliaia di unità (27,9% del Mezzogiorno e 6,1% dell’Italia), pari al 4,2%degli occupati sul territorio campano. La riduzione del turismo straniero viene ricondotta alla crisi economico-finanziaria, accentuata dall’emergenza rifiuti (-2,26% nel periodo 2006/09).

La domanda di prodotto balneare e culturalecaratterizza la Campania con un 55,3% di arrivi turistici che confluiscono in questi settori. L’offerta ricettiva è determinata dalla presenza di 1.672 strutture con 114.405 di posti letto, e con una capacità di esercizi complementari di 2.675 strutture con 83.829 posti letto.

**3.2 Il sistema portuale: accessibilità e risorsa**

Il sistema portuale campano poggia su due Autorità portuali: Napoli e Salerno. Il porto di Napoli **si** qualifica come principale porto crocieristico del Mezzogiorno. Nel 2010 i due porti hanno visto la presenza di 1,2 mln di crocieristi; per quel che riguarda la nautica da diporto è localizzato il 7,4%dei posti barcanazionali, con una disponibilità per Km di costa al di sopra del dato medio nazionale (11.327 posti barca, 15.355 Parco nautico, posti barca/parco nautico 0,7, posti barca/km coste 23,6). Il parco nautico ascrivibile alla regione supera del 35% il numero di posti barca disponibili (fonte: Uniontrasporti 2011).

Il porto di Napoli, con 1.275.000 pax si posiziona al terzo posto dopo quello di Venezia (1.650.000). In tal senso è auspicabile una potenziale crescita dei livelli occupazionali che va di pari passo con le opportunità da cogliere per lo sviluppo economico campano.

**4.3 Analisi Confesercenti su traffico crocieristico 2011 e previsioni 2012**

Secondo i dati elaborati dall’Osservatorio Nazionale del Turismo :”*Il movimento passeggeri nei porti italiani, inteso come somma degli imbarchi-sbarchi e transiti registrati dai porti crocieristici, è cresciuto senza sosta negli anni. Nel 2011, con una variazione positiva sull’anno precedente pari a quasi il 19%, si è superata la soglia degli 11 milioni*”. Il porto di Napoli nel 2011 ha visto aumentare del 14% il traffico crocieristico raggiungendo con 1.297.232 presenze registrateil terzo posto dopo gli scali di Civitavecchia e Venezia. Ma analizzando il movimento dei passeggeri si nota che nella distinzione tra sbarco e solo transito della nave senza sbarco Napoli scivola dalla terza alla nona posizione perché solo il 12,4% dei passeggeri che arriva a Napoli dal mare mette piede a terra. La distinzione si può evincere dai grafici riportati di seguito.



Toccate Nave



Movimentazione passeggeri

*Fonte: Il traffico crocieristico in Italia nel 2011 -*

edizione 2012 dello “Speciale Crociere 2012” viene curata per l’Osservatorio Nazionale del Turismo (ONT), Dipartimento per lo Sviluppo e la Competitività del Turismo (DSCT) della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Sempre dai dati dell’Osservatorio Nazionale del Turismo per le previsioni 2012 emerge*: “Chiamati ad esprimere prime previsioni per il 2012, solo 11 dei primi 15 porti hanno risposto, tutti, ad ogni modo, con più di un imbarazzo legato all’incertezza determinata dal doppio fattore della crisi economica congiunturale e dei fatti dell’isola del Giglio. 4 di essi (Savona, Palermo, Civitavecchia e Napoli) risentiranno in prima battuta dei mancati accosti della Costa Concordia previsti nel 2012”.*

Va detto che nell’osservazione dello sviluppo del settore nel decennio compreso tra il 2001 e il 2011 si evince un cambiamento socio-culturale per il quale la crociera da vacanza di elité si è trasformata in vacanza alla portata di tutti. Il fenomeno è nei numeri. Per lo scalo partenopeo il cambiamento di costume ha significato un incremento del 176% nelle attività. Ci sono però delle criticità. La prima è legata alla differenza richiamata prima tra sosta e scalo. Se è vero, infatti, che tante sono le navi che attraccano nel terminal partenopeo è altrettanto vero che non sempre i passeggeri scendono a terra. I motivi sono molteplici ma comportano tutti uno stesso effetto negativo: mancata ricaduta di sviluppo sul territorio per i settori del commercio, della somministrazione, della cultura, dell’intrattenimento e del merchandising. A questa mancata occasione di guadagno si aggiunge la serrata concorrenza che il vicino porto di Salerno sta facendo allo scalo del capoluogo. A Salerno, infatti, molto si sta investendo per captare il traffico crocieristico.

**4.4 Il turismo culturale in Campania**

La Campania si qualifica come prima regione del Mezzogiorno per presenze turistiche presso città di interesse storico e artistico: 2.444.603 presenze (43,1% sul Mezzogiorno – 2,7% su dato nazionale) in termini di arrivi turistici, è pari al 13,6% sulle presenze turistiche totali della regione Campania.

La regione Campania possiede un patrimonio culturale, tra cui beni statali e non statali, di 454 siti di interessi.

 - Napoli: Scavi e Parchi n. 22, Musei n. 83, Palazzi e Ville n. 10, Santuari Certose e Chiese n. 39, Archeologia Subacquea Sotterranea n. 17, Castelli n. 9, Anfiteatri e Teatri n. 6, altri Monumenti n. 7, Borghi n. 2.

 - Salerno: Scavi e Parchi n. 7, Musei n. 53, Palazzi e Ville n. 1, Santuari Certose e Chiese n. 21, Archeologia Subacquea Sotterranea n. 6, Castelli n. 5, Anfiteatri e Teatri n. 0, altri Monumenti n. 2, Borghi n. 6.

- Caserta: Scavi e Parchi n. 3, Musei n. 26, Palazzi e Ville n. 4, Santuari Certose e Chiese n. 11, Archeologia Subacquea Sotterranea n. 1, Castelli n. 5, Anfiteatri e Teatri n. 0, altri Monumenti n. 1, Borghi n. 1.

- Avellino: Scavi e Parchi n. 6, Musei n. 34, Palazzi e Ville n. 0, Santuari Certose e Chiese n. 7, Archeologia Subacquea Sotterranea n. 0, Castelli n. 3, Anfiteatri e Teatri n. 1, altri Monumenti n. 1, Borghi n. 3.

- Benevento: Scavi e Parchi n. 1, Musei n. 27, Palazzi e Ville n. 0, Santuari Certose e Chiese n. 12, Archeologia Subacquea Sotterranea n. 1, Castelli n. 5, Anfiteatri e Teatri n. 1, altri Monumenti n. 1, Borghi n. 2.

(fonte: Regione Campania)

**Il turismo culturale regionale**, registra ottime performance, secondo la classifica MIBAC 2009, su scala nazionale, collocando nella classifica “TOP 30” al secondo posto gli scavi vecchi e nuovi di Pompei, al settimo posto il Circuito Museale Complesso Vanvitelliano – Reggia di Caserta, al quindicesimo posto il Museo Archeologico Nazionale su Napoli, al diciottesimo posto gli Scavi e Teatro Antico di Ercolano, al diciannovesimo posto la Grotta Azzurra di Anacapri, al ventottesimo posto i Templi di Paestum.

Dei 44 siti UNESCO italiani iscritti nella lista del Patrimonio Mondiale dell’Umanità **5** si trovano in Campania:

- Centro storico di Napoli (istituito nel 1995);

- Area archeologica di Pompei, Ercolano e Torre Annunziata (1997);

- Palazzo Reale del XVIII secolo di Caserta con il Parco, L'Acquedotto Vanvitelliano e ilComplesso di San Leucio (1997);

- Costiera amalfitana (1997);

- Parco Nazionale del Cilento e del Vallo Diano con i siti archeologici di Paestum e Velia e la Certosa di Padula (1998).

**4.5 La struttura della filiera artigianale.**

In Campania si assiste al proliferare di attività in nero, spesso svolte nelle stesse abitazioni (come nel caso delle attività sartoriali), o al dilagare di contratti di collaborazione o di attività indipendenti, specie nel comparto manifatturiero anche per fronteggiare le recenti crisi di settore scaturite dalla concorrenza dei prodotti asiatici e delle economie dei Paesi del BRICS (Brasile, Russia, India, Cina, Sud Africa).

In Campania, infatti, la percentuale di imprese manifatturiere si presenta inferiore alla media nazionale; la filiera del tessile e dell’abbigliamento ha dato luogo a veri e propri distretti o sistemi produttivi locali.

Un’industria che si concentra prevalentemente su Napoli, per quanto non manchino poli a Benevento e, sul versante della fabbricazione dei prodotti in pelle, ad Avellino, specialmente a Solfora.

Le maggiori difficoltà sono però legate alla diffusione e commercializzazione di prodotti di qualità, riconoscibili e lavorati secondo le tecniche della tradizione locale.

Molte le persone depositarie di “*antichi mestieri*” che non riescono a far emergere la propria professionalità, per mancanza di luoghi in cui svolgere le attività o perché non in grado di realizzare iniziative imprenditoriali che possano valorizzare il loro operato.

Attraverso l’indagine dell’Osservatorio Economico Unioncamere Campania si rileva che nella labase imprenditorialesi èridotta del-0,7%rispetto al consuntivo 2011**,** una delle flessioni più contenute nel confronto con le altre regioni italiane ed al di sotto della media nazionale (-0,8%)**.** Presentano variazioni meno negative della Campania solo le regioni della Toscana e della Lombardia (-0,4%) ed il Lazio (-0,3%). A livello provinciale si registrano ovunque variazioni negative, le più contenute nelle provincie di Caserta (-0,2%) e di Napoli (-0,5%) e la più marcata in provincia di Benevento(-1,4%); la contrazione osservata nelle province di Salerno e Avellino è stata pari a -1,2%.In Campania, nei primi tre mesi del 2012, si sono iscritte 8.662 imprese a fronte di 10.177 che sono cessate, determinando un saldo negativo pari a -1.515 unità (Italia -38.592).Il contributo al saldo negativo campano è da ricondursi ai saldi osservati nelle province di Salerno (-978), Avellino (-544) e Benevento (-442), a cui fanno fronte, invece, dei saldi positivi per le imprese delle province di Napoli e Caserta (rispettivamente: +421 e+28). Le imprese attive nella regione al I trimestre 2012 ammontano a 469.100 e costituiscono l’84,4% delle imprese registrate, quota in leggera flessione rispetto al dato del 2011. Il calo dell’incidenza delle imprese attive sulle registrate è da attribuirsi principalmente alle provincie di Napoli e Salerno, dove questa quota continua a diminuire dal 2011.

**4.6 Il tessuto imprenditoriale: imprese registrate, attive, iscritte, cessate per settore**

In Campania emerge il prevalere del commercio nell’economia regionale, che rappresenta il 37,5% del totale con una quota di dieci punti superiore a quella nazionale (27,0%). A livello provinciale, il commercio rappresenta l’attività principale: Napoli 44,0%, Caserta 36,2%, Salerno 33,4%, Avellino 25,9% e Benevento 21,6% di quote sul totale. Un altro settore molto importante per l’economia campana è l’agricoltura, che presenta una quota del 14,5% sul totale delle imprese attive, in linea con il dato nazionale (15,6%); tale settore ha un ruolo preponderante nelle economie delle province di Benevento (41,3%) e di Avellino (30,4%); mentre ha un peso relativamente più contenuto nel salernitano (19,0%) e nel casertano (17,8%) e marginale nel napoletano (5,0%).Le imprese del settore delle costruzioni rappresentano il 12,6% del totale regionale, mentre la quota delle imprese manifatturiere è pari a 8,7%; entrambi questi dati sono inferiori ai valori medi nazionali (rispettivamente: 15,6% e 10,2%). Le province in cui il manifatturiero ha la sua quota più rilevante sono quelle di Avellino (9,6%), Napoli (9,0%) e Salerno (8,8%); mentre la quota delle imprese delle costruzioni è uniforme tra le varie province, ad eccezione di Caserta dove il dato è superiore alla media regionale (16,1%).La diffusione del settore terziario sul territorio campano risulta in linea con quella nazionale; il settore del turismo ricopre in Campania la stessa quota che è registrata in media a livello nazionale (6,7%) così come l’incidenza delle imprese di noleggio e agenzie di viaggio (2,5%) e quella delle attività finanziarie e assicurative (1,9%). La maggior parte delle imprese terziarie si distribuiscono nelle province di Napoli e Salerno, in particole quelle attive nel turismo (rispettivamente: 7,0% e 7,4%) e nelle attività di noleggio e agenzia di viaggio (3,0% e 2,3%).L’andamento delle imprese attive per settore in Campania, al I trimestre 2012, segue in linea di massima l’andamento nazionale e presenta variazioni negative della base imprenditoriale di quasi tutti i settori, ad eccezione del settore delle attività mobiliari e di quello della fornitura di energia elettrica, che presentano una variazione positiva (rispettivamente: +0,1% e +1,4%); le imprese del turismo e delle attività estrattive si discostano dal dato nazionale che risulta in calo per entrambi questi settori (rispettivamente: -0,2% e -1,1%).In particolare, il calo più significativo si osserva per il settore agricolo, dove il numero delle imprese si è ridotto del -2,4% ed in misura maggiore rispetto alla media nazionale (-1,7%). Altre contrazioni si osservano nei settori delle costruzioni (-1,0%), nelle attività finanziare e assicurative (-1,0%), nel manifatturiero (-0,8%) e nel commercio (-0,3%).Solo le attività finanziare e assicurative presentano una riduzione maggiore rispetto alla media italiana (-0,6%); mentre le variazioni negative degli altri settori risultano di poco sotto la media. A livello provinciale, la contrazione della numerosità imprenditoriale del settore primario si osserva su tutto il territorio regionale e, in particolare, a Salerno (-3,8%); anche le imprese delle costruzioni e delle attività finanziarie ed assicurative sono diminuite un po’ ovunque e le riduzioni più marcate si osservano, per le imprese edili, ad Avellino (-2,1%) e a Benevento (-1,3%), e per le imprese finanziario – assicurative ancora a Benevento (-2,0%).Le imprese manifatturiere si riducono in quasi tutte le province, ad eccezione di Caserta (+0,1%), e in misura maggiore a Napoli (-1,1%) e ad Avellino (-1,1%). il settore del commercio presenta una variazione positiva solo nella provincia di Caserta (+0,3%), mentre nelle altre province le variazioni sono negative e la più marcata si osserva a Salerno (-1,0%). Il settore delle attività estrattive è rimasto stazionario, segnando una variazione positiva a Salerno (+2,5%) e una negativa a Caserta (-1,3%).Per quanto riguarda gli altri settori terziari, la variazione positiva delle attività immobiliari è da ricondursi alle province di Benevento con un +4,0%, Avellino +0,8% e Salerno +1,6%, mentre su Napoli e Caserta le imprese di questo settore sono diminuite. Il turismo, che nel complesso è rimasto stazionario, cresce a Salerno (+0,4%) e a Caserta ( +0,9%) e si riduce altrove. A livello regionale sono diminuite le imprese delle attività professionali e scientifiche (-0,4%), spinte dal calo che si osserva nel napoletano (-1,2%) e nonostante gli aumenti registrati a Caserta (+1,5%), Benevento (+0,8%) e Salerno (+0,6%).In generale si osserva che nella provincia di Napoli, in linea con l’andamento del 2011, sono diminuite le imprese di quasi tutti i settori sia nell’ambito dell’industria e dell’agricoltura, sia nel terziario mentre nelle province di Benevento, Salerno e Caserta, a fronte di contrazioni significative del settore primario, si registrano andamenti positivi di numerosi comparti terziari. L’analisi dei comparti manifatturieri della Campania evidenzia la presenza di tre settori principali: la fabbricazione di prodotti in metallo (17,2% del totale manifatturiero), l’industria alimentare (16,5%) e la confezione di articoli di abbigliamento (11,5%). Il primo di tali comparti è fortemente presente nelle economie di tutte le province e in misura lievemente superiore a Benevento (18,4% del manifatturiero locale) e a Caserta (18,2%). L’industria alimentare è il comparto con il maggior peso per le province di Benevento (23,7%) e di Salerno (18,9%); mentre la confezione di articoli di abbigliamento ha un ruolo importante principalmente a Napoli (13,9%).Dei tre comparti principali solo l’industria alimentare non ha subito variazioni durante il I trimestre 2012; le imprese di tale settore sono aumentate nelle province di Salerno (+0,6%) e di Benevento (+0,4%) e diminuite altrove. Si riducono invece in tutte le province le imprese della fabbricazione di prodotti in metallo (Campania -1,2%) e, ad eccezione di Caserta (+1,2%), quelle della confezione di articoli di abbigliamento (Campania -0,9%); il calo più marcato del comparto degli articoli di abbigliamento è stato ad Avellino (-1,3%), mentre quello dei prodotti in metallo a Napoli (-1,5%). Per gli altri comparti manifatturieri, l’industria del legno e la lavorazione di minerali rivestono un ruolo importante per l’economia salernitana (rispettivamente: 10,6% e 8,5%) e per quella beneventana (9,6% e 9,0%); mentre ad Avellino risalta il peso della fabbricazione degli articoli in pelle (15,3%). Al I trimestre 2012, le riduzioni più significative delle imprese manifatturiere campane si osservano nei comparti dell’industria tessile (-2,3%), della fabbricazione di mobili (-1,7%), della stampa (-1,3%), dell’industria del legno (-1,0%) e della (-0,9%). Crescono le imprese della fabbricazione di articoli in pelle (+0,1%), principalmente a Caserta (+4,5%), e quelle della riparazione e manutenzione di macchine (+1,7%), spinte dagli aumenti delle provincie di Caserta (+5,2%) e Salerno (+3,1%).

**Imprese registrate, attive, iscritte e cessate per forma giuridica**

La Campania presenta sul proprio territorio una prevalenza di ditte individuali (63,0%), con un’incidenza che risulta di poco superiore a quanto si osserva in media a livello nazionale (62,3%). Le forme organizzative più complesse,come lesocietà di capitali, rappresentano una quota del tessuto produttivo pari al17,8%, leggermente inferiore a quanto avviene in media in Italia (18,3%), ma in crescita già da alcunianni**.** Anche le società di persone hanno un’incidenza inferiore al dato nazionale (Campania 16,3%; Italia 17,1%), mentre le “altre forme” giuridiche sono lievemente più diffuse in Campania (2,9%) chein Italia (2,4%). A livello provinciale si osserva che la provincia di Napoli è quella che presenta la più alta incidenza di società di capitali (21,7%) e di società di persone (22,0%), ed ha pertanto una quota meno incisiva di ditte individuali (53,4%). Nelle altre province, più del 70% delle imprese sono ditte individuali e, nel restante 30%,prevalgono le società di capitali. In particolare, le società di capitale costituiscono il 14,9% delle imprese attive totali aCaserta, il 14,4% ad Avellino, il 13,7% a Benevento ed il 13,6% a Salerno. Dal punto di vista dinamico, nel I trimestre 2012, in Campania la contrazione più significativa è stata quella delle società di persone (-1,2%),che sono diminuite anche a livello nazionale  (-0,8%). Le imprese di tale tipologia presentano variazioni negative in tutte le province, ad eccezione di Caserta, dove sono rimaste invariate; la riduzione più significativa si registra nel napoletano (-1,5%). Le ditte individuali sono diminuite sia in Campania (-0,7%)sia in Italia (-1,2%); ridotte in maniera più marcata a Salerno (-1,7%) e ad Avellino (-1,6%), aumentate in provincia diNapoli (+0,1%). Le società di capitali, la riduzione è pari a -0,3%, da attribuirsi interamente provincia di Napoli (-1,1%)in controtendenza rispetto al dato italiano, che mostra un aumento del +0,4%, le altre province registrano in particolare gli aumenti più significativi a Benevento (+1,7%) ed a Salerno (**+**1,0%).Le **“**altre forme” giuridiche si riducono del -0,6% in Campania, mentre sul territorio nazionale risultano in aumento (+0,2%), in provincia di Napoli (-0,9%) e di Avellino (-4,3%), mentre crescono altrove.Il tessuto produttivo tende quindi a ristrutturarsi attraverso la costituzione di società di capitali a scapito di altre tipologie d’impresa con l’eccezione delle “altre forme” giuridiche che fanno rilevare aumenti a Benevento, Caserta e Salerno; nella provincia di Napoli, invece, al I trimestre 2012, si registra una lieve variazione positiva solo per le ditte individuali.

**Aziende presenti sul territorio**

Aziende Tessile e Abbigliamento in Campania: 36.106; aziende Tessile e Abbigliamento in provincia di Avellino: 2.628;Aziende Tessile e Abbigliamento in provincia di Benevento: 1.327; Aziende Tessile e Abbigliamento in provincia di Caserta: 5.953;Aziende Tessile e Abbigliamento in provincia di Napoli: 9.375;Aziende Tessile e Abbigliamento in provincia di Salerno: 6.823.

Il concetto di filiera esprime un insieme di attività coordinate e articolate che vanno dalla produzione alla trasformazione e conservazione del prodotto fino alla sua promozione, commercializzazione e vendita.

Le peculiarità del settore TAC (Tessile-Abbigliamento-Calzaturiero) napoletano che coinvolge un processo molto ampio ed articolato di singole fasi lavorative, di tipologie di imprese (gruppi, Società di Capitali, Società di persone e ditte individuali) nonché caratteristiche territoriali ci hanno spinto ad indagare il settore svolgendo un’analisi di ricostruzione di “anelli di filiera”, ovvero di microfiliere.

**Struttura interna del settore tessile, in particolare abbigliamento e calzaturiero**

La microfiliera del tessile, composta dalle aziende che svolgono, prevalentemente le attività di:

*Preparazione e filatura di fibre tessili*: operazioni preparatorie e la filatura delle fibre tessili. Il trattamento può riguardare diverse materie prime, come: seta, lana, altre fibre animali, vegetali o artificiali, sintetiche, carta o vetro, eccetera;

*Tessitura*: tessitura di materie prime di vario tipo: seta, lana, altre fibre animali, vegetali o artificiali, sintetiche o di vetro.

*Finissaggio dei tessili*: il finissaggio dei tessili e degli articoli di vestiario, ossia candeggio, tintura, apprettatura e attività similari.

*Altre industrie tessili*: la fabbricazione di prodotti tessili, ad eccezione degli articoli di vestiario, come tessuti a maglia, biancheria da casa, coperte, tappeti, ricami.

La microfiliera delle confezioni e dell’abbigliamento: include tutti i tipi di sartoria (abiti confezionati o su misura), in qualsiasi materiale (ad esempio: pelle, tessuto, tessuti a maglia eccetera), tutti gli articoli di abbigliamento (ad esempio: indumenti esterni, biancheria per uomo, donna e bambino, indumenti da lavoro, abbigliamento da città o casual eccetera) e gli accessori e si distingue in:

*Confezione di articoli di abbigliamento* - escluso abbigliamento in pelliccia include la fabbricazione di articoli di vestiario. Il materiale utilizzato può essere di qualsiasi tipo e può essere spalmato, impregnato o gommato.

*Confezione di articoli in pelliccia -* comprende la fabbricazione articoli di vestiario e accessori per abbigliamento in pelliccia, pelli cucite insieme, e di articoli vari in pelliccia e in pelliccia artificiale.

 La microfiliera della maglieria include aziende che svolgono, prevalentemente le attività di fabbricazione di articoli di calzetteria, inclusi calzini, calzamaglie e collant e la fabbricazione di articoli di vestiario tessuti a maglia: maglioni, cardigan, casacche, gilet e simili. La microfiliera della preparazione del cuoio e la fabbricazione di accessori in pelle include la preparazione e la tintura di pellicce, fabbricazione di pelli scamosciate la trasformazione delle pelli in cuoio tramite trattamento nonché la fabbricazione di articoli da viaggio, borse e simili, di, cinturini per orologi, in pelle, cuoio artificiale o ricostituito. La microfiliera delle calzature include aziende che svolgono, prevalentemente le attività di fabbricazione di calzature destinate a qualsiasi utilizzo nonché la fabbricazione di parti in cuoio di calzature.

**4.6 Strumenti di inserimento lavorativo rivolto ai cittadini con fragilità. 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 pioneristica per la promozione dell’integrazione sociale e lavorativa di soggetti con disabilità anche psichica. Questa esperienza metodologica di intervento nell’area sociosanitaria, nel territorio della provincia di Caserta denominata Basso Casertano e corrispondente alla ex ASL Caserta 2, è stata possibile grazie all’intesa tra ASL, Comuni e Terzo Settore gestori, in particolare, di strutture confiscate alla camorra. Tali strutture assumono un significativo simbolico a livello territoriale perché realizzano, nel contempo, una azione pedagogica di recupero della legalità e di promozione di percorsi di inclusione socio-lavorativa di cittadini con fragilità psicofisiche attivando percorsi integrati di autonomia e di valorizzazione individuale a contrasto della disoccupazione, ancora più elevata tra le fasce deboli dei nostri territori.

La metodologia dei PTRI cerca di ribaltare la logica assistenziale di stampo medico promuovendo percorsi integrati, casa-lavoro-comunità, valorizzanti che creano valore aggiunto per le comunità di riferimento, riducendo la spesa per gli interventi medicalizzanti.

In Regione Campania con la L.R. 1/2012, art. 46, si richiama proprio alla metodologia dei PTRI per l’intervento in ambito sociosanitario a caratterizzazione domiciliare a favore di cittadini fragili evitando cronicizzazioni e ricoveri impropri che comporterebbero aggravio di spesa e livelli inadeguati di assistenza. A tal riguardo, la Giunta Regionale della Campania, con la DGRC n. 483/2012, ha approvato apposite linee guida per l’attuazione di tale metodologia sul territorio campano 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 con definizione di un sistema tariffario a carico parziale sulla 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 della DGRC n. 483/2012 ed ha provveduto alla sua trasmissione al Ministero competente per il relativo parere così come stabilito nel Patto della Salute per le Regioni, come la Campania, sotto piano di rientro.

Per accedere alla misura dei PTRI i cittadini si rivolgono al servizio di Segretariato Sociale dei comuni o agli sportelli delle AASSLL preposti.

Di seguito un estratto dei punti caratterizzanti le Linee Guida citate al fine di avere un’idea dell’innovatività della misura accennata.

**Elementi caratterizzanti del Progetto terapeutico riabilitativo individuale.**

Per l’applicazione delle presenti linee guida va ridefinito il rapporto con gli attori privati, sinora ispirato – in modo diretto o implicito – al meccanismo della delega di attribuzioni e competenze.

Nel modello di comunità solidale, qui proposto, i Servizi Pubblici non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato3, ma piuttosto ricercare partner per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sulle determinanti sociali “*prodotti flessibili*” predittivi delle prognosi positive che *devono essere parte integrante del trattamento medico.*

Il ruolo del partner Privato non sarà quindi la produzione di un rigido (anche se articolato) set di prestazioni o di gestire 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*6 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 (ri)attribuzione 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 (multistakeholders): gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che comunque mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. 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 per innescare un processo di *capacità* finalizzatoa ridare ad una 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.

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

Attraverso il budget di salute s’intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree (corrispondenti al tempo stesso ai principali determinanti sociali della salute e a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti): apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale. 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 ingravescente ( malattie croniche e/o cronico degenerative e diabilità 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 e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l’intreccio 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.

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

L’inserimento delle persone nei budget di salute non fa decadere, ma integra la presa in carico degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali di competenza, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (le visite, le consulenze periodiche, la risposta all’emergenza, l’utilizzo dei centri pubblici, l’attivazione di reti sociali, familiari, Municipali locali).

La metodologia pone l’enfasi sulla coprogettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra enti pubblici e privato, a) evitando l’istaurarsi di meccanismi di delega dell’uno all’altro; b) ponendo attenzione a processi ed esiti e non all’accreditamento di strutture8; c) promuovendo l’associazionismo e la cooperazione diffusa evitando l’eccessiva autoreferenzialità a garanzia del sistema di offerta.

La valutazione degli esiti costituirà motivo di premialità per gli enti cogestori ai fini dell’assegnazione dei PTRI e del costante mantenimento del budget assegnato Il soggetto cogestore individuato con apposito bando parteciperà ad apposito avviso pubblico, bandito dalle AASSLL di concerto con gli Ambiti Territoriali, per diventare cogestore con i Servizi pubblici di Progetti terapeutico-individuali mediante budget di salute.

L’entrata nell’elenco è subordinata all’impegno da parte dell’ente cogestore ad includere stabilmente la persona in attività che consentano l’emancipazione l’autonomia, stipulando accordi con cooperative B/plurime; è prevista 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 cogestori sono i soggetti inseriti nell’elenco che forniranno a persone che abbiano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente, nel loro interesse e con attività utili per gli stessi, il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l’accesso ai diritti all’apprendimento-socialità-affettività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione.

I soggetti inseriti nell’elenco amministreranno una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall’intensità del progetto terapeutico riabilitativo individuale10, 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 l’assistenza e la reistituzionalizzazione. La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell’interesse della persona fruitrice, con la diligenza del buon padre di famiglia.

Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico deve essere organizzato sulle tre aree contemporanee d’intervento apprendimento/socialità/affettività, casa/habitat sociale, formazione/lavoro, ferma restando la priorità assegnata a ciascuna in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale con BdS.

**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.

**1. Casa / Habitat sociale**

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

Le abitazioni, sono rese disponibili per i nuovi soci in PTRI con BDS nelle seguenti forme in ordine di priorità:

1) Riutilizzando e reimprenditorializzando i beni confiscati;

2) Costituendo, in accordo con i comuni, gruppi di autocostruzione e auto recupero, individuando aree dove esercitare housing sociale e attivare strutture con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi etc…) in comodato d’uso gratuito ed enfiteusi a secondo della tipologia del bene messi a disposizione da enti pubblici, privati e religiosi;

3) donate per scopi sociali da privati;

4) beni resi disponibili per il “dopo di noi” da 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 *“negotiorun gestio”*. La protezione deve essere una scelta delle stesse persone utenti e del servizio pubblico, sempre volta al sostegno ed alla partecipazione diretta ai processi capacitativi e di cura.

I PTRI prioritariamente orientati verso l’area casa/habitat sociale avranno 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 in BDS.

L’uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI sostenuti da budget di salute delle organizzazione cogestrici, 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 acceso 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 cogestore per la cogestione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali.

**2. 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.

1. **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 sociosanitari**

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 sociosanitari 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” di una rete territoriale ideale potrebbero essere costituiti dai diversi servizi qui di seguito descritti.

**5.2 Asl e strutture collegate**

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 disposizione emanate dall’Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria, Settore Interventi a favore di Fasce Sociosanitarie 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).

**5.3 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.

**5.4 I centri per l’impiego e il collocamento mirato**

**N**ell’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](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/5D1D15F6-3638-47D6-97CA-EA86A29BBE5B/0/19990312_L_68.pdf) 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 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 il 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 persone 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 qualificherebbero 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 una 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.

**5.5 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:

1. 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.
2. 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 da spazio alla vendita dei prodotti/servizi delle cooperative B potrebbe essere un grande sostegno.
3. Protocolli di Intesa con Centri per l’Impiego per trovare soluzioni comuni di facilitazione all’iscrizione e all’orientamento lavorativo.
4. Protocolli di Intesa con le Politiche socio-sanitarie, dove nei percorsi terapeutici sia inglobato l’obbligo di intervento di inclusione al lavoro.
5. Protocollo di Intesa con le scuole di i^ e II^ grado di percorsi molto precoci con la rete territoriale.
6. 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.

**5.6 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 tar lavoratori e queste ultime, sia perché collaborano con le organizzazioni datoriali e offrono servizi di orientamento al la voro 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 ( sociosanitari, 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. E’ 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.[[11]](#footnote-11)

In Campania la normativa vigente in materia di accreditamento degli enti formativi[[12]](#footnote-12) prevede diversi ambiti di intervento lasciando aperta la possibilità di accreditarsi in quelli prescelti senza dover obbligatoriamente coprire tutte e quattro le macrotipologie previste[[13]](#footnote-13). 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.

**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[[14]](#footnote-14). 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 favorirne 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.

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”[[15]](#footnote-15).

**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
* 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[[16]](#footnote-16) e l’articolazione[[17]](#footnote-17) dei Dipartimenti sono ben definite nel “Progetto 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 da 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 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 Interistituzionale al quale invitare i vari attori che possono contribuire al processo di inserimento lavorativo delle persone con disabilità (gli attori sono specificati in tabella 1). Il Tavolo, in un’ottica di collaborazione continuativa e stabile si dovrebbe riunire periodicamente. Tutti i soggetti coinvolti dovrebbero elaborare il senso di appartenenza alla rete che permette ad ogni parte di condividere finalità connesse all’inserimento socio lavorativo dei disabili psichici.

La quinta fase invece fa riferimento 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 sostanziarsi in tre categorie:

1. progetti di orientamento al lavoro (che si sostanzia in un’analisi delle potenzialità della persona e della volontà dello stesso)
2. progetto di formazione in situazione, che potrebbe essere un tirocinio per fare in modo che la persona acquisisca 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, sono utili delle 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FASI** | **ATTIVITA’ PRINCIPALI** | **ATTORI** | **STRUMENTI** |
| 1. Accoglienza | * Analisi della domanda/bisogno
* Presa in carico del soggetto
* Diagnosi
 | * D.S.M.
 | * Colloquio
* Cartella clinica
 |
| 2. Riabilitazione | * Cura del soggetto (attività terapeutica e/o farmacologia)
* Progettazione e attuazione percorsi personalizzati terapeutico-riabilitativi
* Assistenza domiciliare
 | * D.S.M.
* Famiglia
* Associazione di volontariato e familiari
* Servizi sociali
 | * Colloqui
* Visite domiciliari
* Progetti individualizzati
* Terapie
 |
| 3. Orientamento  | * Verifica dei prerequisiti(idoneità/disponibilità del soggetto, motivazione, interessi e attitudini, condizioni giuridiche)
* Analisi delle competenze e delle capacità del soggetto
* Informazione sugli strumenti di ricerca attiva del lavoro
 | * C.P.I.
* D.S.M
* Cooperative Sociali
* Ufficio di piano
* Parti sociali
 | * Colloqui
* Scheda di registrazione utente
* Bilancio di competenze

- Questionari* Esercitazioni di gruppo
* Compilazione guidata del C.V.
* Opuscolo informativo sui servizi presenti sul territorio che si occupano di ricerca del lavoro
 |
| 4. Intervento formativo | * Studio del mercato del lavoro locale
* Analisi del fabbisogno delle aziende
* Individuazione corsi di formazione idonei
* Supporto e accompagnamento del soggetto durante la formazione
 | * C.P.I.
* Associazioni di categoria
* Enti di formazione
* Ufficio di piano
* D.S.M.
* Associazione di volontariato
* Cooperative sociali B
* Parti sociali
* Organizzazioni datoriali (Camera di Commercio, Confartigianato, Coldiretti, Confcooperative, Confcommercio, LegaCoop, etc.)
 | * Ricerca sul campo
* Elenchi cataloghi formativi
* Scheda osservazione soggetto o diario di bordo
* Report
* Tavolo interistituzionale
 |
| 5. Inserimento lavorativo  | * Ricognizione opportunità di inserimento
* Incontro domanda/offerta
* Individuazione del tutor aziendale
* Affiancamento e tutoraggio alla persona e alla famiglia
* Affiancamento e tutoraggio alle aziende
 | * C.P.I.
* D.S.M.
* Associazione di volontariato
* Enti locali
* Tutor aziendale
* Cooperative sociali B
* Organizzazioni datoriali (Camera di Commercio, Confartigianato, Coldiretti, Confcooperative, Confcommercio, LegaCoop etc.)
* Ufficio di piano
 | * Ricerca sul campo
* Elenco aziende
* Scheda descrittiva dell’offerta
* Scheda osservazione soggetto o diario di bordo
* Tavolo interistituzionale
 |
| 6. Consolidamento lavorativo | * Affiancamento e tutoraggio alla persona e alla famiglia
* Affiancamento e tutoraggio alle aziende
 | * Tutor esterno (D.S.M., C.P.I., ecc)
* Tutor aziendale
 | * Report periodico
* Diario di bordo
 |
| 7. Monitoraggio e valutazione | * Monitoraggio percorso
* Valutazione esiti
 | * D.S.M.
* Tutor aziendale
 | * Scheda valutazione
* Osservazione
* Report finale
 |

**Capitolo VII**

Riflessioni, osservazioni e criticità emerse dal tavolo partecipato

La legge 68 che costituisce la norma paradigmatica in materia è considerata dalla maggior parte degli addetti ai lavori una buona legge. Eventuali criticità emergono dalla sua applicazione. Infatti in alcune Regioni è stato fatto uno sforzo importante di messa in rete di servizi già esistenti prima della 68, e di attivazione di servizi mancanti. Questo ha prodotto risultati senz’altro positivi, sia in termini di qualità di servizi alle persone e alle aziende sottoposte agli obblighi. Nelle regioni in cui i servizi alle persone ed alle aziende non sono “mediati” può accadere che la legge sia disattesa , oppure si preferisca pagare una multa. Ma, tutto ciò è imputabile non alla struttura della legge, ma, alla sua applicazione concreta.

A scopo illustrativo, per fare riferimento a casi concreti, nell’ operatività delle attività dei DSM, gli operatori per quanto riguarda il tirocinio formativo e/o erogazione di borse lavoro attribuite ad utenti con disagio psichico, hanno messo in luce le numerose difficoltà riscontrate, sia a livello burocratico amministrativo che nella pratica quotidiana.

A tutt’oggi, non solo nelle imprese private, ma a volte, anche negli ambienti istituzionali pubblici, si vive ancora lo stigma del pregiudizio psichiatrico, la “persona” è purtroppo percepita come pericolosa e quindi da emarginare.

Detto ciò si può senz’altro affermare che l’esperienza del sopraindicato servizio, rispetto a borse lavoro e/o tirocini formativi, per gli utenti disabili psichici, soprattutto negli ultimi anni è migliorato sotto il profilo delle relazioni di governance, con le istituzioni esterne. Questo ha avuto riflessi benefici sui pazienti coinvolti nei progetti, contribuendo al mantenimento di un buon compenso psichico, motivandoli e aumentando il loro empowerment.

La criticità di tali esperienze, tuttavia, sta nel fatto che le stesse, sono funzionali solo all’acquisizione di competenze lavorative, quindi non si sostanziano in inserimenti nel mercato del lavoro di medio lungo periodo. Ciò è dovuto in primo luogo alla crisi occupazionale globale, ma anche perché vi sono difficoltà oggettive, nel costruire a livello territoriale una rete efficiente di attori istituzionali che possa gestire le esigenze del territorio.

In particolare, si sottolinea la necessità di coinvolgere maggiormente gli organi demandati istituzionalmente a coordinare i meccanismi della domanda/offerta di lavoro, come ad es. i Centri per l’Impiego delle province campane, spesso assenti dai processi di organizzazione e decisione.

Nonostante il quadro normativo di riferimento disciplini in modo dettagliato la materia delle politiche sociali e delle politiche attive del lavoro, emergono criticità, derivanti principalmente o dalla mancata attuazione di disposizioni normative cogenti, o da scarso coordinamento degli attori istituzionale, e/o dalla assenza o quasi del sistema di rete territoriale. Per citare alcuni esempi la legge regionale 11/84, contiene le norme per la prevenzione cura e riabilitazione degli handicap e per l’inserimento nella vita sociale e al relativo regolamento di attuazione.

 La legge 407/90 ed in particolare l’art.8,
 prevede la riduzione dei contributi previdenziali per 36 mesi per i datori di lavoro che assumono a tempo indeterminato disoccupati iscritti al Centro per l'Impiego da almeno 24 mesi. Gli sgravi fiscali previsti da tale legge sono cumulabili con gli sgravi previsti dalla Legge 68/99.

 La legge 381/91 prevede l'inserimento lavorativo di invalidi psichici, ex-degenti di Istituti psichiatrici e soggetti in trattamento psichiatrico presso cooperative sociali: le aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale ed assistenziale dovute dalle cooperative sociali, relativamente alla retribuzione corrisposta alle persone svantaggiate sono ridotte a zero.

La Legge quadro sull'handicap (104/92, art.18) promuove la piena integrazione della persona portatrice di handicap, in dettaglio, colui che, presenta una minorazione anche psichica che è causa di difficoltà tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione) anche nel lavoro.
Prevede anche che per le prove concorsuali e per gli esami di abilitazione professionale la persona con handicap possa utilizzare ausili e tempi aggiuntivi in relazione al tipo di handicap. Allorché la persona risultasse vincitrice di concorso ha la priorità di scelta tra le sedi disponibili. Inoltre la persona handicappata ha la precedenza in sede di trasferimento a domanda. L.R. 39/94IntegrazionedellaL. 11/84 L.196/97 eD. M. 142/98
Prevedono **tirocini formativi ed orientativi**, finalizzati all'occupazione della durata massima di 24 mesi a favore di soggetti con handicap, prevedendo il rimborso totale o parziale egli oneri finanziari connessi all'attuazione dei progetti di tirocinio. Sono promossi anche dai servizi di inserimento lavorativo gestiti da enti pubblici delegati dalla regione.
Inoltre le Commissioni Regionali per l'Impiego, possono deliberare, ai sensi dell'articolo 9, comma 9, del decreto legge 1 ottobre 1996, n.510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 Novembre 1996, n. 608, l'inserimento mirato lavorativo con **contratto di formazione e lavoro** per soggetti portatori di handicap, sulla base di progetti previsti dai contratti collettivi nazionali. Il D. Lgs. 276/03 limita questa possibilità alla sola amministrazione pubblica.

 La legge 68/99 che sostituisce la L.482/68 introducendo il principio del collocamento mirato: i disabili vengono inseriti nella posizione più adatta, previa adeguata valutazione delle capacità lavorative con strumenti tecnici e di supporto.
Prevede assunzioni obbligatorie mirate per disabili con una comprovata riduzione delle capacità lavorative superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile (ASL), presso datori di lavoro pubblici e privati per aziende con più di 15 dipendenti.
Per l'assunzione dei disabili psichici, in specifico, le aziende devono effettuare la richiesta nominativa mediante apposite convenzioni con i centri per l'impiego. L'assunzione di disabili psichici prevede la possibilità della fiscalizzazione totale dei contributi lavorativi per otto anni.
La L.68/99 prevede inoltre rimborsi forfettari per le spese necessarie all'adattamento del posto di lavoro e per apprestamento di tecnologie di telelavoro. Le agevolazioni riguardano anche i datori non soggetti ad obbligo, che decidano di assumere un disabile, come disposto dal D. Lgs. 276/03
Il decreto attuativo della L. 30/03, all'art. 14, prevede per i servizi individuati dalla L. 68/99 (Servizi per l'Impiego), al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili, la possibilità di stipulare convenzioni quadro su base territoriale (validate da parte delle regioni, dopo aver sentito gli organismi di concertazione) con le associazioni sindacali dei datori di lavoro e le associazioni di rappresentanza o i consorzi di cooperative.
Con dette convenzioni le imprese, per una certa quota di assunzioni obbligatorie a cui erano tenute, invece di assumere i disabili, conferiscono alle cooperative commesse di lavoro ; le cooperative sociali , a loro volta , assumono un numero di disabili pari a quello che avrebbero dovuto essere assunti dalle imprese.
L'art. 85, comma 9 disciplina la vigente normativa in materia di contratti di formazione e lavoro prevedendone l'applicazione esclusivamente nei confronti dalla pubblica amministrazione.
Il Capo II del Titolo VI del medesimo Decreto introduce il contratto d'inserimento, un contratto di lavoro diretto a realizzare, mediante un progetto individuale di adattamento delle competenze professionali del lavoratore a un determinato contesto lavorativo, l'inserimento ovvero il reinserimento nel mercato del lavoro.
Il contratto di inserimento ha una durata non inferiore a nove mesi e non può essere superiore ai diciotto mesi. In caso di assunzione di lavoratori con disabilità psichica, la durata massima può essere estesa fino a trentasei mesi. In attesa della riforma del sistema degli incentivi all'occupazione, gli incentivi economici previsti dalla disciplina vigente in materia di contratto di formazione e lavoro rimangono applicabili.

I lavoratori assunti con contratto di inserimento sono esclusi dal computo dei limiti numerici previsti da leggi e contratti collettivi per l'applicazione di particolari normative e istituti.

DGRC n. 2132 del 20/06/2003“Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania” il quale ha evidenziato la necessità di dare indirizzi e raccomandazioni omogenee alle AA.SS.LL. campane allo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza sanitaria in materia.

D. Lgs 163/2006 nuovo codice dei contratti Pubblici, in cui 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 riservati al c.d. terzo settore, a cooperative sociali e imprese sociali regolati da norme speciali.

D.D. N. 7 11 dicembre 2006Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria Settore Interventi a favore di fasce sociosanitarie particolarmente deboli - Disposizioni per l'utilizzo delle risorse economiche vincolate-FONDI CIPE 2003, assegnate con D.G.R.C.396/2005 (ai sensi dei commi 34 e 34 bis art.1 della L.662/96 per le cure domiciliari con particolare attenzione agli anziani e ai soggetti non autosufficienti e per la rete territoriale di attività assistenziale per la salute mentale (€40.000.000).

Delibera di G.R. 1210/2007 Definizione caratteristiche strutturali fattoria sociale.

D.D 145/2008 – BURC 21 del 26/05/2008 Registro regionale fattorie sociali.

L. 3 Marzo 2009, n. 18. Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

Piano di sviluppo 2007/2013 azione f misura 321previsti incentivi allo scopo di implementare l’inserimento lavorativo delle persone appartenenti alle fasce deboli

Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 05 del 10.01.2011

Oggetto: Determinazione tariffe per prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale perpersone affette da patologie psichiatriche – rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 – ed approvazione del documento recante “*Criteri – modalità di accesso e tariffe per* *l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichiatrico*”.

DGRC 666 del 06/12/2011 Linee Guida dei servizi per la salute dei cittadini adulti sofferenti psichici. Criteri-modalità e tariffe per l’erogazione di prestazioni socio-sanitarie e sociali a carattere residenziale in favore dei cittadini adulti con disagio psichico.

Decreto Commissario ad Acta n. 5 del 30.01.2012

Oggetto: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Riparto e linee di indirizzo per l’utilizzo dei fondi vincolati alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale: annualità 2006 Linea progettualità 3: rete territoriale per la salute mentale (€14.003.328,14)

Decreto n. 765 del 23/10/2012 POR FSE 2007-2013 Asse III Obiettivo specifico G) O.O, 5 rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione delle persone diversamente abili nei posti di lavoro, “ Approvazione avviso pubblico per la realizzazione di *work experience”* finalizzate all’inserimento lavorativo di persone con disabilità e per la concessione di aiuti all’assunzione.

In sintesi le criticità, riguardano due ordini di problemi principali come già evidenziato, quali alcune defezioni sull’applicazione normativa e regolamentare, e, inoltre la mancanza di governance tra attori istituzionali.

Si segnala, inoltre, in prima battuta la difficoltà di integrazione tra i vari servizi e tra i vari professionisti - valutazione prevalentemente clinica e poco psicoeducativa;

l’assenza di criteri di valutazione espliciti tra i vari attori coinvolti nel processo di inserimento lavorativo quindi valutazioni diverse da parte dei vari professionisti portatori di scuole di pensiero diverse e oggetto spesso di scontro professionali e personali;

 la scarsa comunicazione tra i livelli centrali ed il territorio soprattutto per ciò che riguarda le risorse specifiche messe a disposizione come ad es. gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale - Legge 662/96;

progettualità specifiche centrali: poco partecipate e condivise con il territorio, ripetitive negli anni ma mai messe a regime;

finanziamenti a pioggia;

assenza di rendicontazione di risultato e quindi di un sistema basato sulla premialità.

## Repertorio della normativa regionale

Principali atti regionali, di natura *sanitaria*, inerenti il tema della salute mentale

* **Legge Regionale n. 1 del 3 gennaio 1983** – Istituzione in ciascuna USL del servizio per la tutela della salute mentale.
* **Legge Regionale n. 9 del 24 febbraio 1986** – Provvedimenti per garantire la continuità dei servizi per la tutela della salute mentale.
* **Legge Regionale n. 32 del 3 novembre 1994** – Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale.
* **Legge Regionale n. 2 del 26 febbraio 1998** – Piano regionale ospedaliero per il triennio 1997 – 1999.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 2255/95** inerente il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale anno 1994-96 (ex DPR del 07/04/1994).
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 5744 del 28 novembre 2000** – Progetti Obiettivi ex art. 1 comma 34 della legge n. 662/1996 - F.S.N. 1998 ed ex Deliberazione CIPE n. 128/1999.
* **Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 1197 del 16 maggio 2001** – Commissione Tecnica Regionale per la Tutela della Salute Mentale.
* **Decreto dell’Assessore alla Sanità n. 361 del 26 maggio 2006** – Commissione Tecnica consultiva per la Tutela della Salute Mentale
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 7262 del 27 dicembre 2001** – Linee Guida per l’organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Campania.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 2132 del 20 giugno 2003** – Progetto obiettivo regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania.
* **Legge Regionale n. 10 del 11 luglio 2002** – Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 7301 del 31 dicembre 2001** – Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 7 agosto 2001, n. 3958 contenente Definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004** – Linee guida regionali per la riabilitazione in Campania.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 2006 del 5 novembre 2004** – L.R. 22 aprile 2003, n. 8 - Approvazione delle Linee d’Indirizzo sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 254 del 25 febbraio 2005** – Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza. Provvedimenti e indirizzi organizzativi.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n. 1379 del 6 agosto 2009** – Raccomandazioni per i dipartimenti di salute mentale in materia di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e accertamento sanitario obbligatorio – presa d’atto documento.
* **Deliberazione della Giunta Regionale n.1380 del 6 agosto 2009** – Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale recepimento dell’accordo stato regioni e province autonome – rep n 43/CU del 20 marzo 2008 con allegati.
* **Legge del Consiglio** **Regionale** **n. 16/09** – Piano Ospedaliero Regionale.
* **Decreto del commissario ad acta** per la Sanità **n. 5** del 10/01/2011 – Determinazione tariffe per prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per persone affette da patologie psichiatriche - rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 - ed approvazione del documento recante “Criteri – modalità di accesso e tariffe per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichiatrico”.

Principali atti regionali, in materia di *lavoro*, riguardanti le disabilità:

* **DGRC** **n. 690** **dell’08/10/2010**: “*Campania al Lavoro – Piano Straordinario per il Lavoro*”.
* **DGRC n. 631** del **15/11/2011:** Linee Guida per la concessione degli incentivi alle assunzioni previste all’articolo 13 della citata legge 68/99.

Principali atti regionali, di natura *sociale*, inerenti il tema della salute mentale:

* **L.R. n. 11 del 23/10/2007**: “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”.
* **DGRC n. 694 del 16/04/2009** – Piano Sociale Regionale.
* **DGRC** **n. 1210/2007** – Fattoria Sociale
* **DD** **n. 922/2007**: “Approvazione Avviso pubblico per buone pratiche sperimentali ed innovative di sviluppo sostenibile ed inclusione sociale delle fasce deboli (Fattorie sociali)”.
* **DD n. 145/2008**: istituzione del Registro Regionale delle Fattorie Sociali in Campania.

Gli allegati realizzati anche col metodo delle “interviste in profondità” contengono argomentazioni di risposta ascrivibili alla legge della privacy. Per questi è espressa autorizzazione ai sensi della L. 675/96 e s.m.i.

**Allegato 1: Buone prassi/esperienze di inserimento lavorativo**

* + 1. **Esperienza n. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | DSM ASL Salerno area nord |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buonaprassi/percorso tipo che segnala? | Progetto Biblioteca |
| A quale tipologia di utenza è stata rivolta? | Giovani utenti con patologie psichiatriche gravi |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 2 |
| Quando è stata realizzata? |  Da Aprile 2011 per un anno |
| Dove è stata realizzata? | Biblioteca storica ex OP Vittorio Emanuele II Nocera Inferiore |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Fondazione CeRPS, Cooperativa Iucan |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Contatti a tempo determinato (Co.Co.Pro) |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Servizi culturali |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | Organizzatori/gestori biblioteca |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(èunaesperienzanonprecedentementesperimentatanelcontestolocale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibileneltempo(l’inserimentolavorativoconseguebuonilivellidistabilità)
 | Il progetto vuole realizzare una continuità di occupazione, un dignitoso e particolare inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici. Possibilità di confrontarsi con gli “altri” ad un livello anche elevato di relazione con l’acquisizione di un ruolo culturalea.Si/no e perchè? Si perché gli utenti adeguatamente formati possono lavorare in ambienti simili b. Si in quanto è un’idea originalec.Si in quanto i lavoratori sono pagati mediante borse di studiod.Si perchè i due giovani hanno firmato un regolare contratto di lavoro a tempo determinato. Effettuano un orario lavorativo pari a 3 ore giornaliere per 5 giorni a settimana,e. Si se vi sono fondi appositamente stanziati  |
| Criticità(punti di debolezza del progetto) | Necessità di reperire fondi per continuare l’attività |
| Committenza(chi acquista i beni e servizi forniti) | Studenti universitari, studiosi di storia della medicina |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Conf Cooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | I.N.L.A. 1 |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Disabilità psichica |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 1 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2007 |
| Dove è stato realizzata ? | S.Giorgio  |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Italia Lavoro |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | T.I. part –time |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Cooperativa Sociale nel reparto Serigrafia |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Operaio/serigrafo |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno economico sui costi della formazione della risorsa umanaa.Si/no e perchè?Fare rete con istituti che possano contribuire almeno alla formazione del lavoratore rende più agevole l’assunzione. Naturalmente può essere applicato in ogni luogo della regione.b. livello di innovatività medioc. costo nettamente inferiore al risultato ottenuto Contratto a T.I. di un disabile psichicod. più che il progetto in sé la cooperativa riesce a garantire una sostenibilità nel tempo . La cooperativa è mista, quindi riesce con la parte A a sostenere le perdite economiche della parte B |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Il progetto ha naturalmente un inizio e fine, per cui il soggetto dopo è lasciato alla sostenibilità della ditta assuntrice. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  |  |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | UOSM Distretto 13 ASL Caserta |
| Titolo/denominazionesipotrebbedareallabuonaprassi/percorsotipochesegnala? | Introduzione all’imprenditoria di sè |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta? | Utenti psichiatrici ASL ex Caserta 1 |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 40 |
| Quando è stata realizzata? | 2009/2010 |
| Dove è stata realizzata? | Preso aziende del territorio competente per la ASL |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Provincia di Caserta, progetto ministeriale Italia lavoro, Unione Industriali di Caserta |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Tirocini formativi |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Plurime (industriali, esercizi commerciali, amministrative, etc.) |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | Come tirocinante |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibileneltempo(l’inserimentolavorativoconseguebuonilivellidistabilità)
 | Orientato direttamente all’esperienza lavorativa; alta autonomia dell’utente1. Si, grazie a un format codificato nella prima esperienza.
2. Si, perché il tutoraggio è stato ridotto al minimo indispensabile.
3. Da valutare nel tempo (almeno un quinquennio)
4. Parzialmente efficace.
5. Sì, le competenze acquisite sono spendibili anche a distanza di tempo
 |
|  Criticità(punti di debolezza del progetto) | La difficile interazione con le agenzie presenti sul territorio. La necessità di un budget progettuale iniziale. |
| Committenza(chi acquista i beni e servizi forniti)  | Molto diffuso sul territorio: non è possibile quantificare le percentuali. |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | DSM ASL Salerno area nord |
| Titolo/denominazionesipotrebbedareallabuonaprassi/percorsotipochesegnala? | People Sitter |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta? | Giovani utenti con patologie psichiatriche gravi |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 2 |
| Quando è stata realizzata? | 2009 |
| Dove è stata realizzata? | UOSM 3 DSM ASL Salerno Area Nord |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Associazione di volontariato presente sul territorio |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Contratto tempo indeterminato part-time ex art. 6 CCNL prestatori lavoro domestico |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Servizi alla persona |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | badante |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibileneltempo(l’inserimentolavorativoconseguebuonilivellidistabilità)
 | Pazienti psichiatrici anziani, beneficiari di amministratore di sostegno e titolari di pensione, previa autorizzazione del giudice tutelare, assumono un badante tra gli utenti del CSM opportunamente formati per soddisfare i propri bisogni non erogabili da parte della struttura ospitante. La formazione del badante e realizzata attraverso un corso tenuto dagli operatori dell’UOSM che non comporta aggravio di spese da parte dell’ente.a.Si/no e perche? Si è trasferibile in altri contesti se ci sono i presupposti di cui soprab.si in quanto c’è un’assistenza personalizzata offerta all’ospite della struttura residenziale c.si perché realizza inserimento lavorativo a costo zero per l’ente sanitariod.si perché i tempi di realizzazione sono brevie.si sostenibile fino a quando permangono le condizioni riportate nei “punti di forza del progetto” |
|  Criticità(punti di debolezza del progetto) | La realizzazione dell’inserimento lavorativo è subordinato alla volontà del paziente psichiatrico anziano e dell’amministratore di sostegno oltre che alla disponibilità economica dello stesso. |
| Committenza(chi acquista i beni e servizi forniti)  | Pazienti psichiatrici anziani residenti |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 5**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Conf Cooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | I.N.L.A. 1 |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Disabilità psichica |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 1 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2010 |
| Dove è stato realizzata ? | S.Giorgio a Cremano Cooperativa Sociale Litografi Vesuviani, Salute, Servizio, Lavoro |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Italia Lavoro |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | T.I. part –time |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Cooperativa Sociale nel reparto Grafica  |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Grafico |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno economico sui costi della formazione della risorsa umanaa.Si, fare rete con istituti che possano contribuire almeno alla formazione del lavoratore rende più agevole l’assunzione. Naturalmente può essere applicato in ogni luogo della regione.b. livello di innovatività medioc. costo nettamente inferiore al risultato ottenuto Contratto a T.I. di un disabile psichicoe. più che il progetto in sé la cooperativa riesce a garantire una sostenibilità nel tempo . La cooperativa è mista, quindi riesce con la parte A a sostenere le perdite economiche della parte B |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Il progetto ha naturalmente un inizio e fine, per cui il soggetto dopo è lasciato alla sostenibilità della ditta assuntrice. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  |  |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 6**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Conf Cooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? |  |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Soggetti con disabilità mentale |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | Due |
| Quando è stato realizzata ? | Nel 2012 è ancora in corso |
| Dove è stato realizzata ? | Comune di Paduli |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? |  |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Contratti a tempo determinato |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Igiene ambientale |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Operai addetti alla raccolta rifiuti |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | a.sib. sic.sid.sie.si |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) |  |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  | Comune di Paduli |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 7**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Conf Cooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Progetto Personalizzato di Inserimento Lavorativoriqualificazione e manutenzione area verde dsm Benevento |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | utenti del dipartimento di salute mentale di Benevento  |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 7 utenti inseriti a lavoro  |
| Quando è stato realizzata ? | luglio 2011 – dicembre 2011 |
| Dove è stato realizzata ? | Benevento |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Asl Benevento – dipartimento di salute mentale |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | 7 contratti subordinati part-time contratto collettivo nazionale coop. sociali |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | manutenzione aree verdi |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | 7 operatori addetti alla manutenzione |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Siamo lontani dall’affermare l’esistenza di una relazione causa-effetto tra inserimento lavorativo e qualità della vita soddisfacente che dipende da molteplici fattori, quello che ci interessa sottolineare e che l’inserimento lavorativo è uno degli elementi della rete sociale personale, che ha un forte impatto sulla vita del singolo, non solo porta ad un maggiore reddito ma anche un’influenza positiva sull’identità sociale, la coesione ed il consenso sociale e ciò si ripercuote a livello economico, familiare e sociale.A. si, perchè realizzato con i fondi regionali cipe, destinati alla riabilitazioneB. si, per la prima volta l’asl di Benevento ha riqualificato un’area verde abbandonata affidando la realizzazione e la successiva gestione ad una cooperativa sociale fondata da utenti del d.s.m. C. si – perchè l’inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati oltre ad essere considerato un elemento di positività sociale è nel contempo di “alleggerimento della spesa sociale” che il sostegno agli stessi comportaD. si – ha consentito l’occupazione stabile (per il periodo di riferimento) e una propria collocazione sociale di un numero considerevoli di persone in condizione di particolare svantaggio e particolarmente deboli nel mercato del lavoro. E. si – laddove ci sia ’ una maggiore sensibilità degli enti pubblici appaltanti ad affidare i propri servizi in convenzione così previsto dalla legge 381/91 e la capacità della cooperativa di sfruttare le competenze trasmesse a tali soggetti nel mercato privato. |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | di carattere finanziario dettato dai ritardi di pagamento da parte degli enti pubblici. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  | ad usufruire del servizio sono gli utenti ed il personale del dipartimento di salute mentale oltre alla cittadinanza che si reca al giardino – considerato il tipo di servizio offerto si può dire che la committenza usufruisce del servizio al 100% |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 8**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | DSM ASL NA 2 Nord |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Progetto Formativo e di Orientamento |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Soggetti con handicap ex legge 68/1999 e/o soggetti svantaggiati ex legge 381/91  |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 3 |
| Quando è stato realizzata ? | Anni 2007-2009 |
| Dove è stato realizzata ? | presso il UOSM di Giugliano e il Comune di Calvizzano |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Comuni di Giugliano, Calvizzano , INAIL e Agenzia del lavoro |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Progetto formativo e di orientamento con erogazione di borsa di cittadinanza dell’importo di 400 euro mensili |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Servizio pubblico |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Attività di carattere amministrativo |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Riduce lo stigma e favorisce l’integrazione sociale dei partecipanti e consente agli stessi di acquisire competenze (uso di PC, fax, fotocopiatrici, archiviazione e ricerca dati) che possono facilitare l’inserimento in un contesto lavorativo. a Sì, perché la progettazione e il monitoraggio delle iniziative si fonda su procedure standardizzate (protocolli o convenzioni tra gli enti coinvolti, ecc.) facilmente trasferibili in altri contesti territorialib. No, perché nel contesto locale sono state realizzate anche nel passato esperienze del genere c. Si, perché i costi sono limitati all’erogazione della borsa lavorod, e. No, per quanto riguarda la possibilità di ottenere un inserimento lavorativo stabile  |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Sono basse la possibilità che il progetto formativo e di orientamento dia luogo a un inserimento lavorativo duraturo |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  |  |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 9**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Confcooperative Federsolidarietà Avellino |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Koinon Service Laboratorio di restauro |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Pazienti psichiatrici |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 20 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2005 |
| Dove è stato realizzata ? | Avellino Via leprino, 12 – 0825/74407 |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Caritas Diocesana Avellino, Parrocchia SS. Ma Montevergine di Avellino, Caritas Italiana, Koinòn cooperativa Sociale di Avellino, Penisola Associazione di Volontariato di Avellino |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Collaborazioni a Progetto |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Restauro mobile, tele, oggetti in metallo etc.. |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Apprendista restauratore |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Maestri restauratori e tutor molto motivati a interagire con persone soffrenti di disturbi psichici.A .Si è trasferibile ma è importante il personale che gestisce il laboratorioB . si non era mai stato realizzato un eserienza del genere nella provincia di Avellinoc. Si Costa relativamente poco ci vogliono piccole attrezzature e non occorrono ingenti investimenti iniziali d. no. Questo non e semplice con persone sofferenti di disturbi pschicie E il salto di qualità che dovremmo fare e proprio quello di dare sostenibilità al progetto  |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Difficolta ad essere una vera impresa che si approcci al mercato |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  | privati |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 10**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Legacoop Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | ARTE MUSICA CAFFE’ l’inserimento sociale e lavorativo di soggetti svantaggiati psichici attraverso il loro coinvolgimento sia nella organizzazione di banchetti quali matrimoni, battesimi, feste e convegni sia nella commercializzazione di prodotti alimentari presso il proprio punto vendita SFIZZICARIELLO |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | svantaggiati psichici |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 8 collaboratori permanenti e 3 giovani in formazione. |
| Quando è stato realizzata ? | Cooperativa Sociale nata nel 2007 su iniziativa di un gruppo di famiglie fortemente motivate ad aiutare i propri congiunti |
| Dove è stato realizzata ? | Napoli |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | AFASP Campania (Associazione Familiari ed Amici Sofferenti Psichici), GESCO Consorzio di Cooperative Sociali, Cooperativa Sociale “Il Calderone” |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Contratti di collaborazione in base alle esigenze sia della cooperativa che dei soci (a breve si provvederà alla stabilizzazione contrattuale) |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | TURISMO e RISTORAZIONE |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Cuoco e cameriere |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | La realizzazione degli eventi costituisce l’occasione per i soggetti diversamente abili di realizzare l’integrazione attraverso l’accoglienza al pubblico e la somministrazione di cibi e bevande. a. l’attività è facilmente ripetibile, con un’adeguata struttura di accompagnamento.b. L’esperienza è innovativa perché si attua attraverso percorsi formativi "on the job" che prevedono: 1) attività socializzanti; 2) attività di preparazione di prodotti da vendere al pubblico; 3) manutenzione della sede lavorativa; 4) strategie atte al recupero e allo sviluppo dell'autonomia individuale, dell'autostima e capacità tecnica produttiva nei pazienti psichici,c. Il costo oltre ad essere relativamente basso economicamente, in quanto attiene alla solo costo della collaborazione, è più che sostenibile sotto l’aspetto dei risultati sia economici che sociali ottenuti d. L’utente, dopo l’attività di accompagnamento/formazione è inserito in un contesto lavorativo dove si tiene conto del disagio, e si ha sempre il supporto di operatori specializzati.e. Normalmente, col tempo, i rapporti di lavoro vengono stabilizzati avendo particolare cura delle esigenze degli utenti. |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Istituzioni poco presenti e territorio non molto preparato ad ospitare come lavoratori i disabili e svantaggiati psichici. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  | La committenza è al 90% privata. |
| NOTE | Con questa esperienza si è dimostrato concretamente che:·     una cooperativa sociale può confrontarsi con il mercato e non ghettizzarsi nel solo circuito del sociale;·     si può fare senza che vi sia una richiesta assistenzialistica dal pubblico;·     che persone con disabilità psichica se sostenuti da operatori capaci sono in grado di lavorare direttamente con il pubblico;·     stiamo crescendo in termini di qualità;·     alla pari con tutte le attività profit ci stiamo sforzando per regolarizzarci anche se la burocrazia è.Tutti questi risultati sono stati raggiunti senza l’aiuto delle istituzioni e/o delle ASL  |

**Esperienza n. 11**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Confcooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Inserimento lavorativo di dona svantaggiata, nel settore del video-editingSovvenzione Globale Piccoli Sussidi - POR CAMPANIA - 2000/2006 mis. 3.4  |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Disabilità psichica |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 1 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2008 |
| Dove è stato realizzata ? | S. Giorgio a Cremano  |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Regione Campania - INTERAZIONE |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | T.I. part-time |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Cooperativa Sociale nel grafica |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Operaio/videoediting |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno economico sui costi della formazione della risorsa umanaa.Si/no e perchè?Fare rete con istituti che possano contribuire almeno alla formazione del lavoratore rende più agevole l’assunzione. Naturalmente può essere applicato in ogni luogo della regione.b. livello di innovatività medioc. costo nettamente inferiore al risultato ottenuto Contratto a T.I. di un disabile psichicod. più che il progetto in sé la cooperativa riesce a garantire una sostenibilità nel tempo . La cooperativa è mista, quindi riesce con la parte A a sostenere le perdite economiche della parte B |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Il progetto ha naturalmente un inizio e fine, per cui il soggetto dopo è lasciato alla sostenibilità della ditta assuntrice. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  |  |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 12**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Confcooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | I.N.L.A. 1 |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Disabilità psichica |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 1 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2011 |
| Dove è stato realizzata ? | S.Giorgio  |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Italia Lavoro |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | T.I. part -time |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Cooperativa Sociale nel reparto Serigrafia |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Operaio/serigrafo |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno economico sui costi della formazione della risorsa umanaa.Si/no e perchè?Fare rete con istituti che possano contribuire almeno alla formazione del lavoratore rende più agevole l’assunzione. Naturalmente può essere applicato in ogni luogo della regione.b. livello di innovatività medioc. costo nettamente inferiore al risultato ottenuto Contratto a T.I. di un disabile psichicod. più che il progetto in sé la cooperativa riesce a garantire una sostenibilità nel tempo . La cooperativa è mista, quindi riesce con la parte A a sostenere le perdite economiche della parte B |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Il progetto ha naturalmente un inizio e fine, per cui il soggetto dopo è lasciato alla sostenibilità della ditta assuntrice. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti)  |  |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 13**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Confcooperative Campania |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Work Experience “Miglioramento dei percorsi individuali/riabilitativi dell’inserimentio lavorativo”  |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Disabilità psichica |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 7 |
| Quando è stato realizzata ? | Anno 2009 ad oggi  |
| Dove è stato realizzata ? | S.Giorgio a Cremano  |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | ASL NA 3 Sud |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Tirocinio Formativo |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Cooperativa Sociale nel reparto Serigrafia |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Operaio/serigrafo |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno economico sui costi della formazione della risorsa umanaa.Si/no e perchè?Fare rete con istituti che possano contribuire almeno alla formazione del lavoratore rende più agevole l’assunzione. Naturalmente può essere applicato in ogni luogo della regione.b. livello di innovatività ALTOc. costo nettamente inferiore al risultato ottenuto Formazione Professionale on the job di circa 2 anni – miglioramento aspetto clinico del paziente- nessuno dei partecipanti coinvolti ha mai avuto un ricovero -d. più che il progetto in sé la cooperativa riesce a garantire una sostenibilità nel tempo . La cooperativa è mista, quindi riesce con la parte A a sostenere le perdite economiche della parte B |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Il progetto ha naturalmente un inizio e fine, per cui il soggetto dopo è lasciato alla sostenibilità della ditta assuntrice. |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti) |  |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 14**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno, Area Nord |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi / percorso tipo che segnala? | Produzioni artigianali |
| A quale tipologia di utenza è stato rivolta ? | Utenti affetti da psicosi |
| Quanti utenti ha coinvolto ? | 20 |
| Quando è stato realizzata ? | Dal 2005 ad oggi |
| Dove è stato realizzata ? | DSM Asl Salerno Area Nord, Nocera Inferiore |
| Oltre al suo ente / organismo, quali altri attori hanno partecipato / collaborato al percorso ? | Cooperativa sociale di tipo B “Iucan”, Piano di zona SA1 |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate ? | Tirocinio formativo di orientamento al lavoro |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento ? | Produzione artigianale/artistica |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento ? | Artigiano |
| CARATTERISTICHE (punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile (in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa (è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente (costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace (raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo (l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | un gruppo di utenti è stato formato per la progettazione e la realizzazione di prodotti artigianali e manufatti per esterni destinatiall’arredo urbano. Si sono realizzati pannelli artistici in ceramica, elementi di arredo urbano fissi (tavoli e panchine decorate, installazioni metalliche divisorie, etc.), segnaletica e totem in materiali vari per comunicazioni al cittadino e per indicazioni ed informazioni turistichea.Si/no e perche? Si perché il circuito delle cooperative di tipo B è ben distribuito sul territorio nazionaleb. noc.si in quantoil DSM non affronta spese aggiuntive per questo progettod.si in quanto prepara gli utenti a diventare soci della cooperativae.si |
| Criticità (punti di debolezza del progetto) | Difficoltà ad inserirsi nel reale mercato del lavoro |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti) | Privati |
| NOTE |  |

* + 1. **Esperienza n. 15**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Area DSM Centro –ASL Salerno |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buonaprassi/percorso tipo che segnala? | Progetto Stalker |
| A quale tipologia di utenza è stata rivolta? | Utenti con patologia psichiatrica |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 8 |
| Quando è stata realizzata? | Dal 2007 al 2010 |
| Dove è stata realizzata? | Eboli (SA) |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Consorzio “La Rada”, Azienda agricola regionale improsa, Piano di zona Ambito s5, cooperativa Stalker |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Borse lavoro |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Trasformazione e commercializzazione prodotti alimentari (frutta e ortaggi) |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | Soci lavoratori (operai) |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo(l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Il progetto riduce lo stigma e migliora lo stato di salute; si acquisiscono competenze che facilitano l’inserimento lavorativo. Si concretizza una riabilitazione psico-sociale. Il riconoscimento economico valorizza la persona1. Si
2. perché basata sullo sviluppo locale e welfare comunity
3. Soci lavoratori hanno acquistato macchinari necessari alla produzione
4. 4 soci sono ancora oggi lavoratori nella cooperativa stalker con totale autonomia operativa
5. Il prodotto è certificato come prodotto di qualità perché sia sostenibile va curata la commercializzazione
 |
| Criticità(punti di debolezza del progetto) |  La disattesa della delibera ASL di finanziamento annuale (3 anni) al progetto. Il progetto Stalker è stato ignorato riguardo ai fondi CIPE destinati alla Cooperativa di tipo B dell’AslE’ venuto meno l’intento dell’Asl di affidare alla cooperativa Stalker i servizi di ristorazione del CSM UOSM EBOLI |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti) | Privati |
| NOTE |  |

**Esperienza n. 16**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | ASL Na 1Dipartimento di Salute Mentale |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buona prassi/percorso tipo che segnala? | Progetto “Che follia” |
| A quale tipologia di utenza è stata rivolta? | Utenti con patologia psichiatrica che seguono percorsi di cura all’interno delle strutture dell’ASL Napoli 1  |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 30 |
| Quando è stata realizzata? | Dal 2009 a oggi |
| Dove è stata realizzata? | Napoli |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Organizzazioni del Terzo Settore: (Cooperativa L’AquiloneLega Coop Campania Gesco Agenzia di promozione sociale e sviluppo Psichiatria Democratica Onlus Ascom CNA Napoli) |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Soci di impresa sociale  |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Trasformazione e commercializzazione prodotti artigiani di ceramica falegnameria stampe e prodotti alimentari  |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | Soci lavoratori  |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo(l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Sostegno da parte dell’Assessorato alle politiche sociali del Comune di Napoli con una forte integrazione con tutti gli attori del territorio dando la possibilità di un’ occasione lavorativa in una regione con forte tasso di disoccupazione a persone svantaggiate che, dopo un periodo di formazione come artigiani, hanno realizzato anche una forte integrazione sociale essendo essi stessi commessi e raggiungendo altresì un riconoscimento economico attraverso il ricavato delle vendite 1. Si perché è basata su un’ ottimale relazione tra tutte le risorse in gioco
2. Si - prevede una forte autonomia degli utenti coinvolti, una uscita dal sistema assistenziale e di proseguire un percorso di vita autonoma e indipendente
3. Si grazie soprattutto all’attivazione di una rete di percorsi integrati che hanno consentito alle utenti coinvolte nel progetto di progredire in maniera evolutiva in base alle loro necessità e rispondendo ad uno specifico bisogno dell’utenza che riguarda l’area riabilitativa lavoro
4. Dopo la formazione quali artigiani gli utenti hanno imparato a relazionarsi con il pubblico attraverso la mansione di commessi quale aspetto fondamentale per il buon andamento di un percorso riabilitativo e di grande fiducia in se stessi Il progetto è ben inserito in una rete di servizi strutturata e necessiterebbe di un potenziamento e della stabilizzazione delle azioni intraprese
 |
| Criticità(punti di debolezza del progetto) | Fondi reperiti attraverso i Piani sociali di Zona che si spera abbiano risorse adeguate anche in futuro per sostenere i servizi socialiNecessità di integrarsi con altre forme di finanziamento e Mettere a regime le buone prassi  |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti) | Privati |
| NOTE |  |

**Esperienza n.17**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo ente partecipante al TPP | Comune di NapoliASL Na 1 Dipartimento SociosanitarioDipartimento di Salute Mentale |
| Titolo/denominazione si potrebbe dare alla buonaprassi/percorso tipo che segnala? | Progetto Gruppo Appartamnto |
| A quale tipologia di utenza è stata rivolta? | Utenti con patologia psichiatrica |
| Quanti utenti ha coinvolto? | 3 |
| Quando è stata realizzata? | Dal 2009 al 2012 |
| Dove è stata realizzata? | Napoli |
| Oltre al suo ente/organismo, quali altri attori hanno partecipato/collaborato al percorso? | Organizzazioni del Terzo Settore mediante convenzioni ad hoc |
| Quali tipologie contrattuali di inserimento si sono concretizzate? | Borse lavoro |
| In quale settore di attività è stato effettuato l’inserimento? | Trasformazione e commercializzazione prodotti alimentari (frutta e ortaggi) |
| Con quale funzione o mansione è stato effettuato l’inserimento? | Soci lavoratori (operai) |
| CARATTERISTICHE(punti di forza del progetto)1. Agevolmente trasferibile(in altri contesti territoriali della regione)
2. Innovativa(è una esperienza non precedentemente sperimentata nel contesto locale)
3. Efficiente(costa relativamente poco per quello che produce)
4. Efficace(raggiunge facilmente gli obiettivi di inserimento lavorativo)
5. Sostenibile nel tempo(l’inserimento lavorativo consegue buoni livelli di stabilità)
 | Il progetto riduce lo stigma e migliora lo stato di salute; si acquisiscono competenze che facilitano l’inserimento lavorativo. Si concretizza una riabilitazione psico-sociale. Il riconoscimento economico valorizza la persona1. Si perché è basata su un’ ottimale relazione tra tutte le risorse in gioco
2. Si - prevede una forte autonomia delle utenti coinvolte, una parziale uscita dal sistema assistenziale e di proseguire un percorso di vita autonoma e indipendente
3. si
4. Si grazie soprattutto all’attivazione di una rete di percorsi integrati che hanno consentito alle utenti coinvolte nel progetto di progredire in maniera evolutiva in base alle loro necessità e rispondendo ad uno specifico bisogno dell’utenza che riguarda l’area riabilitativa lavoro
5. Il progetto è ben inserito in una rete di servizi strutturata e supporta esso stesso eventuali processi di progettazione per lo sviluppo di politiche sociali e di lotta al disagio ed alla esclusione
 |
| Criticità(punti di debolezza del progetto) |  I Fondi sono stati reperiti attraverso i Piani sociali di Zona che si spera abbiano risorse adeguate anche in futuro – necessità di integrarsi con altre forme di finanziamento  |
| Committenza (chi acquista i beni e servizi forniti) | Privati |
| NOTE |  |

1. Lettera del Sub Commissario ad Acta Prot. N. 2541/C del 14-09-2010. [↑](#footnote-ref-1)
2. Università degli studi di Napoli Federico II [↑](#footnote-ref-2)
3. Cfr. Zigmunt Bauman *Modernità liquida*, Ed. Laterza, Roma-Bari 2002 [↑](#footnote-ref-3)
4. 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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. [↑](#footnote-ref-5)
6. 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. [↑](#footnote-ref-6)
7. 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 attenere, 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. [↑](#footnote-ref-7)
8. Procedendo ad un brevissimo exursus 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. [↑](#footnote-ref-8)
9. 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”. [↑](#footnote-ref-9)
10. E’ imprenditore agricolo chi esercita una delle seguenti attività: coltivazione del fondo, selvicoltura, allevamento di animali e attività connesse. [↑](#footnote-ref-10)
11. La procedura dell’accreditamento è prevista da diversi soggetti istituzionali: Ministeri, Regioni, comuni etc. [↑](#footnote-ref-11)
12. 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. [↑](#footnote-ref-12)
13. Le macrotipologie sono: formazione iniziale/offerta formativa, formazione superiore, formazione continua, educazione degli adulti. A queste si aggiunge l’ambito dell’orientamento. [↑](#footnote-ref-13)
14. 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 [↑](#footnote-ref-14)
15. 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. [↑](#footnote-ref-15)
16. 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 artico-lazioni 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.*

*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.* [↑](#footnote-ref-16)
17. 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.).* [↑](#footnote-ref-17)