



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTA' DI SCIENZE POLITICHE

MASTER IN REGOLAZIONE POLITICA DELLO SVILUPPO LOCALE

**ANALISI DELLE POLITICHE REGIONALI IN MATERIA DI
DISABILITA': LE PROBLEMATICHE CONNESSE ALL'ETA'
ADULTA PER LA PERSONA DISABILE.
L'ESPERIENZA NELLA PROVINCIA DI PADOVA.**

Relatore: Ch.mo Prof. ANDREA MARELLA

Corsista: VALENTINA DORIGUZZI BOZZO

ANNO ACCADEMICO 2006-2007

INDICE

INTRODUZIONE	4
---------------------------	---

CAPITOLO 1 – IL CONTESTO REGIONALE

1.1 Le problematiche connesse all'età adulta per la persona disabile.....	8
1.2 Il quadro normativo di riferimento: la legislazione nazionale e regionale.....	10
1.3 Il contesto territoriale.....	16
1.3.1 Alcuni dati.....	16
1.3.2 Attori presenti nel territorio e reti di relazioni	21

CAPITOLO 2 – LE POLITICHE REGIONALI DI INTERVENTO

2.1 Le politiche regionali per i disabili in età adulta.....	31
2.2 I servizi diurni e residenziali.....	32
2.2.1 I Centri Diurni	32
2.2.2 Le strutture residenziali.....	36
2.3 Accessibilità: barriere architettoniche e trasporti.....	40
2.3.1 La rimozione delle barriere architettoniche.....	40
2.3.2 I trasporti.....	44
2.4 Gli interventi a sostegno delle famiglie.....	47
2.5 Raccolta dei dati e monitoraggio: l'Osservatorio Regionale Handicap.....	50
2.6 Informazione e partecipazione dei cittadini: il Servizio Informa Handicap.....	52

CAPITOLO 3 – LE POLITICHE PER IL LAVORO: L'INSERIMENTO E L'INTEGRAZIONE LAVORATIVA

3.1 Come si realizza l'inserimento lavorativo.....	56
3.1.1 La legge n. 68 del 1999: il collocamento mirato.....	56
3.1.2 Le convenzioni e il ruolo della cooperazione sociale	59

3.1.3 Il ruolo dei Centri per l'impiego.....	64
3.2 L'integrazione lavorativa del disabile: il servizio di integrazione lavorativa.....	70
3.3 Il modello di classificazione ICF.....	76
3.4 Il progetto Equal – SOLE: strategie per l'occupazione sostenibile.....	78
3.5 Valutazione delle politiche regionali per i disabili in età adulta e strumenti implementabili.....	81
CONCLUSIONE.....	87
ALLEGATI.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	91
SITOGRAFIA.....	92

INTRODUZIONE

Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta rappresenta una fase molto delicata nella vita di ogni persona, segnata da avvenimenti come l'ingresso nel mondo del lavoro, il distacco dalla famiglia o dal proprio ambiente d'origine che non di rado possono portare disorientamento o disagi. Tutto ciò risulta essere amplificato per una persona con disabilità, che spesso, con il compimento degli studi, si vede costretto a lasciare un ambiente, quello scolastico appunto, che gli ha permesso di avere fino a quel momento una vita piena e stimolante sul piano relazionale e sociale, per affacciarsi in una realtà esterna non sempre disposta ad accoglierlo e ricca di ostacoli, sia fisici che culturali.

All'inevitabile diradarsi dei rapporti con i coetanei e all'allontanamento o perdita dai genitori si aggiunge la difficile scelta tra l'ingresso nel mondo del lavoro, caratterizzato ancora per molti dalla precarietà e dalla discontinuità, e l'accoglienza in strutture di tipo diurno o residenziale, che non di rado producono situazioni routinarie e rendono episodico il rapporto con la società. In questa prospettiva, le famiglie stesse rischiano di sentirsi deluse nelle aspettative e abbandonate dalle istituzioni nel sostenere la situazione di disagio del proprio congiunto.

Sulla base di queste considerazioni, lo scopo di questo lavoro è quello di cercare di analizzare quali siano le politiche pubbliche attuate dalla Regione Veneto in materia di disabilità, in particolar modo tramite l'individuazione e la valutazione dell'offerta di servizi, delle strategie e degli strumenti programmatici realizzati a livello locale, volti a rispondere in modo efficace ed appropriato alle complesse esigenze delle persone disabili adulte. Nello specifico, l'analisi è focalizzata all'interno del contesto territoriale della regione Veneto, in particolare nella provincia di Padova, suddiviso in base all'area di competenza delle Aziende ULSS presenti: l'ULSS 16 di Padova, l'ULSS 15 di Cittadella - Camposampiero e l'ULSS 17 Este - Monselice.

Per quanto riguarda la metodologia della ricerca, questa si è articolata principalmente in due momenti: l'analisi del contesto territoriale ed istituzionale entro cui si muovono gli attori locali, letto attraverso i documenti di programmazione; la realizzazione di interviste ad attori privilegiati volte a rilevare la percezione dei bisogni

del territorio e la visione strategica delle politiche da attuare in risposta, svolte durante lo Stage effettuato presso l'Associazione Aequinet di Padova.

Nel primo capitolo vengono esposti brevemente i principali interventi legislativi in materia di disabilità e servizi socio-sanitari dell'ultimo ventennio, durante il quale si è andata diffondendo sempre più una cultura di inclusione sociale che ha modificato sostanzialmente l'approccio alla disabilità, cultura basata sulla creazione di un'adeguata rete territoriale di servizi sociali come condizione necessaria per realizzare un'effettiva integrazione delle persone handicappate nel quotidiano ambiente di vita.

La legge n. 104 del 5 febbraio 1992, intitolata "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", ha segnato una svolta nel campo delle politiche assistenziali, sia a livello nazionale che regionale, non più basate su interventi specializzati e di tipo assistenzialistico ma piuttosto di promozione dei diritti umani e di cittadinanza della persona con disabilità, attraverso il suo inserimento nella società.

Un ulteriore passo in avanti è stato compiuto con la legge n. 328 dell'8 novembre 2000, denominata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che ha aperto la strada alla ridefinizione dell'assetto dello Stato Sociale in Italia, tramite la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali alle persone disabili e alle famiglie, restringendo progressivamente l'ambito della competenza dello Stato e portato ad un aumento di poteri, sia legislativi che amministrativi, nelle mani degli organi di governo periferici.

Nel 1999 viene riformata anche la disciplina relativa al collocamento delle persone affette da disabilità, con la legge n. 68 del 12 marzo 1999, recante "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", che supera il rigido sistema del collocamento "obbligatorio" a favore di un collocamento "mirato", volto a promuovere l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso l'incontro tra le esigenze aziendali e quelle dei lavoratori disabili, ponendo l'accento sulle capacità lavorative residue del disabile.

Ai medesimi principi si ispira anche l'ampia legislazione della Regione Veneto, che si è posta in un'ottica non soltanto di recepimento delle direttive nazionali ma per certi versi anche di sperimentazione, che ha dato alla regione un ruolo di primo piano all'interno dei processi decisionali sulle politiche sociali a livello nazionale. Già a

partire dagli anni Ottanta, infatti, la Regione ha cercato di creare una rete integrata di servizi a favore delle persone con disabilità, gestita sia da soggetti pubblici, come Aziende ULSS, Comuni e Province, che da soggetti privati, quali Associazioni del Terzo Settore, Associazioni dei disabili e le loro famiglie, Cooperative Sociali e Cooperative di servizi, fortemente presenti e radicati nel territorio.

Nel secondo capitolo, vengono approfondite le politiche socio-sanitarie attuate dalla Regione per la realizzazione di servizi, pianificati e integrati tra loro, necessari a promuovere azioni di supporto per le persone disabili in età adulta, al fine di poter realizzare un'effettiva integrazione delle persone handicappate nel quotidiano ambiente di vita. Si tratta di interventi integrativi o sostitutivi al nucleo familiare (centri diurni, strutture residenziali, assistenza domiciliare), interventi per facilitare la vita di relazione (servizi di accompagnamento, accessibilità agli ambienti, trasporto), interventi per garantire la partecipazione attiva alla vita sociale (inserimento lavorativo), interventi per particolari situazioni di disagio economico e sociale (contributi economici, assegnazione di alloggi).

Nel terzo capitolo, l'attenzione viene rivolta al diritto al lavoro, inteso non soltanto come fonte di sostentamento ma soprattutto come importante occasione di crescita umana e di sviluppo di relazioni interpersonali nella vita di ogni persona, specialmente se colpita da una condizione di disabilità. L'inserimento lavorativo delle persone disabili è disciplinato, nel nostro paese, dalla legge n. 68 del 12 marzo 1999 intitolata "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", che ha completamente riformato la disciplina abbandonando le modalità del rigido inserimento "obbligato" della precedente normativa per porre l'accento sulla valorizzazione delle capacità lavorative residue del disabile da incrociare con le esigenze delle aziende.

La normativa assegna un ruolo fondamentale alle Province, alle quali, all'interno delle linee di programmazione e indirizzo regionali, è affidato il compito di gestire direttamente tutto il processo di inserimento lavorativo. L'ufficio provinciale competente, che rappresenta il primo momento d'incontro con il disabile, è individuato nei Centri per l'Impiego, i quali da un lato effettuano i colloqui per l'inserimento dei lavoratori con disabilità negli elenchi e nelle graduatorie, dall'altro monitorano le aziende presenti nel territorio, realizzando l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro.

I Centri per l'Impiego sono coadiuvati nella loro funzione, specialmente per le persone che presentino una situazione di disabilità tale da impedire un autonomo inserimento nell'ambiente di lavoro, dai Servizi di Integrazione Lavorativa, istituiti presso ciascuna Azienda ULSS veneta, che contribuiscono ad effettuare una valutazione delle potenzialità e dei bisogni individuali delle persone e delle aziende, al fine di realizzare percorsi individualizzati graduali di accompagnamento e integrazione in azienda, anche ricorrendo a tirocini formativo e di orientamento, coinvolgendo il sistema della formazione professionale, della cooperazione sociale, del volontariato e il mondo imprenditoriale stesso.

Nell'ultima parte, infine, si cerca di dare una valutazione di tali politiche, sottolineandone pregi e carenze, tenendo conto sia del quadro che emerge dai dati raccolti, sia dell'esperienza riportata nelle interviste svolte ai testimoni privilegiati presenti nel territorio.

CAPITOLO 1

IL CONTESTO REGIONALE

1.1 Le problematiche connesse all'età adulta per la persona disabile

L'ingresso nell'età adulta rappresenta un momento molto delicato nella vita di una persona disabile, nei confronti del quale spesso le istituzioni pubbliche si dimostrano impreparate nel riuscire ad accoglierne le esigenze. Se, infatti, il disabile in età evolutiva ha una rete di protezione basata sul contesto scolastico, grazie alle politiche di inserimento e di integrazione scolastica promosse fin dagli anni '70, che gli permette di avere una vita relativamente piena e stimolante sul piano sociale, quando si trova ad entrare nell'età adulta è costretto ad affrontare una serie di problematiche sul piano relazionale, assistenziale e, in prospettiva, anche affettivo per la perdita dei genitori.

Passata l'età della frequenza scolastica sia per la persona colpita da disabilità che per la sua famiglia sembra venire a mancare ogni punto di riferimento. Da un lato per la persona disabile i rapporti con i coetanei si diradano, dall'altro la voglia e la necessità di autonomia vengono a scontrarsi con una realtà esterna poco accogliente e ricca di ostacoli, nella quale l'inserimento lavorativo è per molti un'occasione negata o comunque caratterizzata dalla precarietà e dalla discontinuità, che spesso si risolve nell'accoglienza in strutture che non di rado producono situazioni routinarie e rendono episodico il rapporto con la società.

Le famiglie stesse si sentono abbandonate dalle istituzioni nel sostenere la situazione di disagio e questa sensazione di solitudine viene progressivamente accentuata dall'invecchiamento dei genitori, i quali sono sempre più preoccupati per quello che potrà accadere al proprio figlio disabile quando verranno a mancare: il cosiddetto "dopo di noi". Si tratta di un argomento complesso, che coinvolge delicati aspetti emotivi, ma anche concreti problemi giuridici, economici, assistenziali ed abitativi. Per il figlio handicappato si profila come inevitabile il ricovero in un istituto, ma i genitori frequentemente vivono questa prospettiva come se dovessero sopravvivere al figlio e quindi con sofferenza, abbandono e ostilità.

Nel passato la soluzione più frequentemente adottata per affrontare il problema della vita adulta del disabile veniva individuata nel ricovero in istituti o in ospedali psichiatrici, a cui si rivolgevano le famiglie che non riuscivano da sole ad occuparsi dei propri figli, affinché queste strutture provvedessero ad assisterli ed a rispondere alle loro esigenze di cura e sopravvivenza. Le motivazioni di un tale atteggiamento sono da ricercarsi sia nell'arretratezza culturale, per cui non si era ancora in grado di accettare la diversità e la presenza di un disabile veniva vissuta dalla famiglia come una vergogna da tenere nascosta, sia nella carenza dei servizi socio sanitari e degli interventi a sostegno delle famiglie da parte dell'ente pubblico.

Oggi tutto questo non è più accettabile. Lo Stato stesso "ha promosso il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità e ha indicato i principi fondamentali per la realizzazione dei processi e dei percorsi d'integrazione sociale, promuovendo l'attivazione di servizi ed interventi territoriali finalizzati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle disabilità, alla riabilitazione, all'integrazione scolastica, all'integrazione sociale in contesto lavorativo, alla promozione degli interventi finalizzati a favorire l'accessibilità, la vita di relazione e la partecipazione attiva alla vita sociale e della comunità"¹.

Nell'ultimo ventennio si è andata diffondendo sempre più una cultura di inclusione sociale che ha modificato sostanzialmente l'approccio alla disabilità, cultura basata sulla creazione di un'adeguata rete territoriale di servizi sociali come condizione necessaria per realizzare un'effettiva integrazione delle persone handicappate nel quotidiano ambiente di vita. Con il termine assistenza sociale ci si deve riferire, quindi, ad una rete di interventi pianificati che, anche in modo integrato tra loro, siano di supporto ad un'azione di integrazione sociale per quei cittadini che si trovino in situazioni di svantaggio, ovvero interventi integrativi e sostitutivi al nucleo familiare (assistenza domiciliare, affidamento, strutture residenziali), interventi per facilitare la vita di relazione (servizi di accompagnamento, trasporto, frequenza di centri sociali e educativi), interventi per particolari situazioni di disagio economico e sociale (contributi economici vari, assegnazione alloggi).

¹ Tratto da "Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del Piano locale della disabilità", allegato alla DGR n. 1859 del 13 giugno del 2006 della regione Veneto.

1.2 Il quadro normativo di riferimento: la legislazione nazionale e regionale

Il riferimento normativo principale in campo assistenziale, nell'ordinamento italiano, è costituito dalla legge del 5 febbraio 1992, n. 104 intitolata “Legge Quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, che ha avviato il processo di cambiamento culturale nei confronti della disabilità e ha orientato le politiche sociali, sia a livello nazionale che regionale, a riaffermare con decisione la necessità di garantire i diritti umani e di cittadinanza della persona con disabilità. La legge, nata dall’esigenza di un riordino generale degli aspetti legati ai diritti delle persone disabili, si basa non più su interventi specializzati e di tipo assistenziale, ma finalizzati al pieno recupero del disabile attraverso il suo inserimento nella società, l’affermazione del diritto all’educazione, all’istruzione, alla formazione e all’inserimento nel mondo del lavoro, la partecipazione alle attività culturali, sociali, turistiche e sportive.

La normativa, inoltre, recepisce la definizione di persona handicappata contenuta nella classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità², definendo il portatore di handicap come “colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”.

Nella legge quadro viene in sostanza formulato un sistema organico di principi e un piano generale di intervento, che lascia alle regioni il compito di individuare in dettaglio, nell’esercizio delle loro competenze, le priorità locali e le forme concrete di

² Nel 1980 l’Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò un primo documento dal titolo “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH). Nel testo veniva fatta l’importante distinzione fra “menomazione”, intesa come “perdita o anomalìa a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica”, “disabilità” come “qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano” e “handicap” come la “condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l’adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all’età, al sesso e ai fattori socioculturali”.

attuazione, mentre spetta ai comuni e alle aziende sanitarie locali di provvedere, secondo le rispettive competenze e con un certo margine di autonomia, ai servizi³.

L'assistenza prevista è innanzitutto sanitaria per cui le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale consistono in servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione o compensazione delle minorazioni, e nella fornitura di ausili tecnici. L'assistenza comprende, poi, diverse prestazioni di tipo socio-assistenziale in favore del disabile e della famiglia, come sussidi economici o agevolazioni, assistenza psicologica e materiale anche a domicilio. Il legislatore ha inoltre previsto interventi sull'ambiente di vita del disabile quali campagne di sensibilizzazione, abbattimento delle barriere architettoniche e tecnologiche, nonché strategie per l'integrazione del disabile nei contesti sociali corrispondenti alle diverse fasce di età per garantire il diritto all'educazione e all'istruzione e il diritto al lavoro.

La legge n. 328 dell'8 novembre 2000 denominata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" si inserisce all'interno del processo di riforma della pubblica amministrazione iniziato a partire dagli anni '90, che ha progressivamente ristretto l'ambito della competenza dello Stato e portato ad un aumento di poteri, sia legislativi che amministrativi, nelle mani degli organi di governo periferici.

In particolare l'intervento legislativo più significativo che avviene in quegli anni è ad opera dell'allora Ministro per la Funzione Pubblica e gli Affari Regionali Bassanini, con l'emanazione delle seguenti norme: la legge n. 59 del 1997 contenente la "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa", la legge n. 127 del 1997 intitolata "Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo" e legge n. 191 del 1998 recante "Modifiche ed integrazioni alle leggi 15 marzo 1997, n. 59, e 15 maggio 1997, n. 127, nonché norme in materia di formazione del personale dipendente e di lavoro a distanza nelle pubbliche amministrazioni. Disposizioni in materia di edilizia scolastica". Con la riforma Bassanini si realizza dunque il trasferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato agli enti locali, ribattezzato "conferimento", richiamando

³ Tratto dal dossier "Quadro generale delle misure di integrazione sociale dei soggetti portatori di handicap" redatto dal Dipartimento Affari sociali della Camera dei deputati il 23 giugno 2003.

esplicitamente il principio di sussidiarietà ed introducendo il principio di residualità. Per la prima volta, infatti, la legge elenca non le materie di competenza concorrente regionale ma quelle di esclusiva competenza statale, e dunque sottratte allo spostamento di funzioni, mentre tutte le altre materie residuali sono oggetto di conferimento.

La legge quadro n. 328 del 2000 rappresenta il riferimento normativo fondamentale che ha aperto la strada alla ridefinizione dell'assetto dello Stato Sociale in Italia. Essa nasce con lo scopo di disciplinare la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali alle persone e alle famiglie per garantire la qualità della vita, assicurare le pari opportunità, rimuovere le discriminazioni, prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio. La programmazione degli interventi deve avvenire secondo principi di coordinamento, integrazione, concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali che partecipano alla realizzazione della rete di servizi sociali, favorendone la pluralità dell'offerta di servizi per garantire il diritto di scelta e partecipando alle iniziative e finanziamenti dell'Unione Europea.

La legge inoltre prevede una partecipazione attiva del cosiddetto Terzo Settore (associazioni, cooperative, volontariato) alla programmazione, per cui “per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo Settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea” (art. 5, comma 1).

La normativa stabilisce poi le funzioni e i compiti dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni all'interno del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per cui:

- lo Stato esercita funzioni di indirizzo, coordinamento e di regolazione delle politiche sociali;
- le Regioni esercitano funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo degli interventi sociali e sanitari nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, promuovendo modalità di collaborazione e azioni coordinate e di concertazione, anche permanenti, tra gli enti locali e gli altri attori del sistema;
- le Province concorrono alla fase di programmazione del sistema integrato secondo le modalità previste dalla funzione regionale;

- i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative degli interventi sociali svolti a livello locale adottando un piano territoriale e partecipano alla programmazione regionale.

Per quanto riguarda gli strumenti di programmazione atti a favorire il riordino del sistema di servizi sociali, la legge n. 328 del 2000 prevede che il governo predisponga ogni tre anni il “Piano Nazionale”, che regoli gli interventi e i servizi sociali, tenendo conto delle risorse finanziarie individuate e di quelle già destinate alla spesa sociale dagli enti locali. Ogni anno una relazione del Ministro per la solidarietà sociale riporta i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi del Piano Nazionale e fornisce indicazioni per ulteriore programmazione.

In aggiunta, i Comuni in forma associata, d'intesa con la ASL e secondo le indicazioni del Piano regionale definiscono il Piano di zona. Il Piano di zona si configura come lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi. Per realizzare questa complessa attività pianificatoria, la Provincia mette a disposizione risorse e consulenza per coordinare il territorio nella definizione degli accordi locali, nel processo di definizione dei bisogni prioritari, delle strategie di prevenzione, delle risorse disponibili, dei risultati attesi, degli standard di funzionamento e di efficacia, delle responsabilità gestionali, delle forme di controllo e delle modalità di verifica e valutazione.

Infine, per quanto riguarda specificatamente l'ambito della disabilità, la legge quadro ha concepito lo strumento del “progetto individuale”, che viene predisposto dai Comuni, d'intesa con il Servizio sanitario nazionale, su richiesta del disabile interessato, e contiene un programma globale di assistenza personalizzato, al fine di razionalizzare l'intervento assistenziale. L'intento è di coordinare le azioni delle diverse istituzioni pubbliche coinvolte e di calibrarle sulla situazione specifica di ciascun disabile, considerata nel suo complesso.

E' da tenere presente che tali normative sono sempre più inquadrare come “leggi cornice”, cioè come insieme di principi rivolti alle Regioni, le quali dovranno successivamente renderli applicabili emanando nuove leggi regionali o adeguando quelle già esistenti. Progressivamente, dunque, tutte le regioni hanno adottato la

strumentazione programmatoria prevista già dalla legge n. 104 del 1992 e in seguito adottata dalla legge quadro n. 328 del 2000 come forma prevalente di azione regionale.

Per quanto concerne il diritto al lavoro, la legge nazionale di riferimento è la Legge n. 68 del 12 marzo 1999, recante “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, che ha rinnovato completamente la disciplina relativa al collocamento delle persone affette da disabilità, superando la legge n. 482 del 2 aprile 1968. La finalità della riforma è espressa all’art. 1: “ la promozione dell’inserimento e dell’integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato”, favorendo l’incontro tra le esigenze aziendali e quelle dei lavoratori disabili. Punto di arrivo di un profondo mutamento culturale, la nuova disciplina dell’avviamento al lavoro rappresenta una profonda innovazione culturale in tema di integrazione lavorativa di soggetti con disabilità, in uno spirito di coinvolgimento partecipativo del soggetto.

La legge, infatti, ha come obiettivo la valorizzazione delle capacità lavorative del disabile, che si traduce in un inserimento individualizzato nel mondo del lavoro, formulato in base all’analisi delle capacità lavorative del singolo soggetto, delle sue attitudini e inclinazioni e delle caratteristiche del posto di lavoro. La persona con disabilità è accompagnata e seguita per tutto il suo difficile percorso di inserimento lavorativo, sia in termini di sostegno economico che di riqualificazione e formazione, attraverso l’attivazione di una serie di azioni positive di sostegno e di rimozione dei problemi ambientali e relazionali, poste in essere dai Servizi per l’impiego.

L’innovazione di maggior rilievo è quella relativa alla precisa definizione del concetto di collocamento mirato, ovvero “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 di problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e relazione” (art. 2), che implica il superamento della tradizionale funzione assistenziale del collocamento obbligatorio a vantaggio di una di tipo promozionale e incentivante.

In particolare, la legge prevede, ai fini dell’adempimento dell’obbligo di assunzione, due distinti canali di accesso al lavoro: la richiesta di avviamento ovvero la stipula di convenzioni. La prima modalità è, per molti aspetti, un esempio di continuità col

passato, di cui conserva anche i principali difetti⁴, in quanto stabilisce la copertura della quota d'obbligo mediante un avviamento numerico d'ufficio, sulla base di una graduatoria precedentemente predisposta. Il vero strumento di realizzazione del collocamento mirato risulta perciò essere quello convenzionale, che prevede la stipulazione di un accordo tra il datore di lavoro e l'ufficio competente, contenente i tempi e le modalità di assunzione, tra cui la facoltà di scelta nominativa.

Ai fini di un incremento lavorativo dell'occupazione dei lavoratori disabili non va sottovalutato il ruolo che possono svolgere, secondo quanto previsto dalla legge, le cooperative sociali, che hanno dimostrato una particolare propensione ad individuare soluzioni organizzative idonee all'inserimento dei lavoratori con disabilità medio-gravi, frutto della loro consolidata esperienza sul campo, all'interno di un processo di rivalutazione del tessuto sociale del volontariato nelle forme della cooperazione di lavoro.

Nei circa trenta anni di attività la Regione Veneto ha espresso un'ampia legislazione in materia di servizi sociali, che non ha soltanto recepito ma per certi versi anche anticipato la legislazione statale, assicurando al Veneto un ruolo di primo piano nel coordinamento e nell'interazione istituzionale, che ha comportato anche l'esercizio di una funzione di orientamento sulle politiche sociali a livello nazionale⁵. In particolare, il positivo incremento di attenzione nei confronti della disabilità ha prodotto lo sviluppo di politiche sociali regionali che si possono riassumere nelle seguenti linee operative e nei relativi riferimenti normativi, di cui avremo modo di parlare più approfonditamente nel corso della trattazione:

- Legge regionale n. 55 del 15 dicembre 1982, "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale";
- Legge regionale n. 28 del 6 settembre 1991, "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali";
- Legge regionale n. 41 del 30 agosto 1993, "Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per favorire la vita di relazione";

⁴ ALBINI P., CRESPI M., DI SERI E., "Il nuovo diritto al lavoro dei disabili", Cedam, 2000, p. 40.

⁵ Tratto dalla presentazione dell'Assessore regionale On. Antonio De Poli alla guida "La normativa Regionale in materia di Politiche Sociali" realizzata nel maggio 2006 dalla Regione del Veneto - Assessorato alle Politiche sociali, Programmazione socio-sanitaria, Volontariato e Non profit.

- Legge regionale n. 56 del 14 settembre 1994, “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”;
- Legge regionale n. 16 del 3 agosto 2001, “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione servizio integrazione lavorativa presso le Aziende ULSS”;
- Delibera della Giunta regionale n. 3953 del 31 dicembre del 2001 “Attività di integrazione sociale a favore delle persone con disabilità: avvio di progetti territoriali da parte dei Comuni e dell’ULSS”;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 3960 del 31 dicembre 2001, “Interventi sperimentali per il “sollievo” a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o anziani non autosufficienti”;
- Delibera della Giunta regionale del Veneto n. 3630 del 13 dicembre 2002, “Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l’aiuto di assistenti familiari”;
- Delibera della Giunta regionale n. 3787 del 20 dicembre 2002, “Progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo: modalità operative e strumenti di lavoro”;
- Delibera della Giunta regionale n. 1764 del 18 giugno 2004, “Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona”.

1.3 Il contesto territoriale

1.3.1 Alcuni dati

Nel nostro paese, in base alle stime ottenute dall’indagine ISTAT sulla Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004-2005, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 600mila, pari al 4,8%⁶ circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia. Nella sola regione Veneto la popolazione disabile è di circa

⁶ Tratto dal sito www.disabilitaincifre.it.

182.000 persone, ovvero 40,6⁷ persone con disabilità ogni 1.000 abitanti, di cui si stima che circa 5.300 frequentino i Centri diurni e 2.600 siano ospiti in Strutture residenziali presenti nel territorio (Tab.1).

TABELLA 1 - Stima del numero di persone con disabilità di 6 anni e più, per tipo di disabilità in Veneto.

Provincia	Popolazione totale	Persone con disabilità frequentanti i CEOD	Persone con disabilità ospiti di strutture residenziali per tipologia della struttura (n.ro di persone accolte) e provincia di ubicazione					TOT.	Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa (S.I.L.)
			<10	11-20	21-50	51- 90	>90		
Belluno	211.493	205	15	13	40	0	0	68	375
Vicenza	819.297	1.043	61	55	200	0	128	444	1335
Treviso	824.500	1.037	62	70	53	0	494	679	521
Venezia	822.591	735	48	89	0	58	0	195	912
Padova	871.190	1.162	66	60	0	0	572	698	893
Rovigo	243.829	151	0	12	0	79	0	91	387
Verona	849.999	987	112	110	169	65	0	456	903
TOTALE	4.642.899	5.320	364	409	462	202	1.194	2.631	5.326

Fonte: ISTAT – anno 2004

Per quanto concerne l'inserimento lavorativo, le persone in età da lavoro in Italia che dichiarano di avere problemi di salute e di soffrire quindi di una riduzione di autonomia continuativa sono 577.000, di cui solo il 19,1% sono risultati occupati. La maggior parte degli occupati risiede nell'Italia settentrionale ed è di sesso maschile. Il

⁷ Il sistema informativo socio-sanitario, sia nazionale che regionale, attualmente non consente, se non attraverso indagini ad hoc, di conoscere l'entità esatta del numero di persone con disabilità per tipologia e per classi di età partendo dalla prima infanzia fino alla vecchiaia. Dal sistema informativo regionale sull'invalidità civile si conosce il numero di persone che hanno ottenuto questo riconoscimento per grado di invalidità e per categorie amministrative, oltre che il numero di persone valutate e riconosciute in condizione di handicap ai sensi della Legge 104 del 1992 art. 3 commi 1 e 3. Per conoscere approssimativamente il numero delle persone con disabilità si procede per stima sulla base dei parametri regionali individuati dall'ISTAT a seguito dell'indagine ad hoc sulla salute delle famiglie, che per il Veneto indicano la presenza di 40,6 persone con disabilità ogni 1.000 abitanti.

tasso di disoccupazione è pari al 10%, mentre solo il 10,7% dei non occupati è iscritto presso un Centro per l'impiego⁸.

Dai dati forniti dalle Regioni, nel dicembre 2003 il numero di iscritti negli elenchi unici provinciali, a cui cioè sono destinati tutti i servizi previsti dalla legge 68/99 sul collocamento mirato, risultava essere di 496.665 individui; in particolare il 90,8% di questi era costituito da disabili, il restante 9,2% dalle persone iscritte ex art. 18 della stessa legge. Degli iscritti alle liste del collocamento, il 54,9% risiede al Sud, il 22% al Centro e infine il 23,1% al Nord.

Per quello che riguarda i dati sull'avviamento al lavoro, si può evidenziare come nell'anno 2003 siano stati avviati 28.573 lavoratori. La ripartizione degli avviati disabili mostra una netta prevalenza per l'utilizzo del sistema della richiesta nominativa e della convenzione, a scapito degli avviamenti tramite chiamata numerica, che superano di poco il 9% delle preferenze.

Sempre nel 2003, risultano stipulate 8.680 convenzioni regolamentate dall'art. 11 della legge 68/99 in tutte le 103 province italiane, mentre ne sono state finanziate 3.102, poco più del 35%. Il numero di convenzioni stipulate si riduce proporzionalmente in relazione all'aumento della loro durata: il 54% hanno una durata fino a 12 mesi, il 27% hanno una durata compresa tra 13 e 14 mesi, il 19% quelle che prevedono un periodo di tempo superiore. Del tutto diversa la situazione che si presenta per le convenzioni introdotte dall'art. 12 della medesima legge. In tutto il 2003 ne sono state stipulate solo 20, di cui in 16 casi la durata prevista non superava i 12 mesi, in 3 casi arrivava a 24 mesi e soltanto in un caso la durata concordata superava quella di 24 mesi, prevista dalla legge.

Infine è utile evidenziare come, secondo le rilevazioni del 2003, nell'80,9% dei Centri per l'impiego presenti in Italia risultava attivo un servizio rivolto alle persone disabili, con un incremento significativo rispetto all'anno precedente, quando la percentuale era del 62,1%. In particolare al Centro e nel Nord-ovest la quasi totalità dei Centri per l'impiego ha attivato servizi per garantire il collocamento obbligatorio, mentre nel Sud è stato compiuto lo sforzo più grande, incrementando la presenza di tali servizi di ben 20 punti percentuali, dal 40,3% al 65,8%.

⁸ I dati sono tutti tratti dalla Seconda relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", anni 2002-2003.

Il contesto territoriale preso in analisi è quello della Regione Veneto, in particolar modo l'attenzione è stata focalizzata all'interno delle tre Aziende ULSS presenti nella Provincia di Padova.

L'azienda ULSS 16 – Padova è situata al centro della provincia di Padova con complessivi 424,14 Km² di superficie e comprende 20 Comuni di cui Padova, capoluogo di provincia e polo urbano di primo livello, costituisce la parte più rilevante⁹. Il territorio dell'Azienda ULSS 16, con Deliberazione del Direttore Generale n. 466 del 3 aprile 1998, è stato articolato in 5 ambiti distrettuali, mantenendo la coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di più circoscrizioni comunali o di più Comuni.

La popolazione complessiva residente al 31 dicembre 2002 risulta pari a 391.839 unità¹⁰. Analizzando più in dettaglio la situazione demografica territoriale, occorre evidenziare che a Padova risulta concentrata più della metà della popolazione, con una densità abitativa di 2.215 abitanti per Km², che è quasi quattro volte superiore a quella degli altri 19 Comuni (562 ab. per Km²) e quasi due volte e mezzo superiore a quella dell'intera ULSS (924 ab. per Km²). Inoltre, la popolazione dell'ULSS 16 è quasi la metà di quella residente nell'intera provincia, mentre la densità demografica nel territorio dell'ULSS 16 è più del doppio di quella risultante nell'intera provincia (400 ab. per Km²) e quasi quattro volte superiore a quella della Regione Veneto (249 ab. per Km²). Nell'anno 2002 le forze lavoro stimate nella provincia di Padova risultano il 47,8% della popolazione di 15 anni e oltre, inferiore a quella registrata in tutta la Regione Veneto (52,7%).

Per quanto riguarda specificatamente l'area della disabilità, dal rapporto sulle certificazioni scolastiche si può rilevare come gli alunni in situazione di handicap nel comune di Padova siano 253, mentre nel resto della provincia 844. La tipologia di handicap più frequente è quello psicofisico (94,86% per Padova e 93,84% per il resto della provincia), segue l'uditivo (3,56% e 4,98%) ed il visivo (1,58% e 1,18%). Dall'analisi dell'attività riabilitativa intensiva dei centri convenzionati emerge, invece, che il numero totale dei pazienti seguiti residenti nell'ULSS 16 risulta pari a 644, corrispondenti ad una proporzione di 1,64 per 1000 residenti. Il 54,97% di questi sono maschi e il 45,03% femmine e il 74,57% risulta avere meno di 18 anni. Nel territorio

⁹ Dati tratti dal Piano di zona dell'ULSS 16 relativo al 2004 -2006.

¹⁰ Fonte: ISTAT.

dell'Ulss 16 sono presenti, inoltre, 9 Cooperative Sociali di tipo B che operano prevalentemente per l'integrazione lavorativa di persone con disabilità.

Il territorio dell'Azienda ULSS 17 è composto da 46 Comuni, aggregati in due Distretti socio-sanitari: Conselve-Monselice, Este-Montagnana¹¹. Le 46 municipalità comprendono una superficie di 887,9 Km² (distretto di Conselve-Monselice 402 Km², di Este-Montagnana 485,9 Km²) pari al 41% del territorio dell'intera provincia di Padova. Il territorio è situato nella parte meridionale della provincia di Padova e confina a sud con la provincia di Rovigo, a est con quella di Venezia e ad ovest con quella di Vicenza e Verona.

Al 31.12.2005 gli abitanti dell'ULSS sono 181.613¹², ovvero il 21% della popolazione della provincia, mentre la densità abitativa media di 204 abitanti per km² risulta significativamente più bassa di quella provinciale (412 ab/Km²). Anche la distribuzione sul territorio non è uniforme e si riscontrano, infatti, notevoli differenze tra le due aree distrettuali: il distretto di Conselve-Monselice ha una densità di 243 ab/Km², mentre il distretto di Este-Montagnana ha una densità di 171 ab/Km².

Tutta la zona, comunemente chiamata "bassa padovana", è riconosciuta, anche a livello europeo, come zona a scarso rendimento economico industriale. Una lettura sintetica del quadro socioeconomico indica un tessuto produttivo debole, caratterizzato da una rete di piccole aziende artigianali ed agricole, prevalentemente a gestione familiare o semifamiliare, un terziario tradizionale, soprattutto di commercio al dettaglio e alcuni settori di innovazione tecnologica molto limitati e concentrati.

Per quanto riguarda la popolazione disabile, le persone con disabilità residenti nell'A.ULSS 17, stimate sulla base dei parametri ISTAT¹³, sono circa 7.373. Sempre da stime ISTAT (indagine sulle persone con disabilità – anno 2004) risulta che il 91,5% delle persone con disabilità vive in famiglia, di cui il 21,1% nella funzione di figlio. Nella fascia di età compresa tra i 35 e i 49 anni le persone con disabilità che vivono nella famiglia di origine nella funzione di figlio sono il 26,9% (che diventa il 50,6% nel caso di persone con disabilità mentale) a fronte del 7,3% della popolazione complessiva in età 35-49 anni.

¹¹ I dati sono tratti dal Piano di zona dell'ULSS 17 relativo al 2007-2009.

¹² Fonte: ISTAT.

¹³ Parametri per la Regione del Veneto: 40,6‰ abitanti.

L'Azienda ULSS 15 – Alta Padovana comprende 28 Comuni che coprono una superficie di oltre 500 kmq e nei quali risiedono 237.695¹⁴ abitanti al 31/12/2005, per una densità media di 408 persone per km quadrato¹⁵. L'azienda è articolata in tre macro strutture: i distretti socio-sanitari (n. 2), i presidi ospedalieri (n. 2) e il dipartimento di prevenzione.

1.3.2 Attori presenti nel territorio e reti di relazioni

Con la modifica del titolo V della costituzione¹⁶, la Regione ha assunto pieno titolo nella funzione di promozione dello sviluppo economico e di coesione e solidarietà tra i cittadini, venendo a ricoprire una funzione strategica di cerniera tra il livello nazionale, l'autonomia degli Enti locali e delle Aziende ULSS, e nello stesso tempo riconoscendo e valorizzando i soggetti privati espressi dalla società civile e dal mercato, anche nel campo dei servizi sociali. In questa collocazione, la Regione si pone come riferimento guida per rispondere alle esigenze specifiche della popolazione, indicando gli obiettivi primari, i vincoli economici e qualitativi, il che comporta un crescente impegno di programmazione e monitoraggio, in riferimento tanto al sistema attuale quanto alle esigenze emergenti¹⁷.

Regione del Veneto già dagli anni '80, con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace ed appropriato alle complesse esigenze delle persone con disabilità, ha creato una rete di servizi, gestita sia da soggetti pubblici, come Aziende ULSS, Comuni e Province, che soggetti privati, quali Associazioni del Terzo Settore, le Associazioni dei disabili e le loro famiglie, Cooperative Sociali e Cooperative di servizi. Infatti, la Regione è ricchissima di tradizioni e risorse di solidarietà espresse in generale dalla società civile e dalle associazioni di volontariato, che nell'area della disabilità sono numerosissime¹⁸.

¹⁴ Fonte: ISTAT.

¹⁵ Dati tratti dal Piano Locale della Disabilità, Bozza definitiva approvata dalla conferenza dei Sindaci il 2 marzo 2007.

¹⁶ Ad opera della Legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1 intitolata "Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle Regioni", che modifica gli articoli 121, 122, 123 e 126 della Costituzione (parte II, titolo V "Le Regioni, le Province, i Comuni").

¹⁷ Tratto da "La normativa regionale in materia di Politiche sociali", prefazione dell' On. Antonio De Poli, Assessore alle Politiche sociali, Programmazione socio-sanitaria, Volontariato e Non profit.

¹⁸ Tratto da "Servizi Persone Disabili – Regione del Veneto", prefazione dell' On. Antonio De Poli, Assessore alle Politiche sociali, Programmazione socio-sanitaria, Volontariato e Non profit.

La Direzione regionale per i Servizi Sociali esplica le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo tecnico nelle materie di competenza, in attuazione delle linee di indirizzo e degli obiettivi esplicitati in sede politica. In particolare l'attività della Direzione riguarda principalmente la promozione ed il sostegno dello sviluppo della famiglia e dell'età evolutiva, la realizzazione ed il potenziamento del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari a favore delle persone anziane e delle persone disabili, l'attività di prevenzione e cura delle dipendenze, la promozione e realizzazione di progettualità a favore dei giovani, le iniziative di scambio socio-culturale per collaborazione con le associazioni, le cooperative sociali, il volontariato per costruire un moderno sistema di welfare.

Il Servizio Disabili si occupa dell'organizzazione del sistema complessivo di servizi, prestazioni, interventi e risorse a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie. La realizzazione di un sistema integrato di interventi, servizi e opportunità a favore delle persone in condizione di disabilità prevede la formulazione di linee ed indirizzi per la programmazione e la realizzazione di azioni attuate in collaborazione con le Aziende ULSS, le Amministrazioni Comunali, le Associazioni del Terzo Settore, le Associazioni dei disabili e le loro famiglie¹⁹.

Per quanto riguarda le competenze e gli strumenti programmatori attribuiti alla Regione, la Legge Regionale n. 55 del 15 dicembre 1982, contenente “Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”, stabilisce che la Regione provveda “ad elaborare un programma triennale coordinato con il piano sociosanitario regionale, con i programmi e i piani delle USSLL e dei comuni per le funzioni di loro competenza, che realizzi sul territorio l'uniforme erogazione dei servizi” (art. 3). In aggiunta la legge assegna “alla Regione oltre alla programmazione, l'indirizzo, il coordinamento dei servizi socio-assistenziali e la vigilanza sul loro funzionamento” (art 12).

La Regione, inoltre, secondo quanto previsto dalla Legge regionale n. 56 del 14 Settembre 1994, intitolata “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “riordino della disciplina in materia sanitaria”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”, assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in

¹⁹ Tratto da www.venetosociale.it.

ambito territoriale, riordinando il servizio sanitario regionale. In particolare, la Regione “svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere” e “disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale” (art. 2).

La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il Piano socio-sanitario regionale, approvato dal Consiglio regionale, il quale “definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale”, articolandosi “in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al triennio” (art. 6). La medesima legge prevede come strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria, approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere, i Piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali e i singoli Programmi d'intervento e i Piani settoriali.

Tuttavia lo strumento con il quale si realizza più compiutamente “l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio-sanitarie” (art. 8) è quello dei Piani di zona dei servizi sociali, che vengono elaborati ed approvati dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune o dalla Conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio-sanitario regionale.

Ulteriori indicazioni relative al ruolo della Regione ci vengono dalla Legge regionale n. 11 del 13 aprile 2001, “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112”. Nello specifico, “la Regione, al fine di migliorare la qualità della vita e l'efficacia degli interventi volti alla conservazione dello stato di benessere e alla prevenzione e rimozione delle cause di nocività, disagio e malattia, persegue l'obiettivo dell'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari”, tutelando “la salute, nel significato più ampio del termine, come fondamentale diritto della persona e interesse

della collettività e garantisce mediante atti di amministrazione e di programmazione, la libertà di costituzione delle persone in aggregazioni sociali e l'attività di quest'ultime nel sistema dei servizi sociali anche allo scopo di favorirne le possibili forme di collaborazione con gli enti pubblici e di agevolarne l'assolvimento di funzioni e compiti di rilevanza sociale in applicazione del principio di sussidiarietà” (art. 3). A tal fine, la “Regione provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della medesima legge n. 328/2000” (art. 128), ovvero organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.

Infine, con la recentissima approvazione delle linee di indirizzo per il Piano locale della disabilità, la Giunta Regionale ha completato l'insieme dei provvedimenti che andranno a ridisegnare per i prossimi anni le modalità di funzionamento delle politiche regionali a favore delle persone non autosufficienti. Infatti, il Piano locale della disabilità si va ad affiancare al Piano della residenzialità in tema d'assistenza socio-sanitaria alle persone non-autosufficienti e al Piano della domiciliarità, con cui la Giunta regionale ha approvato le disposizioni applicative per i Comuni e le Aziende ULSS affinché predispongano il Piano Locale per la Domiciliarità per le persone anziane non autosufficienti in modo da integrare e potenziare i servizi a domicilio che permettano alle persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti di usufruire di servizi e di interventi di sostegno alla permanenza nel proprio domicilio²⁰.

I comuni e le Province, secondo quanto previsto dalla legislazione regionale, svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

In tema di diritto al lavoro per le persone affette da disabilità, la Provincia ha il compito di gestire tutto il processo di inserimento lavorativo attraverso i Centri per l'Impiego, gestendo la graduatoria del collocamento mirato e la modulistica relativa, dando informazioni sui progetti avviati e attivando l'Osservatorio sul mondo del lavoro.

²⁰ Per un approfondimento si veda “Le nuove linee guida regionali per la non autosufficienza”, scaricabile dal sito www.venetosociale.it.

Nel caso specifico della Provincia di Padova, a differenza di quanto accade in altre province, l'Ufficio Categorie Protette si trova all'interno del Centro per l'impiego, e quindi è chiamato a svolgere un duplice compito: da un lato quello di coordinamento, monitoraggio e verifica che gli è proprio, dall'altro quello di principale realizzatore dell'inserimento lavorativo dei disabili, venendo quindi a gestire diverse attività come il rilascio di certificazioni, la stipula di convenzioni, l'organizzazione di convegni e la diffusione dei dati, e la gestione dei contatti con le Associazioni, Cooperative sociali e Unità locali socio-sanitarie presenti nel territorio. La provincia di Padova, inoltre, tramite protocolli d'intesa con Associazioni datoriali e professionali e con Agenzie di formazione, ha inteso favorire ancor più l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro.

I Comuni, in quanto primi interlocutori delle esigenze della persona e della famiglia, sono gli organi amministrativi che gestiscono e coordinano le iniziative per realizzare il "sistema locale della rete di servizi sociali", cooperando con le strutture sanitarie, con gli altri enti locali e con le associazioni dei cittadini. Secondo la Legge Regionale n. 56 del 14 Settembre 1994, i Comuni "partecipano, nelle forme previste dalla presente legge, al processo di programmazione socio-sanitaria regionale" attraverso la loro rappresentanza nella Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria (art. 5). Spetta al Sindaco²¹ o alla Conferenza dei sindaci²²:

- a) formulare le osservazioni sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
- b) provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Unità locale socio-sanitaria;
- c) provvedere alla elaborazione dei piani di zona dei servizi sociali;
- e) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale socio-sanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale socio-sanitaria ed alla Regione.

Alle aziende sanitarie locali, che nella regione Veneto sono denominate Unità locali socio-sanitarie, vengono attribuite le seguenti competenze²³: la gestione delle funzioni e le prestazioni socio-assistenziali relative all'assistenza ai portatori di handicap, con

²¹ Quando l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincide con quello del comune, secondo quanto previsto dalla legge medesima.

²² Quando l'ambito territoriale di una Unità locale socio-sanitaria comprenda più comuni o circoscrizioni

²³ Ad opera della Legge Regionale n. 55 del 1982.

riferimento ai particolari servizi e sussidi necessari per il recupero e l'insediamento degli stessi; la gestione delle strutture tutelari e residenziali sia miste che specifiche per handicappati e per inabili in età lavorativa; la gestione dei consultori familiari; la prevenzione delle tossicodipendenze, il recupero e l'inserimento sociale dei tossicodipendenti (art. 6).

Secondo la Legge regionale n. 56 del 1994, inoltre, l'Unità locale socio-sanitario assicura ai cittadini “le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano socio-sanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale” (art. 3), attuando le linee di indirizzo contenute nel Piano socio-sanitario regionale mediante l'elaborazione del Piano generale attuativo triennale, occupandosi della programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali in relazione alle deleghe conferite dagli enti locali e sulla base degli indirizzi linee di indirizzo espresse dalla Conferenza dei sindaci²⁴.

Per quanto concerne l'area della disabilità, le Aziende ULSS concorrono alla predisposizione del Piano Locale per la non autosufficienza e provvedono alla realizzazione nel proprio ambito territoriale della programmazione regionale e locale riguardo alla accoglienza nei Centri Servizio residenziali delle persone non autosufficienti. Inoltre, attraverso il Servizio di integrazione lavorativa, collaborano con i Centri per l'Impiego provinciali per favorire l'inserimento lavorativo dei disabili che presentano situazioni particolarmente delicate e che dunque necessitano di una presa in carico globale e di un'attività di orientamento e supporto.

Un'altra tipologia di attori fortemente presente e radicata nel territorio regionale è quella delle associazioni di volontariato, di cui molte collaborano con le Aziende ULSS o sono collegate alla Pubblica Amministrazione. Si considera Associazione di volontariato qualsiasi organizzazione composta unicamente da soci che operano per fini di solidarietà sociale, prestando il proprio apporto in modo assolutamente personale, spontaneo e gratuito, senza percepire alcun tipo di retribuzione. Con la legge n. 266 dell' 11 agosto 1991, legge quadro sul volontariato, si è resa obbligatoria l'iscrizione al registro delle Organizzazioni di Volontariato, che dà diritto a molte agevolazioni fiscali e, se si è iscritti da più di un anno, all'accesso ai fondi che le varie amministrazioni destinano alle organizzazioni di volontariato.

²⁴ Ad opera della Legge regionale n. 11 del 2001.

In Veneto queste organizzazioni nascono principalmente da iniziative di famiglie o di istituti religiosi per cercare di sopperire alle carenze nei servizi socio-sanitari della pubblica amministrazione, in un'epoca in cui non si era ancora diffusa una cultura dell'accettazione del diverso, per cui la persona disabile spesso viveva segregata in casa o in grandi istituti. Da un'indagine compiuta dalla Regione Veneto sulle associazioni presenti nel territorio regionale²⁵, si è evidenziata l'evoluzione storica di queste associazioni, che riguarda un periodo che va da un massimo di 80 anni di attività fino a un minimo da 1 a 5 anni. Inoltre, la maggior parte delle associazioni opera in ambito territoriale corrispondente al Distretto Socio Sanitario (47,51%), alla Provincia (17,0%), alla Regione (16,3%) e al Comune (12,2%). Ciò indica un forte radicamento nel territorio, un'identità consolidata e un impegno continuativo nella erogazione di interventi e servizi.

Tra i destinatari degli interventi e servizi dell'associazione al primo posto ci sono le persone con disabilità e le loro famiglie. Gli interventi e servizi sono erogati a un target di persone con disabilità di età diversa (76,9%) seguita da interventi specifici per l'età adulta (10,51%) e anziani (4,1%), mentre tra le tipologie delle attività svolte troviamo la sensibilizzazione e la tutela di specifiche categorie di disabilità, seguita dal sostegno alla famiglia delle persone disabili e all'assistenza socio sanitaria erogata direttamente alla persona.

Il maggior collegamento operativo delle associazioni avviene con i Centri di Servizi per il Volontariato, strutture operative che intervengono con progetti di accompagnamento e qualificazione delle attività delle Associazioni di Volontariato, offrendo servizi a titolo gratuito, che permettono al volontariato organizzato di assumere, nei confronti delle istituzioni, un ruolo di collaborazione propositiva come soggetti attivi nella programmazione, gestione e valutazione degli interventi sul territorio. I CSV favoriscono l'incontro tra associazioni e la condivisione delle singole esperienze per rispondere in modo soddisfacente ai bisogni che vengono proposti, senza mai creare percorsi di dipendenza dalle prestazioni offerte, promuovendo lo sviluppo di competenze diffuse all'interno delle associazioni che, nel tempo, contribuiranno a

²⁵ Delle 945 associazioni presenti nell'indirizzario e alle quali è stato inviato il questionario, Le associazioni di promozione sociale e di volontariato che hanno aderito allo studio sono 295, con una presenza territoriale più alta nella provincia di Padova seguita da Venezia, Vicenza, Verona, Treviso e Rovigo e da ultima Belluno.

rendere le realtà associative autonome nel loro insieme e nel rapporto con gli altri soggetti istituzionali e del terzo settore²⁶.

Oltre ai CVS, le Associazioni risultano strettamente collegate con i servizi delle Aziende ULSS e con altre associazioni che operano in ambiti diversi dalla disabilità. Ciò fa pensare che si stia sempre più consolidando un sistema integrato di cooperazione, integrazione e interazione per il perseguimento di obiettivi comuni nella logica della partecipazione attiva e delle pari opportunità di tutti i soggetti per la programmazione e realizzazione di quanto previsto dalla Legge 328 del 2000 e dalle Leggi Regionali.

Un'altra realtà molto attiva territorialmente è quella della cooperazione sociale. Le società cooperative, regolate nel quinto libro del Codice Civile, si distinguono in particolare dalle altre forme societarie per lo "scopo mutualistico" e non lucrativo perseguito dai soci, ovvero fornire beni, servizi e occasioni di lavoro ai membri dell'organizzazione a condizioni più favorevoli di quelle del libero mercato, scopo che sempre più trascende gli interessi immediati dei soci per porsi anche finalità che riguardano la pubblica utilità²⁷.

La normativa in materia di cooperazione è stata oggetto di successive integrazioni, contenute in leggi speciali²⁸, volte a regolamentare nello specifico quelle associazioni private, organizzate in forma cooperativa, che già dagli anni '70 operavano in settori socialmente disagiati, con la denominazione generica di "cooperative di solidarietà sociale". Nel corso del tempo l'attività svolta da queste organizzazioni ha cominciato ad assumere proporzioni rilevanti, tali da richiedere un intervento del legislatore, sia per incentivarne la costituzione e agevolarne l'attività svolta, sia per evitare possibili abusi nei confronti dei soggetti più deboli.

Ma un vero e proprio intervento organico si è avuto solo con la legge 8 novembre 1991, n. 381 intitolata "Disciplina delle cooperative sociali". Essa si è inserita in un quadro di iniziative governative e parlamentari²⁹ con le quali lo Stato, considerata la scarsità e inadeguatezza dei suoi interventi in certi settori del sociale tra cui

²⁶ I Centri di Servizio per il Volontariato sono previsti sia dalla normativa nazionale, con la Legge n. 266 del 11 agosto 1991, che dalla normativa regionale, con la Legge Regionale n. 40 del 30 agosto 1993 e la Legge Regionale n. 1 del 18 gennaio 1995.

²⁷ PAOLUCCI L., "Le società cooperative", Giuffrè Editore, 1999.

²⁸ Si allude in particolare al d.lg.c.p.s. 14 dicembre 1947, n. 1577 dal titolo "Provvedimenti per la cooperazione" ma più nota come legge Basevi, alla l. 17 febbraio 1971, n. 187, alla l. 9 marzo 1983, n. 72 e alla l. 31 gennaio 1992, n. 59 recante "Nuove norme in materia di società cooperative".

²⁹ Tra cui la legge quadro sul volontariato, n. 266 del 1991.

l'inserimento nel campo lavorativo di soggetti svantaggiati, ha preferito ricorrere all'appoggio sostitutivo dei privati. Si tratta di un processo di allargamento dei servizi alla persona gestiti non più da enti pubblici bensì da imprese, che in questi ultimi anni ha registrato un notevole incremento.

Questa tendenza si riscontra fin dalle prime righe della legge 381/91, dove le cooperative sociali vengono definite come quelle imprese associative che hanno lo "scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini" (art. 1), dunque fondate sul principio di solidarietà e operanti in funzione di interessi più estesi di quelli mutualistici. Sotto l'unica denominazione di cooperativa sociale sono espressamente previste dalla legge due diverse tipologie, le quali sono deputate a:

- a) "la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;
- b) lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate" (art. 1, comma 1).

Le cooperative di tipo A, che si potrebbero definire cooperative sociali di servizi, si occupano per lo più di assistenza agli anziani, ai malati e ai portatori di handicap, fornendo prevalentemente un intervento domiciliare. I punti di forza si possono riscontrare soprattutto nei costi significativamente inferiori e nella maggiore flessibilità rispetto al settore pubblico, nella disponibilità di personale qualificato e motivato e nella sensibilità alle esigenze dell'utente.

Le cooperative di tipo B, o cooperative sociali di inserimento, si occupano del reinserimento di persone svantaggiate tramite qualsiasi attività di impresa (agricola, industriale, commerciale o di servizi), destinando una parte dei posti di lavoro così creati a persone altrimenti escluse dal mercato del lavoro³⁰. Per far fronte alla difficoltà di acquisire commesse dai privati, vero punto debole del sistema cooperativo, le cooperative sociali di questo tipo possono stipulare convenzioni con gli enti pubblici "per la fornitura di beni o servizi... purché finalizzati a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate" (art. 5). La cooperativa sociale si fonda sull'idea che la persona

³⁰ Le cooperative sociali di tipo B o ad oggetto misto (A+B) che si occupano di inserimento lavorativo in Italia sono 2.059, di cui l'89% sono di tipo B. Il 66% svolgono la loro attività nell'area commerciale e dei servizi, il 31% nell'area industriale ed artigianale, mentre il restante 22% nell'area agricola. La distribuzione territoriale delle cooperative mostra una prevalenza al Centro e al Sud delle cooperative che svolgono attività nell'area commerciale e servizi, mentre al Nord prevalgono le cooperative con attività di tipo industriale, artigianale e agricolo. Dati ISTAT, 2001.

svantaggiata, opportunamente istruita e supportata, possa essere avviata positivamente al lavoro, rappresentando quest'ultimo un importante momento di educazione, socializzazione e nello stesso momento di apprendimento di un'attività lavorativa fruibile in futuro.

La regione Veneto è stata tra le culle dell'esperienza cooperativa in Italia ed oggi può essere sicuramente considerata come una delle regioni a cooperazione matura, in cui cioè la cooperazione sociale è un fenomeno radicato e consolidato con caratteristiche di notevole rilevanza economica e riconoscimento sociale. La scelta cooperativa è stata ed è ancor oggi un'esperienza di forte radicamento al territorio e di vasta diffusione, ispirata da forti principi ideologici³¹. Essa, infatti, trae origine da antiche forme di solidarietà collettiva di stampo cattolico diffuse nei villaggi contadini, che si sostituivano alla regolazione politica di uno Stato sentito come distante o addirittura assente, comunque escluso dai processi di partecipazione alla vita sociale e dalle reti, che risultano essere informali, corte e chiuse.

Per quanto riguarda le cooperative sociali che si occupano di disabili, spesso sono nate dall'esperienza dell'obiezione di coscienza o di famiglie di persone disabili, che cercavano risposte alternative al grande istituto, con la creazione di strutture più piccole e finalizzate ad attività diurne, che utilizzano il lavoro come strumento educativo – riabilitativo. Altrettanto frequentemente l'esperienza lavorativa si associa all'esperienza residenziale, all'inizio prevalentemente in strutture parrocchiali, come condivisione non solo di un'esperienza lavorativa ma di un percorso di vita.

Le cooperative sociali hanno relazioni più o meno formali e consolidate con tutti gli attori presenti sul territorio. In particolare, per quanto riguarda l'inserimento lavorativo dei disabili, esse partecipano all'attività della Commissione provinciale e del Comitato tecnico, collaborano con i Centri per l'impiego, con le aziende presenti sul territorio, in particolar modo con il settore pubblico, e con il Servizio di integrazione lavorativa delle Aziende ULSS tramite la realizzazione di stage e tirocini.

³¹ VERONESE G., "La sfida cooperativa del Veneto. Area Europa e di frontiera", Cooperativa NordEst Servizi, 2004.

CAPITOLO 2 – LE POLITICHE REGIONALI DI INTERVENTO

2.1 Le politiche regionali per i disabili in età adulta

La Regione del Veneto già dagli anni Ottanta si è impegnata attivamente nella promozione di una rete integrata di servizi con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace ed appropriato alle complesse esigenze delle persone con disabilità, in particolare rispetto ai diversi aspetti di presa in carico globale della persona: la promozione della salute, la prevenzione delle patologie invalidanti e delle loro complicanze, le prestazioni di cura e riabilitazione, la piena integrazione per le pari opportunità, l'accessibilità e partecipazione in ogni ambito di vita.

Oggi la Regione dispone di una rete diffusa di risorse sul territorio coordinata ed integrata con finalità di costruire un appropriato ed efficace sistema di interventi e servizi alle persone disabili e alle loro famiglie, articolati a livello domiciliare, diurno e residenziale, ed erogati sulla base di progetti di vita personalizzati e flessibili rispetto ai bisogni specifici, che variano con il modificarsi delle situazioni personali, familiari e sociali.

La realizzazione di un sistema integrato di servizi a favore delle persone in condizione di disabilità prevede la formulazione di linee ed indirizzi per la programmazione e la realizzazione di azioni che vengono attuate in collaborazione con soggetti sia pubblici che privati, quali le Aziende ULSS, le Amministrazioni Comunali, le Cooperative Sociali, le Associazioni del Terzo Settore, le Associazioni dei disabili e le loro famiglie, che portano alla predisposizione del Piano locale della Disabilità. In particolare, le linee di intervento generali su cui focalizzeremo l'attenzione sono:

- lo sviluppo della rete dei servizi diurni e residenziali;
- l'accessibilità: eliminazione delle barriere architettoniche e trasporti;
- gli interventi a sostegno delle famiglie;
- la rilevazione dei dati e la loro diffusione;
- l'informazione;
- l'integrazione lavorativa.

2.2 I servizi diurni e residenziali

2.2.1 I Centri Diurni

Il Centro Diurno (ex Centro Educativo Occupazionale Diurno) è una struttura territoriale a carattere diurno rivolta a persone disabili che abbiano assolto l'obbligo scolastico con diversi profili di autosufficienza, ma comunque tali per cui non sia stato possibile l'inserimento in un contesto lavorativo "normale" o "protetto", alle quali garantisce, mediante la definizione di progetti individuali, una gamma di interventi a carattere educativo, riabilitativo e assistenziale finalizzati al benessere globale della persona e della sua famiglia. Il servizio ha un bacino di utenza interdistrettuale ed è inserito nel contesto dei servizi educativi, formativi, socio-sanitari e riabilitativi del territorio, con i quali è funzionalmente collegato. La capacità ricettiva massima di ogni Centro Diurno è di 30 ospiti, organizzati in gruppi non superiori alle 10 persone. Attualmente per accedere alle strutture diurne la persona disabile o la famiglia deve fare richiesta all'Azienda ULSS di residenza, che può autorizzare l'accesso al servizio sulla base della valutazione della U.V.M. (Unità Valutativa Multidimensionale del Distretto Socio Sanitario).

I servizi diurni nascono attorno alla fine degli anni Sessanta ed hanno più volte nel corso del tempo cambiato denominazione, mantenendo tuttavia le medesime caratteristiche e finalità. Essi, infatti, hanno rappresentato un efficace mezzo di contrasto ai ricoveri ospedalieri inappropriati o alla residenzialità forzata, rendendo effettivo il diritto della persona con disabilità di rimanere nel proprio ambiente di vita e contribuendo alla sua piena integrazione nello stesso.

Il Centro Diurno ha, dunque, la funzione di promuovere, con specifiche attività e programmi, il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale nonché delle relazioni interpersonali e sociali con l'ambiente interno ed esterno, oltre al conseguimento di capacità occupazionali in rapporto alle potenzialità e alle attitudini individuali. L'azione educativa e sociale deve coinvolgere anche il nucleo familiare per renderlo partecipe del progetto e parte attiva nel realizzarlo. Le aree nelle quali si inserisce una serie di attività diversificate, tali da soddisfare i principali bisogni dei soggetti che frequentano i centri, sono generalmente le seguenti:

- attività educative rivolte al mantenimento e allo sviluppo delle capacità residue e potenziali dell'utente nell'autonomia personale;
- attività educative con significato prevalentemente psicomotorio;
- attività educative e di socializzazione;
- attività educative con significato prevalentemente occupazionale;
- attività mirate al mantenimento del livello culturale raggiunto;
- attività sanitarie.

Il Piano Locale della Disabilità ha il compito di rilevare le caratteristiche dei servizi diurni presenti sul territorio, definendone le modalità di accesso, gli obiettivi di programmazione locale e le risorse necessarie per rispondere alla domanda. Il Piano, inoltre, prevede la realizzazione di progettualità specifiche in collaborazione con i servizi diurni, con particolare riguardo alle forme di raccordo con gli interventi di promozione dell'autonomia in un'ottica di unitarietà del progetto individuale.

Per quanto concerne la normativa nazionale di riferimento, i Centri Diurni sono previsti sia dalla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, secondo la quale “l'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante [...] l'istituzione o adattamento di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni a valenza educativa, che perseguono lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa” (art. 8), sia dalla Legge n. 328 dell'8 novembre 2000, la quale dispone che in ogni ambito territoriale vengano istituiti “dei centri socio-riabilitativi” e delle “strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale” (art. 22).

Ulteriori indicazioni vengono dalle “Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione” del 7 maggio 1998, in cui si legge che “le attività sanitarie di riabilitazione devono integrare il momento riabilitativo ed il recupero con il momento assistenziale per garantire, da un lato il mantenimento delle potenzialità comunque raggiunte e, dall'altro, offrire valido supporto agli utenti ed alle famiglie onde evitare rischi di istituzionalizzazione. Le unità di offerta di servizi integrati sociali e sanitari, che possono essere organizzate in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a strutture diurne devono:

- garantire assistenza qualificata che soddisfi sia i bisogni primari che quelli psichici ed affettivi;
- potenziare o mantenere il livello di autonomia acquisito per la miglior conservazione possibile del benessere psico-fisico;
- perseguire l'integrazione sociale degli utenti favorendo costanti collegamenti con l'ambiente esterno”.

Infine, il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 stabilisce che i Piani di Zona “dovranno prevedere, con particolare riferimento alla disabilità grave e gravissima, lo sviluppo di centri diurni di centri di accoglienza a carattere educativo a sostegno della permanenza in famiglia di persone con handicap grave”.

A livello regionale, il Regolamento Regionale n. 8 del 17 dicembre 1984 “Determinazione degli standard relativi ai servizi sociali, punti 1, 2, e 3 dell'art. 23 della Legge Regionale 15.12.1982 n. 55 “Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”” definisce il Centro Educativo occupazionale Diurno come “una struttura territoriale, a carattere diurno [...] destinato a disabili gravi e gravissimi, in età postscolare, residenti nell'area di pertinenza della struttura”, mentre la Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali” integra tale definizione stabilendo che i Centri Diurni per persone disabili abbiano una finalità riabilitativa educativa, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle attività residue.

La Delibera della Giunta Regionale n. 25 del 1997 prevede, inoltre, le seguenti tipologie di strutture:

- “Centro diurno, con il compito di offrire un complesso organico e strutturato di attività di educazione e di mantenimento delle abilità operative e relazionali della persona con handicap, rivolto a disabili giovani e adulti che per condizioni di gravità globale necessitano di vivere in situazioni atte a favorire un' adeguata vita di relazione e condizioni di benessere soggettivo;
- Centro occupazionale, con il compito di garantire una funzione educativa, di socializzazione e integrazione sociale, rivolto a disabili giovani e adulti che per condizioni soggettive possono svolgere attività lavorative solo in ambiente ergoterapico;
- Centro socio-riabilitativo ed educativo, con il compito di funzione riabilitativa, educativa e di integrazione sociale, con elaborazione e sviluppo di progetti

individualizzati, rivolto a disabili in età post-scolare per i quali non siano praticabili percorsi di inserimento sociale e di avviamento lavorativo”.

Nella Regione Veneto³² esiste una rete di servizi diurni particolarmente consolidata e radicata nel territorio, organizzata in un sistema integrato di competenze, responsabilità e risorse sia pubbliche che del privato sociale, che costituiscono il più importante nodo della rete dei servizi in materia di educazione, riabilitazione e sviluppo dell'autonomia delle persone con grave disabilità. In particolare, i Centri Diurni regionali risultano efficacemente integrati nella rete dei servizi territoriali e sono spesso gestiti da Associazioni di volontariato o Cooperative sociali che hanno tra i loro componenti e soci, familiari di persone con disabilità che usufruiscono del servizio.

Le persone residenti nel territorio regionale ed affette da disabilità che frequentano i Centri Diurni sono 5.482³³, mentre i Centri Diurni presenti nella regione sono 252, di cui il 30% circa (76) gestiti direttamente da ULSS e il restante 70% (176) da Enti convenzionati quali Associazioni di Volontariato, Onlus, Fondazioni, Enti religiosi e Ipab. L' Azienda ULSS 16 di Padova accoglie complessivamente il maggior numero di utenti (571), mentre Padova risulta essere la provincia che ha il maggior numero di utenti (1.188) e il più alto numero medio di utenti per Centro Diurno (30), tuttavia è solo quarta dopo Verona, Vicenza e Treviso per numero di strutture presenti (40).

Per quanto riguarda l'utenza, si può evidenziare come la gran parte degli utenti acceda al Centro Diurno nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 34 anni e in particolare il 20,5% tra il 15° e il 18° anno, il 27,9% tra il 19° e il 24° anno, il 24,4% tra il 25° e il 34° anno. Le persone con disabilità frequentanti i Centri Diurni nel 98,3% dei casi hanno il riconoscimento di invalidità civile e di questi il 64% percepisce l'indennità di accompagnamento, mentre il 80% dei disabili presenti nei Centri Diurni risulta essere in possesso della certificazione di handicap ai sensi della Legge n. 104 del 1992 art. 3 e di questi il 90% versa in condizione di “handicap grave” (art. 3 della Legge n. 104 del 1992).

³² Indicazioni e dati tratti da “Il Centro Diurno per Persone con Disabilità”, opuscolo redatto dalla Regione Veneto - Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit, scaricabile dal sito www.venetosociale.it.

³³ Dati al 31/12/2005.

2.2.2 Le Strutture Residenziali

Le Strutture Residenziali sono strutture articolate in istituti o comunità di piccole dimensioni che accolgono le persone disabili, soprattutto in condizione di grave handicap psico-fisico, per le quali viene a mancare, in modo temporaneo o permanente, il supporto della famiglia. In questi casi la residenzialità rappresenta una soluzione appropriata per la realizzazione di interventi personalizzati, rivolti a favorire il mantenimento delle capacità residue e lo sviluppo delle autonomie possibili, cercando di prevenire l'aggravamento delle disabilità in ogni fase della vita. I servizi residenziali per le persone disabili nascono negli anni Settanta come soluzioni residenziali alternative all'istituto tradizionale, fondato prevalentemente su processi di emarginazione e di esclusione sociale³⁴. Negli ultimi anni, inoltre, si è affermato un nuovo tipo di residenzialità rispetto a quello precedente, mediante la nascita di strutture quali comunità alloggio e case famiglia.

Nel territorio regionale esistono numerose realtà residenziali in grado di garantire un'adeguata integrazione sociale delle persone con disabilità, che erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per rispondere ai livelli di assistenza definiti nel progetto individuale. Il sistema dei servizi residenziali articolato a livello regionale si compone delle seguenti strutture³⁵:

- Residenze sanitarie assistite;
- Comunità alloggio;
- Gruppo famiglia.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono luoghi assistiti nelle 24 ore dove si svolgono attività terapeutiche e riabilitative in condizioni di residenzialità, nate per offrire servizi integrati ai disabili che, nonostante la cronicità dei loro problemi sanitari, non hanno bisogno di ricovero ospedaliero. Possono ospitare, oltre che handicappati gravissimi e non autosufficienti, anche portatori di disabilità medio-gravi in modo da evitare il più possibile situazioni di isolamento totale dei gravissimi. Tali centri sono caratterizzati da una ricettività relativamente limitata e da un'alta assistenza

³⁴ Tratto da "Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del Piano Locale della Disabilità", allegato alla DGR 1859 del 13 giugno 2006.

³⁵ Come definite nei provvedimenti attuativi della Legge Regionale n. 22 del 2002.

sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa), al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- ospitalità residenziale temporanea o stabile, mantenendo l'utente nel contesto sociale di appartenenza;
- assistenza alle principali funzioni di base dell'utente;
- assistenza riabilitativa individualizzata all'interno della struttura e, possibilmente, anche all'esterno;
- espletamento di prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, complementari alle attività assistenziali;
- attività di socializzazione e di inserimento sociale, nei limiti consentiti dalla gravità della situazione di handicap dell'utente.

Le Case- famiglia sono, invece, strutture residenziali che cercano di riproporre i canoni e l'ambiente della famiglia tradizionale, facendo ruotare il tutto intorno ad alcune figure chiave all'interno della piccola comunità, scatenando una serie di dinamiche interpersonali facilmente intuibili ed analizzabili dalle persone disabili ospitate. Esse rappresentano soprattutto il punto di riferimento per una strategia di recupero e di reinserimento graduale di handicappati psichici che non sono in grado di gestirsi autonomamente e che hanno necessità di continuo sostegno e di controllo. In questo caso la presenza costante degli operatori acquista una valenza ed un significato particolare, e proprio gli operatori stessi finiscono per diventare gli elementi centrali della microcomunità che si viene a costituire, assumendo ruoli paterni e materni. Questo tipo di soluzione residenziale è, inoltre, particolarmente adatta ai portatori di handicap più giovani.

Le Comunità – alloggio, infine, sono strutture che tendono a creare un ambiente comunitario, all'interno del quale ogni singolo componente gioca un ruolo autonomo in relazione alle proprie capacità. In sostanza si tratta di una soluzione determinata dalla volontà di un gruppo di persone di vivere insieme e di affrontare e risolvere in modo comunitario i problemi che scaturiscono dalla propria situazione fisica, psichica e sociale. Si tratta per lo più di un appartamento inserito in una casa qualsiasi con una capienza di otto- dieci posti, in cui gli utenti, il cui handicap lo consenta, che svolgano durante la giornata attività di studio e di lavoro all'esterno posano usufruire della struttura soltanto per esigenze di vita quotidiana. La comunità – alloggio, che può essere

autogestita o dotata di personale educativo e di appoggio, è la struttura che più si adatta alle persone con handicap adulte e mira, oltre che ad un inserimento sociale, anche ad un inserimento lavorativo dei suoi ospiti.

Le Strutture Residenziali sono state introdotte con la Legge n. 118 del 30 marzo del 1971 “Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili”, che segna una svolta per quanto riguarda le strutture alternative al ricovero in istituto dei portatori di handicap, parlando per la prima volta di “istituzioni terapeutiche quali comunità di tipo residenziale e simili” (art. 4). Tuttavia, il sistema della residenzialità per persone disabili ha trovato una propria specifica connotazione nell’ultimo decennio, a seguito della Legge n. 104 del 1992 e nella Regione Veneto a seguito dell’approvazione della Delibera della Giunta Regionale n. 751 del 2000.

La legge n. 104 del 1992, in particolare, prevede l’istituzione di diversi tipi di “centri socio- riabilitativi e educativi”:

- per “Cura e riabilitazione”, con la denominazione di “centri socio- riabilitativi e educativi a carattere diurno o residenziale” insieme con “interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio” (art. 7);

- per l’“Inserimento ed integrazione sociale”, con la denominazione di “centri socio- riabilitativi e educativi diurni a valenza educativa” destinati a “persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l’obbligo scolastico e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme d’integrazione lavorativa”(art. 8);

- “Interventi a favore di persone con handicap in situazione di gravità” con la denominazione di “centri socio- riabilitativi” insieme con le “comunità - alloggio” destinati a soggetti in età evolutiva (art. 10).

La Legge stabilisce, inoltre, che gli enti locali possano realizzare Comunità - alloggio e Centri socio- riabilitativi sia autonomamente, sia tramite consorzi e sia attraverso forme di collaborazione con associazioni e organizzazioni del privato-sociale, quali Enti, Associazioni, Fondazioni, Ipab, Cooperative e Organizzazioni di volontariato iscritte negli albi regionali. Gli standard dei centri dovranno essere definiti dal Ministero della Sanità di concerto il Ministero per gli Affari Sociali.

In ambito regionale, la D.G.R. n. 751 del 10 marzo 2000, intitolata “Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva” relativa ad un sistema assistenziale a rete, ha completato la programmazione regionale delle strutture di residenzialità comportanti assistenza sanitaria – medica, infermieristica e riabilitativa – e di rilievo sanitario, con riferimento anche alle strutture per persone con disabilità non assistibili a domicilio. Con Legge Regionale n. 22 del 2002, contenente “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”, la Regione ha invece individuato i criteri per l’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio nonché per l’accreditamento e la vigilanza delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali a gestione pubblica o privata.

Le Strutture Residenziali presenti all’interno della regione Veneto sono 137³⁶, frequentate da 2.729³⁷ persone con disabilità residenti nella regione. L’Azienda ULSS n. 16 di Padova è quella che accoglie il maggior numero di utenti (655), mentre a livello provinciale Padova è la provincia che ha il maggior numero di utenti (704), la seconda dopo Rovigo con il più alto numero medio di utenti per struttura (37), infine è la terza provincia dopo Verona e Vicenza per quanto riguarda il numero di Strutture Residenziali presenti nel territorio (19). Si può rilevare, inoltre, una notevole dispersione territoriale dovuta prevalentemente al fatto che tre grandi strutture³⁸ hanno rappresentato per alcuni decenni l’unica possibilità di risposta ai bisogni di residenzialità delle persone con disabilità, accogliendo il 44% dell’utenza regionale. Il 58,7% (71) è invece rappresentato da Strutture Residenziali di piccole dimensioni, ovvero che ospitano fino a 10 ospiti, le quali accolgono solo il 15% (411 utenti) del totale delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi residenziali.

Dai dati rilevati dall’Osservatorio Regionale Handicap emerge come il numero delle persone per le quali si ricorre ai servizi residenziali tende progressivamente ad aumentare. Tale incremento presenta le seguenti caratteristiche:

- si innalza sempre di più l’età d’ingresso in struttura;

³⁶ Indicazioni e dati tratti da “Servizi Residenziali per le Persone con Disabilità”, opuscolo redatto dalla Regione Veneto - Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit, scaricabile dal sito www.venetosociale.it.

³⁷ Dati al 31/12/2005.

³⁸ Le tre strutture sono: l’istituto “Opera della Provvidenza S. Antonio” dell’A. ULSS n. 16 di Padova, che accoglie 557 utenti (21%); l’istituto “Costante GRIS” ubicato nel territorio dell’A. ULSS n. 9 di Treviso, che ospita 481 utenti (18%); l’istituto “Palazzolo per Istituti Pii” presente nel territorio dell’A. ULSS n. 3 di Bassano del Grappa, che accoglie 133 utenti (5%).

- diminuisce il numero delle persone accolte nei servizi istituzionali di grandi dimensioni;
- aumentano il numero delle persone accolte nelle comunità di piccole dimensione anche rispetto ai nuclei di RSA.

Prendendo in considerazione l'utenza, infatti, si rileva come il 18,2% (498) delle persone con disabilità risulta essere entrato in strutture residenziali nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni, il 10% tra i 15 e i 18 anni, l'11,1% tra 19 e 24, il 18,8 % tra i 25 e i 34, 18,9% tra i 35 e i 44 anni, il 13,4 % tra i 45 e i 54, il 6,4% tra i 55 e i 64 anni, infine poco più del 2% sopra i 65 anni. Analizzando le date di ingresso di questi utenti si evidenzia come il fenomeno di entrata in struttura in età particolarmente giovane si concentri nel periodo compreso tra il 1956 al 1975, mentre negli anni successivi fattori socio economici e culturali, nonché una maggiore diffusione della rete dei servizi territoriali diurni e/o residenziali, hanno determinato un'inversione di tendenza con un progressivo innalzamento dell'età all'ingresso delle persone con disabilità, per cui negli ultimi cinquant'anni la principale fascia d'età all'ingresso è passata da 0-14 a 35-44 anni. Le Strutture Residenziali tendono comunque a rappresentare la soluzione definitiva a stabile convivenza, sostitutiva del nucleo familiare: infatti, il 38% degli ospiti risiede in struttura da almeno 20 anni.

Il 98% (2.679) delle persone con disabilità inserite nelle Strutture Residenziali ha il riconoscimento di invalidità civile, di cui l'87,6% (2.347) di queste ha un grado di invalidità pari al 100%. Per quanto attiene la certificazione di handicap prevista dalla Legge n. 104 del 1992, si evidenzia che il 59,3% degli utenti è in possesso di una certificazione di handicap e, di questi, l'83,3% è in condizione di handicap grave. Ben il 40,7% degli utenti non possiede certificazione di handicap, di questi il 44% è entrato in struttura prima dell'emanazione della Legge n. 104 del 1992.

2.3 Accessibilità: barriere architettoniche e trasporti

2.3.1 La rimozione delle barriere architettoniche

Con il termine barriere architettoniche si indicano tutti gli ostacoli fisici e senso-percettivi che non permettono la completa mobilità nello spazio naturale o costruito alle

persone che temporaneamente o permanentemente si trovino in condizioni limitate di movimento. Si possono distinguere vari tipi di barriere:

- barriere architettoniche in senso stretto: indicano tutti gli ostacoli materiali e concreti, soprattutto edilizi, che limitano la mobilità dei soggetti con difficoltà motorie, sia all'interno che all'esterno di edifici pubblici e privati. Possono essere rappresentate da elementi architettonici, da oggetti ed arredi, da mancanza di taluni accorgimenti o da elementi che possono essere causa di infortuni;
- barriere urbane: indicano tutti gli ostacoli che si oppongono alla circolazione dei soggetti con difficoltà motorie, quali attraversamenti pedonali, sottopassaggi, scalinate, accessi inadeguati ai mezzi di trasporto;
- barriere di localizzazione o percettive: tutti gli ostacoli che rendono difficoltosa e scarsamente o del tutto irricognoscibile l'ubicazione e la localizzazione degli edifici, ad esempio per mancanza di idonee segnalazioni sonore e luminose.

Si tratta di barriere che discriminano e impediscono la normale vita di relazione non solo alle persone con disabilità, ma anche a soggetti con ridotta capacità di movimento, come gli anziani con difficoltà deambulatoria, persone obese, genitori con i passeggini e più in generale chiunque si trovi in una situazione di disagio motorio anche momentaneo.

Le prime indicazioni normative in materia di barriere architettoniche risalgono alla fine degli anni '60. Da allora si sono succeduti, tra decreti legge e circolari, più di 45 provvedimenti legislativi. Gli interventi previsti dalla normativa vigente in tema di eliminazione delle barriere architettoniche sono distinti in base alla tipologia di edifici, e pertanto vanno differenziati a seconda che si riferiscano a:

- edifici, spazi e servizi pubblici;
- edifici privati, edifici privati aperti al pubblico e edilizia residenziale pubblica.

La prima legge che ha posto i principi in materia è la Legge n. 118 del 30 marzo 1971, "Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili", che ha previsto l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici di nuova costruzione e a quelli già esistenti e l'accessibilità agli

invalidi non deambulanti dei mezzi pubblici di trasporto e dei luoghi pubblici. La legge n. 118 del 1971, però, rinviava l'attuazione di questi dettami legislativi ad un provvedimento attuativo, provvedimento che ha tardato 7 anni, ovvero il Decreto del Presidente della Repubblica n. 384 del 27 aprile 1978, intitolato "Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n.118, a favore dei mutilati ed invalidi civili in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici", che ha fissato misure e caratteristiche fornendo dettagliate prescrizioni tecniche.

Una norma fondamentale resta la legge n. 13 del 9 gennaio 1989 contenete "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", che con il relativo regolamento di attuazione approvato con D.M. n. 236 del 14 giugno 1989, ha esteso al comparto privato le disposizioni, precedentemente previste solo per le opere pubbliche, tese a favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche sia negli edifici nuovi e da ristrutturare, di proprietà privata o di edilizia pubblica convenzionata, sia negli immobili già in uso. Vengono, inoltre, introdotte tre condizioni, che dovrebbero essere rispettate anche in qualsiasi edificio privato:

- l'accessibilità, ovvero la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia;
- l'adattabilità, ovvero la possibilità di modificare nel tempo lo spazio costruito a costi limitati, allo scopo di renderlo completamente ed agevolmente fruibile anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale;
- la visitabilità, ovvero la possibilità, anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare.

La legge 13 del 1989 ha introdotto anche la possibilità di richiedere contributi per l'eliminazione di barriere architettoniche negli edifici privati, istituendo, a tal fine, presso l'allora Ministero dei lavori pubblici, il "Fondo speciale per l'eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati", da ripartire

annualmente tre le Regioni. I contributi possono essere concessi per interventi su immobili privati già esistenti ove risiedono in forma effettiva, stabile ed abituale, disabili con menomazioni o limitazioni funzionali permanenti, oppure per l'acquisto di attrezzature finalizzate a rimuovere gli ostacoli all'accessibilità su immobili adibiti a centri o istituti residenziali per l'assistenza. Tuttavia, il Fondo non è stato rifinanziato dopo il 2000.

Con il DPR n. 503 del 24 luglio 1996, è stato invece adottato il nuovo regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici, mediante il quale criteri per una progettazione priva di barriere sono stati unificati per tutte le tipologie di edifici. L'ultima novità normativa è, infine, rappresentata dal Testo Unico sull'edilizia, ovvero il Decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 6 giugno 2001, che prescrive le disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici e privati aperti al pubblico.

A livello regionale la norma di riferimento è stata sicuramente per molti anni la Legge Regionale n. 41 del 30 agosto 1993 recante "Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per favorire la vita di relazione". Con essa si vengono ad aggiungere ai contributi previsti dalla Legge n. 13 del 1989 altri contributi diretti, stanziati dalla Regione Veneto attraverso il Comune di residenza, finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche.

La legge è stata abrogata e sostituita dalla nuova Legge Regionale n. 16 del 12 luglio 2007, intitolata "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche". Secondo quanto detto dall'Assessore regionale alle politiche sociali "si tratta di una radicale riforma della legge regionale n. 41 del 1993 [...]. Da allora sono intervenute molte e rilevanti novità nel settore, sia dal punto di vista tecnologico che internazionale. Ciò ha portato la Regione Veneto ad approvare un nuovo, più aggiornato, strumento di legge che sottolinea l'importanza che il governo veneto annette all'individuazione e realizzazione di politiche che puntino alla migliore integrazione delle persone con disabilità in tutti i settori della vita sociale. La nuova legge regionale

introduce elementi di semplificazione e flessibilità ma prevede anche precise prescrizioni tecniche da osservare nella redazione dei progetti edilizi³⁹.

In primo luogo la nuova normativa riconosce la competenza regionale a dettare normative tecniche in campo edilizio, stabilendo le modalità di progettazione dei Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (P.E.B.A.), che contengono gli strumenti che i Comuni e gli altri enti pubblici sono chiamati a predisporre per programmare gli interventi di eliminazione delle barriere architettoniche su spazi ed edifici pubblici.

Inoltre, la nuova legge disciplina le modalità con cui la Regione Veneto destina il proprio contributo finanziario a favore di soggetti pubblici e privati. A questo proposito, il Piano annuale per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati adottato nel 2007 ha previsto lo stanziamento di 2 milioni di euro, ricavati da risorse regionale e in parte dal fondo nazionale.

2.3.2 I trasporti

L'articolo 27 della Legge n. 118 del 1971 esprimeva già il principio generale per cui i servizi di trasporto pubblico debbano essere resi accessibili ai non deambulanti, per garantire alle persone disabili una vita il più possibile indipendente e di relazione con gli altri.

Per quanto concerne il trasporto tramite mezzi pubblici, la Legge n. 104 del 1992 prevede in via generale che ci sia una sostanziale accessibilità ai servizi di trasporto sui mezzi di trasporto pubblico. Sono previste norme specifiche⁴⁰ che facilitano il trasporto dei disabili sia attraverso autobus e minibus destinati loro in via esclusiva, sia attraverso alcuni meccanismi da installare sugli autobus destinati al trasporto contemporaneo di passeggeri con ridotta capacità motoria, come ad esempio l'installazione di pedane elevatrici e l'accesso all'uscita da parte delle sedie a ruote. Tale servizio viene gestito in modo differente all'interno delle diverse città.

Per quanto riguarda, ad esempio, il trasporto urbano nella città di Padova, l'Azienda Padova Servizi che fornisce il servizio dispone, all'interno di un parco autobus

³⁹ Tratto dal sito www.disabili.com.

⁴⁰ D.M. 2 ottobre 1987 e D.M. 18 luglio 1991.

di 233⁴¹ mezzi in totale, di 3 veicoli speciali adibiti esclusivamente al trasporto disabili, mentre dei rimanenti circa il 40% (49), hanno la pedana per l'accesso delle carrozzelle e oltre il 50% (83) hanno il pianale ribassato per agevolare l'accesso a chi ha difficoltà motorie. In particolare dal 1982, tra le prime aziende in Italia, l'APS Mobilità ha istituito un servizio per il trasporto esclusivo di persone non deambulanti, che viene effettuato con vetture appositamente attrezzate dalle ore 7:00 alle ore 19:00 di tutti i giorni feriali, al costo del normale servizio di linea. Per quanto riguarda il percorso, il servizio viene svolto nell'ambito comunale con estensione straordinaria fino alle località servite dalle linee aziendali. Inoltre, 6 linee sono interamente servite da autobus attrezzati per il trasporto, mentre 44 fermate principali sono state appositamente allestite per la salita e discesa dei passeggeri in carrozzella

Tuttavia tale servizio non risulta essere sempre funzionale o sufficiente per le reali necessità di trasporto in relazione alla domanda. Per sopperire a tali mancanze, sono presenti territorialmente diversi servizi di trasporto forniti da Aziende private, da Cooperative sociali e di servizi o dall'Aziende ULSS.

In merito ai taxi, invece, la Legge n. 21 del 1992 prevede che i servizi di taxi e di noleggio con conducente siano accessibili a tutti i soggetti portatori di handicap, demandando ai Comuni le norme che stabiliscano specifiche condizioni trasporto per tali soggetti, nonché il numero e il tipo di veicoli già esistenti da attrezzare anche al trasporto di soggetti portatori di handicap di particolare gravità

Per quanto riguarda i treni, oltre alle norme che prevedono, nelle principali stazioni ferroviari, una dotazione di passerelle, rampe mobili o altri idonei mezzi di elevazione al fine di facilitare l'accesso ai treni per le persone con difficoltà di deambulazione, il D.P.R. n. 503 del 1996 prevede che un adeguato numero di carrozze in treni che circolano su linee principali debba essere adeguatamente attrezzato per consentire la sistemazione del disabile su sedia a ruote all'interno delle carrozze ferroviarie.

Infine, i viaggi in aereo sono regolati da specifiche disposizioni delle compagnie aeree, che garantiscono forme di assistenza sia a terra che durante il volo. Tutti i servizi esterni connessi all'aeroporto, come i parcheggi e i mezzi di collegamento, devono

⁴¹ Tratto dal sito www.apsholding.it. I dati sono riferiti al 31 dicembre 2002.

essere accessibili completamente anche ai portatori d'handicap, così come all'interno dell'aeroporto tutti i servizi accessori, come ristoranti, bar e servizi igienici.

È prevista in aggiunta una riserva di tre posti a sedere in prossimità della porta di uscita sui mezzi di trasporto tranviario, filoviario, metropolitano, a favore di persone con limitate capacità motorie deambulanti. È inoltre prevista una riserva di posti a sedere sui treni, una riserva di alloggi sulle navi, una superficie in prossimità dell'accesso adatta all'ancoraggio delle sedie a ruote nei servizi di navigazione interna, la dotazione di sedie a ruote all'interno del mezzo aereo.

La domanda di trasporto può venire soddisfatta anche con mezzo privato, per il quale sono previste diverse agevolazioni. La normativa⁴², in particolare, prevede il rilascio di un contrassegno alle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, che permetta loro la circolazione e la sosta in zone vietate, riservate o interdettemporaneamente al traffico. Al mezzo privato sono dedicati appositi spazi di sosta riservati con specifica segnaletica, che dovrebbero rispettare le esigenze della persona disabile, sia in termini di ubicazione che per dimensioni e raccordo con gli spazi pedonali⁴³, mentre nei parcheggi custoditi, ogni cento posti auto disponibili devono esserne riservati gratuitamente almeno due posti.

Le persone con disabilità fisiche e motorie possono circolare con mezzi privati dopo il conseguimento della patente speciale delle categorie A, B, C e D, ottenuta dopo una visita di idoneità effettuata da una commissione medica locale e avente validità pari a 5 anni, anche se è possibile che sia indicata una validità inferiore in relazione a specifiche patologie invalidanti, secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 285 del 1992.

Inoltre, sono prevista la possibilità di ottenere dei contributi da parte delle Aziende ULSS nella misura del 20% della spesa complessiva per le spese sostenute in relazione alla modifica degli strumenti di guida, oltre alle agevolazioni di natura fiscale relative all'acquisto di mezzi di trasporto per soggetti portatori di handicap⁴⁴.

⁴² D. Lgs. n. 285 del 1992 e D.P.R. n. 503 del 1996.

⁴³ DPR n. 384 del 1978.

⁴⁴ Legge n. 104 del 1992 e Legge n. 449 del 1997.

2.4 Gli interventi a sostegno delle famiglie

In merito agli interventi erogati a sostegno delle famiglie di persone affette da disabilità, in particolare per quanto concerne l'età adulta, la Rete dei servizi socio-sanitari territoriali è costituita dai attività che assicurano nelle seguenti aree⁴⁵:

- interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria ed integrata, fornitura di protesi ed ausili, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
- interventi di sostegno economico: assegni di cura alle persone disabili e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della modalità e della tipologia di assistenza fornita, contributi per la vita indipendente, contributi temporanei e/o straordinari;
- interventi di sollievo: accoglienza temporanea programmata, pronta accoglienza, soggiorni di sollievo.

Il sistema della domiciliarità è realizzato con il concorso di tutte le risorse della comunità locale, le associazioni di volontariato e le altre forme di solidarietà e di partecipazione sociale. Il Piano locale della Disabilità costituisce l'occasione per mettere in rete tali opportunità, attraverso un'azione sinergica di integrazione con i servizi erogati e attraverso la realizzazione di specifiche iniziative progettuali che implementano e completano l'offerta di servizi in risposta ai bisogni delle persone. Tra gli interventi di supporto alla famiglia erogati a domicilio, evidenziamo in particolare il servizio di Assistenza Domiciliare e il servizio di Assistenza Domiciliare integrata.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è un servizio a carattere socio-assistenziale di supporto alla famiglia erogato dai Comuni⁴⁶, finalizzato alla prevenzione, mantenimento e sviluppo delle potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio. È un servizio rivolto a persone disabili non autosufficienti con diversi livelli di dipendenza, che integra le prestazioni che la famiglia può attuare in proprio con alcune prestazioni di carattere sanitario e sociale. Può comprendere,

⁴⁵ Tratto da "Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del Piano locale della Disabilità", allegato alla DGR 1859 del 13 giugno 2006.

⁴⁶ Secondo le modalità contenute nello schema di regolamento allegato al Piano Locale della Domiciliarità, approvato dalla Conferenza dei Sindaci in data 18/09/2006.

dunque, prestazioni domestiche (cura e igiene della persona, vestizione, preparazione pasti, lavanderia), lo svolgimento di piccole commissioni, le attività che mirano ad un contatto con l'esterno che hanno uno scopo ricreativo (incontri, spettacoli, iniziative sportive, ecc.) e non ultime le attività che mirano ad un corretto utilizzo, nell'abitazione e fuori, delle attrezzature e dei sussidi tecnici necessari ed opportuni. L'assistenza domiciliare a favore degli handicappati deve comprendere, inoltre, il sostegno psicologico per un adeguata presa di coscienza e accettazione della condizione.

Scopo del servizio, valido per i portatori di handicap, ma anche per gli anziani e per le famiglie in difficoltà, è quello di mantenere le persone nel loro ambiente di vita e contemporaneamente toglierle dall'isolamento e dall'emarginazione, evitando che rimangano chiuse nel proprio domicilio, stimolando invece i rapporti con l'esterno e con i servizi sociali e sanitari presenti nel territorio.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata aggiunge all'intervento dell'assistenza domiciliare anche le cure mediche, infermieristiche e/o riabilitative necessarie, presso il proprio domicilio, permettendo alla persona disabile di essere adeguatamente curata a casa, evitando i disagi e i costi di un ricovero ospedaliero. Esistono diverse tipologie di assistenza domiciliare integrata, differenziate in base alle problematiche della persona e agli operatori che intervengono a domicilio. Le diverse forme di ADI sono disciplinate dalla DGR n. 5273 del 1998, mentre a livello locale secondo un Accordo di Programma approvato dalla Conferenza dei Sindaci del 29.10.2001 e recepito dall'Aziende ULSS con delibera n. 985 del 21.11.2002. Il Piano Locale per la Domiciliarità, approvato dalla Conferenza dei Sindaci in data 18/09/2006, definisce le modalità di erogazione dei suddetti interventi.

Nell'anno 2005 sono state seguite a domicilio n. 294 persone con disabilità in età adulta, di cui n. 80 in Assistenza Domiciliare Integrata.

Diversi sono anche gli interventi di sostegno economico alle famiglie erogati dalla regione. L'assegno di cura ricomprende tutte le diverse forme di intervento economico finalizzate a supportare le famiglie nell'assistenza della persona con disabilità grave, anche ad integrazione di altre prestazioni e servizi. L'erogazione è regolamentata dal Piano Locale per la Domiciliarità approvato dalla Conferenza dei Sindaci in data 18-09-2006.

In particolare, la regione Veneto, con la Legge Regionale n. 28 del 1991, assegna, tramite i Comuni, alle persone prive di autonomia fisica o psichica un contributo finanziario giornaliero per le prestazioni assistenziali e di rilievo sanitario fornite o sostenute nel proprio domicilio da parte del Servizio Domiciliare, del nucleo familiare o delle reti di solidarietà. Destinatari del contributo regionale sono le persone residenti nel Veneto, prive di autonomia fisica o psichica che necessitano di particolari interventi assistenziali e/o sanitari, al fine di favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio o nel nucleo familiare di appartenenza.

Un ulteriore sostegno fornito dalla regione alle famiglie riguarda le spese da queste sostenute per il trasporto e di vitto dei congiunti disabili ospitati nei Centri diurni. Per l'anno 2007 la Giunta veneta ha destinato 6,2 milioni di euro a favore dei 5676 disabili gravi e gravissimi in età post-scolare che frequentano i 259 Centri Diurni del territorio regionale. I 6,2 milioni euro sono ripartiti tra le Aziende ULSS secondo il numero degli utenti dei Centri diurni.

Con l'espressione Interventi di Vita Indipendente si intendono, invece, gli interventi economici rivolti alle persone con grave disabilità fisico-motoria, capaci di autodeterminazione, in età compresa tra i diciotto e i sessantaquattro anni, finalizzato alla fruizione di prestazioni assistenziali e/o di mobilità per consentire la libera partecipazione alla vita sociale. Il contributo economico mensile erogabile per la realizzazione di progetti di vita indipendente non può superare € 1000 mensili, secondo quanto previsto dal DGR n. 2824 del 03, ed è individuato sulla base di un progetto realizzato con la piena condivisione della persona con disabilità. Il Piano locale della Disabilità definisce le modalità di accesso, i criteri per la definizione delle priorità, le modalità di gestione ed organizzazione.

Gli Interventi di sollievo sono, infine, interventi volti a sostenere il ruolo assistenziale delle famiglie che assistono a domicilio persone in situazione di gravità, attraverso interventi quali affidi temporanei, soggiorni sollievo e accoglienze temporanee in strutture residenziali del territorio che, realizzati secondo forme e modalità diverse, consentono alla famiglia di essere temporaneamente sollevata dall'onere assistenziale continuativo. La Regione Veneto con la DGR n. 3960 del 2001 ha implementato le opportunità e gli interventi a favore delle persone

in condizioni di non autosufficienza introducendo in via sperimentale nel triennio 2002/2004 interventi di “sollevio” a favore delle famiglie che sostengono direttamente l’onere dell’assistenza di persone non autosufficienti. Gli interventi si concretizzano mediante il concorso delle risorse regionali per le spese a carico delle famiglie secondo le seguenti modalità:

- buono servizio, somma riconosciuta alla famiglia per l’acquisto di servizi di accoglienza residenziale temporanea presso le diverse strutture residenziali (case di riposo, R.S.A.) convenzionate;
- assegno di sollievo, somma riconosciuta alla famiglia in riferimento al particolare carico assistenziale che si trova ad affrontare. Tale somma è assegnata ad integrazione di altri servizi in atto e con la condizione di non ricorrere al ricovero permanente. I Comuni e le Aziende ULSS sono chiamate a presentare specifici piani e progetti per la realizzazione degli interventi.

2.5 Raccolta dei dati e monitoraggio: l’Osservatorio Regionale Handicap

Negli ultimi anni sono nati in Veneto diversi Osservatori sociali regionali, che hanno fornito rilevanti analisi e indicazioni alla programmazione regionale con la funzione di rilanciare le politiche sociali in modo adeguato alle nuove esigenze. La Delibera della Giunta veneta n. 4139 del 19.12.2006 ha ristrutturato la rete dei sette Osservatori, modificandone l’assetto organizzativo e logistico con conseguente unificazione e accorpamento. Così è avvenuto per l’Osservatorio regionale sulla Condizione della persona Anziana e Disabile, che ha assorbito i compiti e le attività dell’Osservatorio regionale sulla Popolazione anziana - affidato all’Azienda ULSS n. 12 di Mestre/Venezia - e dell’Osservatorio regionale Handicap - affidato all’Azienda ULSS n. 17 di Este.

Istituito nel 1999 con la DGR. n. 1923, l’Osservatorio Regionale Handicap viene affidato all’Azienda ULSS 17 con DGR n. 876 del 2000 e prende avvio in modo ufficiale nel mese di marzo del 2000 sotto la responsabilità del Direttore dei Servizi Sociali dell’Azienda ULSS 17. L’Osservatorio nasce dalla volontà della Regione di

disporre di un adeguato strumento conoscitivo, valutativo ed operativo che, in maniera sistematica, rilevi le problematiche socio-relazionali, socio-assistenziali, culturali e sanitarie che riguardano il mondo delle disabilità e il modo di affrontarle.

L'Osservatorio si occupa di monitorare e raccogliere dati utili alla comprensione dell'evoluzione e delle dinamiche socio-demografiche della popolazione anziana e disabile nel Veneto, analizzando i dati dell'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate all'invecchiamento nella Regione, studiando l'evoluzione della domanda e dell'offerta di servizi a favore della popolazione anziana e disabile e promuovendo studi ed iniziative formative sui temi dell'invecchiamento e della disabilità.

Compito dell'Osservatorio non è solo quello della raccolta sistematica di dati, ma anche quello di diffondere le informazioni nonché le esperienze e i risultati di ricerche e iniziative svolte a livello locale a favore dei cittadini, degli operatori e degli Enti pubblici e privati direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche relative alla disabilità, affinché diventino patrimonio di tutti, in un'ottica di promozione dei diritti delle persone.

Oltre alla gestione delle banche dati regionali e alla mappatura dei servizi presenti nel territorio, tra le funzioni dell'Osservatorio ci sono anche la promozione del diritto allo studio, l'attuazione degli indirizzi legislativi in materia di integrazione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro e il potenziamento degli interventi di sostegno alle famiglie, sia domiciliari che di accoglienza diurna e/o residenziale, con progetti personalizzati che contribuiscono al miglioramento degli stili e della qualità della vita mantenendo il più a lungo possibile le persone con disabilità nella comunità di appartenenza. Inoltre, l'Osservatorio promuove la crescita di una cultura dei diritti delle persone con disabilità, anche attraverso la formazione permanente degli operatori e la sensibilizzazione dei cittadini, attraverso iniziative per la nascita e la sperimentazione di servizi innovativi, ricerche e progetti, anche a livello europeo, su specifiche tematiche.

L'Osservatorio opera nel rispetto delle linee guida regionali e collabora in modo permanente con tutte le Aziende ULSS e le altre istituzioni e soggetti del privato sociale per l'acquisizione di conoscenze, fornendo indicazioni preziose per la disposizione delle linee di indirizzo della programmazione regionale come quelle per

la non autosufficienza, la domiciliarietà e la disabilità, che confluiscono nel Piano di zona.

2.6 Informazione e partecipazione dei cittadini: il Servizio Informa Handicap

Il Servizio Informa Handicap è uno sportello informativo gratuito che eroga informazioni e consulenza alle persone disabili e alle loro famiglie, agli operatori sociali e a tutti coloro che desiderano ricevere chiarimenti nel settore della disabilità, fornendo percorsi di avvicinamento ai servizi, alle agevolazione e alle opportunità offerte dal territorio con particolare riferimento a quelli erogati dall'Azienda ULSS e dai Comuni. L'obiettivo è quello di facilitare il più possibile l'accesso alle informazioni, contribuendo a migliorare la qualità della vita delle persone disabili nel tempo libero, il lavoro, il turismo, la mobilità, l'istruzione, anche mediante la ricerca di occasioni di collegamento tra la Regione, le Aziende ULSS e le realtà territoriali, pubbliche e private.

In particolare il servizio offre informazioni su:

- il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cieco civile e sordomuto e dello stato di portatore di handicap;
- la normativa nazionale e regionale;
- servizi presenti nel territorio, ad esempio servizi diurni, residenziali, domiciliari;
- sussidi economici, esenzioni e agevolazioni fiscali e tributarie;
- ausili e protesi;
- barriere architettoniche, mobilità e trasporti;
- diritto allo studio;
- inserimento lavorativo, agevolazioni e permessi lavorativi;
- tempo libero, turismo e vacanze;
- associazioni e gruppi di volontariato.

Nella Regione Veneto l'Informa Handicap nasce nelle Aziende sanitarie negli anni Ottanta ed è inizialmente coordinato dall'AIAS di Vicenza⁴⁷, al quale era stato dato l'incarico dalla Regione Veneto in modo che tutti gli sportelli avessero la medesima connotazione. Il servizio, almeno originariamente, doveva essere molto strutturato, con personale diversificato, ad esempio educatori ed assistenti sociali, e veniva finanziato interamente dalla regione. Una volta finita la convenzione con l'AIAS, i vari servizi avrebbero dovuto partire autonomamente e autogestirsi, tuttavia molte sportelli delle ULSS, per mancanza di risorse e di un adeguata pubblicità, hanno chiuso oppure ne è rimasto aperto uno per provincia.

Attualmente in Veneto sono attivi i seguenti sportelli Informa Handicap:

- Informa handicap di Venezia presso il Comune di Venezia;
- Informa handicap di Padova presso il Comune di Padova;
- Informa handicap di Rovigo presso il Comune di Rovigo;
- Informa handicap di Vicenza presso l'Anmic di Vicenza;
- Informa handicap di Treviso presso il Coordinamento Associazioni Handicappati;
- Informa handicap di Verona presso i Servizi Sociali dell' ULSS 20;
- Informa handicap di Belluno presso il Servizio Disabilità dell'ULSS 3;
- Informa handicap di Adria presso il Comune di Adria;
- Informa handicap di Mirano presso l'ULSS Mirano;
- Informa handicap "Alta Padovana" presso l'ULSS 15;
- Informa handicap di Chioggia presso ULSS 14 Choggia;
- Informa handicap del Comune di Cavallino Treporti presso il Comune di Cavallino Treporti.

Nella provincia di Padova, nello specifico, sono attivi due sportelli informativi per persone disabili, uno istituito presso il Comune di Padova e l'altro presso l'azienda ULSS 15 dell'Alta Padovana.

Il primo, istituito con Deliberazione comunale n. 17 del 2 febbraio 1998, si trova presso il Settore Servizi Sociali del Comune di Padova. L'ufficio fornisce:

- informazioni sui servizi del Comune di Padova;

⁴⁷ Associazione Italiana Assistenza Spastici, fondata in Italia nel '54 su iniziativa di un gruppo di Genitori di disabili, di operatori socio-sanitari e di cittadini sensibili alle necessità delle persone con disabilità. La sezione di Vicenza viene invece fondata nel 1973.

- distribuisce modulistica e offre consulenze su: eliminazione e superamento delle barriere architettoniche, assegno di cura;
- agevola il trasporto dei cittadini con handicap motori e visivi tramite l'attivazione di appositi servizi e progetti, come il progetto “Liberi di andare”, attivato con il fine di sostenere l'autonomia di movimento delle persone disabili.

Il secondo invece è istituito dall’Azienda ULSS 15 ed ha sede presso il Centro servizi disabili di Villa del Conte e presso la sede dell’Associazione Airone di Cittadella. Le informazioni sono, inoltre, reperibili al sito dell’ULSS 15 all’indirizzo www.ulss15.pd.it/informa-handicap. Il servizio fornisce informazioni alle persone con disabilità e alle loro famiglie sui servizi erogati dall’Azienda ULSS 15, sui diritti delle persone disabili e sull’attuale normativa, consentendo un accesso agevolato alle informazioni e fornendo un servizio di consulenza e orientamento all’utilizzo dei servizi e dei diritti. L’Informa Handicap dell’ULSS 15 è nato nei primi anni Ottanta⁴⁸ all’interno dell’Azienda sanitaria di Camposampiero⁴⁹, che era stata scelta come ULSS sperimentale per questo tipo di servizio. Attualmente, il personale consiste in un’unica persona che gestisce entrambe le sedi.

Per quanto riguarda il tipo di utenza e di servizio fornito, non risulta esserci una fascia d’età in particolare. Dalla nascita all’età scolare si rivolgono allo sportello informativo soprattutto i genitori per avere informazioni in merito alle procedure per il riconoscimento dell’invalidità. Queste famiglie necessitano, oltre ad un orientamento e supporto riguardante le varie domande da presentare per il riconoscimento dell’invalidità e le conseguenti agevolazioni fiscali, anche di un sostegno psicologico, specie nella fase di accettazione della disabilità che ha colpito il figlio. Per quanto riguarda specificatamente le persone che vivono una situazione di disabilità in età adulta o in terza età, molto spesso le famiglie si trovano spaesate ed incapaci ad affrontare da sole la situazione, per cui la sola conoscenza della possibilità di avere contributi per modificare lo spazio domestico o per avere protesi e ausili, così come il poter ricorrere a servizi di assistenza domestica o presso strutture esterne, può veramente migliorare la vita della persona colpita da disabilità e alleviare la famiglia da oneri troppo gravosi.

⁴⁸ Cfr. intervista n. 4.

⁴⁹ Successivamente accorpata con l’Azienda sanitaria di Cittadella, diventando l’attuale “Alta Padovana”.

Dal settembre 2006 oltre alla sede di Villa del Conte, scomoda da raggiungere per tutti gli utenti data la scarsità dei mezzi di trasporto extraurbani presenti nel territorio, l'Associazione Airone ha aperto uno sportello informativo anche a Cittadella, presso la propria sede, incaricandosi anche della promozione pubblicitaria del servizio a differenza di quanto precedentemente era stato fatto, grazie ad una convenzione stipulata con l'amministrazione comunale e l'azienda ULSS 15. Dall'apertura ad oggi ci sono state circa 180 presenze, una media di 4 o 5 persone ogni lunedì, il giorno settimanale di apertura al pubblico. Lo sportello non ha il solo compito di fornire informazioni ma consente anche un'occasione di integrazione e di ascolto.

Per agevolare ulteriormente la diffusione delle informazioni in merito ai servizi presenti nel territorio, l'Azienda ULSS 15 si è dotata di una Carta dei Servizi rivolta alle persone con disabilità, che fornisce le informazioni utili in merito ai servizi presenti all'interno delle strutture dell'azienda e sui diversi percorsi per accedervi, oltre alla conoscenza dei diritti e dei benefici riconosciuti, tutte informazioni che spesso non raggiungono facilmente le persone a cui questi servizi sono rivolti⁵⁰.

⁵⁰ Tratto da "Carta dei Servizi per le persone con disabilità", introduzione del Direttore dei Servizi Sociali Dott. Carlo Scapin.

CAPITOLO 3

LE POLITICHE PER IL LAVORO: L'INSERIMENTO E L'INTEGRAZIONE LAVORATIVA

3.1 Come si realizza l'inserimento lavorativo

3.1.1 La legge n. 68 del 1999: il collocamento mirato

Il diritto al lavoro delle persone disabili è garantito dalla legge n. 68 del 12 marzo 1999 intitolata “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”⁵¹, che ha completamente riformato la disciplina, segnando il passaggio nell'intervento di tutela nei confronti della persona disabile da una concezione di tipo assistenzialistico e risarcitorio, ad una di tipo promozionale, che mira a creare opportunità e vantaggi sia per i datori di lavoro che per il disoccupato disabile.

Con il collocamento mirato il legislatore vuole abbandonare le modalità del rigido inserimento “obbligato” della precedente normativa, ponendo l'accento più che sulla menomazione fisica, psichica o sensoriale quale causa dell'invalidità, sulla valorizzazione delle capacità lavorative residue. L'inserimento del lavoratore con disabilità deve quindi tener conto delle attitudini e delle capacità del disabile, creando percorsi individualizzati mirati, e contemporaneamente delle caratteristiche delle aziende e del posto di lavoro, tramite il ricorso alla chiamata nominativa e la possibilità di fruire di misure di sostegno economico ed organizzativo.

I soggetti che hanno diritto all'avviamento sono:

- a) “persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e [...] portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%”(art. 1);
- b) “persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%”;
- c) “persone non vedenti o sordomute”⁵²;

⁵¹ La Legge Regionale del Veneto n. 16 del 2001 “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68, e istituzione del servizio di integrazione lavorativa presso le aziende ULSS” è la controparte su base regionale della Legge n. 68 del 1999.

⁵² Come definite dalle leggi 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni.

- d) “persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all’ottava categoria”.

Risultano infine inclusi quei soggetti che, pur essendo normodotati, sono stati in qualche modo colpiti da eventi di guerra, ossia le vedove e gli orfani, ai quali si applica l’art. 18, che prevede l’attribuzione in loro favore di una quota di riserva pari ad un punto percentuale, applicabile ai datori di lavoro pubblici e privati che occupino da cinquantuno a centocinquanta dipendenti.

Per quanto riguarda l’obbligo assuntivo, i soggetti obbligati risultano essere i datori di lavoro pubblici e privati con più di 15 dipendenti, che sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori protetti in una quota parametrata alle dimensioni d’impresa. L’art. 3, comma 1, definisce le percentuali dei soggetti da assumere obbligatoriamente nel seguente modo:

- a) il 7% dei lavoratori occupati, se il datore occupa più di 50 dipendenti;
- b) due lavoratori, se il datore occupa da 36 a 50 dipendenti;
- c) un lavoratore, se il datore occupa da 15 a 35 dipendenti.

Per poter accedere ai benefici della legge n. 68 del 1999, le persone con disabilità “che risultano disoccupate e aspirano ad un’occupazione conforme alle proprie capacità lavorative” devono iscriversi “nell’apposito elenco tenuto dagli uffici competenti”, i quali annotano “in un’apposita scheda le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione” e analizzano “le caratteristiche dei posti da assegnare ai lavoratori disabili” (art. 8). Gli stessi soggetti vengono quindi inseriti in un elenco, con unica graduatoria, sulla base del punteggio risultante dagli elementi e dai criteri stabiliti dalle Regioni e dalle Province.

I datori di lavoro soggetti alle disposizioni di legge devono presentare agli uffici competenti la richiesta di assunzione entro 60 giorni dal momento in cui insorge l’obbligo di assunzione dei lavoratori disabili. La richiesta può essere presentata anche attraverso i prospetti informativi inviati periodicamente agli uffici competenti (art. 9). Dal prospetto devono risultare il numero complessivo dei lavoratori dipendenti, il numero e i nominativi dei lavoratori computabili nella quota di riserva nonché i posti di lavoro e le mansioni disponibili per i disabili.

Le imprese private e gli enti pubblici che non adempiono a tali obblighi sono soggetti a sanzioni amministrative, disposte dalle Direzioni provinciali del lavoro, secondo quanto previsto dall'art. 15, ma non è prevista un'avviabilità d'ufficio.

La legge prevede che le aziende obbligate possano usufruire, in sede di richiesta di assunzione, di due tipi di chiamata, numerica e nominativa. In base all'art. 7 le richieste sono nominative per:

- a) i datori che occupano da 15 a 35 dipendenti e i partiti politici, le organizzazioni sindacali e gli enti da essi promossi;
- b) i datori che occupano da 36 a 50 dipendenti, limitatamente al 50% delle assunzioni;
- c) i datori di lavoro che occupano più di 50 dipendenti, limitatamente al 60% delle assunzioni;
- d) le assunzioni dei disabili psichici e le altre assunzioni oggetto di convenzione.

A questo proposito la legge ha poi previsto il caso in cui non si possa avviare il disabile con la qualifica richiesta, o con altra concordata, prevedendo che gli uffici competenti avviino il disabile in possesso di una qualifica "simile", secondo l'ordine nella graduatoria e previo addestramento o tirocinio, anche attraverso la stipula di convenzioni. In mancanza di un disabile con una qualifica simile, secondo quanto precisato dal Regolamento di esecuzione⁵³, il datore di lavoro stipulerà una convenzione che prevede lo svolgimento di un tirocinio con finalità formative. Solo se il datore di lavoro convocato non si presenti o se non sia possibile la stipula della convenzione il servizio procede all'avviamento, al termine di una valutazione che tiene conto della scheda professionale, del prospetto informativo annuale e della richiesta di avviamento.

Per la realizzazione dell'inserimento lavorativo, la legge n. 68 del 1999 prevede l'istituzione a livello regionale e provinciale dei Servizi per l'inserimento lavorativo dei lavoratori disabili⁵⁴. Tali "organismi individuati dalle regioni ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469 [...] denominati "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 lavorativo dei

⁵³ Art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 2000, n. 333.

⁵⁴ TULLINI P., "Uffici pubblici, organizzazioni no profit e collocamento dei disabili", in "Diritto al lavoro dei disabili", a cura di Cinelli, Sandulli, Giappichelli Editore, 2000, p. 74.

soggetti di cui alla presente legge nonché all'avviamento lavorativo, alla tenuta delle liste, al rilascio delle autorizzazioni, degli esoneri e delle compensazioni territoriali, alla stipula delle convenzioni e all'attuazione del collocamento mirato” (art. 6).

Un ruolo di primo piano è affidato dal D. Lgs. n. 469 del 1997 ai Centri per l'impiego, i quali hanno il compito di conservare la scheda personale di ogni soggetto iscritto e di analizzare le caratteristiche dei posti di lavoro da assegnare, favorendo così l'incontro da domanda e offerta. Viene inoltre istituita la Commissione provinciale per le politiche del lavoro, quale organo tripartito di consultazione e di concertazione sociale, all'interno della quale si colloca un Comitato tecnico, composto da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale, nominati dalle Regioni, con compiti relativi alla valutazione delle residue capacità lavorative, alla definizione degli strumenti atti all'inserimento e alla predisposizione di controlli periodici delle condizioni di inabilità.

3.1.2 Le convenzioni e il ruolo della cooperazione sociale

L'altra modalità di adempimento dell'obbligo di assunzione dei disabili prevista dalla legge n. 68 del 1999 all'art. 11, è quella della convenzione stipulabile tra il datore di lavoro e l'ufficio competente. La finalità della convenzione è quella di realizzare, in forma flessibile e incentivata, il medesimo risultato cui tende, con modalità rigida e non incentivata, il sistema classico della richiesta di avviamento. Si tratta, in via generale, di un accordo tra la pubblica amministrazione e il datore di lavoro, pubblico o privato, anche non obbligato ai sensi della legge n. 68 del 1999, al fine di perseguire l'obiettivo comune dell'assolvimento dell'onere assuntivo, in modo da soddisfare sia il diritto al lavoro dei disabili che il diritto di libertà di iniziativa economica⁵⁵.

Non si ha più, dunque, un'azione unilaterale da parte della pubblica amministrazione, ma un incontro di volontà che “intende favorire la programmazione delle assunzioni, al fine di assicurare al lavoratore disabile un avviamento confacente alle sue caratteristiche professionali e umane e al datore di lavoro una corretta progressione qualitativa e quantitativa degli inserimenti al lavoro, in funzione delle specificità tecniche e organizzative dell'azienda”.

⁵⁵ BOZZAO P., “Il collocamento mirato e le relative convenzioni”, in “Diritto al lavoro dei disabili”, a cura di Cinelli, Sandulli, Giappichelli Editore, 2000, p. 208.

In particolare, dalla stipula di una convenzione derivano numerosi vantaggi: l'opportunità di concordare tempi e modalità di assunzione, in modo programmato e graduale; la facoltà di assolvere gli obblighi tramite richiesta nominativa in luogo di quella numerica; l'assunzione con contratto di lavoro a termine; lo svolgimento di tirocini con finalità formative o di orientamento; lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti nel contratto collettivo.

Il legislatore ha previsto quattro tipologie di convenzioni:

- a) le convenzioni di inserimento lavorativo (art. 11, commi 1, 2 e 3), volte ad incentivare l'assunzione dei disabili in azienda e stipulate direttamente con il datore di lavoro interessato;
- b) le convenzioni di integrazione lavorativa (art. 11, comma 4), che si caratterizzano per un più spiccato profilo formativo e di sostegno al disabile che presenti particolari difficoltà;
- c) le convenzioni di inserimento mirato (art. 11, comma 5), che coinvolgono nuovi soggetti con cui è possibile stipulare dette convenzioni (cooperative sociali, consorzi di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato);
- d) le convenzioni di inserimento temporaneo (art. 12), che prevedono appunto un inserimento temporaneo del disabile presso una cooperativa sociale o un libero professionista disabile.

La convenzione di inserimento lavorativo è la tipologia che può essere definita di carattere generale. I Centri per l'impiego, sentito il Comitato tecnico, possono stipulare con i datori di lavoro convenzioni contenenti un programma mirato, al fine di realizzare l'inserimento lavorativo dei disabili. Ai fini dello snellimento dell'attività amministrativa, i Servizi per l'impiego sottopongono schemi di convenzioni-tipo al Comitato, procedendo in un secondo momento alla stipula delle singole convenzioni di inserimento utilizzando il modello così formalizzato⁵⁶.

Tra le modalità di assunzione che possono essere convenute la legge annovera quattro ipotesi di agevolazioni di tipo normativo:

- la facoltà di scelta nominativa;

⁵⁶ “Linee programmatiche per la stipula delle convenzioni di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68”, dalla Conferenza Unificata, seduta del 22 febbraio 2001, contenente l’“Accordo tra il Ministero del Lavoro e dalle Previdenza Sociale, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane, per la definizione delle linee programmatiche per la stipula delle convenzioni”.

- lo svolgimento di tirocini con finalità formative o di orientamento;
- l'assunzione con contratto di lavoro a termine;
- lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti dal contratto collettivo.

La convenzione di integrazione lavorativa è specificatamente destinata all'avviamento di “disabili che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario” (art. 11, comma 4). Tra i destinatari rientrano sicuramente i disabili psichici⁵⁷, per i quali la convenzione di integrazione lavorativa, con richiesta nominativa, rappresenta l'unico strumento di inserimento lavorativo.

Essa, dunque, si distingue dalle convenzioni di cui i primi tre commi dell'art. 11 per la centralità del momento formativo e di sostegno, che si accompagna a quello prettamente lavorativo, oltre che per i maggiori vincoli imposti e le agevolazioni economiche previste all'art. 13 della 68/99.

Il comma 5 dell'art. 11 della legge n. 68 del 1999 prevede, in alternativa alle convenzioni sopra descritte, la convenzione di inserimento mirato. La principale differenza che si coglie rispetto alle due precedenti tipologie convenzionali riguarda i soggetti che possono stipulare tale convenzione, ossia:

- le cooperative sociali che svolgono attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
- i consorzi costituiti come società cooperative, aventi la base sociale formata in misura non inferiore al 70% da cooperative sociali;
- le organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali; i centri regionali di formazione professionale nonché gli enti, istituzioni, cooperative sociali, di lavoro, di servizi, centri di lavoro guidato, associazioni ed organizzazioni di volontariato, che svolgono attività idonea a favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa di persone handicappate.

⁵⁷ I disabili psichici erano stati esclusi per effetto della legge n. 482 del 1968 dall'ambito di applicazione del collocamento obbligatorio. Essi vennero reinseriti soltanto nel 1992 nella legge n. 104, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 50 del 2 febbraio 1990. Risolvendo in maniera definitiva la controversa questione dei disabili psichici, la legge n. 68 del 1999 inserisce questo gruppo di disabili tra gli aventi diritto alle assunzioni obbligatorie. Per approfondimenti si rimanda a: LIMENA F., “L'accesso al lavoro dei disabili”, Cedam, 2004.

L'obiettivo che il legislatore si prefigge di raggiungere, con l'allargamento della platea di soggetti coinvolti, è la creazione di occasioni di lavoro ulteriori e diverse da quelle provenienti dal mercato del lavoro "obbligato" nei confronti dei disabili.

Le convenzioni di inserimento temporaneo coinvolgono ancora più direttamente, quindi, nel processo di inserimento lavorativo le Cooperative sociali di tipo B, deputate a svolgere attività di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati. Si tratta sostanzialmente di un accordo trilaterale stipulabile da un datore di lavoro, privato e sottoposto agli obblighi di legge, l'ufficio provinciale competente e la cooperativa sociale o un libero professionista disabile, operante anche con ditta individuale, mentre il soggetto disabile che deve essere assunto si pone come semplice beneficiario. Tale accordo si riferisce, in particolare, ai casi in cui si valuta che il lavoratore presenti una disabilità che non gli permetta di svolgere autonomamente attività necessarie ed indispensabili all'autonomia personale e/o all'assegnazione ad una mansione.

La convenzione è subordinata alla contestuale assunzione a tempo indeterminato del disabile da parte del datore di lavoro, che concorre alla copertura dell'aliquota d'obbligo. L'impiego del disabile avviene presso la cooperativa sociale ovvero presso il libero professionista, con oneri retributivi, previdenziali e assistenziali a carico di questi ultimi, per tutta la durata della convenzione, che non può eccedere i dodici mesi, prorogabili di ulteriori dodici mesi da parte degli uffici competenti. Inoltre, la convenzione deve contenere l'indicazione del percorso formativo personalizzato.

Lo scopo della convenzione in esame è quello di favorire, nell'ottica del "collocamento mirato", un inserimento graduale del lavoratore disabile nel mondo del lavoro, in un ambiente "protetto", abituato all'integrazione e alla relazione con la disabilità e caratterizzato dalla presenza di soggetti a loro volta affetti da minorazioni. Il legislatore tuttavia non mira soltanto alla formazione professionale del disabile, ma presta attenzione soprattutto alla valorizzazione delle sue potenzialità. Per queste ragioni l'ultimo requisito della convenzione è l'indicazione, per ogni soggetto da assumere, di un percorso formativo specifico, propedeutico all'inserimento lavorativo vero e proprio e "disegnato e svolto tenuto conto delle professionalità da questi già possedute".

Il legislatore è intervenuto nuovamente in tema di inserimento lavorativo dei soggetti che versino in una qualche forma di difficoltà tramite l'articolo 14 del Decreto

legislativo 10 settembre 2003, n. 276, in attuazione della Legge delega 14 febbraio 2003, n. 30, in materia di occupazione e mercato del lavoro. L'articolo 14 del D. Lgs. 276 del 2003, nello specifico, è dedicato a "Cooperative sociali e inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati" e prevede che per favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati gli Uffici territoriali competenti per il collocamento obbligatorio, acquisito il parere del Comitato tecnico, possono stipulare convenzioni quadro a livello locale con le associazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e con le associazioni di rappresentanza, assistenza e tutela delle cooperative sociali di tipo B e i consorzi costituiti come società cooperative, con base sociale formata in misura non inferiore al 70% da cooperative sociali.

Si tratta di un accordo di natura trilaterale che richiama, anche se non esplicitamente, quello contenuto nelle convenzioni di inserimento temporaneo previste dall'articolo 12 della Legge n. 68 del 12 marzo 1999. Gli elementi che li differenziano, tuttavia, sono molteplici e significativi. Viene meno, infatti, il carattere della temporaneità, per cui nelle convenzioni quadro si presume che l'inserimento sia definitivo, e muta la titolarità del rapporto, per cui il lavoratore è assunto dalla cooperativa stessa e non dal datore di lavoro, con il quale non si instaura alcun legame.

Un' ulteriore differenza riguarda il limite di copertura, espressamente previsto nelle convenzioni di inserimento temporaneo, mentre nelle convenzioni quadro le parti sono libere di fissare le percentuali massime di copertura della quota d'obbligo, che possono variare di volta in volta e prevedere anche la quasi totale copertura della quota d'obbligo.

Il legislatore ha voluto fornire, in altre parole, un ulteriore strumento per favorire l'integrazione di quei soggetti che, vista la loro particolare condizione di handicap, non risultano adatti all'inserimento nel ciclo lavorativo ordinario, incentivandone l'assunzione tramite la possibilità di computare questi soggetti all'interno della quota di riserva prevista dal collocamento obbligatorio.

3.1.3 L'inserimento lavorativo della persona disabile: il ruolo dei Centri per l'impiego

Con il trasferimento dallo Stato alle Regioni e alle Province di larga parte delle funzioni e dei compiti precedentemente svolti dal Ministero del Lavoro, sono state attribuite alle Regioni e alle Province funzioni di programmazione, nei rispettivi ambiti territoriali, dei servizi e degli interventi in materia di servizi per l'impiego, di politiche attive del lavoro e di formazione professionale. In particolare, alle Regioni spettano le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica riguardo il sistema regionale per l'impiego, ed inoltre sono chiamate a fornire direttamente o tramite convenzione un'adeguata formazione e riqualificazione professionale, mentre le Province hanno il compito di gestire direttamente tutto il processo di inserimento lavorativo.

Le attività della Provincia di Padova per quanto riguarda le politiche di inserimento lavorativo sono indirizzate principalmente in due ambiti particolarmente critici:

- la qualificazione con attività formative dei disabili con bassa scolarità;
- la sensibilizzazione delle aziende all'assunzione dei disabili attraverso l'informazione e la formazione degli addetti presenti all'interno delle aziende⁵⁸.

La Provincia di Padova, inoltre, ha attivato accordi e collaborazioni con due associazioni di rappresentanza che operano nella provincia: Unindustria di Padova e ANCL (Associazione Nazionale dei Consulenti del Lavoro) di Padova. L'accordo con Unindustria concerne la mappatura delle mansioni, mediante visite aziendali⁵⁹, attraverso le quali sono stati analizzate le posizioni disponibili ed individuati i requisiti di capacità necessari allo svolgimento delle mansioni a questi collegate. Con l'Associazione Nazionale dei Consulenti del Lavoro si è voluto, invece, proporre un servizio di accompagnamento e consulenza alle aziende intenzionate ad effettuare degli inserimenti nell'immediato futuro.

In questa prospettiva di decentramento amministrativo, la Legge n. 68 del 1999 ha stabilito che venissero individuati dalle regioni e dalle province degli organismi,

⁵⁸ Cfr. intervista n. 12.

⁵⁹ All'interno di un panel di aziende selezionato.

denominati “uffici competenti” che provvedessero, 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 e il loro avviamento lavorativo.

Nello specifico, le province, secondo l'art. 6 del D. Lgs. n. 469 del 1997, devono istituire una Commissione per le politiche del lavoro, tale da garantire la pariteticità delle posizioni delle parti sociali. La commissione viene ad avere una struttura tripartita per la presenza di rappresentanti designati dalle categorie delle persone disabili (enti, associazioni a carattere nazionale, opere, fondazioni), di rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. La Commissione diviene l'organo di concertazione e di consultazione delle parti sociali ed ha dunque il compito di definire le politiche per l'impiego dei lavoratori disabili.

Alla Commissione Provinciale spetta, innanzitutto, l'approvazione della graduatoria e dell'elenco unico degli aventi diritto all'inserimento lavorativo ai sensi della Legge n. 68 del 1999. Inoltre, con la collaborazione del Comitato tecnico, approva gli strumenti amministrativi per l'inserimento mirato, quali le specifiche schede per ciascun disabile previste dalla normativa, dove annotare le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché il grado e la natura della minorazione.

La legge prevede, inoltre, la costituzione nell'ambito di tale organismo provinciale di un Comitato Tecnico, composto da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale e degli organismi individuati dalle regioni con compiti relativi alla valutazione delle residue capacità lavorative, alla definizione degli strumenti e delle prestazioni atti all'inserimento e alla predisposizione dei controlli periodici sulla permanenza delle condizioni di inabilità. Il comitato tecnico, secondo i criteri stabiliti dalle Regioni⁶⁰, compila la scheda per ogni persona e provvede a mettere in contatto la domanda con le offerte del mercato lavorativo.

⁶⁰ Nella regione Veneto i criteri sono stabiliti dalla DGR n. 1982 del 30 giugno del 2000.

TABELLA 2 – Composizione del Comitato tecnico della Provincia di Padova⁶¹

Composizione del Comitato tecnico della Provincia di Padova
Medico legale designato dalla Provincia, con funzioni di Presidente;
Operatore dei servizi di inserimento lavorativo (SIL) attivati presso le Aziende ULSS della Provincia , prescelto dalla Provincia per ambito territoriali o dal suo supplente;
Responsabile della struttura provinciale preposta alle procedure di collocamento obbligatorio o suo supplente;
Medico del lavoro designato dalla Provincia o suo supplente.
Qualora necessario, il Comitato Tecnico può essere integrato nella composizione da un: Esperto in relazione al/i caso/i trattato/i , designato/i dalla Provincia.

Tra gli “uffici competenti”, un ruolo di primo piano è sicuramente affidato ai Centri per l'impiego (CPI), che sono stati istituiti dal D. Lgs. n. 469 del 1997. Tali istituti sono individuati anche nella Legge n. 68 del 1999, che affida loro, seppure in collaborazione con altri enti ed istituti, la responsabilità di tutti i compiti e di tutte le azioni necessarie alla promozione e all’attuazione della legge stessa. Sulla base di tale disposizione normativa i Centri per l’impiego diventano dunque il punto di riferimento istituzionale attorno al quale gravitano tutti gli altri attori del sistema.

La Giunta provinciale di Padova con delibera n. 442 del 2001, all’interno dello “Schema di accordo di programma tra la Provincia di Padova e le Aziende U.L.S.S. del territorio provinciale finalizzato al collocamento mirato dei disabili”, ha stabilito le funzioni dell’Ufficio provinciale Categorie protette e dei Centri per l’impiego.

L’Ufficio Provinciale Categorie Protette svolge, per il collocamento mirato dei disabili, le seguenti funzioni:

- orientamento e formazione professionale;
- selezione e preselezione per l’incrocio domanda/offerta;
- progettazione, accompagnamento, valutazione delle politiche di inserimento lavorativo dei disabili e delle altre categorie protette;
- coordinamento delle attività dei Centri per l’Impiego;
- adempimenti amministrativi secondo le norme vigenti;
- gestione sistema informativo.

⁶¹ Fonte: “Guida per il diritto al lavoro dei disabili. Collocamento mirato: il disabile diventa protagonista”, a cura di C. Scorretti e D. Carpendo, Stampe Violato, 2003.

Le modalità attraverso il quale può essere avviato un inserimento, utilizzate a questo scopo dall'Ufficio Categorie Protette, sono quelle previste per il collocamento mirato: la chiamata numerica, la chiamata nominativa, la convenzione e l'autocandidatura del lavoratore disabile presso l'azienda.

I Centri per l'Impiego sono il primo momento d'incontro con il disabile e pertanto effettuano i colloqui per l'inserimento degli stessi negli elenchi e nelle graduatorie, effettuano la raccolta e la trasmissione delle domande di iscrizione, redigono una prima scheda individuale da trasmettere al Comitato tecnico per il tramite dell'Ufficio Provinciale Categorie Protette, garantiscono una corretta ed esauriente informazione ai soggetti disabili, curano la raccolta e trasmissione al Servizio categorie protette delle adesioni a occasioni lavorative nel settore pubblico e privato. Inoltre, coordinano i servizi di orientamento specialistici e, relativamente ai datori di lavoro, garantiscono l'informazione di base e un primo servizio di preselezione per le aziende locali.

Nella provincia di Padova, a differenza di altre province all'interno della regione, si è attuato un decentramento più moderato, in quanto l'Ufficio Categorie Protette non è stato istituito quale entità interna ai singoli Centri per l'impiego dislocati sul territorio provinciale⁶², ma come entità autonoma afferente alla Provincia, comunque in stretto contatto con l'attività dei Centri per l'impiego, anche grazie alla presenza all'interno di questi di operatori che fungono da referenti per l'Ufficio Categorie Protette stesso. L'ufficio, inoltre, collabora anche con il Servizio di integrazione lavorativa istituito presso le Aziende ULSS, per cui gli operatori delle due strutture s'incontrano ogni 15 giorni per discutere e analizzare insieme le posizioni disponibili e i possibili percorsi d'inserimento.

La procedura per accedere al servizio di all'inserimento lavorativo mirato è la seguente. Le persone con disabilità che cercano lavoro devono presentare l'apposita domanda al Centro per l'Impiego dove sono domiciliati o all'Ufficio Categorie protette Provinciale (competente anche per il territorio del Centro per l'Impiego di Padova). Si possono iscrivere nell'elenco dei disabili istituito ed dunque essere inseriti nella graduatoria unica esclusivamente i soggetti in età lavorativa, domiciliati in provincia di Padova, che risultino disoccupati e che aspirino ad una occupazione adeguata e

⁶² Nella provincia di Padova i Centri per l'impiego dislocati nel territorio sono 9.

confacente alla propria disabilità⁶³. Gli iscritti immediatamente disponibili al lavoro saranno chiamati nel più breve termine possibile a presentarsi personalmente al successivo colloquio informativo e di orientamento con gli operatori del Centro per l'impiego e del Servizio di integrazione lavorativa. In sede di colloquio dovrà essere redatta la scheda informativa necessaria per predisporre i primi strumenti per l'inserimento mirato.

Per iscriversi nella lista del collocamento mirato serve l'esito dell'invalidità civile con una percentuale minima del 46% rilasciato dalla Commissione ULSS di prima istanza, oppure la relazione conclusiva di accertamento rilasciata dalla Commissione integrata della propria Azienda ULSS ai sensi della Legge n. 104 del 1992 oppure una sentenza del tribunale, con allegata perizia medico legale, che attesti la percentuale minima del 46%. Per gli invalidi del Lavoro serve, invece, il certificato di invalidità rilasciato dall'INAIL con percentuale minima del 34%, mentre per gli invalidi per servizio e gli invalidi di guerra il modello 69/ter rilasciato dal Ministero del Tesoro che attesti la categoria assegnata. Attualmente l'età lavorativa che consente l'iscrizione inizia a 15 anni e termina a 60 per le donne e a 65 per gli uomini.

Per quanto riguarda l'utenza dei Centri per l'impiego della provincia di Padova, si possono evidenziare due tipi di utenza in particolare⁶⁴. Da un lato, si rivolgono al servizio i disabili che si possono definire "autonomi" nella ricerca, ovvero che, date le caratteristiche della loro disabilità, non necessitano di un progetto di inserimento mirato ma piuttosto di poter entrare in contatto con il mondo del lavoro. Per questo tipo di utenza le attività generalmente svolte sono quelle legate ad un servizio di preselezione e ad un primo contatto con le aziende che hanno stipulato una convenzione con la provincia oppure che hanno una quota d'obbligo scoperta, sulla base delle mansioni richieste.

Dall'altro lato, usufruiscono del servizio i disabili che necessitano di un inserimento protetto nel mondo del lavoro e dunque non sono autonomi nella ricerca. Si tratta generalmente di disabilità particolarmente gravi, quasi sempre intellettive o psichiatriche, che dunque hanno bisogno di un progetto di accompagnamento specifico, di tutoraggio e monitoraggio continuo, che viene attivato in collaborazione con il

⁶³ Tratto da "Guida per il diritto al lavoro dei disabili: procedure per l'accesso al collocamento mirato" in uso presso la Provincia di Padova dal 2003.

⁶⁴ Cfr. intervista n. 8.

Servizio di integrazione lavorativa delle Aziende ULSS. Ci sono due modalità di collaborazione diversa tra il Centro per l'impiego e il servizio fornito dalle ULSS. Nella ULSS 15 e 17 ci sono gruppi di lavoro misti con operatori di entrambi i servizi, che lavorano insieme al disabile e all'azienda per verificare se è possibile l'inserimento. A Padova, invece, il numero degli iscritti è maggiore, per cui si è deciso per una divisione dei compiti: l'Ufficio categorie protette si occupa delle persone autonome favorendo il contatto con l'azienda, mentre il Servizio di integrazione lavorativa dell'ULSS 16 prende in carico le persone più gravi, che hanno bisogno di un tirocinio formativo o di orientamento.

Per quanto riguarda i dati, "l'analisi degli esiti nel 2006 del collocamento mirato nel padovano evidenzia il consolidamento del carico di utenza disabile presso i Servizi pubblici per l'impiego della Provincia di Padova, assieme al consolidamento e al miglioramento delle performance dell'Ufficio categorie protette nei risultati raggiunti, spesso eccellenti nel panorama veneto e nazionale"⁶⁵.

In particolare, gli iscritti nelle liste del Collocamento mirato e delle Categorie Protette dei Centri per l'Impiego della Provincia di Padova sono 4.684⁶⁶, con un incremento dell'8,7% rispetto all'anno precedente, di cui il 48% circa si è dichiarato disponibile al lavoro. Si evidenzia, inoltre, un progressivo invecchiamento dell'utenza disponibile al lavoro, per cui il 46% degli iscritti ha più di 44 anni, il 29,5% tra i 35 e i 44 anni mentre il 24,5% ha tra i 15 e i 34 anni. Per quanto concerne il grado di istruzione, il 77,3% circa possiede al più l'obbligo scolastico, il 15,4% il diploma, il 3,8% è in possesso di un titolo universitario e solo il 3,4% una qualifica professionale. Sempre con riferimento agli utenti disabili disponibili, solo il 2% ha un'invalidità inferiore al 45%, mentre il 40% presenta un'invalidità tra il 46% e il 66%, infine il 58% ha un'invalidità superiore. Il totale dei disabili psichici è di 1.253, pari al 27% del totale degli iscritti.

Per quanto riguarda gli inserimenti, infine, le assunzioni a partire dal 2000, anno di introduzione del Collocamento mirato, sono progressivamente aumentate, fino ad arrivare a 907 avviamenti nel 2006. Le mansioni più frequentemente ricoperte dagli

⁶⁵ Tratto da "Il Collocamento Obbligatorio: I lavoratori disabili e delle Categorie Protette nel 2006" a cura di A. Basalisco, L. Bordignon, C. Sarcona, Osservatorio sul Mercato del Lavoro della provincia di Padova.

⁶⁶ Dati al 31 dicembre 2006.

avviati sono quelle di operaio generico e di impiegato esecutivo. Con riferimento alle tipologie contrattuali adottate, le assunzioni a tempo parziale sono pari al 36% delle assunzioni realizzate, mentre il 56% dei contratti risultano essere a tempo indeterminato. Nel 2006 sono state, inoltre, stipulate 175 convenzioni che hanno portato a 375 nuovi inserimenti, a cui si devono aggiungere le 214 convenzioni di integrazione lavorativa.

3.2 L'integrazione lavorativa della persona disabile: il servizio di integrazione lavorativa

I Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL) sono sorti nel Veneto negli anni '80, attraverso un processo di formazione spontaneo, in un contesto sociale in cui si registrava una forte spinta della società civile verso l'integrazione lavorativa delle persone disabili. Questa tendenza viene colta dal legislatore regionale già nel 1980 con la Legge n. 46, con cui la Regione Veneto assegna alle Aziende ULSS il compito di promuovere iniziative e interventi finalizzati all'inserimento e all'integrazione sociale dei cittadini con disabilità. Il percorso di sviluppo dei SIL ha portato alla progressiva costituzione di una rete di riferimento diffusa su tutto il territorio e all'affermarsi di una pluralità di modelli di mediazione, fondati su interventi sia sul versante della domanda che su quello dell'offerta.

L'istituzione formale dei Servizi di integrazione lavorativa avviene, invece, soltanto nel 2001, a seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale n. 16 del 2001 in attuazione dei principi del collocamento mirato contenuti nella Legge n. 68 del 99, predisponendo la costituzione obbligatoria di tali enti presso ogni ULSS provinciale e definendone i compiti.

La Legge regionale n. 16 del 2001 propone, sia nelle finalità che nella definizione degli strumenti, una stretta connessione tra i diversi servizi e interventi. Si affermano, tra i principi che devono orientare l'inserimento lavorativo delle persone disabili, il coinvolgimento delle famiglie dei destinatari, l'integrazione e collaborazione fra tutti i servizi competenti, la personalizzazione delle attività. Si stabilisce, inoltre, una collaborazione tra il Servizio di inserimento lavorativo delle province e il Servizio di

integrazione lavorativa delle aziende ULSS per le attività di progettazione, accompagnamento e valutazione delle politiche di inserimento lavorativo dei disabili (art. 6). In particolare sono individuati in capo ai SIL i seguenti compiti (art. 11):

- valutazione delle potenzialità e dei bisogni individuali delle persone disabili e delle aziende;
- programmazione e gestione dei percorsi individualizzati d'integrazione lavorativa per un positivo incontro tra domanda e offerta di lavoro;
- monitoraggio;
- promozione di collaborazione fra soggetti istituzionali del mondo imprenditoriale, del sistema della formazione professionale e della cooperazione sociale del volontariato che opera specificamente nel settore, e delle associazioni dei disabili e dei familiari.

A completamento dell'iter istitutivo, la Regione, con la DGR n. 3350 del 7 dicembre 2001, contenente le "Linee Guida per l'istituzione del SIL nelle ULSS del Veneto", ha definito i criteri generali di funzionamento del SIL, rinviando all'autonoma determinazione di ciascuna Azienda ULSS la definizione della collocazione del servizio nell'organizzazione aziendale e il suo assetto organizzativo interno.

L'operatività del SIL si esplica attraverso la valutazione delle potenzialità e dei bisogni individuali delle persone e delle aziende al fine di realizzare una programmazione e gestione di percorsi individualizzati d'integrazione lavorativa, promuovendo la collaborazione fra soggetti istituzionali del mondo imprenditoriale, del sistema della formazione professionale e della cooperazione sociale, del volontariato che opera specificatamente nel settore e delle associazioni dei disabili e dei familiari. Per realizzare ciò, i SIL realizzano i seguenti progetti personalizzati, diversificati in funzione dei bisogni delle persone svantaggiate:

- l'orientamento: per valutare in situazione di lavoro le potenzialità ed attitudini della persona sul piano dell'autonomia, nonché per agevolare l'apprendimento;
- la formazione in situazione: finalizzata alla maturazione complessiva della personalità, alla riabilitazione di funzioni e competenze nella sfera psicologica, psicomotoria e/o relazionale, e all'acquisizione di competenze sociali;

- la mediazione al collocamento: per favorire l'apprendimento di abilità lavorative specifiche, il raggiungimento e il mantenimento di un rapporto di lavoro.

Questi progetti prevedono l'abbinamento tra persona e azienda, la preparazione del sistema sociale dell'impresa, l'analisi e la scelta delle mansioni, l'eventuale adeguamento del posto di lavoro, l'individuazione delle modalità di ingresso dei lavoratori in azienda, il supporto al lavoratore, alla famiglia e all'impresa. Per realizzare questi progetti di integrazione l'ULSS può avvalersi di più tirocini regolamentati secondo la normativa vigente con la possibilità di erogare un contributo economico alla persona quale incentivo motivazionale o a titolo di rimborso spese oppure erogare contributi economici alle aziende che assumono persone svantaggiate al di fuori dell'ambito di applicazione della legge n. 68 del 1999.

I destinatari degli interventi sono sia le persone disabili con invalidità superiore al 46% come previsto dalla legge n. 68 del 1999, le persone riconosciute in stato di handicap ai sensi della legge n. 104 del 92, le persone svantaggiate inviate dai servizi socio sanitari e le persone svantaggiate per le quali sia stata data delega all'Azienda ULSS da parte degli enti competenti. In genere, si tratta di disabili psichici o di disabili fisici gravi per i quali nel momento della valutazione non si ravvisano gli elementi per un possibile inserimento autonomo.

Il percorso di accompagnamento, calato all'interno di un progetto individuale, si sostanzia in una serie di fasi. In un primo momento, il SIL indirizza verso il disabile una serie di colloqui finalizzati alla conoscenza del medesimo, delle sue aspirazioni e motivazioni, della sua residua capacità di lavoro e della volontà di inserirsi in un nuovo contesto sociale.

A questa prima fase seguono dei colloqui con le aziende e con i disabili, che la maggior parte delle volte portano all'attivazione di un tirocinio, che può avere carattere "socializzante" oppure natura orientativa e formativa. I tirocini hanno l'obiettivo di introdurre in modo graduale e mirato la risorsa disabile nell'ambiente aziendale, secondo quelle che sono le sue possibilità in quel particolare frangente della sua vita. Durante il periodo di tirocinio si svolgono poi generalmente dei colloqui di verifica con il tutor aziendale del disabile al fine di monitorare il progressivo inserimento del disabile nell'organizzazione e il rispetto delle modalità concordate. Il SIL, inoltre, si

pone come una struttura di supporto e di consulenza nei confronti della azienda stessa, cercando di fornire la propria assistenza e di proporre soluzioni in risposta ai disagi che vive il disabile e alle problematiche che il suo inserimento possa aver creato in azienda.

Negli ultimi anni, in particolare, si è posta l'attenzione maggiormente non tanto sul momento dell'inserimento lavorativo, quanto piuttosto sulle attività che precedono e seguono questo momento⁶⁷. Ci si riferisce, in particolare, all'attività di orientamento, allo scopo di favorire una continuità tra la fase scolastica, quella formativa e quella di inserimento lavorativo, tramite collaborazioni con scuole e incontri con le famiglie per individuare il percorso formativo più adatto al ragazzo disabile. Molto importante è anche la fase post inserimento lavorativo, finalizzata al mantenimento del posto di lavoro, tramite attività di supporto dopo l'assunzione, che viene dato sia alla persona che all'azienda. Questo soprattutto per i disabili psichiatrici, che hanno patologie con andamento ciclico, i quali necessitano dunque una presa in carico anche con tempi molto lunghi.

Per realizzare ciò, i SIL collaborano attivamente con i centri per l'Impiego. La Regione, con la Legge regionale sul decentramento dei servizi all'impiego n. 31 del 1998 aveva già previsto il raccordo tecnico tra i Centri per l'impiego e i SIL delle Aziende ULSS, nonché l'inserimento di un operatore del SIL tra i componenti della Commissione provinciale del lavoro, favorendo con ciò lo sviluppo di forme di collaborazione tra il SIL e i nuovi servizi per l'impiego e la stipula, in molte realtà, di intese tra le Aziende ULSS e le Amministrazioni Provinciali. Si tratta di un ambito di collaborazione che si è ulteriormente rafforzato grazie agli spazi aperti dalla legge 68/99 e che ha trovato una maggiore facilità di realizzazione dal processo di decentramento che ha visto affidato alle Province il compito di gestire i nuovi servizi per l'impiego.

Nella provincia di Padova, il Servizio di integrazione lavorativa e l'Ufficio categorie protette hanno stretto un legame di solida collaborazione, basato sulla continuità del dialogo e la condivisione reciproca delle rispettive informazioni. La collaborazione del CPI e del SIL ha inizio all'interno del Comitato Tecnico Provinciale, nel quale fanno parte membri di entrambi gli organismi, inoltre due operatori del SIL sono presenti all'interno della Commissione integrata per l'accertamento della disabilità, la cui attività, ai sensi del DPCM 13/1/2000, è finalizzata a formulare una

⁶⁷ Cfr. intervista n. 13.

diagnosi funzionale della persona, volta ad individuare la capacità globale per il collocamento lavorativo. In conseguenza dell'accordo tra Provincia e ULSS, inoltre, per ogni CPI è stato un gruppo di lavoro misto formato da operatori di entrambe le strutture che incontra i disabili, sviluppa insieme a loro progetti d'inserimento e attiva, in definitiva, quelle opportunità e strumenti che sono messi a disposizione dal quadro normativo.

Nello specifico, la Giunta provinciale di Padova con delibera n. 442 del 2001, all'interno dello "Schema di accordo di programma tra la Provincia di Padova e le Aziende ULSS del territorio provinciale finalizzato al collocamento mirato dei disabili", ha stabilito le modalità di coordinamento tra i due servizi, per cui la Provincia e le Aziende ULSS provvedono in forma congiunta alla programmazione e alla gestione delle iniziative finalizzate all'integrazione delle persone disabili.

Per la realizzazione dei percorsi di integrazione lavorativa a livello dell'Ufficio Provinciale Categorie Protette, e in prospettiva anche presso ciascun Centro per l'impiego della Provincia, si costituisce un Gruppo di lavoro composto dal Responsabile del Centro, dall'Operatore del Centro che segue l'attuazione della Legge n. 68 del 1999 e dall'Operatore del SIL incaricato per quel territorio, con la funzione di valutare le proposte di collaborazione anche con singole aziende, tenendo conto dei livelli di scopertura e del settore produttivo, facilitando la realizzazione di convenzioni.

Ai fini della programmazione, inoltre, è prevista una collaborazione con i Comuni, le Organizzazioni Sindacali, i datori di lavoro, le Cooperative, le agenzie educative, scolastiche e della formazione professionale presenti nel territorio. Una rete di collaborazione così vasta consente di rispondere in modo integrato alla ricca articolazione di bisogni e problemi che normalmente intersecano il processo d'inserimento lavorativo, quali ad esempio le necessità abitative, l'esigenza di cure mediche particolari, le difficoltà relazionali, eccetera.

Alla data del 31/12/2005 nei SIL presenti nella regione Veneto erano impegnati 219 operatori (122 a tempo pieno e 97 a part-time)⁶⁸. Il profilo professionale prevalente è risultato essere quello dell'educatore professionale/animatore, che rappresenta il 64% di tutti gli operatori impegnati, seguito dall'assistente sociale per il 16% e da altre figure

⁶⁸ Dati e considerazioni tratti da "L'integrazione lavorativa delle persone con disabilità", opuscolo della Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit, scaricabile nel sito www.venetosociale.it.

professionali. Va rilevata, comunque, una forte disomogeneità tra le singole Aziende ULSS circa la dotazione organica di questo servizio.

Gli utenti in carico ai SIL del Veneto nell'anno 2005 sono stati 6.179, mentre gli utenti per cui sono stati effettuati solo interventi di consulenza e di informazione sono stati 2.363. I SIL hanno iniziato ad operare rivolgendosi in prevalenza a persone con disabilità di tipo intellettivo, in quanto si trovavano in una situazione di particolare svantaggio nell'accesso al mercato del lavoro, essendo praticamente escluse dal collocamento obbligatorio. Nel tempo le fasce di utenza si sono andate allargando ed oggi l'accesso ai servizi dei SIL è garantito a persone con ogni tipo di disabilità.

Particolarmente significativa rimane, comunque, la presenza di persone con malattia mentale (30,6%) mentre percentuali minori riguardano persone con problemi di tossicodipendenza (4%), di alcolismo (3,2%), minori in situazione di disagio (1%), persone adulte con disagio sociale (0,5%). Con riferimento al riconoscimento dell'invalidità, si rileva che solo una parte degli utenti in carico è in possesso della certificazione d'invalidità civile (82,8%), di cui la maggioranza (65,3%) ha un grado d'invalidità superiore al 67%.

Per quanto riguarda le tipologie di inserimento, nel 2005 i SIL veneti hanno promosso 3.129 tirocini a favore di 2.392 persone svantaggiate. Da segnalare, rispetto alla contenuta dimensione economica del settore, l'apporto rilevante della cooperazione sociale (25,2% dei tirocini) che richiama il ruolo significativo di questo settore imprenditoriale nei processi d'inserimento lavorativo. Importante è poi il settore dell'industria dove è stato realizzato il 18,2% dei tirocini, mentre il 14% è stato svolto nel settore dei servizi privati e il 12,5% nel commercio. Altrettanto interessante è l'apporto dato dal settore dell'artigianato quale soggetto ospitante i tirocini (7,3%).

Relativamente alla distribuzione dei tirocini per tipologia progettuale, si rileva che il 67,9% riguarda progetti di formazione ed un altro 11,7% progetti di orientamento. Il 20,5% dei tirocini è stato finalizzato al raggiungimento del rapporto di lavoro.

Nel 2005 i SIL hanno favorito l'assunzione di 814 persone con disabilità. La distribuzione delle assunzioni per tipologia contrattuale evidenzia una prevalenza (51,2%) dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato, mentre un altro elemento estremamente significativo in relazione alla tipologia contrattuale è l'elevato numero di contratti a tempo parziale (56%).

3.3 Il modello di classificazione ICF

Il percorso di inserimento lavorativo parte dalla valutazione delle risorse e dei bisogni della persona e dall'analisi del contesto lavorativo e prevede forme di sostegno per superare gli ostacoli all'integrazione, non solo relativamente alle caratteristiche fisiche degli ambienti, ma anche all'aspetto relazionale. Per questi motivi è nata, specialmente negli ultimi anni, l'esigenza di uniformare gli standard delle procedure e delle metodologie di classificazione della disabilità, al fine di renderli condivisi e omogenei su scala internazionale.

A tal proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato nel maggio 2001 la nuova "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (ICF), che è stata recepita da 191 Paesi come la nuova norma di codifica della salute e della disabilità. Esso si propone come strumento per classificare, confrontare e supportare, attraverso azioni mirate, i livelli di salute e di disabilità delle popolazioni, basandosi non solo sulla diagnosi medica e gli indici di mortalità ma considerando anche le condizioni in cui l'individuo si trova a condurre la propria esistenza.

Un primo tentativo di classificazione sperimentale sviluppato dall'OMS era stato fatto con l'"International Classification of Impairments – Disabilities and Handicaps" (ICIDH) già nel 1980, basandosi su un modello sequenziale, ovvero individuando una correlazione di dipendenza lineare tra tre elementi costitutivi:

- la menomazione, definita come "qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica";
- la disabilità, che individua "qualsiasi limitazione o perdita delle capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano";
- l'handicap, che definisce "la situazione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o disabilità, che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto, in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali".

L'impostazione dell'ICIDH portava quindi a classificare una situazione di disabilità, causata in generale da una malattia, partendo da una menomazione fisica, da

cui dipende una limitazione oggettiva della capacità di agire (disabilità) e a cui segue uno svantaggio nel rivestire pienamente il proprio ruolo sociale (handicap).

Nei primi anni novanta è iniziato un processo di revisione da parte dell'OMS della classificazione proposta con l'ICIDH, che ha portato alla definizione nel 2001 dell'ICF e alla sua approvazione ufficiale da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità nello stesso anno. L'ICF si prefigura, pertanto, come uno strumento di valore internazionale finalizzato ad una classificazione sistematica, atta a descrivere le modificazioni dello stato di salute intesa come benessere globale della persona, considerata in una visione innovativa caratterizzata dalla multidimensionalità, dall'interazione tra più variabili e fattori, legata al funzionamento umano a tutti i livelli (biologico, personale e sociale). In questo contesto la disabilità viene vista come conseguenza o risultato di una serie di fattori personali e ambientali che rappresentano il contesto di riferimento in cui la persona vive ed esprime le proprie capacità.

L'ICF si basa, dunque, sul modello biopsicosociale, che guarda alla persona nella sua interezza, non solo dal punto di vista sanitario, ma anche nella consuetudine delle relazioni sociali di tutti i giorni, per cui lo stato di salute dipende complessivamente da tre elementi:

- l'integrità delle funzioni e strutture corporee;
- la capacità di svolgere delle attività;
- la possibilità di partecipare alla vita sociale.

La struttura del modello ICF presenta una divisione in due macro aree. La prima riguarda il funzionamento della disabilità ed è costituita da due componenti: funzioni corporee e strutture corporee da un lato, attività e partecipazione dall'altro. La seconda riguarda i fattori contestuali ed è costituita dalla componente dei fattori ambientali e dai fattori personali. Ogni sotto area costituisce un elemento di indagine che viene opportunamente classificato, valutando a quali livelli si presenta nell'individuo in esame.

La Regione del Veneto, al fine di divulgare la conoscenza dell'ICF, come ulteriore strumento di tutela dei diritti delle persone con disabilità, ha promosso percorsi formativi, diffusi e partecipati, rivolti a tutti gli operatori e ai soggetti che a vario titolo si occupano di disabilità. In particolare sono stati coinvolti gli operatori sanitari e sociali che hanno come compito istituzionale la valutazione del funzionamento della salute e

della disabilità con finalità di promuovere le opportunità necessarie a valorizzare tutte le potenzialità della persona⁶⁹.

3.4 Il progetto Equal – SOLE: strategie per l'occupazione sostenibile

“Equal” è un’iniziativa comunitaria, cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo per il periodo 2000-2006 che, nel quadro della Strategia Europea per l’Occupazione, mira ad innovare gli approcci e le politiche finalizzati a contrastare il fenomeno della discriminazione e della disuguaglianza nel contesto del mercato del lavoro, ponendosi come laboratorio per sperimentazioni su base transnazionale. L’iniziativa è volta a finanziare la creazione di Partenariati di Sviluppo (PS), ovvero più soggetti che firmano un accordo di cooperazione per lo sviluppo congiunto di un progetto. Le attività realizzate dalle PS si svolgono in un arco temporale che va dai 2 ai 3 anni e si articolano in 3 Azioni:

- Azione 1: Instaurazione di Partnership di Sviluppo e di una cooperazione transnazionale;
- Azione 2: Realizzazione di programmi di lavoro delle Partnership di Sviluppo;
- Azione 3: Messa in rete tematica, diffusione di buone prassi e impatto sulla politica nazionale.

Un primo progetto riguardante l’inserimento lavorativo, denominato “Nautilus: nuove rotte per l’inserimento lavorativo”, nasce nell’agosto del 2002 con l’obiettivo di agevolare l’accesso al mercato del lavoro di coloro che incontrano difficoltà ad integrarsi o a reintegrarsi in un mercato del lavoro, coinvolgendo le Aziende ULSS del territorio padovano, il Comune e la Provincia di Padova, alcuni istituti scolastici, centri professionali, l’Unione interprovinciale ConfCooperative di Padova e Rovigo, una società di consulenza e l’Irecoop Veneto, oltre a 250 soggetti disabili, pazienti psichiatrici e svantaggiati.

Il progetto è stato caratterizzato da un primo momento di ricerca, conoscenza e codifica di tutti i processi che coinvolgono l’intera rete di servizi operativi per

⁶⁹ Tratto da “ICF. Perlo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità”, opuscolo della Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit, scaricabile nel sito www.venetosociale.it.

l'inserimento lavorativo delle categorie svantaggiate, cercando di ricostruire il percorso della persona disabile dalla fase scolastica fino all'ingresso nel mondo del lavoro, allo scopo, quindi, di sviluppare una connessione tra i diversi enti, per arrivare alla creazione di progetti formativi personalizzati.

Da questa esperienza nasce il progetto “SOLE: strategie per l'occupazione sostenibile”, che ha spostato il focus dell'intervento dal momento formativo e di accompagnamento all'inserimento al sostegno successivo all'ingresso nel mondo del lavoro, intervenendo sugli aspetti del sostegno all'inclusione sociale e all'inserimento lavorativo e prevedendo un forte coinvolgimento del sistema impresa, elemento non presente nel precedente Nautilus. In particolare, il progetto SOLE intende individuare gli strumenti e le modalità più idonee a consentire, da un lato, l'inclusione del soggetto svantaggiato attraverso la condivisione di un percorso mirato all'accrescimento delle autonomie e, dall'altro, a mettere l'azienda, sia essa pubblica che privata, nelle migliori condizioni per attuare processi di inclusione sociale delle persone svantaggiate.

Il progetto parte dall'esperienza di collaborazione già consolidata delle Aziende ULSS con la Provincia, negli interventi di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, con il privato sociale, nell'ambito della programmazione locale contenuta nei Piani di Zona, e con le Cooperative di tipo B, cercando di replicarlo con le imprese. Nello specifico, i partner coinvolti nell'iniziativa sono:

1. Azienda ULSS 16 di Padova;
2. Amministrazione Provinciale di Padova;
3. Azienda ULSS 13 - Dolo Mirano (VE);
4. Azienda ULSS 17 – Este (PD);
5. Azienda ULSS 15 - Alta Padovana (PD);
6. Azienda ULSS 14 – Chioggia (VE);
7. Politecnico calzaturiero, società consortile a responsabilità limitata;
8. Istituto Regionale di Educazione e Studi Cooperativi del Veneto (IRECOOP Veneto);
9. Confcooperative – Unione Interprovinciale di Padova e Rovigo;
10. Ente Acli di Istruzione Professionale del Veneto (ENAIIP Veneto);
11. Unindustria di Padova;
12. S.A.T.E.F. Veneto.

Tutti questi soggetti operano, con specificità diverse, nell'ambito delle politiche del lavoro, con particolare attenzione al tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate. Il Partenariato di Sviluppo si è concretizzato attraverso la sottoscrizione, da parte di tutti i membri, di un Accordo di Programma che, oltre a definire gli obiettivi comuni, ha definito anche le modalità di gestione della PS.

Da un'analisi delle problematiche nel territorio e dalle varie esperienze degli attori coinvolti è emerso come, nonostante le numerose iniziative avviate in tema di inserimento lavorativo di persone svantaggiate nella provincia di Padova e nella Regione del Veneto, in particolare negli ultimi cinque anni, tutto ciò non abbia tuttavia assicurato la piena occupazione delle persone svantaggiate e la sostenibilità degli interventi.

Rispetto alla sostenibilità nel tempo degli inserimenti si sta assistendo, infatti, a situazioni in cui la persona svantaggiata dopo alcuni mesi dall'inserimento sceglie di licenziarsi, oppure l'azienda sceglie di non rinnovare il contratto a termine e trasformarlo a tempo indeterminato oppure di non convertire i tirocini in assunzioni. Al contempo, le stesse aziende interessate ad effettuare un inserimento, non trovano le persone che dispongono delle competenze professionali richieste. Non basta quindi incrociare domanda e offerta di lavoro, ma è necessario attivare processi di accompagnamento sia delle persone che delle imprese per assicurare il successo di integrazione.

Per questi motivi, lo scopo del progetto SOLE è individuare gli strumenti e le modalità più idonee a consentire, da un lato, una presa in carico globale del soggetto svantaggiato attraverso la condivisione di un percorso mirato all'accrescimento delle autonomie e, dall'altro, a mettere l'azienda, sia essa pubblica che privata, nelle migliori condizioni di poter attuare processi di inclusione sociale delle persone svantaggiate.

La modalità di azione scelta è quella della creazione, in una logica di ricerca-intervento, di 12 "cantieri di lavoro" presso alcune aziende per conoscere quali sono gli elementi che possono garantire i maggiori successi d'inclusione, distribuiti in tutto il territorio della provincia di Padova e nella zona della Riviera del Brenta, di cui 4 presso il territorio dell'ULSS16 e 2 per ogni altra ULSS coinvolta. Le aziende sono seguite da un'équipe multidisciplinare di operatori nell'ambito dei servizi all'impiego, che in una logica di concertazione, cercheranno di analizzare quali sono gli elementi che hanno

portato al successo e successivamente di replicarli o di implementarli. Sulla base delle informazioni raccolte, saranno, quindi, messi a punto gli strumenti di analisi organizzativa aziendale utili a consentire l'individuazione delle aziende maggiormente favorevoli all'integrazione e/o all'inclusione e le modalità di sostegno alla riorganizzazione delle imprese maggiormente in difficoltà.

3.5 Valutazione delle politiche regionali per i disabili in età adulta e strumenti implementabili

La Regione del Veneto fin dagli anni Ottanta si è impegnata attivamente nella promozione di una rete integrata di servizi con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace ed appropriato alle complesse esigenze delle persone con disabilità, cercando di coinvolgere attivamente sia soggetti pubblici, come Aziende ULSS, Comuni e Province, che soggetti privati, quali le Associazioni del terzo settore, dei disabili e delle loro famiglie, e le Cooperative sociali, grazie anche alla ricchissima tradizione di solidarietà espressa in generale dalla società civile e dalle associazioni di volontariato, che in Veneto trae origine dal mondo cattolico.

Si può dire, infatti, che oggi la Regione disponga sul territorio di una rete diffusa di risorse e servizi destinati alle persone disabili in età adulta, articolati a livello domiciliare, diurno e residenziale, che consentono loro una vita il più possibile piena e di relazione, preferibilmente all'interno del proprio ambiente sociale, promuovendo l'integrazione, l'accessibilità e il diritto al lavoro.

Tuttavia il sistema di servizi non è privo di criticità, che riguardano in particolare la settorializzazione e la parcellizzazione degli interventi. Lo sviluppo delle diverse politiche nell'ultimo decennio ha prodotto, infatti, un maggior numero di opportunità di risposta che, talvolta, si sono affiancate o sovrapposte, con l'esito di moltiplicare e complicare per la persona disabile e per la famiglia i percorsi di valutazione e le richieste di accesso ai servizi. La persona con disabilità a seconda del tipo di servizio di cui necessita deve fare riferimento a operatori appartenenti a professionalità ed enti diversi, con la conseguenza che di fatto il raccordo tra servizi,

invece di essere un'opportunità che alleggerisce i compiti della famiglia, diventa un ulteriore onere di cui la famiglia deve farsi carico⁷⁰.

Un ulteriore problema si ha nella carenza di uniformità negli standard e nell'erogazione delle prestazioni tra i medesimi servizi all'interno di Comuni o Aziende USLL differenti, anche limitrofi⁷¹, da cui emerge complessivamente la necessità di una presa in carico unitaria della persona disabile e di una programmazione altrettanto unitaria nell'area della Disabilità, che veda coinvolti tutti i soggetti istituzionali e della comunità, in un'ottica di integrazione e di valorizzazione delle opportunità e delle risorse, che definisca obiettivi e finalità del sistema dei servizi e degli interventi territoriali a favore delle persone con disabilità.

Un tentativo in questo senso è stato fatto nei Piani di zona delle diverse ULSS, che, con la collaborazione dei servizi sociali comunali e del privato sociale, hanno cercato di realizzare una mappatura dei servizi presenti nel territorio. Per quanto riguarda la coordinazione dei servizi a livello regionale, inoltre, la Regione Veneto è intervenuta stabilendo le linee guida generali che devono essere contenute nei Piani di zona a partire dal triennio 2007-2009, per fare in modo che siano tutti confrontabili tra loro.

In questo modo, inoltre, la Regione ha cercato di legittimare la propria funzione in un territorio che per ragioni storiche e sociali ha visto prevalere a lungo una regolazione politica di tipo comunitario, affidata alle parrocchie e alle associazioni di categoria, che ha portato ad una forte presenza a livello locale di forme di associazionismo spontaneo e di mutuo soccorso tra le famiglie. L'erogazione dei servizi, con una forte connotazione policentrica⁷², è stata a lungo posta in essere dagli attori locali, a cui l'utenza preferisce rivolgersi, piuttosto che dalle istituzioni, lasciando un ridotto spazio di intervento all'attore pubblico. D'altra parte, la Regione ha preferito per molto tempo ricorrere a policies di tipo distributivo, caratterizzate da contributi erogati "a pioggia", facendo un uso molto limitato dello strumento programmatico.

Le stesse associazioni, d'altra parte, hanno avuto difficoltà a mettersi in relazione l'una con l'altra per creare una rete integrata di servizi: non solo non hanno

⁷⁰ Cfr. intervista n. 13.

⁷¹ Cfr. intervista n. 3.

⁷² MESSINA P., Una policy regionale per lo sviluppo locale: il caso della L. r. 8/2003 per i distretti produttivi del Veneto, Quaderni dell'Associazione M.A.S.TER, Cleup, 2005.

cercato di realizzare forme di collaborazione e di messa insieme di risorse, ma non sono neanche a conoscenza l'una dell'esistenza dell'altra, per cui spesso si creano inutili duplicazioni di servizi e di attività svolte⁷³.

Per quanto riguarda l'offerta di servizi, nella Regione Veneto esiste una rete di servizi diurni particolarmente consolidata e radicata nel territorio, organizzata in un sistema integrato di competenze, responsabilità e risorse sia pubbliche che del privato sociale, che coinvolgono soprattutto le associazioni di volontariato e il mondo della cooperazione.

Dalle interviste realizzate a testimoni privilegiati, in particolare nel territorio della provincia di Padova, è emerso come l'offerta di servizi diurni sia sufficiente a soddisfare le richieste, con liste di attesa contenute, per cui passano pochi mesi dal compimento dell'iter scolastico all'ingresso nel Centro Diurno, anche grazie alla nascita, specie negli ultimi anni, di nuove strutture. Quello che sembra mancare è, piuttosto, una differenziazione nell'utenza dei vari Centri Diurni, sia in termini di età media che di tipologia di disabilità. Molte strutture sono nate, infatti, diversi anni fa e non c'è stato ancora un ricambio generazionale, per cui l'età media degli ospiti oggi è sui 45-50 anni. In questo contesto è insostenibile pensare di inserire un ragazzo di 18-20 anni, sia in termini di attività svolte che di possibilità di relazione con gli altri disabili accolti. C'è, inoltre, un problema legato al futuro di questi disabili una volta che lasceranno il Centro Diurno, per cui l'ingresso in una casa di riposo si prospetta spesso come l'unica alternativa possibile.

La richiesta maggiore, di conseguenza, si riscontra per quanto riguarda la residenzialità, in particolare da parte delle famiglie preoccupate per il futuro del proprio congiunto. In questo senso, l'offerta di servizi residenziale appare inadeguata a far fronte alle reali esigenze del territorio, non tanto per la domanda che oggi si manifesta ma piuttosto in prospettiva per quella che si presenterà nei prossimi una volta che le persone disabili oggi ospitate nei Centri diurni avranno bisogno di una risposta di tipo residenziale.

Tuttavia, le criticità maggiori si hanno nell'ambito dei servizi a favore delle persone che presentino problematiche di tipo psichiatrico. Si deve registrare, infatti, una notevole carenza di servizi specifici, che si esplica in particolare nella mancanza di

⁷³ Cfr. intervista n. 5.

apposite strutture di accoglienza o nelle lunghe liste di attesa per accedervi, frutto di una cultura meno consolidata nel territorio rispetto a quella per la disabilità. Accade non di rado che, per sopperire a tali mancanze, persone che manifestino problemi psichiatrici vengano comunque inserite in Centri Diurni rivolti all'accoglienza di persone che presentino handicap di tipo fisici o mentali, strutture che dunque si trovano del tutto impreparate e sprovviste di personale competente nell'affrontare problematiche così diversificate e complesse come quelle attinenti alla sfera della psichiatria.

In tema di accessibilità, non esiste ad oggi un monitoraggio che fotografi la reale situazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici, tuttavia dall'esperienza di ciascuno di noi non è difficile constatare come nelle nostre città siano ancora presenti tante barriere e ostacoli, malgrado le leggi che ne impongono l'eliminazione. E' necessario, perciò, insistere contemporaneamente nell'opera d'informazione e in quella di sensibilizzazione, allo scopo creare una cultura diffusa e un'attenzione maggiore da parte non solo dei cittadini ma anche delle amministrazioni che devono applicare la normativa in modo flessibile ed incentivante e dei costruttori che non sempre la rispettano.

Anche per quanto riguarda i trasporti, si evidenziano nel territorio alcune carenze in termini di servizi. Mentre all'interno del contesto cittadino i collegamenti predisposti per le persone con difficoltà motorie sono garantiti con una certa continuità, le problematiche maggiorasi hanno nell'ambito extraurbano, che è servito da un numero insufficiente di mezzi pubblici e comunque difficilmente utilizzabili dalle persone disabili⁷⁴.

Per quanto riguarda l'offerta di servizi di supporto alle famiglie, una prima considerazione da fare riguarda il cambiamento che è avvenuto negli ultimi anni nella richiesta e nella qualità dei servizi da parte delle famiglie, legata principalmente ad un abbassamento progressivo dell'età dei genitori con figli disabili e all'aumento del livello di scolarizzazione. In particolar modo, le famiglie risultano coinvolte all'interno dei vari servizi in tutte le fasi della vita del figlio, sia dalle istituzioni che gestiscono il servizio sia dalle associazioni a cui spesso aderiscono. Più diffidenti rimangono, invece, le famiglie che hanno vissuto la disabilità cinquant'anni fa, quanto il disabile non riusciva ad inserirsi in un contesto di vita sociale, specialmente laddove i genitori siano ormai

⁷⁴ Cfr. intervista n. 4.

persone anziane. Critica rimane anche la fase l'ingresso del figlio disabile nell'età adulta, che rappresenta un momento di forte crisi e di stanchezza da parte delle famiglie, che spesso, una volta che il ragazzo ha terminato gli studi, si sentono deluse nelle aspettative e abbandonate dalle istituzioni.

Infine, per quanto concerne le politiche finalizzate all'inserimento lavorativo, gli sforzi della regione Veneto si sono concentrati nell'attuazione delle disposizioni contenute nella Legge n. 68 del 1999 al fine di adeguare le strutture amministrative esistenti per la realizzazione degli strumenti e delle procedure necessari alla realizzazione del collocamento mirato. Le principali competenze in materia di politiche del lavoro sono attribuite alle Province, che le attuano in particolar modo in riferimento al collocamento dei disabili mediante la diffusione nel territorio dei Centri per l'Impiego, che operano all'interno di una rete integrata di servizi in collaborazione con i Servizi di integrazione lavorativa delle Aziende ULSS, con le Cooperative sociali di tipo B, le organizzazioni sindacali e le aziende.

Tutto ciò non basta, tuttavia, ad assicurare una piena occupazione dei lavoratori affetti da disabilità. Nonostante le innovazioni apportate dalla normativa, quali ad esempio l'introduzione della chiamata nominativa, la facoltà di stipulare convenzioni coinvolgendo il mondo della Cooperazione e la possibilità di realizzare tirocini formativi, resta ancora problematico l'inserimento per i disabili più gravi, in particolare con problemi psichici o ritardo mentale, che pur avendo delle residue capacità lavorative necessitano di un accompagnamento e di un supporto all'interno di un ambiente almeno inizialmente protetto.

Dai dati forniti dal Centro per l'Impiego di Padova è emerso come la maggior parte dei disabili iscritti alle liste del collocamento abbia un'età elevata ed un livello di scolarizzazione medio-basso. Per cercare di porre rimedio a quest'ultima problematica, la Provincia di Padova ha indirizzato parte delle politiche di inserimento lavorativo alla qualificazione con attività formative i disabili con bassa scolarità.

Un aspetto particolarmente critico, infatti, è la difficoltà da parte delle imprese di reperire all'interno delle liste di collocamento le figure professionali corrispondenti alle proprie necessità, per cui risulta difficile incrociare la domanda con l'offerta. Una soluzione in questo senso, oltre alla promozione di corsi di formazione, è stata individuata nel ricorso a tirocini presso le Cooperative sociali, che offrono percorsi di

inserimento lavorativo e di integrazione specialmente rivolti a coloro che potrebbero aspirare a raggiungere un'autonomia dal punto di vista lavorativo ma che hanno bisogno di un percorso preliminare di accompagnamento e di acquisizione di competenze specifiche.

Nella regione Veneto le Cooperative sociali di tipo B si sono sviluppate prevalentemente all'interno di aree merceologiche in cui l'ente pubblico si prefigurava come possibile cliente, ad esempio nella manutenzione del verde o nelle pulizie, all'interno di un mercato comunque in qualche modo protetto, che però ultimamente è entrando in difficoltà a seguito di una generale diminuzione di risorse dell'ente pubblico. Inoltre, per i servizi erogati in convenzione con l'ente pubblico, difficilmente le Cooperative sociali si vedono riconosciuti in modo adeguato la qualità e il costo del servizio che viene svolto, specie sotto il profilo economico. Proprio l'eccessiva dipendenza dal pubblico è una delle problematiche principali che deve affrontare il mondo della cooperazione.

Da parte delle aziende permangono, inoltre, difficoltà di tipo culturale⁷⁵, per il cui lavoratore disabile è visto, piuttosto che come un'opportunità o una risorsa, come un costo aggiuntivo. Ciò si riflette nell'ambiente di lavoro, che risulta dunque più diffidente nell'accogliere il lavoratore con disabilità, per cui non di rado alcuni disabili sentendosi emarginati o impiegati in attività notevolmente dequalificanti hanno preferito abbandonare il posto di lavoro. Risulta quindi fondamentale promuovere una cultura di accettazione e valorizzazione del disabili all'interno dell'azienda, fornendo sia un supporto alle stesse relativamente a tutte le problematiche che potrebbero riscontrare nell'approccio con il disabile, sia attraverso la formazione specifica di personale interno all'azienda.

⁷⁵ Cfr. intervista n. 10.

CONCLUSIONE

Nel corso del tempo si è assistito ad una sempre maggiore diffusione di una cultura di inclusione sociale a favore delle persone disabili e ad un corrispondente interessamento da parte dell'autorità pubblica alle problematiche legate alla disabilità, interessamento rivolto non soltanto a soddisfare le semplici necessità di sostentamento, ma soprattutto a valorizzare l'individuo in ogni aspetto della propria vita, garantendo il diritto al pieno sviluppo della persona umana e all'effettiva partecipazione di ognuno all'organizzazione politica, economica e sociale del paese. Se fino a vent'anni fa la presenza di una persona con disabilità era vissuta dalla famiglia come una "colpa" da tenere nascosta e dalla società come un "diverso" da emarginare dalla vita sociale, per cui la soluzione più frequentemente adottata per affrontare il problema veniva individuata nel "ricovero" in grandi istituti o in ospedali psichiatrici, oggi tutto questo non è più accettabile.

All'interno di questo mutato atteggiamento nei confronti delle persone disabili, che finalmente ne riconosce i diritti, primo tra tutti quello alla piena partecipazione alla vita sociale e della comunità, la Regione Veneto ha attivato nel territorio una rete integrata di servizi articolati a livello domiciliare, diurno e residenziale, erogati sulla base di progetti di vita personalizzati e flessibili rispetto ai bisogni specifici, coinvolgendo attivamente sia soggetti pubblici, come Aziende ULSS, Comuni e Province, che soggetti privati, quali le Associazioni del terzo settore, dei disabili e delle loro famiglie, e le Cooperative sociali, grazie anche alla ricchissima tradizione di solidarietà espressa dalla società civile veneta.

Tuttavia tale sistema di servizi non è privo di criticità, che riguardano in particolare la settorializzazione e la parcellizzazione degli interventi, derivanti da una scarsa cultura della programmazione e da policies di tipo distributivo, con contributi erogati "a pioggia", che per lungo tempo hanno caratterizzato la regolazione politica veneta. Le radici storiche che hanno portato a questa connotazione fortemente policentrica e disomogenea nell'erogazione servizi si devono ricercare più di un secolo fa, quando la forte crisi agraria di fine Ottocento venne affrontata nelle campagne venete ridotte alla fame con la costituzione di reti comunitarie solidaristiche attorno alle parrocchie, mentre le istituzioni venivano sentite come lontane o assenti.

La Regione, comunque, negli ultimi anni è intervenuta in più direzioni per cercare di creare una rete di servizi diffusa ed integrata, coordinando le politiche socio-sanitarie regionali con la definizione di linee guida e di standard e collaborando, in modo più o meno formalizzato, con tutti gli attori presenti nel territorio, non solo istituzionali, ma soprattutto del privato sociale, quali associazioni e cooperative, che hanno maturato sul campo le esperienze e le conoscenze necessarie per diffondere le buone pratiche.

Per quanto concerne l'offerta di servizi, nella Regione Veneto esiste una rete di servizi diurni, residenziali e domiciliari particolarmente consolidata e radicata nel territorio, organizzata in un sistema integrato di competenze, responsabilità e risorse sia pubbliche che del privato sociale, che sembra in grado di rispondere oggi in maniera abbastanza adeguata alle esigenze delle persone disabili residenti nella regione e delle loro famiglie. Tuttavia, maggiori preoccupazioni sono state sollevate per quanto riguarda il prossimo futuro, in particolare è emersa la necessità di creare strutture e servizi specifici per accogliere o supportare i disabili che entrano nell'età adulta, specie in presenza di handicap mentali o disturbi psichiatrici, necessità che si acuisce con il progressivo invecchiamento della popolazione.

Negli ultimi anni, inoltre, è cambiata molto la domanda di servizi da parte dei disabili e delle loro famiglie, con una maggiore attenzione al benessere globale della persona e alla qualità della vita, legata principalmente ad un abbassamento progressivo dell'età dei genitori con figli disabili e all'aumento del livello di scolarizzazione. Critica rimane comunque ancora la fase dell'ingresso del figlio disabile nell'età adulta, che rappresenta un momento di forte crisi e di stanchezza da parte delle famiglie, che spesso, una volta che il ragazzo ha terminato gli studi, si sentono abbandonate dalle istituzioni e deluse nelle aspettative.

Infatti, nonostante la cospicua normativa in materia, non sempre viene garantita al disabile una piena accessibilità sia in senso fisico che sociale. In particolare, per quanto riguarda un aspetto così importante per la piena realizzazione e partecipazione alla vita sociale di un individuo, specie se affetto da disabilità, come il lavoro, si deve rilevare come permangano difficoltà ad inserire un lavoratore disabile in azienda, sia a causa di resistenze culturali da parte del mondo imprenditoriale che per difficoltà

oggettive nel dover incrociare una domanda sempre più specializzata e qualificata con un'offerta che necessiterebbe di percorsi formativi e di accompagnamento specifici.

E' necessario, perciò, insistere contemporaneamente nel miglioramento e nell'integrazione dell'offerta di servizi da un lato, e nell'opera d'informazione e di sensibilizzazione dall'altro, allo scopo creare una cultura diffusa e un'attenzione maggiore da parte non solo dei cittadini, ma anche delle amministrazioni, alle problematiche del disabile, specie in età adulta, che prevedano non solo l'accettazione ma la piena integrazione e valorizzazione delle capacità residue in ogni sfera della vita.

ALLEGATO 1

Interviste realizzate

(aprile 2007 - ottobre 2007)

Intervista n.	Soggetto intervistato	Luogo	Data
1	Direttore Servizi Sociali A.ULSS 17 e Responsabile dell'Osservatorio Regionale Handicap	ULSS 17, sede di Monselice	04/06/2007
2	CoPresidente Anolf Padova	Sede CISL, Padova	14/06/2007
3	Coordinatore generale Gruppo Polis	Gruppo Polis, Padova	20/06/2007
4	Responsabile del Servizio Informa Handicap	Associazione Airone, Cittadella	16/07/2007
5	Legale rappresentante dell'Associazione Airone	Associazione Airone, Cittadella	16/07/2007
6	Vicepresidente dell'Associazione Airone	Associazione Airone, Cittadella	16/07/2007
7	Responsabile Centro servizi disabili	ULSS 15, sede di Villa del Conte	30 /07/2007
8	Responsabile dell'Ufficio provinciale Categorie Protette	Centro per l'Impiego, Padova	18/09/2007
9	Coordinatrice CEOD Alice	CEOD Alice, Padova	20/09/2007
10	Collaboratore Forema Padova	Forema Padova	24/09/2007
11	Collaboratore Forema Padova	Forema Padova	24/09/2007
12	Responsabile Settore lavoro, Formazione e politiche formative finalizzate all'impiego	Provincia di Padova	01/10/2007
13	Responsabile del SIL	ULSS 16, Padova	11/10/2007

BIBLIOGRAFIA

ALBINI P., CRESPI M., DI SERI E., “Il nuovo diritto al lavoro dei disabili”, Cedam, 2000.

BELOTTI V., “Alla ricerca di un “posto”: cooperazione sociale d'inserimento lavorativo e politiche attive del lavoro”, Comunità edizioni, 2007.

CARPANEDO D., SCORRETTI C., “Guida per il diritto al lavoro dei disabili. Collocamento mirato: il disabile diventa protagonista.”, Stampe Violato, 2003.

CATTANEO C., “Terzo settore, nuova statualità e solidarietà sociale”, Giuffrè Editore, 2001.

CINELLI M., SANDULLI P., “Diritto al lavoro dei disabili. Commentario alla legge n. 68 del 1999”, Giappichelli Editore, 2000.

LIMENA F., “L’accesso al lavoro dei disabili”, Cedam, 2004.

MESSINA P., Una policy regionale per lo sviluppo locale: il caso della L. r. 8/2003 per i distretti produttivi del Veneto, Quaderni dell’Associazione M.A.S.TER, Cleup, 2005.

MONTEDORO C., “Dal welfare state alle politiche attive di integrazione lavorativa delle persone svantaggiate: il dibattito e le esperienze in Italia e in Europa”, Franco Angeli Editore, 1999.

PAOLUCCI L., “Le società cooperative”, Giuffrè Editore, 1999.

VERONESE G., “La sfida cooperativa del Veneto. Area Europa e di frontiera”, Cooperativa NordEst Servizi, 2004.

SITOGRAFIA

[http:// www.welfare.gov.it](http://www.welfare.gov.it)

[http:// www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)

[http:// www.camera.it](http://www.camera.it)

[http:// www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)

[http:// www.venetosociale.it](http://www.venetosociale.it)

[http:// www.provincia.padova.it](http://www.provincia.padova.it)

[http:// www.ulss15.pd.it](http://www.ulss15.pd.it)

[http:// www.ulss16.padova.it](http://www.ulss16.padova.it)

[http:// www.ulss17.it](http://www.ulss17.it)

[http:// www.istat.it](http://www.istat.it)

[http:// www.disabili.com](http://www.disabili.com)

[http:// www.disabililavoro.it](http://www.disabililavoro.it)

[http:// www.disabilitaincifre.it](http://www.disabilitaincifre.it)

[http:// www.anciveneto.org](http://www.anciveneto.org)

<http://www.unindustria.pd.it>

<http://www.csvpadova.org>

[http://www.apsholding.it.](http://www.apsholding.it)