

álo gon

senza parole non contato improbabile ineffabile incalcolabile irrazionale assurdo contro logica



III Trimestre 2001 n. 51 - Spedizione in a.p. art. 2, comma 20/c legge 662/96 Filiale di Catanzaro

SIGLHA
Sistema Informativo
dei Servizi per l'handicap
sul Territorio
REGIONE CALABRIA
Lamezia Terme
ASL 6 Lamezia

**Appunti sul
Terzo Settore
in Calabria**

Il sistema informativo dei servizi per l'handicap sul territorio è l'insieme delle procedure necessarie ad assumere le informazioni, elaborarle e ridistribuirle in maniera che esse servano per gestire i servizi sanitari e sociali e per modificare la gestione sulla base delle risposte ottenute.

Ricondurre ad unitarietà gli interventi che vari enti ed istituzioni operano nei confronti dei cittadini disabili è l'obiettivo fondamentale del Sistema Informativo proposto.

I servizi socio sanitari territoriali rivolti ai cittadini in situazione di handicap di qualsiasi età si dotano di un Servizio Informativo al fine di valutare l'andamento dei loro interventi per poter programmare idoneamente gli interventi futuri.

L'accessibilità ad un archivio generale e ai diversificati archivi dei singoli servizi permette che questi ultimi svolgano al meglio i loro compiti, utilizzino al massimo le risorse a disposizione, si pongano in maggior rispondenza in relazione ai bisogni dei cittadini-utenti.

La disponibilità, in una "banca dati" unica, di tutte le informazioni riguardanti i bisogni e le problematiche sociali e sanitarie degli handicappati del territorio, nonché quelle riguardanti i servizi sanitari e sociali presenti sul comprensorio dell'ASL, permette di valutare l'efficacia di ciascun intervento, di metterne in evidenza le carenze o le assenze sul territorio, fornendo alla Amministrazione dell'ASL (e non solo ad essa) gli elementi per una politica di programmazione mirata a rispondere alle effettive esigenze.

SINTESI FINALE

progetto SIGLHA

Premessa

L'intervento sulla disabilità si caratterizza sempre più come un intervento interorganizzativo e multidisciplinare. L'affermarsi in Italia e, anche se con un processo più lento e difficile, in Europa, della filosofia dell'integrazione e dell'inserimento scolastico, lavorativo e sociale delle persone disabili in situazione di handicap nella sua accezione più ampia, impone un coordinamento molto stretto dei soggetti che a vario titolo, intervengono nel processo d'integrazione.

Ciò è dovuto sia alla normativa, anche la più recente, che attribuisce competenze diverse ad una pluralità di enti ed istituzioni, sia alla logica dell'integrazione, che richiede l'intervento, nel processo di inserimento, di soggetti tradizionalmente non coinvolti nelle problematiche specifiche della disabilità.

Aspetti economici, separazione ed attribuzione delle spese, risparmio rispetto agli interventi solo assistenziali, liberazione di risorse per le necessità più gravi, riduzione dei costi nell'ottica dell'accessibilità per tutti realizzata a livello di progetto e non di aggiunte successive riparatorie o modificatrici di inaccessibilità create precedentemente, sono alcune caratteristiche dello scenario dell'integrazione che impongono uno stretto coordinamento tra i vari soggetti.

Per facilitare le risposte dei servizi territoriali alle problematiche sanitarie e sociali delle persone disabili in Calabria è stato sviluppato il progetto SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI PER L'HANDICAP SUL TERRITORIO, cui è stato dato il nome di SIGLHA - Sistema Informativo per i Gruppi di Lavoro HANDICAP.

Il progetto è partito dall'analisi delle attività dei gruppi di lavoro, con l'obiettivo di fornire uno strumento che facilitasse il coordinamento tra i vari attori del sistema.

Per essere efficace, un coordinamento deve essere basato su una chiara distinzione di ruoli, compiti e funzioni e su un sistema di comunicazione efficiente che

permetta a tutti gli attori del processo di avere l'informazione giusta al tempo giusto.

Nel territorio delle due ASL pilota sono stati invitati a collaborare tutti i servizi pubblici e privati esistenti che gestiscono servizi socio-sanitari rivolti alle persone con disabilità. Non tutti hanno partecipato. Quelli che si sono coinvolti a vario titolo, fornendo spunti, idee, esperienze ed operatori provenivano dai seguenti enti ed organizzazioni:

Amm.ne Prov.le di Reggio Calabria serv. 4 collocamento obbligatorio
ASL 11 Neuropsichiatria Infantile Dir. U.O.
ASL 11 Resp. Commissione Inv. Civili Reggio Calabria
ASL 11 Resp. Medicina Scolastica
ASL 11 Resp. Neuropsichiatria Villa San Giovanni
ASL 11 Responsabile Comm. Inv. Civili - Villa San Giovanni
ASL 11 Unità Operativa Neuropsichiatria Infantile
ASL 11 Unità Operativa Riabilitazione
ASL 6 Resp. Dipartimento Sanità Territoriale
ASL 6 U.O. Epidemiologia e statistica sanitaria
ASL 6 U.O. Igiene e sanità pubblica
ASL 6 U.O. Medicina Scolastica
Ass. "Comunità Papa Giovanni XXIII"
Ass. A.I.S.M.
Ass. AGE.DI.
Ass. Comunità Progetto Sud
Ass. Il Girasole
Ass. Piccola Opera Papa Giovanni
Centro Di Riabilitazione "Villa Betania"
Centro Di Riabilitazione Casa Serena
Centro di Ricerca Neurogenetica
Comune di Carlipoli
Comune di Curinga
Comune di Decollatura
Comune di Falerna
Comune di Lamezia Terme
Comune di Reggio Calabria
Comune di Serrastretta
Comune di Soveria Mannelli
Comune Platania
Comunità Alloggio Villa Elisabetta
Coop. Skinner
Dir. Did. Villa S.G.
Distretto Scolastico n. 6
Distretto Scolastico n. 6
Provveditorato agli Studi di Catanzaro (Ufficio H)
Provveditorato agli Studi di Reggio Calabria (Ufficio H)
Scuola Media "R. Caminiti"

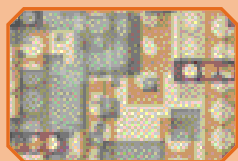
La tempestività e la correttezza dei dati permettono a ciascun attore del processo di ricavare informazioni utili per l'intervento che deve mettere in atto. Oltre a queste due caratteristiche, tempestività e correttezza, è fondamentale che i dati siano significativi per chi li analizza, pena l'impossibilità di ricavare dal dato informazioni utili ed attendibili.

RAPPORTO FINALE

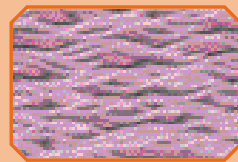


ASL 6 LAMEZIA TERME

ASL 11 REGGIO CALABRIA



Codice di
comunicazione
condiviso



Analisi
funzionale
(parte II)



Regione Calabria - Assessorato Sanità
Ente Promotore e Finanziatore



Il processo di attribuzione di significato è complesso: mette in gioco le varie culture, i vari saperi delle singole discipline, le singole professionalità degli operatori. Uno dei modi per uniformare e rendere significativa la comunicazione è il ricorso a forme di codifica e di standardizzazione, al fine di rendere univoco, condiviso ed accettato il significato dei dati che vengono prodotti e scambiati. Questo processo, tuttavia, lascia irrisolto il problema della qualità e della utilità dei dati rispetto alle necessità che un certo ente, un certo servizio, un certo operatore, hanno per programmare ed attuare i loro interventi. Ad esempio, conoscere con precisione la diagnosi riportata nel certificato d'invalidità, pur essendo un dato necessario, di cui tenere conto, nulla dice agli operatori della Equipe socio-psico-pedagogica che devono stilare la diagnosi funzionale sulle potenzialità di apprendimento della persona con disabilità. D'altra parte, la Commissione per l'accertamento dell'invalidità non ha questa funzione: i suoi compiti e le sue competenze, sia da un punto di vista sanitario che amministrativo, sono altri, pongono le basi per innescare il processo d'intervento di altri

servizi. Entrambi i dati, però, sia quelli prodotti dalla Commissione d'invalidità, che quelli prodotti dalla Equipe multidisciplinare, forniscono informazioni utili per gli interventi attuati dai centri di riabilitazione, che hanno funzioni e compiti che si sovrappongono o sono complementari, sia come obiettivi che come professionalità messe in gioco.

Il tipo e la qualità dell'informazione che ciascun operatore riesce a trarre dai dati che riceve dipendono da chi ha prodotto quei dati. Professionalità analoghe del produttore e del fruitore dei dati forniscono, in genere, la possibilità di comunicare il massimo d'informazione: lo stesso background culturale, lo stesso "gergo" professionale sostengono questa possibilità. Professionalità diverse, tra produttore e fruitore dei dati, aumentano il rischio di fraintendimenti, attribuzione di significati diversi, incompienza e inutilità dei dati scambiati.

Questo problema viene risolto, a livello di prassi ormai consolidata, con il lavoro di equipe che viene svolto in molti servizi. Tracciare un ponte, creare un linguaggio comune interprofessionale nei diversi ambiti del processo d'integrazione, non rientrava negli scopi del progetto e richiederebbe un lavoro del tutto diverso. A questo scopo, il progetto pone le basi, permettendo una raccolta sistematica dei dati presenti nel sistema, fornendo un primo set coerente, ragionato e condiviso, di definizioni. L'analisi semantica dei termini utilizzati nella produzione dei vari documenti, alcuni dei quali definiti con decreto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, e quindi non modificabili a livello di prassi della singola ASL o della singola Regione, potrà essere oggetto di lavori successivi.

Un Sistema informativo per l'integrazione dei disabili e la collaborazione tra i servizi

L'era del web, della rete telematica e dell'informatizzazione - che stiamo vivendo - ci permette di conoscere e sapere, in tempo reale, tutto (o quasi) ciò che vogliamo. Oggi con un click è possibile raggiungere qualsiasi parte del mondo: verificare, per esempio, le condizioni meteorologiche di una località o conoscere i dati statistici e le condizioni socioeconomiche di una popolazione.

I più appassionati della rete sostengono come sia possibile soddisfare ogni curiosità informativa e arrivare dappertutto, perché la rete veicola miriadi di informazioni utili. Ebbene, da un lato questo corrisponde a verità (tante notizie possono essere reperite in pochissimo tempo e sono pronte per l'uso), d'altro canto però l'informatizzazione non può colmare tutte le lacune informative e uno dei contesti dove questo è particolarmente vero è quello delle condizioni della nostra società. Ad esempio conoscere il numero dei minori in istituto o il numero dei disabili presenti nel nostro paese è ardua impresa, così come è un'impresa avere accesso e/o conoscere tutte le informazioni mediche, sociali etc che riguardano un paziente, specie se disabile.

In casi come quelli sopraccitati la complessità dell'informazione, la presenza di più enti che possiedono informazioni simili e la difficoltà a mettere insieme tutte le conoscenze comportano difficoltà enormi.

In Calabria per sistematizzare le informazioni sul mondo dell'handicap e per dare concretezza al diritto di informazione si è tentato di rispondere a semplici domande, come per esempio: quanti disabili ci sono in Calabria? che età hanno? dove abitano? che patologie hanno? di quali servizi usufruiscono? Qual iter ha seguito un'istanza presentata e a che punto si trova? Un lettore disattento potrebbe pensare che si tratta di domande semplici ma, pur nella loro apparente semplicità, questi quesiti non hanno risposta e non solo a livello calabrese, ma a livello italiano ed europeo. Il progetto SIGLHa (Sistema informativo per i servizi dell'handicap sul territorio) è intervenuto per sperimentare metodi innovativi, che consentano di spianare la strada ed ottenere qualche risposta.

Chi ha esperienza concreta e quotidiana della disabilità, un genitore di un disabile o un operatore, sa che vi intervengono più elementi e più servizi (Servizio di Neuropsichiatria, Commissione Invalidi Civili, Riabilitazione, Scuola, solo per citarne qualcuno), per cui si tratta di un intervento interorganizzativo e multidisciplinare. SIGLHa ha dimostrato come si possa intraprendere la strada dell'integrazione professionale attraverso la costruzione di un semplice strumento: un Sistema Informativo (S.I.). Si tratta di un programma, utilizzabile da operatori, disabili e associazioni di uten-



ti, programma che permette di archiviare le informazioni in un unico modo. In particolare il S.I. consente di:

- razionalizzare le fonti informative, creando un unico archivio condivisibile;
- velocizzare il lavoro, rendendo disponibile in tempo reale i documenti riguardanti una stessa persona.

L'uso del Sistema Informativo, già distribuito presso alcuni servizi delle Asl calabresi n. 6 e n. 11, può accelerare alcuni processi:

- *interni*: vale a dire che ogni servizio potrà servirsi della tecnologia per adeguarsi alla normativa (laddove non lo abbia ancora fatto) ed essere maggiormente efficiente nella documentazione e certificazione della prestazione erogata e del dato informativo raccolto;
- *esterni*: vale a dire che le comunicazioni di dati e informazioni tra i diversi servizi avverranno, grazie all'uso della tecnologia, in tempo reale e secondo procedure standardizzate.

L'innovazione principale, introdotta dal S.I. nasce da tre caratteristiche fondamentali dello stesso:

- la *tempestività* dei dati: il poter avere in tempo reale tutte le informazioni, utili sia agli operatori per

discutere e intervenire sul disabile, che al disabile stesso;

- la *correttezza* dei dati: il poter ricavare informazioni utili e precise per l'intervento che ciascun attore del processo deve mettere in atto;

- la *significatività* dei dati: l'attribuire, da parte di più attori, il medesimo senso e significato alle informazioni raccolte.

In linea con il tempo storico che stiamo vivendo, il Sistema Informativo di SIGLHa riconosce il pieno diritto all'informazione ai cittadini disabili che, laddove previsto dalla normativa, possono intervenire collaborando alla progettazione e all'intervento di integrazione ovvero possono accedere alle informazioni che li riguardano.

Il sistema Informativo archivia tutte le informazioni raccolte e offre l'opportunità di disponibilità complessiva delle stesse.

Come si può accedere al Sistema Informativo?

Attualmente il Sistema è in funzione in due ASL calabresi la n. 6 e la n. 11. Per i residenti in quel territorio ci si può recare presso gli uffici di Neuropsichiatria Infantile o di Commissione di Invalidità e L. 104 per essere registrati e poter poi consultare i propri documenti laddove siano già stati informatizzati; mentre per il restante territorio sarà necessario attendere i prossimi mesi, durante i quali il Sistema verrà distribuito.

Gli obiettivi del progetto

Per ciascun obiettivo del progetto viene riportata una sintesi delle attività svolte e dei risultati ottenuti, facendo riferimento ai prodotti realizzati.

1. La costruzione di un archivio informatico per la confluenza dei dati statistici riguardanti la popolazione in situazione di handicap, di facile accesso

L'archivio informatico costruito ha la caratteristica di essere funzionale al lavoro quotidiano degli operatori dei servizi. Sono loro, quindi, ad alimentare la banca dati con le informazioni che utilizzano e producono giornalmente, costituendo un patrimonio informativo in costante aumento ed aggiornamento, da cui ricavare

le informazioni statistiche necessarie ai vari livelli di decisione.

L'analisi della situazione dei vari servizi, riportata in dettaglio nel documento Analisi Funzionale – parte prima, ha portato a concentrare l'attenzione sui seguenti ambiti che, allo stato attuale, sono oggetto delle attività in cui può essere utilizzato il sistema informativo realizzato:

- Riconoscimento invalidità civile ed handicap
- Inserimento scolastico
- Ambito socio-assistenziale
- Ambito sanitario – riabilitativo

L'ambito lavorativo è soggetto, in questo periodo, ad una fase di profonda trasformazione, in cui ancora non sono chiari ed operativi, specialmente in Calabria, ruoli e competenze.

Le attività di prevenzione rilevate sul territorio non hanno portato alla possibilità di strutturare un livello di analisi e di definizione dei flussi di lavoro interorganizzativi tale da essere incluso in questa versione del sistema informativo.

2. La circolazione dei dati provenienti dai vari servizi ed Unità operative al fine di governare e mantenere uniformi gli interventi dei programmi di lavoro e curarne le successive verifiche

La tempestività dei dati è stata ottenuta strutturando un sistema di trasferimento e comunicazione dei documenti che li rendesse immediatamente visibili a chi ne avesse interesse, al fine di facilitare la scrittura condivisa, da una parte, e la fruibilità dei dati dall'altra. Quest'ultima è stata facilitata strutturando e guidando il più possibile il lavoro di interrogazione dei documenti posseduti.

La correttezza e l'affidabilità delle informazioni è stata implementata facilitando il lavoro di inserimento dei dati in modo da evitare duplicazioni e ridigitazioni di dati già esistenti.

Lo sfruttamento di tecnologie internet e la strutturazione di un sistema di scambio dei documenti permette la circolazione dei dati dei vari servizi.

L'utilizzazione di codifiche condivise, ove esistenti, assicura l'uniformità della documentazione degli interventi e la possibilità di verifiche e valutazioni sia sul singolo caso, sia sulle attività dei vari servizi.

3. La costruzione di un codice di comunicazione condiviso tra gli operatori e i servizi

Le attività che concorrono alla costruzione di un codice condiviso di comunicazione tra gli attori dei vari interventi sul soggetto con disabilità è la base su cui si è costruito il sistema informativo e la sua ragion d'essere rispetto all'utilizzo di strumenti informatici. Il codice di comunicazione condiviso, che forma parte di uno dei volumi prodotti, tratta dei seguenti argomenti:

Caratteristiche del sistema di comunicazione

Strumenti

Standard

Documenti e formato dei documenti

Codifiche

Classificazione delle minorazioni e delle malattie invalidanti

Gli ausili tecnici per disabili

ICIDH-2

Classificazione degli Interventi

Glossario

4. La disponibilità di dati in tempo reale per la programmazione degli enti

Sono state definite le modalità di organizzazione del lavoro e di interazione tra ciascun utente - fruitore - gestore ed il sistema informativo ed informatico. È stato prodotto un documento di analisi delle procedure (Analisi funzionale - parte seconda) che è servito al gruppo di lavoro informatico per la costruzione dell'architettura hardware e software e per la redazione dei programmi applicativi.

Sono state definite le modalità per lo scambio d'informazioni (natura, tipo e qualità) tra enti, servizi e cittadini interessati, arrivando ad un sistema flessibile che lascia al singolo operatore la decisione sui tempi e sull'opportunità dello scambio.

Definito e reso disponibile lo strumento informatico e la struttura della banca dati, l'utilizzazione delle informazioni per la verifica, la valutazione e la programmazione è un processo in itinere che si andrà precisando ed affinando di pari passo con l'aumento delle dimensioni e della varietà dei dati contenuti. Il tipo di tecnologia utilizzata permette, comunque, senza un

intervento di programmazione, di estrarre i dati di interesse, riutilizzandoli e rielaborandoli con i più diffusi programmi di office automation.

La metodologia

Le metodologie utilizzate nelle varie fasi del progetto hanno teso a favorire il coinvolgimento degli attori del "sistema disabilità". Sono illustrate nel documento di analisi funzionale, insieme all'elenco degli attori coinvolti attivamente.

Prodotti

Sono stati realizzati due volumi. Il primo contiene il codice di comunicazione condiviso e l'analisi funzionale. Il secondo, il manuale di riferimento per il software realizzato ed un cd-rom con i programmi, una copia in formato elettronico dei due volumi, gli ultimi documenti disponibili sull'ICIDH-2 e la documentazione della normativa sulla privacy applicabile ai sistemi informativi socio sanitari.

Il software è utilizzabile su una singola stazione di lavoro o in rete, sulla base delle scelte effettuate dalle singole ASL.

Le 11 stazioni di lavoro previste per il territorio dell'ASL 6 sono state così distribuite:

N.	Ente/ufficio
1	Commissione Invalidi Civili e L. 104
1	U.O. di assistenza residenziale e semiresidenziale
3	Unità Multidisciplinare
1	U.O. Servizi Sociali dell'ASL
1	SISL
1	Associazione Fish Regione Calabria
1	Centro di Riabilitazione Pubblica
1	Centro di Riabilitazione Privata
1	Comune di Lamezia

Il grado di utilizzazione del sistema varia in funzione del carico di lavoro e della situazione organizzativa dei singoli uffici.

Le attività presso l'ASL 6 di Lamezia Terme si sono concluse il 31/12/2000. Sono in corso delle personalizzazioni, rientranti nelle attività di manutenzione ordinaria prevista dal progetto.

Le 11 stazioni di lavoro previste per il territorio



dell'ASL 11 sono in corso di distribuzione presso i seguenti enti/uffici:

N.	Ente/ufficio
1	Commissione Invalidi Civili e L. 104 - Reggio Calabria
1	Commissione Invalidi Civili e L. 104 - Villa S. Giovanni
1	Unità Operativa Assistenza Invalidi - RC
2	Unità di Neuropsichiatria Infantile- Reggio Calabria
1	Unità di Neuropsichiatria Infantile- Villa S. Giovanni
1	Ufficio di Servizio Sociale
1	Scuola Elementare Villa S. Giovanni
1	Associazione AISM
1	Centro di riabilitazione ex-Aias
1	Comune di Reggio Calabria

E stata preparata l'infrastruttura di rete che consentirà l'uso e la manutenzione del sistema per i due anni successivi alla conclusione del progetto (1-1-2001 / 31-12-2003).

Nei volumi stampati compaiono tutti i nomi degli operatori pubblici e privati, dei rappresentanti delle organizzazioni dei disabili e dei familiari, dei volontari, che hanno partecipato offrendo professionalità e sensibilità preziose alla realizzazione di questo S.I., ai quali vanno sinceri ringraziamenti e stima riconoscente.

(A cura di Tommaso Marino, Maria Meduri, Giacomo Panizza)

Appunti sul terzo settore in Calabria

(servizi in transizione permanente)

Giorgio Marcello

Premessa

Già da tempo, il tema del così detto *terzo settore* è al centro del dibattito riguardante i modelli di *welfare*, nonché il presente ed il futuro delle politiche di integrazione e di sviluppo sociale.

Nelle pagine seguenti, cercheremo di offrire un contributo a questo dibattito, proponendo una riflessione sui caratteri e le prospettive del terzo settore in Calabria. Si tratta di una ricerca che non riguarda tutte le strutture che gravitano nella galassia del *non profit*, ma che è focalizzata sulle organizzazioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, operando in regime di convenzione con l'ente regione.

Il lavoro si divide in due parti. Nella prima, analizzeremo le organizzazioni del terzo settore in generale, con riferimento al quadro normativo nazionale e regionale. Concentreremo poi la nostra attenzione sulle realtà del terzo settore in Calabria, individuate secondo il criterio appena ricordato, e rifletteremo sulla qualità complessiva dei servizi organizzati da quelle strutture, cercando di spiegare in che senso in Calabria dobbiamo parlare di una mancata modernizzazione dei servizi sociali.

Nella seconda parte, dopo aver fatto riferimento ai risultati di una indagine del 1990 - curata dall'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) in vista della predisposizione del piano regionale socio-assistenziale - presenteremo alcuni dati riguardanti la natura di queste organizzazioni, le caratteristiche del personale impiegato in esse, le tipologie degli utenti, la fisionomia dei fondatori. Noteremo come queste strutture siano assai deboli dal punto di vista organizzativo, e come, di conseguenza, tale debolezza si riverberi negativamente sulla qualità dei servizi prestatati, che si presentano con un basso livello di differenziazione e di specializzazione.

In conclusione, mostreremo come in Calabria il terzo settore sia totalmente dipendente dalla domanda pubblica (di servizi alla persona), e affondi le sue radici nella Chiesa, più che nel mercato. Faremo infine qualche considerazione sulla forza di questa radice religiosa nel *non profit* calabrese, cercando di spiegare in che senso proprio il recupero di questo "sottoterra" potrebbe costituire una formidabile risorsa per un'innovazione profonda dei servizi sociali nella nostra regione.

1. Considerazioni generali sul terzo settore

1.1. Il terzo settore nell'ordinamento giuridico nazionale

Per i sociologi, gli economisti e gli studiosi di scienze sociali in genere, la definizione del terzo settore non è una impresa agevole.

In prima battuta, approssimando molto, si può dire che il terzo settore è un ambito che comprende tutte le realtà strutturate - che non sono formalmente riconducibili né allo stato (o alle sue articolazioni) né al mercato - e la cui funzione consiste nell'organizzare servizi alle persone, soprattutto a quelle che si trovano in condizioni di disagio sociale.

Molti autori, soprattutto americani¹, connettono la nascita e lo sviluppo del terzo settore alla crisi del *welfare state*, da un lato, e ai limiti e alle patologie del mercato, dall'altro. Le organizzazioni di quest'area "sarebbero quelle che hanno occupato spazi che lo stato non era più in grado di gestire o che il mercato non aveva convenienza a fare propri e che, di conseguenza, pongono in essere attività che appaiono libere da vincoli coercitivi e che non sono rigidamente condizionate dalla produzione e distribuzione di profitti"².

Altri autori, nel tentativo di superare le definizioni costruite in negativo e per esclusione (terzo settore come ciò che non appartiene allo stato né al mercato), affermano che le organizzazioni di questo settore sarebbero espressione "della relazionalità sociale prima che questa divenga valore di scambio (nel mercato) e/o soggetto di regolazione politica (nello stato)"³. Da questa prospettiva, il terzo settore viene visto come "forma sociale emergente che nasce dall'esigenza di diversificare le risposte a specifici bisogni sociali che seguono dinamiche di scomposizione e moltiplicazione e che chiedono sempre nuovi relazionamenti"⁴.

Altri studiosi ancora - più interessati ad interpretare la realtà così come si presenta che ad elaborare modelli teorici generali - mostrano come le organizzazioni di tale ambito, pur collocandosi formalmente in una posizione intermedia tra le imprese private e gli enti pubblici, vivono soprattutto con lo stato relazioni di interdipendenza più che di reciproca autonomia: la maggior quota delle fonti di finanziamento che esse ricevono, attraverso il meccanismo delle convenzioni e delle rette è, infatti, pubblica⁵. Tutto ciò produce una situazione di dipendenza a *doppio senso*, in quanto se venis-

se meno la presenza di queste organizzazioni, “in molti settori del welfare si avrebbe una drastica riduzione del volume e dell’efficacia dei programmi pubblici”⁶.

Sul piano giuridico, il terzo settore è l’ambito che comprende l’associazionismo a fini non lucrativi, e cioè i cosiddetti enti non profit⁷. Visto da questa particolare prospettiva, il terzo settore, o settore non profit, rappresenta una categoria dogmatica e non normativa: mentre nel Nord America le organizzazioni non profit formano oggetto di particolari e peculiari discipline, certamente non sono una categoria normativa nel nostro paese: in Italia non ci sono norme, non ci sono istituti di diritto positivo per i quali risulti utilizzata questa figura. Si tratta quindi di una categoria esclusivamente dogmatica, scelta per convenzione dagli interpreti⁸.

Questi ultimi ritengono che gli elementi per la identificazione degli enti non profit sono essenzialmente due: l’assenza di lucro soggettivo e la rilevanza sociale dell’attività svolta⁹.

In ordine al primo elemento, v’è da dire che in passato si identificavano gli enti non lucrativi con le organizzazioni previste dal I° libro del codice civile (le associazioni e le fondazioni), mentre gli enti con finalità di lucro venivano ricondotti entro l’ambito delle società commerciali, disciplinate nel libro V° del codice. Il carattere non lucrativo veniva fatto coincidere con l’assenza di lucro non solo soggettivo (distribuzione di un beneficio economico agli associati o al fondatore) ma anche oggettivo (produzione di un utile). Nel corso del tempo, questo carattere è stato oggetto di una profonda revisione dottrinale, giurisprudenziale e legislativa. Allo stato attuale, si ritiene che anche gli enti non lucrativi possano svolgere attività imprenditoriali, e cioè lucrative in senso oggettivo. Ad esse è precluso invece il lucro soggettivo, ossia la possibilità di dividere gli utili tra soci. Tutto ciò significa che gli eventuali utili prodotti devono essere reinvestiti nell’attività stessa o destinati a finalità altruistiche¹⁰.

Sul piano della produzione normativa recente, questo orientamento dottrinale trova importanti riscontri. Ad esempio, l’art. 5 della legge-quadro sul volontariato, la n. 266 del 1991, consente alle organizzazioni di volontariato di trarre le risorse economiche per lo svolgimento delle loro attività anche “da entrate derivanti da attività commerciali e produttive marginali”.

E ancora, il decreto legislativo n.460/1997 sulle Onlus (organizzazioni non lucrative di utilità sociale) stabilisce che il reddito prodotto da queste organizza-

zioni – anche attraverso attività commerciali – non è soggetto a tassazione se:

- è destinato a finalità istituzionali;
- gli scopi istituzionali sono socialmente utili;
- non proviene da una attività commerciale svolta in misura prevalente.

Il decreto prevede anche l’istituzione di una authority il cui scopo è, tra gli altri, quello di controllare che si evitino situazioni di concorrenza sleale nei confronti di chi opera negli stessi settori in forma imprenditoriale (senza poter usufruire delle agevolazioni concesse agli enti non profit).

Accanto all’assenza di lucro soggettivo, l’altro elemento di identificazione degli enti non profit è rappresentato, come abbiamo visto, dalla natura dell’attività prestata.

In una sua recente pronuncia, la corte di giustizia europea ha affermato che la natura non profit dell’ente va individuata in riferimento al contenuto dell’attività svolta “che deve rivestire qualità di interesse pubblico e di rilevanza sociale, in quanto attività altruistica”¹¹. Anche su questo punto, gli orientamenti dottrinali, giurisprudenziali e legislativi sono abbastanza concordi.

Gli enti non profit perseguono il fine di solidarietà nei confronti dei terzi, e non nei confronti dei propri soci, a meno che questi ultimi non siano persone svantaggiate in ragione di condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari (v. anche su questo punto il decreto sulle Onlus e la legge 381 sulla cooperazione sociale).

Assenza di lucro soggettivo e rilevanza sociale dell’attività svolta sono due caratteri che individuano un’area, quella del non profit o del terzo settore, che si presenta assai eterogenea, poiché ad essa vengono ricondotte strutture assai diversificate dal punto di vista socio-economico: le organizzazioni di volontariato, gli enti religiosi, le scuole, le Ong, gli ospedali, e così via.

Si avverte pertanto la necessità di una disciplina organica di queste diverse realtà organizzate:

- che individui il valore giuridico e la funzione di tali organizzazioni, precisandone i settori e le modalità di intervento;
- che appronti una strumentazione in grado di assicurare la verifica degli interventi svolti e il coordinamento di quelli da effettuare, armonizzandoli con le altre azioni progettate e gestite direttamente dalle istituzioni pubbliche, a vari livelli, in attuazione di politiche sociali e di integrazione;

- che salvaguardi la specificità del volontariato, all'interno dell'area del non profit, sottolineando il valore sociale e politico della gratuità.

Gli interventi legislativi più recenti, come la legge quadro sul volontariato e il decreto lgs. sulle Onlus (già considerati), la legge n. 381/1991 sulle cooperative sociali e la n. 383/2000 sull'associazionismo sociale sono serviti a ritagliare, all'interno del terzo settore, "aree di specifica meritevolezza e rilevanza sociale"¹², con riferimento alle quali il legislatore si è limitato a prevedere un trattamento fiscale di maggior favore, senza procedere però, come abbiamo visto, ad una disciplina generale ed organica degli enti che fanno capo a quest'ambito, che andrebbe predisposta nel quadro di un lavoro di continua verifica e ammodernamento di tutto l'ambito dei servizi alle persone e delle politiche sociali e di integrazione in genere.

1.2. Il terzo settore nel quadro normativo regionale.

Riteniamo che una riflessione sui caratteri delle organizzazioni di terzo settore che operano nella nostra regione vada necessariamente fatta tenendo sempre presente il quadro normativo configurato dalla L.R. n.5 del 1987, recante disposizioni sul riordino e la programmazione delle funzioni socio-assistenziali in Calabria. L'impianto generale di questa legge presenta contenuti fortemente innovativi: tale strumento è stato infatti approntato, a suo tempo, allo scopo di favorire l'avvio nel nostro territorio di un processo di graduale modernizzazione dei servizi sociali.

L'art. 3 della l.n. 5 afferma che le attività di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali si fondano sui principi della *prevenzione* ("prevenire l'insorgere dei fattori che determinano emarginazione e/o disadattamento"), della *de-istituzionalizzazione* ("garantire il diritto dei cittadini a non essere separati dalla propria famiglia e allontanati dalla propria comunità locale, attuando concrete forme di de-istituzionalizzazione e limitando gli interventi di ricovero ai soli casi in cui ciò si renda necessario"), della *domiciliarità* degli interventi ("favorire il mantenimento, l'inserimento o il reinserimento dei cittadini disadattati o disabili nella famiglia o nel normale ambiente sociale, scolastico, lavorativo").

Per l'attuazione di questi principi l'art. 5 prevede una serie di iniziative come il segretariato sociale; le attività

di assistenza socio-pedagogica e di prevenzione, promozione e aggregazione sociale; l'assistenza domiciliare; gli affidamenti etero-familiari. Tra le azioni individuate dall'art. 5 c'è anche la realizzazione di servizi residenziali, come il gruppo appartamento per minori e adulti, la comunità educativo-assistenziale per minori, la comunità terapeutica per soggetti portatori di disturbi di natura psichica o fisica, la casa di riposo. All'attuazione dei servizi residenziali l'art. 16 della L. 5 attribuisce il carattere di intervento "integrativo e complementare" rispetto alle altre prestazioni previste dal già citato art. 5 della stessa legge. Si prevede di fare ricorso ad una struttura residenziale solo in ultima analisi, cioè "qualora risultino insufficienti o inadeguati o non siano praticabili gli interventi socio-assistenziali di cui alla presente legge, per le situazioni in cui si rende necessario l'allontanamento stabile o temporaneo della persona dal proprio ambiente, in modo da evitare l'esposizione a particolari fattori di rischio, da soddisfare le esigenze assistenziali e da garantire il massimo benessere psico-fisico e sociale" (art. 16 c. 1).

1.3. La mancata modernizzazione dei servizi sociali in Calabria

Se andiamo ad analizzare il modo in cui la legge 5 ha funzionato nel concreto, ci accorgiamo che la sua applicazione non ha prodotto cambiamenti radicali nel nostro territorio. Si tratta di uno strumento normativo che, pur essendo valido per quanto riguarda i principi ispiratori e l'impianto generale, non ha tenuto sufficientemente in considerazione i caratteri del contesto e della struttura dei servizi preesistenti. Di conseguenza, si è venuta a creare una evidente discrasia tra la realtà e i processi normativi approntati dalla legge in esame. Questa sfasatura tra innovazione (della legge) e persistente arretratezza (dei servizi) ha determinato una situazione di apparente rispetto delle regole, ma di sostanziale manipolazione di esse. L'esito di questo processo è rappresentato dalla mancata modernizzazione dei servizi sociali in Calabria.

Basti pensare a quanto è avvenuto, ad esempio, nell'ambito delle politiche a sostegno dell'infanzia e delle famiglie. I tratti di forte ambiguità che la legge 5, e il relativo regolamento di attuazione, presentano in ordine alla questione dell'accoglienza dei bambini hanno concorso in maniera determinante a far sì che nella nostra regione non avvenissero cambiamenti sostan-

ziali nel modo di accogliere i bambini in difficoltà. Oppure hanno permesso mutamenti solo formali sul piano delle strutture di accoglienza (ad esempio, con la conversione dei vecchi istituti educativo-assistenziali in case famiglia), che hanno lasciato pressoché inalterate le pratiche tradizionali¹³.

Quanto si è detto a proposito degli istituti per minori vale, grosso modo, per tutti gli enti impegnati in Calabria nell'organizzazione e nella gestione di servizi socio-assistenziali, quali che siano le categorie di utenti a cui essi si rivolgono.

A prescindere dalla loro denominazione formale e dalla loro natura giuridica (aspetto di cui ci occuperemo in seguito), ognuna di queste strutture eroga un servizio di tipo residenziale, a basso grado di specializzazione, rivolgendosi ad un numero elevato di utenti, e impiegando personale a bassa qualificazione.

Nelle modalità operative di queste organizzazioni prevale dunque il tipo di intervento che la legge 5 indica come residuale – quello della accoglienza residenziale e scarsamente differenziata -, mentre le azioni alle quali la stessa legge attribuisce un valore prioritario, come ad esempio gli interventi di prevenzione o quelli domiciliari, sono quasi per niente praticati.

Il carattere delle convenzioni stipulate con la regione ha consentito il perpetuarsi della prassi della istituzionalizzazione del disagio: gli enti di cui ci stiamo occupando dipendono totalmente dalle rette assicurate dalle convenzioni. Senza le rette queste strutture non sarebbero in grado di recuperare altre risorse per continuare ad operare. Si tratta, peraltro di rette tra le più basse d'Italia, come si può evincere dalla seguente tabella:

Tab.1: le rette corrisposte dalla regione Calabria per le diverse tipologie di utenti (anno 1999)

	Retta minima		Retta massima	
	convenzione	privati	convenzione	privati
Anziani autosufficienti	30.000	29.300	30.000	42.000
Anziani in difficoltà	30.000		35.000	
Anziani non autosufficienti	62.000	50.500	145.000	
Portatori di handicap	70.000		119.500	
Pazienti psichiatrici	50.000	70.000	80.000	
Infanzia	20.000		20.000	
Minori a rischio di criminalità	18.500		106.500	
Minori con handicap	19.000		31.000	
Minori in difficoltà	24.000		26.000	
Donne/madri in difficoltà			40.000	
Altro	38.000		51.000	

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Invece di “fare sistema”, cioè di programmare e differenziare gli interventi allo scopo di prevenire e affrontare le situazioni di disagio di cui si occupano favorendo anche l'attivazione di percorsi di integrazione per le persone accolte, tali organizzazioni non possono fare altro che continuare ad operare secondo quanto prescritto dalle convenzioni, rimanendo entro il ristretto ambito della pura accoglienza ed assistenza. Quando modificano o allargano il tipo di accoglienza praticata ciò avviene solo per sfruttare le opportunità economiche garantite dall'accesso a più convenzioni.

2. Il terzo settore in Calabria

2.1. La ricerca del 1990

Nel dicembre del 1990, tre anni dopo l'approvazione della legge 5, l'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) ha curato una indagine conoscitiva ai fini della predisposizione in Calabria del piano regionale socio-assistenziale. Dai risultati di quella ricerca veniva fuori che la realtà dei servizi alla persona nel nostro territorio era ancora molto arretrata. Emergeva una chiara tendenza alla “istituzionalizzazione” e alla “sanitarizzazione” del disagio sociale in tutte le sue diverse manifestazioni. Le forme di intervento socio-assistenziale prevalenti erano rappresentate da strutture di accoglienza per anziani e da istituti per minori. Sia le une che le altre si presentavano come strutture “indifferenziate” (cioè organizzate per prestare un'accoglienza generica e poco flessibile, ovvero non suscettibile di adattarsi ai nuovi bisogni o alla diversificazione di quelli tradizionali), e quindi assai lontane dai livelli di specializzazione

e di qualificazione richiesti dalla stessa legge 5 per rispondere in modo specifico alle diverse esigenze delle persone anziane, dei portatori di handicap di vario genere, dei bambini in stato di totale o parziale abbandono. Alla fine del 1990 c'erano in tutta la regione 54 strutture di accoglienza per anziani e 98 istituti per minori:

Tab. 2: distribuzione delle strutture di accoglienza per anziani sul territorio calabrese alla fine del '90

	n. strutture	n. anziani accolti
Catanzaro	17	612
Cosenza	18	1033
Reggio Calabria	19	404
Totale	54	2049

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Tab. 3: distribuzione degli istituti per minori sul territorio calabrese alla fine del '90

	n. strutture	n. minori accolti
Catanzaro	24	461
Cosenza	47	1033
Reggio Calabria	27	786
Totale	98	2280

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Nel dicembre del '90 dunque il numero delle strutture di accoglienza per anziani e per minori e la quantità delle persone in essi ospitate facevano della Calabria una tra le regioni italiane a più alto tasso di istituzionalizzazione. Un significativo indicatore del fenomeno era rappresentato dalle dimensioni degli istituti. Le strutture di accoglienza per anziani avevano in media circa 50 posti letto ciascuna, e nella provincia di Cosenza c'era addirittura una casa di riposo con una capacità recettiva di 700 posti. Apparivano preoccupanti anche le dimensioni degli istituti per minori: il 40% di quelli censiti poteva disporre di un numero di posti letto compreso tra 26 e 50, e quelli con più di 51 letti rappresentavano il 27% del totale; gli istituti più grandi erano nella provincia di Cosenza, ove si poteva registrare la presenza di tre strutture enormi, di cui una con poco più di 100 posti, una con 150 e la terza con 465 letti.

Queste strutture di accoglienza inoltre si presentavano poco integrate nel territorio, e il personale impiegato in esse era numericamente scarso e poco qualificato. Solo il 20% dei lavoratori impegnati negli istituti per minori (320 remunerati interni, 623 remunerati esterni) e il 15% di quelli utilizzati negli istituti per anziani (1053 remunerati interni, 252 remunerati esterni) era in possesso di una qualificazione professionale alta. Per il resto, c'era una prevalenza massiccia di addetti a funzioni ausiliarie o a compiti di mera assi-

stenza. Appariva notevole l'apporto del personale religioso, il quale forniva l'11% delle ore di lavoro complessivamente erogate nelle strutture per anziani, e il 61% di quelle lavorate negli istituti per minori, mentre abbastanza irrilevante era l'apporto del volontariato.

A tre anni di distanza dall'approvazione della legge 5, i servizi socio-assistenziali in Calabria erano caratterizzati da una situazione di "transizione permanente", ovvero di forte precarietà e incertezza: alla innovazione avvenuta sul piano normativo, faceva da contrappunto una realtà di stagnazione sul piano della qualità dei servizi organizzati e offerti. Una strumentazione normativa ben congegnata, ma orchestrata senza tenere sufficientemente in considerazione la situazione del contesto e l'assetto dei servizi preesistenti, dava la stura a pratiche di

formale rispetto della legge, ma di sostanziale riproposizione di modelli di intervento socio-assistenziale ormai datati.

2.2. La situazione odierna: lo stato di "transizione permanente" dei servizi sociali nella nostra regione

Vediamo di capire come si presenta oggi la situazione dei servizi socio assistenziali nella nostra regione. La nostra riflessione ruoterà attorno ad alcuni dati riguardanti gli enti che operano in regime di convenzione con la regione Calabria, la natura di essi, la tipologia degli utenti, le caratteristiche dei fondatori e del personale impiegato.

La tabella seguente ci illustra il numero complessivo e la distribuzione per provincia delle realtà censite:

Tab. 4: distribuzione per provincia delle strutture che erogano servizi socio-assistenziali

Catanzaro	24
Crotone	17
Vibo Valentia	16
Cosenza	86
Reggio Calabria	47
Totale	190

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Le strutture sono in tutto 190; il totale degli utenti in convenzione è di 3195. Rispetto ai dati del 1990, c'è da tener conto dell'esistenza di due nuove provincie, Crotona e Vibo Valentia, che prima appartenevano entrambe all'ambito provinciale di Catanzaro.

I minori e gli anziani continuano ad essere ancora oggi le categorie destinatarie della maggior parte degli interventi socio-assistenziali, anche se ciò avviene in un quadro di maggiore differenziazione degli interventi:

Tab.5: tipologia utenti dei servizi socio-assistenziali

	Frequenza	Percentuale
Anziani non autosufficienti	23	11,7
Anziani in difficoltà	11	5,7
Anziani autosufficienti	33	16,8
Adulti in difficoltà	1	0,5
Portatori di handicap	5	2,6
Pazienti psichiatrici	18	9,2
Infanzia	3	1,5
Minori a rischio di criminalità	7	3,6
Minori con handicap	5	2,6
Donne/madri in difficoltà	4	2,0
Minori in difficoltà	80	40,8
Altro	5	3,0
Totale	195	100,0

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Gli anziani e i minori rappresentano oggi, rispettivamente, il 34,7% e il 50,5% del totale degli utenti accolti nelle strutture censite.

Da questi dati emerge che i servizi prestati agli utenti di cui alla tabella ultima sono quasi esclusivamente di tipo residenziale, e continuano ad essere organizzati secondo le modalità del tradizionale istituto di accoglienza, cioè secondo quelle modalità che la legge 5 considera ormai come puramente residuali.

Le strutture che organizzano e forniscono servizi alle persone in difficoltà sono ancora marcate da una condizione che prima abbiamo definito di "transizione permanente". Dall'entrata in vigore della L.R. 5/87 la situazione è rimasta praticamente immutata; i tentativi di ripensare l'accoglienza hanno prodotto, di fatto, cambiamenti solo formali. La legge 5 è stata applicata, cioè, in maniera tale che venisse rispettata la forma e lasciata inalterata la realtà degli istituti tradizionali.

La tabella n. 5 mostra come la tipologia degli utenti sia oggi certamente più articolata, rispetto a quanto emergeva dalla ricerca del 1990: questo dato lascia trasparire indubbiamente un tentativo, sia pure minimo, di differenziare gli interventi di accoglienza. Si tratta però di capire quali forme assume nel nostro territorio questa differenziazione. Essa si può manifestare attraverso la nascita di nuove strutture, che vengono concepite e realizzate per rispondere all'emersione di nuovi bisogni, oppure attraverso la riorganizzazione di strutture preesistenti, le quali si aprono all'accoglienza di nuove tipologie di utenti. Bisogna capire se questi tentativi di differenziazione abbiano determinato una crescita qualitativa degli interventi, oppure abbiano seguito una logica puramente utilitaristica, senza produrre vera innovazione.

La tabella seguente ci dice che, di tutti gli enti impegnati sul territorio regionale nella prestazione di servizi socio-assistenziali, 135 si rivolgono ad una sola tipologia di utenti, mentre le strutture aperte all'accoglienza di più tipologie sono 61:

Tab.6: quadro generale della differenziazione degli interventi

	Frequenza istituti
Enti che si rivolgono ad una sola tipologia	134
Enti che si rivolgono a due tipologie	51
Enti che si rivolgono a tre tipologie	7
Enti che si rivolgono a quattro o più tipologie	3

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Gli enti che si rivolgono a due o più tipologie di utenti sono circa un terzo del totale. Si tratta di una percentuale non irrilevante. Qua e là si registra qualche timido tentativo di innovazione, tuttavia, v'è da dire che in nessun caso all'azione di pura accoglienza e assistenza si accompagnano interventi che si ispirino ai criteri della prevenzione, della de-istituzionalizzazione, della domiciliarità, della integrazione sociale.

Ma entriamo in maniera ancora più puntuale nel merito di questa differenziazione:

Tab.7: enti che si rivolgono a due tipologie di utenti

A chi si rivolgono	N° di enti
Anziani autosufficienti e pazienti psichiatrici	6
Anz. autosufficienti e altro	4
Anz. Autosufficienti e non autosufficienti	3
Anz. Autosufficienti e anz. in difficoltà	3
Anz. autosufficienti e portatori di handicap	2
Anziani autosufficienti e minori	1
Anz. non autosufficienti e anz. in difficoltà	2
Anz. non autosufficienti e pazienti psichiatrici	1
Infanzia e minori in difficoltà	6
Minori a rischio e minori in difficoltà	8
Minori con handicap e minori con difficoltà	5
Donne in difficoltà e minori in difficoltà	4
Donne in difficoltà e altro	2
Minori in difficoltà e altro	4

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Se analizziamo il modo in cui si articola l'accoglienza negli enti che si rivolgono a due tipologie di utenti, notiamo che sul terreno degli interventi a favore dei minori si possono cogliere segni di novità interessanti. Le forme di accoglienza, infatti, tendono ad articolarsi in maniera tale da far fronte ai diversi modi in cui il disagio dei bambini e dei ragazzi oggi si manifesta; inoltre, si registra l'apertura a bisogni nuovi, come quello delle donne e delle madri in difficoltà.

Negli enti che si occupano prevalentemente di anziani e di altre tipologie di utenti, riscontriamo invece alcuni "accorpamenti" che non appaiono facilmente decifrabili (ad es.: anziani autosufficienti o non autosufficienti e pazienti psichiatrici, anziani autosufficienti e portatori di handicap, anziani e minori).

Se ci soffermiamo sulle tabelle riguardanti gli enti che si rivolgono a tre o più tipologie di utenti, si fa sempre più netta l'impressione di trovarsi di fronte a strutture in cui l'accoglienza non è orientata da alcuna prospettiva di accompagnamento e di reintegrazione sociale per le persone accolte:

Tab.8: enti che si rivolgono a tre tipologie di utenti

A chi si rivolgono	N° di enti
Anz. non autosuff., in difficoltà e autosufficienti	2
Anz. autosuff., portatori di handicap e pazienti psichiatrici	1
Anz. non autosuff., anz. in difficoltà e portatori di handicap	1
Anz. non autosuff., in difficoltà e donne in difficoltà	1
Anz. non autosuff., in difficoltà e minori in difficoltà	1
Infanzia, minori con handicap e minori in difficoltà	1

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Basta scorrere l'elenco degli accorpamenti illustrati nella tabella precedente e in quella seguente per rendersi facilmente conto che in queste strutture l'apertura a più tipologie di utenti non è il frutto di una riorganizzazione tesa a migliorare la qualità dell'accoglienza, né risponde ad una logica di specializzazione degli interventi.

Quando accade che in una realtà siano presenti simultaneamente anziani non autosufficienti, anziani in difficoltà e pazienti psichiatrici; oppure portatori di handicap, pazienti psichiatrici e minori in difficoltà, è chiaro che non ci troviamo di fronte a servizi sociali innovativi, ma davanti a percorsi orientati probabilmente dal calcolo delle opportunità economiche.

Tab.9: enti che si rivolgono a quattro o più tipologie di utenti

A chi si rivolgono	N° di enti
Pazienti psichiatrici, portatori handicap, minori in difficoltà e altro	1
Minori a rischio, minori con handicap, donne in difficoltà e minori in difficoltà	1
Anz. non autosuff., anz. in difficoltà, anz. autosuff., portatori handicap e minori con handicap	1

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

È evidente che l'articolazione dell'accoglienza, così come traspare dalle ultime tabelle, non obbedisce ad una logica plausibile; rivela, semmai, una dinamicità orientata ad intercettare tutte le opportunità possibili di finanziamento. Solo così si possono spiegare alcuni accorpamenti altrimenti senza senso.

Spesso è proprio la esiguità delle rette - che in Calabria sono, come abbiamo visto, tra le più basse d'Italia - a costringere i responsabili degli enti ad adottare questo tipo di strategia autoreferenziale, che contraddice ogni principio di specializzazione degli interventi. Si potrebbe dire che il particolare carattere che le convenzioni hanno assunto in Calabria ha di fatto favorito il degrado della qualità dei servizi alle persone, contribuendo in modo decisivo ad impedirne la modernizzazione.

2.3. Gli operatori retribuiti e i volontari.

Un indicatore dello scarso livello di specializzazione dei servizi prestati dalle organizzazioni censite è rappresentato dalla bassa qualificazione dei lavoratori da esse retribuiti, come si può evincere dalla tabella relativa al personale remunerato interno:

Tab.10: lavoratori remunerati interni

	Frequenza	%
Amministrativi	108	8.3
Medici	23	1.8
Infermieristico	71	5.5
Educativo	208	16.1
Assistenti sociali	61	4.7
Psicologi	8	0.6
OSA	75	5.8
OTA	71	5.5
Animatori	26	2.0
Tecn. Riabilitativi	42	3.3
Personale ausiliario	381	29.5
Altri tecnici	26	2.0
Altro	191	14.8

Totale lavoratori remunerati interni: 1291

(Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical)



Gli impiegati in possesso di un profilo professionale alto (medici, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri) rappresentano solo il 15.9% del totale. La maggior parte dei lavoratori si occupa prevalentemente di amministrazione, di servizi ausiliari o dell'assistenza pura e semplice, e garantisce pertanto il mero funzionamento delle strutture.

Il tipo di qualificazione dei lavoratori interni rende pertanto qualitativamente deboli le realtà di cui ci stiamo occupando.

Tra i lavoratori esterni, quelli che hanno una qualificazione professionale di profilo più alto rappresentano invece quasi il 50% del totale:

Tab.11: lavoratori remunerati esterni

	Frequenza	%
Amministrativi	96	10.9
Medici	164	18.6
Infermieristico	53	6.0
Educativo	53	6.0
Assistenti sociali	38	4.3
Psicologi	59	6.7
OSA	24	2.7
OTA	88	9.9
Animatori	19	2.2
Tecn. Riabilitativi	89	10.0
Personale ausiliario	66	7.5
Altri tecnici	8	0.9
Altro	125	14.1

Totale lavoratori remunerati esterni: 882

(Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical)

È chiaro che i responsabili di queste strutture vanno a cercare all'esterno le competenze di cui non possono disporre all'interno. I remunerati esterni, però, pur avendo una maggiore qualificazione professionale, offrono un contributo che non è continuativo, quindi incidono di meno sulle attività degli enti, sui quali pesano moltissimo i lavoratori interni con un basso livello di qualificazione e di istruzione. Sono questi ultimi, infatti, a determinare in maniera decisiva l'identità degli enti. Inoltre, tra i remunerati esterni cresce in maniera considerevole la percentuale delle figure che determinano la "sanitarizzazione" degli interventi (i medici, i tecnici della riabilitazione, il personale infermieristico), mentre cresce di poco - rispetto ai remunerati interni - la quota delle figure competenti in materia di progettazione sociale (come gli psicologi, i sociologi e gli assistenti sociali).

Questo tipo di composizione del personale remunere-

rato (interno ed esterno) è il frutto di scelte che garantiscono ai responsabili delle strutture la possibilità di una gestione fortemente centralizzata. Nello stesso tempo, tale composizione rappresenta la cartina di tornasole della debolezza progettuale di queste organizzazioni. Un personale dipendente poco qualificato è anche poco autonomo, nonché inadatto ad assumersi grandi responsabilità sul piano della gestione, o a spingere la struttura a percorrere strade innovative.

La qualificazione degli operatori volontari rispecchia quella dei remunerati interni. I dati che abbiamo a disposizione parlano di 638 volontari occasionali e di 421 volontari impegnati in una collaborazione continuativa. La composizione di questi ultimi si presenta così:

Tab. 12: volontari che prestano collaborazione continuativa (ruolo/compito)

	N° di istituti con % di volontari	%	% valida
Medici	6	3,6	9,2
Animatori	22	13,2	33,8
Educatrici	21	12,6	32,3
Infermieri	5	2,6	7,7
Psicologi	4	2,1	6,2
Tuttofare	6	3,6	9,2
Altro	1	0,1	1,5
Totale	65	38,9	100,0
Non risposta	102	61,1	
Totale	167	100,0	

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

L'impressione è quella di un volontariato di tipo "adattivo", impegnato in un'opera di sostegno alle strutture così come sono, che finisce con il potenziare il quadro sociale interno a quelle organizzazioni, e che non appare dunque in grado di promuovere iniziative di cambiamento.

La mancanza di progetti di integrazione sociale è lenita - anche se solo in minima parte - dal fatto che le organizzazioni di cui ci stiamo occupando, in quanto radicate in un territorio, e quasi sempre nel contesto di

un centro abitato, interagiscono in qualche modo con esso, fornendo così alle persone accolte la possibilità di stabilire relazioni con l'ambiente esterno.

Dai dati a disposizione, risulta che i minori in genere, le donne in difficoltà e gli anziani autosufficienti sono le categorie che più vivono esperienze di interazione con il territorio. La quasi totalità di essi intrattiene rapporti amicali con la popolazione locale, frequenta i negozi, partecipa ad attività parrocchiali, culturali o ricreative.

Decisamente meno integrati nel contesto territoriale sono gli anziani non autosufficienti (per ovvie ragioni) e i pazienti psichiatrici.

La condizione peggiore è quella delle persone portatrici di handicap: solo il 20% di esse stabilisce normalmente contatti con il mondo esterno alla struttura che li accoglie.

2.4. Le attività di verifica.

Un altro indice della bassa qualità dei servizi prestati è rappresentato dal carattere insufficiente delle verifiche. Ad ogni rappresentante delle strutture di cui ci stiamo occupando è stato chiesto esplicitamente se nelle loro organizzazioni viene effettuata una verifica della qualità dei servizi erogati. Le risposte sono state le seguenti:

Tab. 13: soggetti ai quali è affidata la verifica dei servizi erogati

	Frequenza	%	% valida
Sì, in modo sistematico dall'organizzazione	69	41.3	41.6
Nas, Asl - interna	48	28.7	28.9
Sì, in modo sistematico da enti pubblici	25	15.0	15.1
No, per nulla	6	3.6	3.6
Sì, in modo sistematico da soggetti esterni	5	3.0	3.0
Sì, da più enti	3	1.8	1.8
Equipe professionale	3	1.8	1.8
Interni	2	1.2	1.2
Regione	2	1.2	1.2
Assistente sociale	1	0.6	0.6
Assistenti sociali della Regione	1	0.6	0.6
Regione-Comune	1	0.6	0.6
Totale	166	94.4	100.0
Non risposta	1	0.6	
Totale	167	100.0	

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Solo nell'1.8% dei casi le organizzazioni affidano questo compito delicato ad una équipe professionale.

Nella maggior parte dei casi (41.3%) esse provvedono alla verifica autonomamente, mettendo verosimilmente in gioco risorse e competenze proprie. Se però incrociamo questa indicazione con il dato relativo al livello di qualificazione del personale remunerato, possiamo agevolmente renderci conto che, tra gli effettivi a disposizione delle strutture censite, assai pochi sono gli operatori che appaiono in grado di fissare gli indicatori e i criteri di una verifica oggettiva della qualità delle prestazioni offerte.

È abbastanza grave, inoltre, che la Regione – che rappresenta il principale riferimento, nonché l'unico finanziatore delle organizzazioni di cui ci stiamo occupando – quasi mai intervenga direttamente nel momento della verifica. D'altra parte, la stessa legge 5, che pure fissa con precisione e chiarezza i principi e i contenuti delle attività di organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali, non dice quasi nulla in ordine ai modi, ai tempi e ai criteri di verifica di quelle stesse attività.

In assenza di puntuali sollecitazioni e verifiche dall'esterno, gli enti del terzo settore in Calabria finiscono con il configurare un sistema senza controllo.

2.5. Realtà e prospettive del terzo settore nella nostra regione.

Un ulteriore elemento in grado di fornire spunti per una valutazione della qualità dei servizi sociali in Calabria è quello relativo alla natura giuridica degli enti gestori di servizi alle persone. I dati disponibili mostrano la netta prevalenza delle organizzazioni private, le quali rappresentano quasi l'80% del totale; quelle pubbliche sono soltanto il 5.6%:

Tab.14: la natura giuridica degli enti

	Frequenza	%	% valida
Privato non - profit	128	76,6	80,0
Misto (pubblico e privato)	20	12,0	12,5
Pubblico	9	5,4	5,6
Privato for - profit	3	1,8	1,9
Totale	160	95,8	100,0
Non risposta	7	4,2	
Totale	167	100,0	

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Questo dato evidenzia un fenomeno interessante, al quale peraltro si faceva riferimento poc'anzi: nella nostra regione la realtà dei servizi alle persone è quasi totalmente demandata al settore privato, mentre gli enti locali, e in particolare la Regione, attraverso il pagamento delle rette degli utenti, si limitano a giocare un ruolo di semplici finanziatori.

Ancora più interessante è il dato inerente alla tipologia degli enti gestori di servizi:

Tab.15: tipologia degli enti gestori

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
IPAB	4	2,4	2,4
Fondazione	11	6,6	6,6
Associazione	19	11,4	11,4
Ente morale	24	14,4	14,5
Ente ecclesiastico	49	29,3	29,5
Coop. Sociale A	18	10,8	10,8
Coop. Sociale B	1	0,6	0,6
Cooperativa	10	6,0	6,0
Società individuale	9	5,4	5,4
Società di persone	3	1,8	1,8
Altro	18	10,8	10,8
Totale	166	99,4	100,0
Nonrisposta	1	0,6	
Totale	167	100,0	

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Quest'ultima tabella mostra una evidente preminenza degli enti non profit. Notiamo, infatti, una netta prevalenza di enti ecclesiastici, che rappresentano quasi il 50% del totale. Le cooperative e le aziende, cioè le realtà che operano secondo le regole di mercato, costituiscono solo il 12% circa.

La tipologia degli enti gestori di servizi alle persone rivela che il lavoro sociale in Calabria non affonda le sue radici nel mercato, ma nella Chiesa. Il sistema del *welfare* nella nostra regione poggia infatti quasi integralmente su enti di natura religiosa. Non siamo quindi di fronte ad una nuova economia, ma alla riproposizione in termini di privato non profit delle tradizionali forme di assistenza.

La precarietà strutturale del mercato dei servizi alla persona nella nostra regione è strettamente connessa alla debolezza della domanda privata di servizi; per cui le organizzazioni che operano su questo terreno vivono una condizione di subordinazione al pubblico e di dipendenza dalla politica. Si tratta di strutture, infatti, che – come avevamo avuto modo già in precedenza di sottolineare – possono esistere e portare avanti i servizi per cui sono state poste in essere solo operando in

regime di convenzione con gli enti pubblici (nel nostro caso, con la regione), e quindi potendo contare su quanto viene ad esse corrisposto a titolo di pagamento delle rette.

Le realtà del terzo settore dovrebbero caratterizzarsi per il fatto di organizzare l'offerta di beni e servizi (soprattutto servizi alle persone) mettendosi sul mercato e operando in forma di impresa, pur conservando la dimensione non lucrativa. Le organizzazioni di questo genere dovrebbero cercare di intercettare la domanda pubblica di servizi, senza però dipendere esclusivamente da essa, anzi dovrebbero innanzitutto competere per soddisfare la domanda privata.

Le strutture di cui ci stiamo occupando sono invece – come abbiamo rilevato a più riprese – quasi completamente dipendenti dalla domanda pubblica.

A tutti i livelli oggi ci si chiede cosa si può fare per suscitare e alimentare una domanda privata di servizi, pre-condizione essenziale per la nascita e lo sviluppo del terzo settore e, secondo alcuni, per l'avvio di una vera modernizzazione dei servizi sociali in Calabria.

Rispetto a tante forme di disagio è oggettivamente difficile rispondere a questo interrogativo. Tuttavia, il problema vero è quello di riuscire a suscitare un'azione comunitaria, da giocare in termini di regolazione, e di avviare esperienze concrete di de-istituzionalizzazione del disagio.

L'attività delle organizzazioni non profit e l'azione comunitaria rappresentano modi alternativi di guardare e affrontare il disagio sociale. L'azione di comunità ha come obiettivi prioritari il radicamento, la maturazione di una consapevolezza collettiva del disagio e delle sue cause, la condivisione, la costruzione di reti sociali dal basso. Gli enti non profit, pur essendo almeno nominalmente non lucrativi, devono innanzitutto rispettare criteri di compatibilità economica. Uno sviluppo del terzo settore senza azione di comunità potrebbe dar luogo a meccanismi di mercificazione che altrove sono già in atto. Tale sviluppo, inoltre, potrebbe favorire il miglioramento della qualità delle accoglienze praticate, ma difficilmente riuscirebbe da solo ad avviare percorsi di de-istituzionalizzazione, che non possono essere intrapresi senza un forte coinvolgimento comunitario.

La debolezza strutturale del mercato nella nostra

regione, la fragilità organizzativa delle strutture di cui ci stiamo occupando e la forza della radice religiosa, di cui abbiamo detto, ci fanno pensare inoltre che la strada da intraprendere per un radicale rinnovamento dei servizi sociali in Calabria passa proprio attraverso un recupero di quella radice, che potrebbe essere riscoperta come una importante fonte di senso, di valori e di regolazione.

Un'altra informazione che ci dà la misura della profondità della radice religiosa è quella relativa ai fondatori degli enti:

Tab.16: i fondatori degli enti

	Frequenza	%	% valida	% cumulata
Un laico	23	13,8	14,2	14,2
Un religioso	97	58,1	59,9	74,1
Un gruppo laico	14	8,4	8,6	82,7
Un gruppo ecclesiale	3	1,8	1,9	84,6
Un gruppo di volontari	11	6,6	6,8	91,4
Una impresa	1	0,6	0,6	92,0
Un ente pubblico	5	3,0	3,1	95,1
Una congregazione	2	1,2	1,2	96,3
Una ass. di categoria	1	0,6	0,6	96,9
Un ente ecclesiale	1	0,6	0,6	97,5
Nonso/nonricordo	1	0,6	0,6	98,1
Associazione	1	0,6	0,6	98,8
Comune	2	1,2	1,2	100,0
Totale	162	97,0	100,0	
Mancante di sistema	5	3,0		
Totale	5	3,0		
Totale	167	100,0		

Fonte: Dipartimento di Sociologia dell'Unical

Possiamo notare come il 63,6% dei fondatori degli enti che stiamo analizzando viene riconosciuto direttamente come "religioso". C'è da aggiungere che almeno un altro 30% dei soggetti indicati come fondatori ("un laico", "un gruppo laico", "un gruppo di volontari"), pur non essendo individuati come appartenenti esplicitamente alla Chiesa, hanno sicuramente una radice ecclesiale.

Nella maggior parte dei casi, inoltre, il fondatore è una persona singola: la storia di queste strutture comincia quasi sempre con l'emersione di una forte leadership, attorno a cui si coagula successivamente una realtà collettiva.

Spunti conclusivi.

Nelle pagine precedenti abbiamo riflettuto su alcuni elementi che caratterizzano in maniera determinante gli enti non profit che operano in regime di convenzione con la regione Calabria. Abbiamo innanzitutto

rilevato la discrasia tra il piano normativo e quello dell'esperienza concreta dei servizi alle persone.

Quindi ci siamo messi alla ricerca degli impedimenti strutturali che rendono problematico il processo di differenziazione e di specializzazione degli interventi sociali. Ci è sembrato di capire che l'impedimento più grave sia rappresentato dal modo particolare in cui nella nostra regione funziona il meccanismo delle convenzioni e delle rette. Tale meccanismo rende le organizzazioni di terzo settore del nostro territorio totalmente dipendenti dalle istituzioni pubbliche, e non incentiva per nulla la ricerca di percorsi di innovazione nelle prassi di intervento sui bisogni della gente, i quali si vanno progressivamente diversificando.

Alla luce di queste considerazioni, abbiamo cercato di spiegare in che senso nella nostra regione si debba parlare di una mancata modernizzazione dei servizi sociali, e abbiamo verificato come la massiccia pratica della istituzionalizzazione del disagio rappresenti il segno più eloquente di questa situazione di arretratezza.

Ci siamo resi conto del fatto che la L.R. n. 5/87 sul riordino dei servizi socio-assistenziali, pur essendo uno strumento apprezzabile per quanto riguarda i principi ispiratori e l'impianto di fondo, presenta degli elementi di ambiguità che hanno permesso pratiche di rispetto formale della legge e, contestualmente, di sostanziale conservazione dello *status quo*. Tali pratiche hanno infatti favorito, negli ultimi dieci anni, il processo di ulteriore cristallizzazione dei modi di intervento sul disagio nella forma dei tradizionali istituti di accoglienza.

Abbiamo manifestato, inoltre, la convinzione che la possibilità di un rinnovamento radicale dei servizi sociali in Calabria passi attraverso la riscoperta e la rielaborazione delle profonde radici religiose che hanno sempre alimentato le esperienze più significative di lavoro sociale nella nostra regione, più che attraverso il ricorso alle logiche della razionalità organizzativa e del mercato.

Come abbiamo già notato in precedenza, tutto il sistema del *welfare* in Calabria poggia ancora oggi su organizzazioni appartenenti, direttamente o indirettamente, alla Chiesa. Sarebbe interessante cercare di capire come mai queste esperienze di lavoro sociale, evidentemente motivate e orientate da un forte senso religioso, a partire da un certo momento in poi (dal secondo dopoguerra circa) abbiano prodotto fenomeni di così massiccia istituzionalizzazione del disagio. Forse tutto ciò è avvenuto per via della particolare configurazione che in Calabria hanno assunto i rapporti tra la Chiesa e le istituzioni politiche.

Sotto la spinta di motivazioni di fede, nel primo e nel secondo dopoguerra persone e gruppi hanno cominciato ad organizzare risposte ai bisogni emergenti. Sotto quella spinta sono sorte anche diverse congregazioni religiose. L'azione di radicamento nei bisogni e la conseguente crescita delle dimensioni strutturali e organizzative hanno suscitato l'interesse del ceto politico, già a partire dalla fine degli anni '40. Prima attraverso il meccanismo dei sussidi e poi attraverso il sistema delle convenzioni e delle rette, i politici hanno sostenuto e alimentato la crescita progressiva di queste strutture, ricavandone una buona ricaduta in termini di consenso. Questo tipo di interazione tra le organizzazioni religiose radicate nel sociale e il momento politico ha innescato il processo di istituzionalizzazione del disagio e, nel corso del tempo, ha reso gli enti gestori di servizi sempre più dipendenti dalla politica, la quale nulla ha saputo o voluto fare per innovare sul terreno delle politiche sociali e di intervento.

La forma di accoglienza rappresentata dagli istituti non solo ha cristallizzato quella spinta motivazionale originaria, ma – come abbiamo visto – continua ad essere nella nostra regione la modalità di intervento pressoché unica: gli enti sorti dagli anni '50 in poi sono quasi sempre articolazioni sul territorio di istituti già esistenti, e magari appartenenti ad una stessa congregazione religiosa. Le poche cooperative rilevate sono state istituite tutte nell'ultimo decennio.

Pertanto riteniamo che il ripensamento dei servizi sociali in Calabria non si possa giocare solo sul terreno della razionalità organizzativa o della logica d'impresa, ma esiga il recupero e la rielaborazione di quella radice religiosa, fonte di valori e di senso, che ha alimentato finora le più importanti esperienze di lavoro sociale organizzato nella nostra regione.

¹ B. WEISBROD, *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, 1988.

² N. LIPARI, *Per una disciplina del Terzo Settore*, Fivoli, Roma, 1998, p. 13.

³ P. DONATI, *Che cos'è il terzo settore: cultura, normatività, organizzazione, ruolo societario*, in P. DONATI (a cura di), *Sociologia del terzo settore*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996, p. 26.

⁴ *Ibidem*

⁵ G. ROSSI, *Il caso italiano*, in P. DONATI (a cura di), *Sociologia del terzo settore*, cit. p. 82.

⁶ I. COLOZZI, A. BASSI *Una solidarietà efficiente. Il terzo settore e le organizzazioni di volontariato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995, p. 152.

⁷ N. LIPARI, *Per una disciplina*, cit., p. 19.

⁸ P. SCHLESINGER, *Le "non profit organizations" nel diritto italiano*, in G. PONZANELLI (a cura di), *Gli enti "non profit" in Italia*, CEDAM, Padova, 1994, p. 274.

⁹ G. PIEPOLI, *Gli enti non profit*, in *Diritto privato europeo*, I, Padova, 1997, p. 347.

¹⁰ N. LIPARI, cit., p. 21.

¹¹ Cort. Giust. CE n. 1178/95.

¹² N. LIPARI, cit., p. 21.

¹³ Su questo punto, cfr. G. FABIANO, G. MARCELLO, *Bambini e ragazzi in istituto nella provincia di Cosenza*, in *Alogon*, n. 47/2000

Occupazione e disabilità: una prospettiva europea¹

Antonio Sama²

ABSTRACT

L'articolo tenta di discutere il tema attraverso uno sguardo sui cambiamenti nelle politiche pubbliche e nella pratica delle organizzazioni in Europa. Dal collocamento obbligatorio alle pari opportunità, dalla metodologia dell'inserimento lavorativo alle imprese sociali, il panorama - ed il discorso - su occupazione e disabilità è fortemente mutato negli ultimi vent'anni.

Le politiche pubbliche e l'inserimento lavorativo

Sin dall'inizio degli anni '80 è divenuto chiaro che il cambiamento strutturale dell'economia europea, la crescente pressione culturale per la deistituzionalizzazione e la piena integrazione delle persone disabili, avrebbero prodotto un enorme impatto sulle tradizionali forme di occupazione per persone disabili, per esempio i laboratori protetti. La marginalizzazione occupazionale delle persone disabili non sarebbe più stata tollerata a lungo, mentre le forme 'protettive' non avrebbero resistito alla pressione della modernizzazione. Le abilità tradizionali apprese nei laboratori protetti erano di limitato uso nel mercato del lavoro in cambiamento, con i laboratori protetti perdenti la loro posizione di fornitori ed unità produttive (Seyfried and Lambert, 1989).

Nuove forme furono sviluppate allo scopo di raggiungere l'integrazione sociale delle persone con disabilità attraverso l'occupazione. Forme che coniugavano i bisogni delle persone con disabilità - attraverso l'invenzione di nuove risorse e nuove maniere di usare le risorse, incluse quelle finanziarie - divennero disponibili. Tra queste forme due in particolare hanno raggiunto successi significativi nell'innovare la pratica: l'inserimento lavorativo e le imprese sociali. Entrambe hanno ricevuto un notevole impulso con il supporto finanziario del Fondo Sociale Europeo e l'Iniziativa Occupazione, come ad esempio Horizon.

L'inserimento lavorativo è una metodologia sviluppata per prima negli Stati Uniti negli anni '70, basata sul principio che ognuno ha il diritto ad essere pienamente occupato e pienamente incluso in tutti gli aspetti della vita sociale.

La metodologia facilita l'accesso dei singoli alle opportunità formative e occupazionali del mercato del lavoro aperto. L'inserimento lavorativo è fornito da uno specialista (di solito chiamato Job Coach o Employment Specialist) che assiste le persone con disabilità nella ricerca e nella scelta

di un lavoro che incontra i loro specifici bisogni e aspirazioni. Il lavoro è di solito localizzato in un'organizzazione reale (pubblica, del volontariato, commerciale). Lo specialista assiste con la formazione in situazione e con la mediazione con colleghi e dirigenti per facilitare l'inserimento della persona disabile. Continuo sostegno è fornito per assicurare un'occupazione nel lungo periodo (Rusch e Hughes, 1989).

La metodologia per l'inserimento lavorativo rappresenta un approccio alternativo ai laboratori protetti o ad attività lavorative nei centri diurni. Sia l'inserimento lavorativo che l'impresa sociale (discussa in dettaglio più avanti) rappresentano una maniera per risolvere la tensione tra laboratorio protetto - che offre troppa poca integrazione - ed il mercato del lavoro - che offre troppa poca protezione.

L'obiettivo finale di queste nuove forme è non solo quello di fornire un lavoro, ma anche di costruire ed usare condizioni di lavoro reale per promuovere lo sviluppo delle persone disabili e la loro integrazione, mentre si fornisce protezione ed integrazione allo stesso tempo [Fig. 1].

Fig. 1

Valutazione degli elementi di qualità nell'inserimento lavorativo			
Caratteristiche	Meno desiderabile	Standards minimi	Più desiderabili
SALARIO	Nessun salario	Salario terapeutico + aumenti nel tempo	Salario di mercato
BENEFICI OCCUPAZIONALI	No ferie, o assenze per malattia o altri benefici occupazionali	Gli stessi dei colleghi che fanno lo stesso lavoro	Varietà completa di benefici dati a tutti i lavoratori
CONDIZIONI LAVORATIVE	Insicure, ostili, inaccessibili o scomode	Sicure	Sicure, friendly accessibili e comode
OCCUPAZIONE DI LUNGA DURATA	L'azienda è stagionale, instabile in un comparto marginale	Opportunità lavorative per tutto l'anno	Il lavoro non è stagionale, è stabile in un comparto in crescita
ORARIO DI LAVORO, BREAKS, PRANZO	Meno di 10 ore settimanali (diverso dai colleghi)	10 ore settimanali	37.5 ore a settimana (come i colleghi)
PREFERENZE INDIVIDUALI	Non è richiesto che il lavoro soddisfi le preferenze personali	Soddisfa molte delle preferenze individuali	Riflette una situazione occupazionale ideale
OPPORTUNITA DI CARRIERA	Nessuna prospettiva di carriera, l'esperienza non è spendibile sul mercato del lavoro	Alcune opportunità di cambiare i compiti e aumentare le responsabilità	Prospettive di promozione ed attesa di far carriera
VICINANZA DEI COLLEGHI	Non lavora vicino o con colleghi	Qualche volta lavora con colleghi	Lavora come componente di un regolare team
SUPPORTO AI COLLEGHI	Non c'è formazione interna disponibile per i colleghi	Tasso di turn over basso. Datori di lavoro aperti a nuove idee	Supporto e formazione interna disponibile
ASPETTATIVE DI LAVORO	Confuse, instabili e rigide	Chiare e concordate	Chiare, stabili, flessibili e concordate
SEDE	Lontano da casa e dai servizi territoriali	Trasporto disponibile	Vicino a casa ed ai servizi territoriali

Fonte: HELIOS, 1996, pg. 25

Nei primi anni '80 le politiche occupazionali nell'UE e nei suoi Stati Membri hanno dovuto anch'esse affrontare due sfide risultanti dai cambiamenti economici strutturali e dall'emergere di approcci per le pari opportunità, sia nel mercato del lavoro che nella società. Il tradizionale processo di lavoro verticale, associato con la produzione manifatturiera, è stato sostituito da una crescente economia fondata sui servizi che ha sfidato il tradizionale sistema della sicurezza sociale e le tradizionali forme di occupazione per i disabili. I sistemi di sicurezza sociale del "tutto o niente", dove gli individui erano considerati essere completamente "idonei" o completamente inidonei a lavorare in occupazioni a tempo pieno, non hanno retto a lungo i cambiamenti nell'economia e nelle attitudini delle persone.

La ricerca comparativa dei primi anni '90 mostra come la legislazione dei paesi dell'UE per l'occupazione dei disabili, con l'eccezione della Svezia, era principalmente orientata a misure di occupazione obbligatoria. Mentre paesi come il Canada, gli USA e l'Australia promuovevano l'occupazione come parte di una politica occupazionale più ampia fondata sui principi antidiscriminatori e di pari opportunità (Lunt e Thornton, 1993).

Nei paesi dell'UE l'implementazione delle politiche, divisa tra organismi statali responsabili per i bisogni sociali e quelli responsabili delle politiche occupazionali, assegnava un ruolo prominente alle forme di occupazione protetta, senza un'adeguata attenzione alla transizione verso l'occupazione 'aperta'. L'enfasi sull'obbligatorietà, e principalmente sulla formazione riabilitativa ed un mercato del lavoro protetto, porta ad "adattare" il disabile al mercato del lavoro.

In quegli stessi anni un robusto movimento per il riconoscimento della disabilità come un problema socialmente costruito piuttosto che individuale, iniziò a spostare l'attenzione verso il riconoscimento e la rimozione delle barriere sociali alla vita indipendente dei disabili. Tale movimento evidenziò come la legislazione, le strutture socio-politiche e lo sviluppo economico non affermassero gli stessi diritti e responsabilità per i disabili, al pari degli altri cittadini (HELIOS, 1996).

In anni recenti la Commissione Europea ha attivamente promosso la collaborazione nel campo delle disabilità allo scopo di affrontare le difficoltà che incontrano le persone disabili. Uno dei risultati di questo sforzo, con l'attiva collaborazione delle organizzazioni rappresentanti i disabili, è stata una nuova tendenza nella legislazione europea. La Commissione Europea ed il Consiglio dei Ministri hanno sostenuto nel

1996 uno spostamento delle politiche, dando maggiore enfasi all'integrazione come chiave per l'inclusione dei disabili nella società. Questo approccio si basa sull'impegno, condiviso da tutti gli Stati membri, ad identificare e rimuovere le barriere alle pari opportunità e nel promuovere la piena partecipazione dei disabili in tutti gli aspetti della vita sociale. [Fig. 2]

Fig. 2

**CATEGORIE USATE DALLA COMMISSIONE EUROPEA
PER COMPARARE LE POLITICHE DEGLI STATI MEMBRI
SULLE PARI OPPORTUNITA PER I DISABILI**

La DGV dell'UE ha prodotto nel 1998 un Compendio sulle politiche degli Stati Membri, le categorie usate per descriverle sono:

- > Dipartimenti o organi responsabili per il coordinamento o l'assistenza ai governi per la formulazione generale di politiche
- > Dipartimenti o organi responsabili per le politiche sui diritti civili
- > Dipartimenti o organi responsabili per l'erogazione di assistenza finanziaria (benefits)
- > Dipartimenti o organi responsabili per l'erogazione di servizi come:
 - ▲ Istruzione
 - ▲ Formazione Professionale
 - ▲ Lavoro
 - ▲ Sanità
 - ▲ Integrazione Sociale
- > Dipartimenti o organi responsabili per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Fonte: DGV (1998) Compendium on Member States' Policies on Equality of Opportunity for People with Disabilities

Questa è la mossa finale: da una politica obbligatoria ad una politica che si basa sull'approccio dei diritti per ciò che attiene l'occupazione. Questa decisione evidenzia come le politiche per le disabilità vadano oltre l'erogazione di servizi sociali e sanitari, allo scopo di ridurre le limitazioni funzionali ed aumentare l'indipendenza. L'occupazione è tra gli scopi di una complessiva politica di pari opportunità che promuova i diritti dei disabili, così come la crescita della consapevolezza sociale verso le questioni significative per le persone disabili (Commission of European Communities, 1996).

Le imprese sociali

Una classificazione delle soluzioni organizzative, adottate sperimentalmente in Europa nel campo dell'occupazione per i disabili, descrive otto modalità in cui l'equilibrio tra protezione ed integrazione è raggiunto. Il tradizionale laboratorio protetto e il lavoro autonomo sono ai due estremi del *range*: nel mezzo sono descritte tutte quelle forme che costituiscono

no cioè che è stato chiamato “lavoro semi-protetto” (Seyfried e Lambert, 1989, Fig. 3).

Fig. 3

Tipologie di lavoro semi-protetto

Lavoro individuale competitivo

(nessuna protezione speciale, tranne i dispositivi legali sull'occupazione di disabili, p.es. protezione contro il licenziamento ingiustificato, ferie aggiuntive)

Lavoro adattato in normali aziende

(adattamenti individuali per l'integrazione aziendale, p.es. le condizioni di lavoro, l'orario, l'organizzazione, etc.)

Lavoro semiprotetto in normali aziende

(protezione collettiva e condizioni di lavoro speciali per un gruppo di disabili che lavora sotto la responsabilità dell'impresa)

Lavoro semiprotetto in cooperative che occupano lavoratori disabili e non

(protezione flessibile e, se necessario, condizioni di lavoro speciali)

Lavoro semiprotetto in cooperative di disabili

(lavoro in condizione flessibile e, se necessario, condizioni di lavoro speciali)

Lavoro esterno in istituzioni protette

a) per singoli disabili

b) per gruppi di disabili

(il lavoro è svolto in un'impresa, per lo più in un'enclave, ma sotto la responsabilità dell'istituzione protetta; con protezioni individuali collettive e, se necessarie, speciali condizioni di lavoro)

Lavoro semiprotetto in laboratori per disabili

(il lavoro è svolto all'interno e sotto la responsabilità della istituzione protetta con strategie volte alla sua apertura)

Lavoro protetto in tipici laboratori protetti per disabili

(il lavoro è svolto in istituzioni speciali, solo per disabili)

M
a
g
g
·
N
o
r
m
a
l
i
z
z
a
z
i
o
n
e

M
a
g
g
·
p
r
o
t
e
z
i
o
n
e

Fonte: Seyfried and Lambert (1989)

Un'occupazione semi-protetta è “un'occupazione che presuppone misure di supporto che consentano normali condizioni di lavoro al più altro grado possibile” (ivi, pg. 9). Queste nuove forme sono conosciute come *enclaves*, laboratori protetti parzialmente aperti e imprese integrate. Il primo gruppo rappresenta speciali dipartimenti o unità produttive in regolari aziende private che occupano solo disabili. Il secondo rappresenta il risultato di un processo per cui il laboratorio protetto è trasformato in un'unità produttiva semi-indipendente. Il terzo rappresenta una varietà di imprese con forza lavoro mista di disabili e non. L'impresa sociale può essere vista come una varietà di quest'ultima forma.

L'impresa sociale affronta la questione dell'inclusione sociale delle persone disabili da un punto di partenza socio-economico piuttosto che socio-assistenziale. La creazione di occupazione è vista come un mezzo per combattere l'esclusione sociale, con la principale strategia nell'avvio di attività economiche e commerciali (European Network for Economic Self Help and Local Development, 1997).

Un'impresa sociale, così come definita da un network europeo, è “una piccola azienda compresa sotto una varietà di forme legali che conduce un'attività commerciale. Il suo

scopo primario è di avere successo finanziariamente ed al contempo occupare, con supporti, persone con disabilità nella sua forza lavoro. Almeno il 30% degli occupati, se non di più, saranno persone che, per la loro disabilità, sono incapaci di ottenere o mantenere l'occupazione nella maniera tradizionale. Punta a pagare un salario reale per un lavoro reale e ad offrire prodotti o servizi di alta qualità”. (Grove et al, 1997) Mentre l'inserimento lavorativo è una risposta individuale all'adattamento del profilo del lavoro che ha un impatto sull'azienda nel medio-lungo periodo, un'impresa sociale è un'organizzazione progettata sin dal suo avvio su misura dei bisogni dei lavoratori disabili. La prima persegue la filosofia “la persona giusta al posto giusto”, la seconda persegue “la giusta organizzazione per le persone giuste”.

Sono identificati due tipi di imprese sociali: quella orientata al mercato e quella orientata al progetto (Schwartz, 1996). La prima disegna strategie intorno al mercato, la seconda intorno al benessere dei suoi membri. Molte imprese sociali orientate al mercato nascono, in prima istanza, orientate al progetto. Malgrado nessuna ricerca sia stata condotta sulle origini storiche di ciò che è ora noto come impresa sociale, sembra che le prime forme siano partite come azione collettiva per sostenere la deistituzionalizzazione in presenza di scarse risorse finanziarie.

“I bisogni insoddisfatti risultati da costrizioni [finanziarie] non hanno dato origine ad accuse, proteste o domande per risorse e risposte da parte dello Stato, ma piuttosto esperimenti di lavoro con risposte qualitativamente diverse. Questi esperimenti mobilitano nuovi attori e inventano nuove risorse e nuove maniere di usare quelle disponibili, cambiando in accordanza con i compiti istituzionali, i modelli di responsabilità ed organizzativi” (de Leonardis, 1993).

Sia la letteratura degli studiosi che quella degli operatori sono concentrate sulla comprensione e la spiegazione di cosa renda un'impresa sociale diversa da un laboratorio protetto e da un'impresa puramente commerciale (de Leonardis, 1996; Mannila, 1996; ECHO, 1997; Grove, 1997). Entrambi i filoni sono concentrati sulla comprensione e la promozione della specifica natura, a volte speciale, di queste imprese. Entrambi sono particolarmente interessati ad evidenziare che ci sono differenze tra imprese sociali ed altre imprese commerciali. La principale differenza è spesso indicata nella presenza di un elevato grado di entusiasmo e motivazione in ogni impresa sociale. Questo alto grado di motivazione è di solito localizzato nei valori centrali dell'impresa sociale, p.es. impresa che cura, partecipazione dei suoi membri, giustizia sociale etc.

In altre parole, un'impresa sociale è un'impresa partecipativa dove le persone che sono socialmente escluse o che sono a rischio di esclusione sociale contribuiscono all'intrapresa commerciale. La caratteristica centrale è il coinvolgimento di persone che sarebbero costrette in una situazione di dipendenza nel setting socio-assistenziale, in un'impresa che per

definizione ha lo scopo di gestire il rischio imprenditoriale. In questo rispetto l'identità specifica e speciale delle imprese sociali non è dissimile da ogni organizzazione orientata al profitto. Non è chiaro fino a che punto le persone disabili siano coinvolte nella gestione delle imprese. Per esempio, non è nota alcuna ricerca che abbia indagato il numero delle persone disabili con responsabilità di gestione o membri di consigli di amministrazione.

Managers di imprese sociali di solito descrivono la differenza tra la loro impresa e le altre con la motivazione e l'impegno dei loro soci e della loro forza lavoro. A parte ciò la loro descrizione dell'impresa è simile a quella di ogni altra impresa che deve trovare i propri mercati e competere per il successo; e dove pianificazione, conoscenza del mercato, qualità e prodotti/servizi sono elementi cruciali di ogni impresa di successo (Grove et al., 1997). Come ogni altra piccola impresa la fase di avvio è cruciale. C'è poca differenza tra l'enfasi delle imprese sociali ad essere autofinanziate, e l'obiettivo di una piccola impresa di resistere alle dinamiche del mercato.

Sotto questo aspetto un'impresa sociale è "la realizzazione di un'idea". Come Dartington dichiara in un articolo sulle organizzazioni di volontariato "qualcuno in qualche luogo ha visto un bisogno e si è messo a fare qualcosa. L'idea originale riceve maggiore legittimazione e ha più sostanza, anche se è una funzione mobilitatrice, che l'originale identificazione di un'opportunità imprenditoriale, l'idea è cruciale per l'identità dell'organizzazione". (Dartington, 1998)

Alcune questioni relative alle imprese sociali

Da un numero di case studies (de Leonardis et al. 1994; Grove et al. 1997) emerge che le imprese sociali di solito iniziano la loro attività in mercati che richiedono un capitale di investimento minore. In molti casi di successo dietro c'è la conoscenza dei mercati locali (con una ricerca di mercato fatta dall'interno o affidata ad agenzie esterne) e un ben pensato processo di programmazione (un business plan a medio e lungo termine, una strategia di crescita regolata).

Malgrado sia chiaro che nell'avvio di imprese sociali un ruolo centrale è giocato dai managers, non sembrano esserci ricerche o accenti sul ruolo che una leadership ispirata gioca o potrebbe giocare. Dalla letteratura emerge che il reclutamento e lo sviluppo professionale dei managers sembra seguire due principali percorsi: professionisti dal setting di cura imparano i 'trucchi del mestiere' attraverso tentativi ed errori, o managers del settore commerciale disponibili ad imparare le cruciali abilità interpersonali richieste da una forza lavoro particolare. Il primo percorso implica che i professionisti attraversino il confine tra un ruolo di cura ed un ruolo imprenditoriale.

Questo sembra essere l'esperienza della prima generazione

di ciò che è oggi chiamato l'imprenditore sociale, o il manager sociale. C'è un trend riconoscibile di corsi di formazione (anche con il supporto dei fondi dell'UE) per managers, organizzato dalle stesse imprese sociali. Questa tendenza ha di recente coinvolto università che offrono corsi di diploma specificamente per attuali, o desiderosi, managers delle imprese sociali.

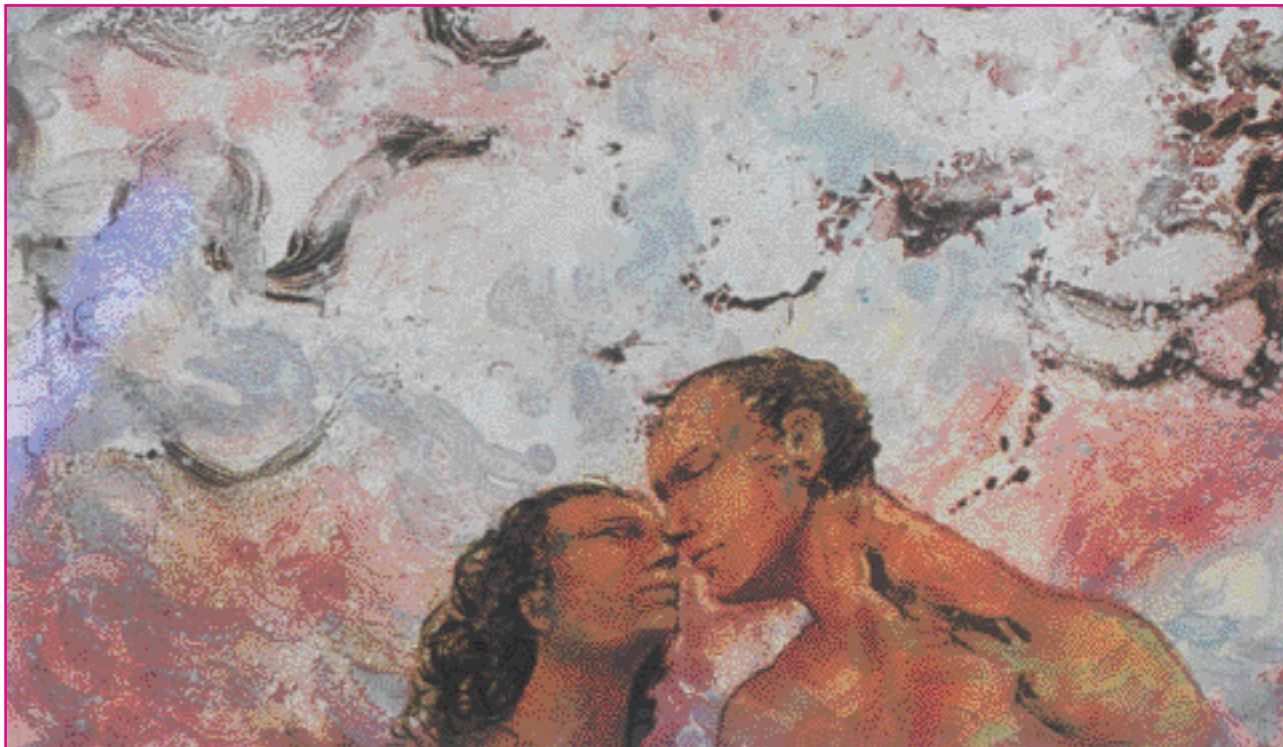
Per aver successo e crescere, come ogni altra impresa, un'impresa sociale deve investire nella qualità dei prodotti/servizi che vende, e la qualità della sua gestione. Le abilità che sono richieste ai managers sono le stesse di quelle di ogni leader imprenditoriale.

Un'altra questione rilevante è in quale misura sussidi esterni aiutano l'impresa sociale. Sussidi potrebbero essere: finanziamenti per forme di sussidio al salario, mercati protetti, finanziamenti, sistemi di tassazione favorevoli. Nei contesti nazionali degli Stati Membri dell'UE queste sono, in una maniera o un'altra, parte del fatturato dell'impresa.

Forti legami nelle comunità locali sembrano essere condivisi da imprese sociali di successo, sia in termini di reti di cura che commerciali. L'importanza di questi legami forti è evidente in quello che è l'elemento più importante in un'impresa sociale di successo. I professionisti coinvolti in imprese sociali lo riconoscono e lo dichiarano:

"Un'impresa sociale deve puntare a divenire commercialmente di successo e assicurare stabilità occupazionale a tutti i suoi dipendenti. Questo implica sia stabilità commerciale che uno stile manageriale unico che è al contempo di cura e orientato al business (...) L'equilibrio tra l'elemento commerciale e quello di cura è la singola questione maggiormente critica che le imprese sociali devono affrontare, e l'equilibrio è raggiunto in maniera differente in relazione alle origini dell'impresa e agli orientamenti dei suoi fondatori. (...) Le imprese sociali più di successo lavorano in collaborazione con agenzie esterne per assistere e sostenere quelle persone che richiedono extra aiuto, dove questo non può essere fornito all'interno delle imprese". (Grove et al., 1997, pg. 11, corsivo mio)

In una ricerca europea sulle imprese sociali (de Leonardis et al., 1994) il legame con la comunità locale è riconosciuto come elemento cruciale di ogni impresa sociale di successo. L'abilità a creare e mantenere relazioni innovative tra i vari attori dei sistemi locali (organizzazioni pubbliche, enti locali, autorità sanitarie, agenzie di formazione, imprese private) è cosa caratterizza un'impresa sociale. Con questa prospettiva un'impresa sociale è un'impresa che mobilita energie ed impegno nella comunità locale.



¹ Questo articolo raccoglie alcuni materiali originariamente pubblicati nel volume Munday B., Samà A. (eds) (1999) **From Welfare to Enterprise. Lessons from the ARTO Third System and Employment Project**, Canterbury: EISS.

Si ringrazia Adrian Greenwood, Presidente del consorzio ARTO, per averne consentito la traduzione e pubblicazione.

² Antonio Samà è un ricercatore e consulente per le innovazioni ed il cambiamento organizzativo nei servizi sociali. Risiede e lavora nel Regno Unito dove collabora con lo *European Institute of Social Services* presso l'Università del Kent. In Italia ha un rapporto di collaborazione con la Scuola del Sociale dell'Associazione Comunità Progetto Sud, ed il D.U.S.S. dell'Università della Calabria.

Bibliografia

Seyfried, E., Lambert, L. (1989). **New semi-sheltered forms of employment for the disabled person**, Luxembourg: Office for Official Publication of the European Commissions

Rusch, F. R. and Hughes, C. (1989) 'Overview of Supported Employment' *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 22. Pp.351-363

Lunt, N. and Thornton, P. (1993) **Employment Policies for Disabled People. A Review of Legislation and Services in Fifteen Countries**, London, Department of Employment, Research Series, No 16

De Leonardis, O. (1993) 'New Patterns of Collective Action in a 'Post-Welfare Society: The Italian Case', in Drover, G. and Kerans, P. (eds) **New Approaches to Welfare Theory**, Adershot: Edward Elgar Publishing Limited

De Leonardis, O., Mauri, D. and Rotelli, F. (1994) **L'impresa Sociale**, Milano: Anabasi

HELIOS (1996) **Helios II European Guide of Good Practice. Towards Equal Opportunities for Disabled People**, Luxembourg: Office for Official Publication of the European Commissions

Commission of European Communities (1996) **Communication of the Commission on Equality of Opportunity for People with Disabilities. A new European Community Disability Strategy**, COM(96)406, Luxembourg: Office for Official Publication of the European Commissions

Mannila, S. (1996) **Social Firms in Europe. Some practical aspects**, Helsinki: STAKES

Swartz, G. (ed.) (1996) **Reader on Social Firm**. Berlin: CEFEC

E.C.HO (1997) **Social Firms**. Apeldoorn: Garant

European Network for Economic Self Help and Local Development (1997), **Community Economic Development and Social Enterprises**, Berlin

Grove, B., Freudenberg, M., Harding, A., O'Flynn, D. (1997) **The Social Firm Handbook**, Brighton: Pavilion Publishing Limited

Monone, A. (1997) **Social Firms. New Jobs for the Disabled**, Joensuu: Honkalampi Foundation

Dartington, T. (1998) 'From Altruism to Action: Primary Task and the Not-for-Profit Organisation', **Human Relations** vol. 51 n.12. pp.1477-1493

A Franco.
Grazie per le piccole e grandi e



tutte forti cose che hai donato.



È SCOMPARSO FRANCO LIO,
HOMO FABER DELLA COMUNITÀ PROGETTO SUD

LA SUA VITA È STATA CONTRASSEGNA DA UNA CONTINUA AZIONE IN FAVORE DEI NON GARANTITI

Franco Lio se ne è andato. È stato tra i fondatori della Comunità Progetto Sud, in anni in cui investire la propria vita nell'affermazione dei diritti degli ultimi era cosa difficile da pensare: al massimo si poteva manifestare, organizzare convegni, proporre una legge, ma tutto ciò non si trasformava poi in condivisione.

Franco lo ha fatto: ha coniugato la condivisione con la solidarietà, assieme a pochi altri, e quel poster dei «simpatici briganti» che, molti ricorderanno, campeggiava nella sala della Comunità, esprimeva tutta la voglia di trasformare un'utopia in una necessità di riscatto e tante buone idee in un Progetto.

Adesso che la Comunità è una solida e qualificata realtà e punto di riferimento nazionale nella progettazione delle politiche sociali, tanto si deve a lui, al suo carattere schivo che preferiva parlare con le azioni e le scelte di vita.

Era persona squisita, di una disponibilità non comune, e al tempo stesso determinato a far bene quanto si era deciso di fare: la tipografia di Progetto Sud è una sua creatura, nata non solo per rendersi autonomi nella diffusione delle idee, ma anche per diventare occasione professionale per ragazzi con problemi di tossicodipendenza o di handicap.

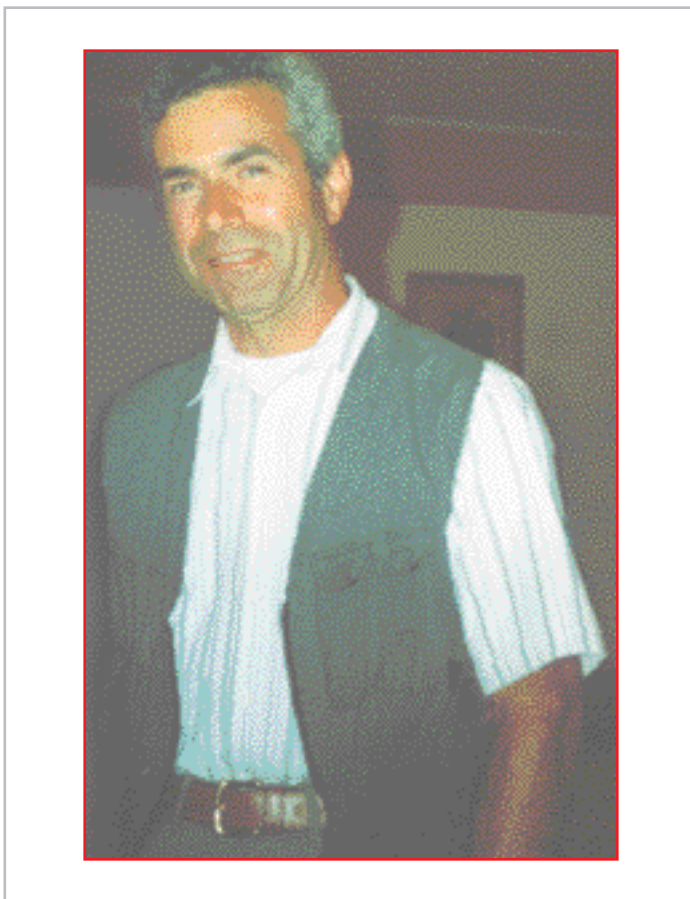
La sua passione nel recupero agricolo di un fondo ormai abbandonato e ricoltivato secondo i criteri della coltivazione biologica con tanti tipi di piante da frutto di antica tradizione calabrese, ne aveva fatto un punto di eccellenza regionale, oltre che essere lui stesso tra i maggiori riferimenti dell'agricoltura biologica italiana.

Il suo impegno nell'affermazione e diffusione del commercio equo e solidale, in anni in cui *no-global* era parola misteriosa, era un altro dei passaggi della sua continua ricerca per essere presente lì dove le piccole e grandi contraddizioni del mondo diventavano insopportabili.

La determinata volontà di realizzare in Calabria la Banca Etica, cioè una vera e propria banca il cui unico scopo è quello di favorire finanziamenti a quanti mancano solo di questi per realizzare progetti imprenditoriali *non-profit* senza sentirsi soffocati da interessi insostenibili, è stato ancora un altro dei gesti che hanno contrassegnato la sua continua azione in favore dei non garantiti del mondo.

Tutta la vita di Franco è stata più importante di un gesto della vita, e la moglie, i figli, la Comunità, i familiari conserveranno con orgoglio questa figura di persona buona e la sua testimonianza forte e limpida. Lamezia adesso ha perso una ricchezza, ma quanto Franco ha seminato con il suo impegno è già lievito per i tanti che hanno avuto la fortuna di conoscerlo.

MARIO CASERTA



CHIEDETE PACE

Chiedete pace per Gerusalemme,
fratelli ebrei, cristiani e musulmani,
comune discendenza del patriarca Abramo:
spunti per voi il sole della giustizia!

Chiedete pace per i Grandi Laghi,
fratelli e sorelle hutu e tutsi,
popolo delle mille colline,
prigionieri dietro le sbarre o prigionieri dell'odio:
si dirigano i vostri passi
sulla via della riconciliazione!

Chiedete pace per i Balcani,
per il Kosovo e per la Serbia,
per la Bosnia e la Croazia,
per il Montenegro e l'Albania:
che le diversità di etnia e di religione
scoprano la feconda fatica del dialogo!

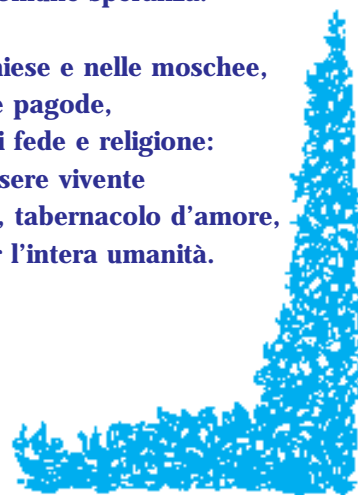
Chiedete pace per tutte le guerre dimenticate,
per tutti i combattenti drogati con la violenza,
per tutte le donne e i bambini indifesi,
per tutti i campi non seminati e devastati,
per l'aria ammorbata e le acque avvelenate:
cessate di depredare la terra
tornate a coltivarla come un giardino,
cessate di fabbricare strumenti di morte
e aprite i cantieri della solidarietà!



Chiedete pace in Italia e in Europa,
tra antichi abitanti e nuovi concittadini
arrivati dal Sud del mondo,
dalle terre povere di mercati e banche,
ricche di colori, suoni e sentimenti:
che le antiche civiltà sappiano accogliere
l'inedita sfida di una comune speranza.

Chiedete pace nelle chiese e nelle moschee,
nelle sinagoghe e nelle pagode,
nei luoghi sacri di ogni fede e religione:
che il corpo di ogni essere vivente
diventi tempio di pace, tabernacolo d'amore,
canto di vita piena per l'intera umanità.

5 settembre 2001



F.I.S.H.

Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap

C/O FAIP – Via G. Cerbara 20 – 00147 ROMA

Tel. 06/51605175 – fax 06/51883253

E-mail: fish-presidenza@libero-it

On. Letizia Moratti
Ministro per la Pubblica Istruzione

On. Valentina Aprea
Sottosegretario alla Pubblica Istruzione

Avv. Michele Di Pace
Capo di Gabinetto dell'On. Ministro

Dr.ssa Silvana Riccio
Direttore Generale Servizi sul Territorio
Responsabile per l'integrazione scolastica
degli alunni in situazione di handicap
Ministero Pubblica Istruzione

Loro Sedi

URGENTE

Oggetto: *Segnalazione di gravi violazioni di legge da parte delle scuole autonome e richiesta di udienza urgente.*

Pervengono a questa Federazione numerosissime segnalazioni di famiglie delle Associazioni aderenti che lamentano due gravissime violazioni di legge di cui all'oggetto, relative al numero massimo di alunni per classe ed all'assistenza materiale agli alunni con handicap frequentanti.

1- In moltissime scuole i dirigenti scolastici hanno ignorato il disposto di cui all'art. 3 comma 1 del D.L. n. 255/01 convertito nella legge 333/01, secondo il quale incrementi delle classi, resi indispensabili, sono disposti dal dirigente scolastico secondo i parametri del D.M. del 24/7/98 n. 3331 e successive integrazioni e modificazioni. Fra tali modificazioni esiste il D.M. n. 142/99, secondo il quale le classi frequentate da alunni con handicap non possono avere più di venti alunni, e per esse deve essere predisposto un progetto di integrazione scolastica.

Ma vi è di più: non avendo i dirigenti aumentato il numero delle classi, inseriscono in ciascuna prima classe con più di venti alunni spessissimo con più di venticinque, più di un alunno con handicap in situazione di gravità. Ciò in dispregio del citato D.M. 142/99 che vieta la presenza di più di un alunno in situazione di gravità nella stessa classe e che, solo in casi lievi consenta la presenza di due alunni con handicap.

2- In moltissime scuole i dirigenti scolastici non applicano l'allegato D al CCNL comparto scuola del 15/2/2001. In tale allegato, che ridefinisce la figura professionale del collaboratore scolastico è espressamente previsto, a chiarificazione del CCNL del '99, che a lui debba essere affidata l'assistenza materiale ed igienica alla persona degli alunni con handicap.

A seguito di tale CCNL, gli enti locali, che prima fornivano assistenti materiali, li hanno revocati.

I dirigenti scolastici, a causa dei rifiuti dei collaboratori scolastici a svolgere tali mansioni, non pongono in essere gli ordini di servizio conseguenti al CCNL firmato dal M.P.I..

È intuitivo che i fatti sopra denunciati arrecano in gravissimo danno non solo agli alunni con handicap ma anche ai compagni, alle rispettive famiglie ed alla qualità del servizio scolastico, di cui l'integrazione degli alunni con handicap è componente trasversale e strutturale, essendo gli alunni con handicap il 2% della popolazione scolastica essendo le classi con integrazione il 50% dell'intero universo.

Molte famiglie minacciano campagne di stampa, ricorsi giurisdizionali e denunce per omissione di atti d'ufficio.

Onde ridurre i disagi lamentati ed evitare le azioni minacciate che inevitabilmente, almeno in una prima fase, accrescerebbero i disagi, si chiede all'on. Ministro di volere urgentemente intervenire in modo ufficiale affinché l'autonomia scolastica non si tramuti in anarchia e mancato rispetto delle leggi.

Siamo fiduciosi in un sollecito intervento delle SS.LL. e chiediamo all'on. Ministro un immediato incontro.

Nel formulare sinceri auguri per il delicato lavoro, porgiamo distinti saluti.

Il Presidente

Pietro Vittorio Barbieri

indice

Sistema informativo
dei servizi per l'handi-
cap sul territorio
pag. 2

Appunti sul Terzo
Settore in Calabria
pag. 9

Occupazione e disabi-
lità: una prospettiva
europea
pag. 21

Chiedete pace
Pag. 29

Segnalazione
Pag. 30

Le immagini di questo
numero sono tratte da
"Omaggio a Fabrizio De
André" di Maurizio
Carnevali, tratte dalla
rassegna di opere pitto-
riche e incisioni calco-
grafiche.

In copertina: Bocca di
rosa,

pag. 16: Il testamento,

pag. 25: Nuvole baroc-
che,

pag. 26: La canzone di
Marinella,

pag. 27: La città vec-
chia,

retrocopertina: La guer-
ra di Piero.

Salvatore Nocera

Il diritto all'integrazione nella scuola dell'autonomia

Gli alunni in situazione di handicap nella
normativa scolastica italiana



Per il taglio che adotta, divulgativo ma rigoroso e accurato, l'opera si rivolge a tutti gli interlocutori degli alunni in situazione di handicap: insegnanti e familiari, operatori dei servizi sociali e sanitari, dirigenti scolastici, ma anche amministratori locali e studenti dei percorsi universitari rivolti alla professionalità docente.



*ÀLOGON (trimestrale) Nuova serie - Editore: "Associazione Comunità Progetto Sud - ONLUS"
via Conforti, 88046 Lamezia Terme -tel. 0968/23297 - fax 0968/462520 - e mail: alogon@c-progettosud.it www.c-progettosud.it
Aut. Trib. di Lamezia Terme n. 107 del 10/10/97 - Direttore responsabile: Giacomo Panizza
Stampa: Coop. sociale "Dal Margine" - via Conforti - Lamezia Terme tel. con uso fax 0968/26910*

*Potete contribuire alla stampa e alla diffusione di ALOGON, con un versamento sul CCP N. 13610886 intestato a:
"Ass. Comunità Progetto Sud - Onlus", Via Conforti 88046 Lamezia Terme (CZ)*