

Reinserimento socio-lavorativo e legge 328

Coordinatore: Guglielmo Masci

Partecipanti: Roberta Balestra, Giuseppe Bortone, Leopoldo Grosso, Teresa Marzocchi, Silvia, Stefanovichj, Rita Tomassini, Emanuela Trogu, Piergiorgio Zuccaro

Prefazione

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Principi fondamentali

Art. 1

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

Art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 4

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, una attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

INDICE

A. Il quadro europeo e gli scenari italiani

1. Il quadro europeo
2. Indicazioni Genova 2000

B. Un approccio differenziato

C. La legge 328/00

1. I livelli essenziali di assistenza e i piani di zona
2. Gli interventi sociali per le tossicodipendenze
3. L'accreditamento/Albi comunali

D. Un dodecalogo

1. I liveas
2. Applicazione legge 45/99 e Atto di Intesa/99
3. Un fondo droga nel 2008
4. Servizi per l'impiego per gli svantaggiati
5. Gli strumenti del lavoro (legge 30/03 legge Biagi)
6. Modifiche art. 10 D.P.R. 633/72 (testo dell'IVA)
7. Modifiche art. 5 legge 381/91 (legge Coop. Soc.)
8. Ampliamento fasce svantaggiate per ex tossicodipendenti
9. Implementazione D.lgs 163/2005 (Codice dei contratti pubblici)
10. Defiscalizzazione e incentivi aziendali
11. Valutazione del sistema
12. Europa

A. Il quadro europeo e alcuni scenari italiani

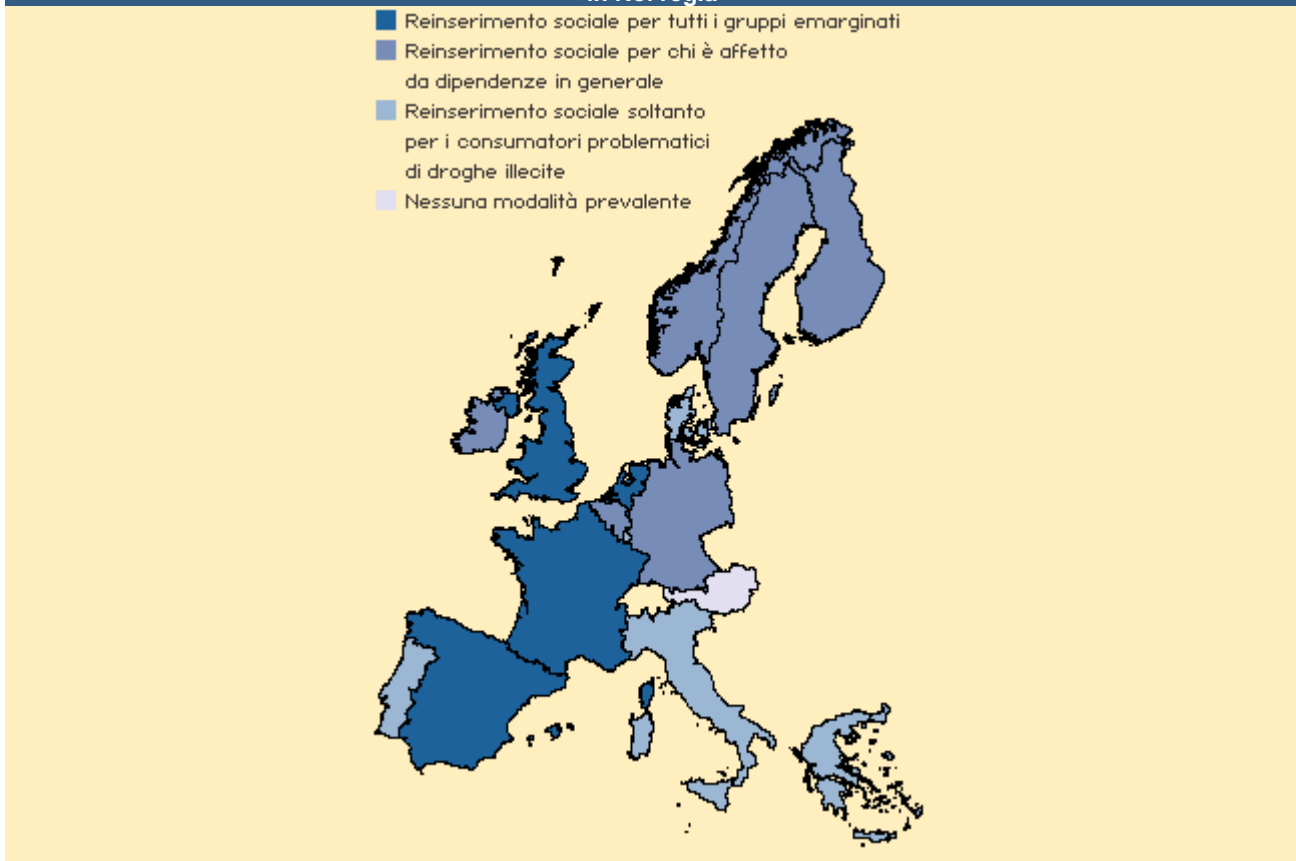
1. Il quadro europeo

Il Consiglio dell'Unione Europea ha programmato delle strategie sul reinserimento socio-lavorativo delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti nel periodo 2000-2004.

Nello specifico l'OEDT nella relazione annuale 2003 sull'attuazione delle strategie UE ha realizzato uno studio riguardante il reinserimento sociale delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti in cui il reinserimento sociale viene definito come «qualsiasi sforzo volto ad integrare i tossicodipendenti nella comunità».

Il target degli interventi di reinserimento sociale riguarda i consumatori problematici di stupefacenti, gli ex consumatori problematici, gli ex tossicodipendenti “puliti” e in via di recupero, i pazienti trattati a lungo termine con metadone, nonché i tossicodipendenti da strada che sono i più svantaggiati. Il percorso del reinserimento socio-lavorativo può avvenire a prescindere da qualsiasi trattamento terapeutico in atto di tipo medico o psico-sociale. Il reinserimento può riguardare diversi tipi di soggetti svantaggiati quali: consumatori problematici di droghe illecite, tutti i tipi di tossicodipendenti (alcooldipendenti, dipendenti da sostanze lecite, ecc.), gruppi socialmente emarginati (senza fissa dimora, ecc.).

Principali modalità di reinserimento sociale dei consumatori problematici di stupefacenti nell'Unione europea ed in Norvegia



Fonti: [Relazioni nazionali Reitox](#).

Il quadro complessivo dei servizi di reinserimento socio-lavorativo negli stati membri evidenzia una inadeguatezza strutturale. In tale ricerca viene riportato l'esempio di come in Germania il numero di centri di reinserimento sociale disponibili fosse di circa 4.000 a fronte di un fabbisogno stimato di circa 25.000. Un altro esempio è quello in cui in Austria un progetto di natura occupazionale ha registrato un numero di domande doppio rispetto ai posti disponibili ed ha dovuto respingere in media 15 persone al giorno.

L'intervento sull'inserimento sociale necessita di tre tipologie di intervento: l'educazione, di cui la formazione è parte integrante, l'alloggio e il lavoro.

Dalle relazioni nazionali di alcuni paesi europei (Grecia, Danimarca, Paesi Bassi) emerge che i consumatori di sostanze stupefacenti hanno un basso livello d'istruzione e uno scarso rapporto con il mercato del lavoro. Ciò richiede un intervento mirato all'innalzamento del livello d'istruzione al fine di migliorare le opportunità lavorative di questi soggetti.

Le politiche occupazionali proposte possono essere di vario genere: la Grecia, ad esempio segnala la possibilità di incentivare finanziariamente le aziende che assumono persone tossicodipendenti. Altri paesi propongono l'istituzione di servizi per l'occupazione, come lo

scambio di posti di lavoro in Austria (Vienna), oppure la possibilità di iniziare un'attività in proprio (Grecia, Spagna) attraverso il programma europeo per l'occupazione la "Promozione del lavoro autonomo".

Un'altra forma di stabilizzazione della vita dei soggetti coinvolti nelle dipendenze è l'assegnazione di un alloggio e/o l'assistenza per trovarlo, nonché di un supporto psico-sociale e di forme di supervisione finalizzate al buon esito dell'intervento. Un esempio avviene in Tirolo, ove si sperimenta la gestione di una casa protetta per gruppi aperti di pazienti in fase post-assistenziale (*Haus am Seespitz*). Il Belgio invece fornisce oltre alla casa anche l'assistenza psichiatrica (*Habitations protégées*). Fatti questi esempi risulta fondamentale l'esigenza di avere un alloggio nell'intervento per il reinserimento socio lavorativo, esigenza confermata dalla relazione nazionale irlandese del 2002 dalla quale è risultato che il problema principale per il 79 % delle ex-detenute e per il 76 % degli ex-detenuti è la ricerca di un alloggio adeguato.

2. Nel successivo Piano d'Azione del 2005/2008 il Consiglio d'Europa indica tra i suoi obiettivi la necessità di intraprendere con più incisività a livello locale, regionale, nazionale e transnazionale azioni per il raggiungimento degli obiettivi della strategia dell'UE in materia di droga, incoraggiando tutti i protagonisti a studiare sistemi per rafforzare reciprocamente tali azioni. In particolare sulla riduzione della domanda tra i risultati accertabili indica quanto segue: "Riduzione quantificabile dell'uso di droghe, della tossicodipendenza e dei rischi per la salute e la società collegati alla droga mediante lo sviluppo e il miglioramento, all'interno degli Stati membri dell'UE, di un sistema globale di riduzione della domanda efficace, integrato e basato sulle conoscenze che comprenda misure per la prevenzione, l'intervento precoce, il trattamento, la riduzione dei danni, il recupero e il reinserimento sociale. Le misure di riduzione della domanda devono tenere conto dei problemi per la salute e per la società causati dall'uso di sostanze psicoattive illegali e dall'assunzione di queste sostanze in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcol e i farmaci".

3. Come indicato nella relazione annuale 2006: "Evoluzione del fenomeno della droga in Europa", dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) sul Reinserimento sociale:

"La letteratura disponibile, nonché i dati messi a disposizione dagli Stati membri, confluiscono tutti verso l'asserzione che le condizioni di vita dei tossicodipendenti sono di gran lunga più problematiche e precarie rispetto alla popolazione in generale. Pertanto, negli ultimi due piani d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga il reinserimento sociale è uno degli obiettivi principe finalizzati a migliorare le condizioni di salute e lo status sociale dei tossicodipendenti.

Il piano d'azione per il periodo 2005-2008 chiede agli Stati membri di "migliorare l'accesso ai programmi di recupero e reintegrazione sociale e la loro copertura". Benché le misure sociali rappresentino ancora una risposta meno consolidata al fenomeno della tossicodipendenza rispetto al trattamento, gli interventi che combinano trattamento e azioni sanitarie e sociali sono riconosciuti dagli operatori del settore come la migliore strategia per conseguire l'obiettivo del recupero dei tossicodipendenti.

In Europa i dati sul reinserimento sociale sono scarsi, soprattutto a causa degli ostacoli incontrati nella raccolta di informazioni di tipo quantitativo al riguardo. Ne consegue che il grosso delle informazioni riportate di seguito si fonda su una valutazione qualitativa incentrata su principi politici, realizzazioni concrete e assicurazione della qualità negli Stati membri.

Nel 2004-2005, in risposta al piano d'azione comunitario, 20 dei 28 paesi che hanno fornito informazioni avevano una strategia di reinserimento sociale correlata al problema della tossicodipendenza. Altri quattro paesi, pur non avendo affrontato la questione in maniera esplicita nell'ambito della propria strategia nazionale in materia di stupefacenti o di un altro documento

strategico specifico, segnalano la presenza di strategie in corso a livello regionale o locale; tre paesi ne sono invece sprovvisti.

Il principale donatore si trova a livello statale/nazionale in 11 paesi, mentre in otto paesi i finanziamenti sono erogati prevalentemente a livello regionale o locale. In altri otto Stati le risorse per finanziare i progetti vengono erogate ad entrambi i livelli, senza nessuna prevalenza apparente, oppure per il tramite di piani di assicurazione sanitaria.

Negli Stati membri dell'Unione europea i consumatori problematici di droga possono accedere alle misure di assistenza sociale attraverso strutture riservate esclusivamente ai tossicodipendenti o destinate più in generale ai gruppi socialmente svantaggiati. Tra queste misure, la fornitura di un alloggio è uno dei pilastri fondamentali. Il servizio offerto più di frequente ai consumatori problematici di droga privi di abitazione è l'accesso a "servizi generici di alloggio" (in 21 paesi), mentre 18 paesi mettono a disposizione gli alloggi soltanto ai consumatori problematici; i due sistemi vengono invece applicati in maniera combinata in 13 paesi. Permangono tuttavia alcuni dubbi sull'efficacia dell'accesso a queste strutture da parte dei consumatori problematici senza dimora. La scarsa disponibilità di strutture, la resistenza registrata a livello locale a concedere a queste persone nuove strutture, la presenza di criteri restrittivi per l'accesso e le difficoltà incontrate dai consumatori problematici di droga privi di un alloggio ad adeguarsi alle regole sono tra i problemi più di frequente riferiti.

Dare un alloggio stabile ad un consumatore problematico senza dimora è il primo passo verso la sua stabilizzazione e il suo reinserimento. In base alle stime sul numero di consumatori problematici di droga e alla proporzione dei senzatetto tra i soggetti in trattamento, sembra che in Europa il numero dei consumatori problematici senzatetto si aggiri tra i 75.600 e i 123.300. Poiché al momento sono disponibili strutture nella maggior parte dei paesi, e poiché alcuni Stati continuano a realizzare nuove strutture, l'effetto di questi interventi dipenderà dalla capacità di garantire l'accesso a questi servizi da parte dei consumatori di droga problematici privi di alloggio."

4. Per aumentare il coinvolgimento della società civile la Commissione UE ha pubblicato un libro verde sui sistemi per collaborare efficacemente con la società civile. In tale libro si fa riferimento alle conseguenze su scala mondiale della produzione e del consumo di droghe illecite che costituiscono uno dei problemi più gravi cui devono far fronte oggi le società e i governi. Possono assumere diverse forme: malattia, criminalità, corruzione, instabilità politica e sociale e sgretolamento di valori dati comunemente per scontati e propri di una vita dignitosa e sicura.

2. Indicazioni di Genova 2000

Terza Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Genova 28-30 novembre 2000.

Dal documento di sintesi delle sessioni di lavoro della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali si riporta l'estratto riguardante l' "*Inserimento sociale e lavorativo, con particolare riguardo ai problemi delle condizioni di svantaggio*".

Sono state evidenziate dagli operatori le seguenti richieste:

- predisposizione di linee guida per stimolare le Regioni, le ASL e gli Enti Locali nel recepimento e nella applicazione del nuovo atto di intesa Stato-Regioni, con particolare riferimento all'art. 16 comma 5 che prevede "programmi di formazione e di avviamento al lavoro tramite l'inserimento in attività interne alle comunità o di realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti;

- previsione di un sistema di servizi per l'inserimento lavorativo diversificati in percorsi personalizzati formulati in base ai differenti gradi dello svantaggio: dalle attività lavorative nei programmi di riabilitazione all'accompagnamento, all'inserimento nel mondo del lavoro;
- precisazione, riformulazione ed estensione a livello nazionale delle norme regolanti gli strumenti che governano i percorsi iniziali del reinserimento: borse lavoro, salario minimo, tirocini, indennità e relativi regimi fiscali;
- incremento delle partecipazioni delle cooperative sociali e delle imprese che impiegano persone svantaggiate nella fornitura di beni e servizi agli Enti Locali;
- individuazione di iniziative di tipo legislativo per includere gli ex tossicodipendenti tra le categorie svantaggiate ai sensi dell'art. 4 della legge 381/91;
- definizione dei termini gestionali e degli usi dei beni, delle attrezzature e degli strumenti acquistati nell'ambito dei progetti di reinserimento al lavoro;
- creazione di strumenti relativi alla problematica della residenza dei tossicodipendenti senza fissa dimora e immigrati.

Il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale - Direzione generale dell'impiego – ha annunciato le seguenti iniziative:

- progetti per l'inserimento lavorativo di persone con problemi di tossicodipendenza;
 - istituzione a livello centrale nazionale di un organo di promozione, coordinamento e valutazione delle attività progettuali;
 - svolgimento, a livello regionale, delle attività di programmazione, definizione degli strumenti e delle misure di politiche attive del lavoro per i percorsi di inserimento lavorativo, in sintonia con quanto concordato nel *master plan* dei servizi per l'impiego;
 - svolgimento, sempre a livello regionale, di attività di consulenza e supporto agli Enti proponenti nella definizione dei progetti;
 - collaborazione dei centri per l'impiego alla realizzazione dei progetti in una logica di "lavoro in rete" con gli Enti territoriali (SERT, Enti ausiliari, Privato sociale, Cooperative, ecc.);
- emanazione di un atto di indirizzo, promosso dal Ministero del lavoro ed adottato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città sull'attività dei centri per l'impiego per le persone con problemi di tossicodipendenza, come realizzato con l'accordo Stato-Regioni sugli standards dei servizi per l'impiego e nelle linee-guida successive;
- cofinanziamento di azioni di sistema a valere sul F.S.E. (Fondo Sociale Europeo) sia per le regioni del centro-nord (obiettivo 3) e del sud (obiettivo 1) per l'implementazione di una banca dati sulle attività progettuali e la diffusione di *buone prassi*;
- realizzazione sollecita degli adempimenti per l'attività di raccordo degli interventi normativi per le persone con problemi di tossicodipendenza con l'evoluzione della normativa che modificherà le regole del collocamento ordinario e promozione della sollecita attivazione delle procedure per l'utilizzo a livello regionale dei fondi destinati allo scopo;
- attivazione celere dei progetti a valere sul Fondo nazionale alla lotta alla droga in carico al Ministero del Lavoro e messa a regime del sistema di tutoraggio e valutazione

B. Un approccio differenziato

Un approccio differenziato

I progetti di reinserimento lavorativo come percorsi di formazione costruiti con acquisizione di competenze avanzate sulla imprenditorialità ed autoimprenditorialità produttiva.

Le attività per l'inserimento lavorativo per le persone tossicodipendenti stanno emergendo sempre più come l'anello più debole della catena dei pur tanti servizi che, ad oggi, sono stati strutturati e dedicati ai tossicodipendenti sul territorio nazionale e regionale.

Questa tematica necessita sempre più di chiarificazione e promozione in quanto non sfugge a nessuno che c'è stato ritardo ed incertezza nella definizione di politiche ad hoc per questo settore ed altre criticità.

COME ERAVAMO

La grande attenzione posta nell'ultimo decennio alle risposte terapeutiche e riabilitative ha purtroppo fatto perdere la stima della complessità dell'azione generale rendendo spesso residuale il settore di reinserimento, anche nel momento della destinazione delle risorse finanziarie.

Abbiamo così in Italia moltissime offerte di percorsi curativi e terapeutici che spesso però esitano in ricadute ed in rientri nei servizi di tipo sanitario.

I dati dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio mostrano che il 77,5% degli utenti del Lazio è rappresentato da persone già in carico o rientrate per recidiva.

Le difficili prospettive di reinserimento per una persona in fase di post-cura richiamano, con drammaticità, la inevitabile corresponsabilità di più settori nella corretta gestione dell'emergenza.

Gli attori che fino ad oggi sono intervenuti in questa particolare fase del percorso riabilitativo sono stati innanzitutto i parenti e le famiglie degli utenti stessi che, appoggiandosi ad una rete di risorse private ed amicali, offrivano direttamente opportunità di lavoro e promozione sul campo. Ancora oggi le risorse personali delle persone coinvolte, vicine all'ex tossicodipendente, sono una risposta utilizzabile, in molti casi, ma non più in tutti, anzi.

La situazione occupazionale italiana ed europea è notevolmente difficile con una percentuale nazionale di disoccupazione che tocca il 12% della popolazione attiva per circa 3 milioni di persone senza lavoro.

Questa realtà che coinvolge un po' tutte le nostre Regioni con maggiore incidenza nel sud, è di forte pressione particolarmente sulle fasce più deboli della società che vengono così colpite da sofferenze doppie o multiple.

Oggi quindi un percorso riabilitativo non può essere costruito di vari e diversi segmenti in cui la formazione professionale sia separata da una formazione pedagogica/educativa.

Entrare o rientrare nel mondo del lavoro oggi non significa più svolgere alcune operazioni pratico-esecutive ma significa avviare un percorso di crescita personale e di costruzione di identità soggettive e professionali, indissolubilmente legate tra loro.

L'acquisizione di capacità e saperi, oggi, non è una parte "in più" della propria vita ma per l'ex tossicodipendente diventa una prosecuzione del percorso formativo umano e caratteriale, interrotto con la devianza tossicomania.

In Italia questa nuova dimensione del mondo del lavoro ha indotto molte organizzazioni del Terzo Settore impegnate nel recupero dei tossicodipendenti, a progettare – in modo autonomo ed interno – le diverse fasi dei programmi per il reinserimento, fondendo prassi psicopedagogiche con prassi tecnico-professionali ed artigianali.

In questa ottica i destinatari finali sono coinvolti in un processo in cui l'attività di lavoro assume valenza più articolata della semplice produzione di reddito ma essi si trovano anche inseriti in un percorso di crescita personale e di appartenenza alla struttura che li accompagna.

La complessità della cosiddetta “fase di reinserimento” appare, quindi, in tutta la sua importanza e la sua problematicità riuscendosi a definire in ultima analisi come un momento di progettazione dell’individuo e non come un’urgenza economica.

Nella riflessione approfondita sul processo di reinserimento come sull’azione terapeutica si è potuto chiarificare come le valenze di tipo emozionale hanno prevalso sulla progettualità personalizzata.

Dalla ricerca fortuita di reinserimento rapido in qualche attività si è passati veramente alla costruzione di percorsi di formazione con acquisizione di competenza avanzate sulla imprenditorialità ed auto-imprenditorialità produttiva.

Questo articolarsi dell’azione socio-riabilitativa dovrebbe permettere il superamento di tante situazioni di finto inserimento (parcheggio protetto) o di veloce espulsione dal contesto operativo con gravi conseguenze e ricadute (mercato libero).

IL REINSERIMENTO OGGI

Lo scenario nazionale su cui è possibile leggere la complessità delle iniziative di reinserimento appare dunque esternamente frazionato ed eterogeneo per metodi, figure operative ed obiettivi.

Con riferimento ai metodi che si adottano nei programmi di lavoro si può evidenziare come si sovrappongono veri e propri corsi accademici di altissimo contenuto manageriale con piccoli processi di scambio del sapere di tipo artigianale.

Le figure operative hanno spesso diversissime qualità giuridiche e provenienza, si distinguono infatti attori e più configurati come Enti Pubblici: Comuni, Regioni, Province, Asl o Circoscrizioni; Enti privati quali grandi aziende, imprese medio-piccole, realtà professionali ed artigianali; Enti no-profit quali associazioni di volontariato, cooperative di tipo A e B, consorzi, piccole cooperative, fondazioni, associazioni non commerciali.

Esiste comunque una linea di evoluzione che può assemblare per grossi temi questo scenario così come articolato e differenziato ed è il rapporto tra i gradi di autonomia dei soggetti tossicodipendenti e i gradi di strutturazione dei servizi.

È possibile anzi creare una vera rappresentazione grafica di questo rapporto, posizionando sulle ascisse i gradi di autonomia psico-sociale dei ragazzi tossicodipendenti e sulle ordinate i gradi di strutturazione delle offerte che il mercato del lavoro ha promosso fino ad oggi.

Questa rappresentazione grafica è un tentativo di rappresentare il più chiaramente possibile quello che fino ad oggi è cresciuto nella costruzione di percorsi terapeutici e di reinserimento lavorativo, senza voler assolutamente indicare dati statistici o epidemiologici per cui servirebbero ben altre rilevazioni e strumenti analitici.

LA SITUAZIONE ATTUALE DEI PROGETTI

Molti sono i progetti finanziati per il reinserimento lavorativo ma dalle poche analisi effettuate rispetto alle scorse annualità, sembra vi siano alcuni nodi critici:

- formazione non finalizzata al contesto locale;
- inserimento in realtà cooperative di mercato protetto;
- strumenti innovativi di reinserimento e scarso utilizzo degli stessi;
- coinvolgimento delle istituzioni di governo, del mercato del lavoro, delle parti sociali.

Pertanto i criteri che dovrebbero presiedere al finanziamento di progetti di re/inserimento lavorativo dovrebbero essere almeno i seguenti:

1. è necessario distinguere le iniziative ergoterapeutiche e di formazione-lavoro da quelle più propriamente di reinserimento lavorativo e mantenimento del posto di lavoro: infatti, partendo dalle nostre esperienze dirette, si deve chiarire in fase di emanazione delle circolari che regolano i finanziamenti in merito, quale debba essere la finalità principale delle attività;
2. è evidente che, pur non essendo in contrasto tra loro, sia importante definire con chiarezza gli obiettivi operativi per finalizzare al meglio le attività.

Si potrebbero prevedere per i progetti 2 aree:

1. Progetti di inserimento lavorativo che rappresentino obiettivamente un processo complesso, una scansione in fasi, da finanziare su più esercizi, che prevedano:

- a) la fase di osservazione ed orientamento per verificare le disponibilità per un inserimento;
- b) la fase di formazione con alternanza tra aula e formazione on the job;
- c) la fase di sostegno all'inserimento attraverso strumenti di mediazione, accompagnamento e coinvolgimento dell'ambiente di lavoro per il lavoro dipendente oppure di tutoraggio finalizzato all'avviamento e stabilizzazione dell'impresa per quello in forma autonoma o cooperativa.

2. Progetti che prevedano azioni di mediazioni, accompagnamento e coinvolgimento dell'ambiente di lavoro per il mantenimento del posto stesso.

Tali progetti non possono essere limitati a 12 mesi ma devono prevedere un tempo più lungo, anche se necessariamente predeterminato.

In questi anni gli interventi da noi realizzati si sono svolti, purtroppo, in una sostanziale assenza di rapporti con le strutture istituzionali deputate a favorire lo sviluppo di tali iniziative; in particolare i rapporti con gli organismi del Ministero del Lavoro, con gli Enti locali e ultimamente con le Regioni, sono stati sporadici e spesso limitati alla fase finale, alla valutazione burocratica delle iniziative svolte.

Proponiamo quindi di verificare la possibilità concreta di un'azione di sostegno, già dalla fase di progettazione da parte di tali Enti.

Da un esame dei vari strumenti d'inserimento al lavoro contemplati dalla L.n. 196/97 "Norme in materia di promozione dell'occupazione", conosciuta anche come "Pacchetto Treu", così come ad oggi perfezionati da successivi decreti nel frattempo emanati, si riconosce lo sforzo di rimuovere i vincoli e gli elementi di rigidità che rendono difficile l'incontro fra domanda ed offerta di lavoro. Davvero apprezzabile, inoltre, il ricorso al principio più volte utilizzato, del rinvio alla libera determinazione delle parti sociali, per la soluzione delle singole problematiche.

Tuttavia in un area così specifica, come quella della dipendenza da sostanze stupefacenti ed alcool, delicata e problematica per le implicazioni sociali ed i numerosi ostacoli anche culturali (il pregiudizio verso persone che hanno un passato compromesso dalla dipendenza è diffuso e difficile da vincere) e che si sommano ad ostacoli soggettivi di queste persone, di ragazzi/e in cerca di lavoro, dovuti alla bassa scolarizzazione, spesso assente esperienza lavorativa da esibire, alla particolare situazione psicologica e ansia che caratterizzano lo stato d'animo di chi ha appena concluso un percorso di recupero e si appresta al reinserimento sociale e lavorativo, si è costretti a rilevare che occorre predisporre ulteriori e mirati strumenti di inserimento lavorativo.

Della corretta definizione ed applicazione degli strumenti dovrebbero essere garantiti le Oo.ss., gli stessi Servizi pubblici, le cooperative sociali, i consorzi, l'Inps, l'Inail e gli Enti ausiliari regolarmente iscritti agli albi regionali, i Ser.t. che hanno in carico la persona svantaggiata.

Si propone inoltre di privilegiare i progetti con queste caratteristiche:

- che prevedano un appoggio all'esterno dei programmi terapeutici per le famiglie tossicodipendenti con figli già conviventi;
- che prevedano esplicitamente la disponibilità ad accettare (in inserimenti lavorativi, corsi formativi, e attività risocializzanti, etc) anche utenti con terapia metadonica in corso prescritta dal Ser.t.;
- che prevedano la predisposizione di specifiche strutture, da parte dei Ser.t., esterne e diverse dall'ambulatorio sede di trattamento, per gli utenti già in fase di riabilitazione: sportello lavoro, servizi di accompagnamento all'uso delle risorse del territorio, consulenze, appoggio psicologico-individuale, di coppia ed in gruppi-attività per il tempo libero ed a carattere culturale, etc.

La creazione di tali strutture consentirebbe di mantenere l'aggancio con quegli utenti che, ancora bisognosi di trattamento riabilitativo, non accettano più l'ambiente del Ser.t. che sentono non più in sintonia con le loro nuove esigenze.

- che, qualora si tratti di progetti di formazione professionale o di avvio all'occupazione, prevedano un effettivo inserimento lavorativo in cooperative sociali, aziende, etc. per una congrua percentuale di partecipanti ai corsi;
- che siano ad hoc per specifiche categorie di persone (fasce di età più giovani, tossicodipendenti in trattamento da molti anni, alcolisti, utenti con doppia diagnosi).

Fonte: Itaca, Con la cura il lavoro.

C. La legge 328/00

- 1. I livelli essenziali di assistenza e i piani di zona**
- 2. Gli interventi sociali per le tossicodipendenze**
- 3. L'accREDITAMENTO/Albi comunali**

1. I livelli essenziali di assistenza e i piani di zona

Di fronte ad un grande quantità di situazioni di esclusione sociale, generata da una condizione di patologia sanitaria e sociosanitaria che si allarga fino a definire uno stato di esclusione lavorativa e che caratterizza una parte consistente della popolazione tossicodipendente, si è andata via via affermando una nuova attenzione all'inclusione sociale, con azioni di contrasto volte alle politiche dell'occupabilità per l'inserimento di soggetti svantaggiati in ambito lavorativo. Per ovviare a questo tipo di situazioni, la Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge 8 novembre 2000 n. 328), prevede che i comuni associati, d'intesa con la ASL e secondo le indicazioni del piano regionale, definiscano i "Piani di Zona" (art. 19) come strumento locale per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e servizi sociali locali tra cui l'attivazione di progetti di inserimento lavorativo delle fasce deboli identificandone gli obiettivi strategici, gli strumenti di realizzazione e le risorse, in modo da programmarli e realizzarli al di là della tradizionale politica "assistenzialistica".

Lavoro non come mera attività svolta all'interno e al chiuso delle comunità terapeutiche, in un percorso riabilitativo strettamente autoreferenziale, ma lavoro come opportunità affiancabile ad altri sistemi di riabilitazione, da svolgere in ambienti esterni alle stesse strutture residenziali che ha come precipua finalità lo svolgimento di un lavoro retribuito svolto in ambito formale, vale a dire all'interno delle strutture e delle relazioni proprie dei mercati del lavoro.

È necessario trovare un nuovo equilibrio tra obiettivi come il raggiungimento di una occupazione e le attività propedeutiche e/o parallele a tale risultato, quali l'orientamento, la formazione e le attività trattamentali ed assistenziali attive e condotte dalla rete dei servizi territoriali, quali Ser.T., centri di accoglienza a bassa soglia e unità di strada e definire un sistema integrato di interventi e di servizi sociali attraverso politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori con eventuali misure economiche e percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse. In ogni comune, inoltre, deve essere costituito un ufficio di segretariato sociale che esprima anche organizzativamente, il passaggio dall'ottica dei servizi per le categorie a quelle dei servizi della cittadinanza sociale (art. 22 Legge 328/00).

Il Piano di Zona va inteso, dunque, come strumento strategico per la territorializzazione degli interventi e dei servizi sociali. A partire dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, in attuazione dei diritti di cittadinanza, è necessario fissare le forme di articolazione e coordinamento tra i diversi livelli territoriali ed organizzativi.

L'assunzione del personale nelle imprese avviene prevalentemente per selezione previo invio di curriculum, di colloqui, di periodi di prova, nonché su segnalazioni dirette. Le agenzie per l'impiego che dovrebbero facilitare lo scambio tra domanda e offerta di lavoro, hanno invece un ruolo limitato nello svolgimento della loro funzione.

Un circuito di ingresso dal quale sono esclusi i lavoratori svantaggiati che in realtà dovrebbero poter accedere ad un percorso differenziato.

La recente ricerca nell'ambito delle dipendenze curata da Valerio Belotti docente dell'Università di Padova e contenuta nel volume: "Valutare il lavoro" ed. Guerini, Milano 2004, rileva chiaramente che le possibilità di fare inserimento o accompagnamento al lavoro sono in una grave situazione di stasi e sostenute quasi esclusivamente dai soli settori sanitario e sociosanitario.

Lo stato attuale delle esperienze di inserimento lavorativo di persone dipendenti, è caratterizzato da una pur mitizzata rete che nei fatti si riduce, come sostiene Belotti, ad uno "spazio tendenzialmente bipolare invece dell'auspicato spazio multimodale".

Per la costruzione di azioni di inserimento lavorativo congrue è, inoltre, indispensabile l'incontro nei Piani di Zona di più discipline, metodologie e organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse inserite in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici, del privato sociale accreditato e del terzo settore abbiano una effettiva pari dignità per concorrere in maniera integrata,

a partire da collocazioni e responsabilità differenti, al raggiungimento degli obiettivi in ambito sanitario e sociale della popolazione interessata.

La promozione di condotte volte all'integrazione tra pubblico e terzo settore, il principio della concertazione tra livelli istituzionali, il co-finanziamento degli interventi, gli indirizzi per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sono tutte strategie previste per la realizzazione del sistema integrato. Sono consentiti, in questo modo, l'attivazione ed il coinvolgimento di varie risorse per l'elaborazione di programmi socio-sanitari e prioritariamente per il reinserimento lavorativo, i quali trovano la massima realizzazione nei Piani di Zona, superando la divisione tra servizi pubblici e servizi del privato sociale. È evidente che l'organizzazione sociale, il sistema economico-produttivo e l'assetto istituzionale del territorio avranno un profondo impatto sul benessere delle persone, poiché questi fattori influenzano le condizioni di vita, l'esposizione al rischio, la distribuzione delle risorse, il sistema dell'offerta.

2. Gli interventi sociali per le tossicodipendenze

In dettaglio gli artt. 19 e 22 della citata legge 328/00:

Art. 19 (Piano di zona):

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;

b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);

c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;

d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;

e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;

f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;

g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);

c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;

d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Art. 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali):

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a*), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

È in questi articoli che la legge 328/00 interviene pienamente nella tematica delle tossicodipendenze e delle responsabilità amministrative degli Enti Locali.

Legge 328/2000
Art. 1 comma 2
Art. 6 comma 2 lett. a) e c)
Art. 11 comma 1, 3, 4
Art. 22 comma 2 lett. h)
Art. 22 comma 4 lett. d) ed e)



Decreto Legislativo
31/3/98 n. 112 art. 128



D.P.C.M. del 21.05.2001 “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell’art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328”
Art. 2 comma 3



Legge n. 45/99
Art. 4 comma 1

Conferenza permanente per i rapporti Stato – Regioni del 05.08.1999, ATTO D’INTESA “Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanza di abuso”
Art. 4-5-6-7-8-11-14-16-17-24



D.P.C.M. del 30.03.2001 “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall’art. 5 della legge n. 328/00”

3. L'accreditamento/Albi comunali

Con la legge n. 328/00 e la relativa introduzione dell'istituto giuridico dell'accreditamento nel settore dei servizi sociali si è voluto "assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali", intendendo per servizi sociali "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita...". A tale proposito l'istituto giuridico dell'accreditamento ha consentito che gli Enti Locali siano dotati di uno strumento capace di garantire contemporaneamente la qualità di un servizio ed il suo miglioramento e che alle persone in situazione di disagio sia garantita la libera scelta dei servizi sociali a cui rivolgersi in base alle proprie necessità.

Autorizzazione, accreditamento, affidamento, acquisto di servizi e di prestazioni, sono tutti istituti finalizzati alla gestione dei servizi e degli interventi, se non direttamente per conto dell'Ente locale (in base ad un rapporto concessorio), comunque sempre riferibili alla responsabilità dell'Ente locale stesso, quale titolare della funzione amministrativa nel comparto, e responsabile quindi della gestione del sistema integrato degli interventi.

E una funzione siffatta può essere svolta solo da un ALBO, nel quale i soggetti, i progetti e le attività trovino puntuale registrazione, unitamente alla annotazione degli elementi caratterizzanti, dei requisiti di qualità e delle risultanze dell'attività di vigilanza.

L'accreditamento, attraverso il quale vengono definiti i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328, operanti nel settore delle tossicodipendenze con attività di intervento socio assistenziale municipale a carattere semiresidenziale, residenziale, di rete territoriale è un Albo aperto al quale possono chiedere di essere iscritti in qualsiasi momento le seguenti tipologie di soggetti giuridici:

- a) organismi non lucrativi di utilità sociale;
- b) organismi della cooperazione;
- c) organizzazioni di volontariato;
- d) associazioni ed enti di promozione sociale;
- e) fondazioni;
- f) enti di patronato;
- g) altri soggetti privati.

Accreditamento per Albi regionali

La legge 45/99 ha disposto che con Atto di Intesa tra lo Stato e le Regioni siano definiti i requisiti per l'esercizio di attività sanitarie e sociali da parte degli Enti ausiliari previsti dal D.P.R. 309/90, Testo Unico sulle tossicodipendenze. Con provvedimento del 5 agosto del 1999 è stato pubblicato l'Atto di Intesa Stato Regioni recante i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso da parte delle Regioni. In particolare con l'art. 16 dell'Atto è stato individuato l'accreditamento di programmi di rete e di piano territoriale. Infatti gli enti e le associazioni possono essere accreditate anche per programmi, attività o prestazioni svolti dagli enti o associazioni autorizzati, esplicitamente definiti quali integrativi e/o migliorativi dell'offerta del servizio pubblico dai piani regionali o dai piani di zona, ovvero dal progetto-obiettivo dell'Azienda Sanitaria sul cui territorio hanno luogo, relativamente a settori quali:

- contatto con utenti non presi in carico dagli altri servizi, con finalità di riduzione delle emergenze e delle complicanze (intossicazioni acute, patologie infettive e correlate alla tossicodipendenza) e di orientamento preventivo e terapeutico generale, con particolare riguardo all'indirizzo ai servizi strutturati;

- supporto sociale e sanitario temporaneo a persone in condizioni di grave difficoltà o disagio;
- programmi personalizzati di auto-aiuto, per gli utenti e i familiari, in particolare per gli alcolisti;
- programmi di formazione ed avviamento al lavoro, tramite l'inserimento in attività interne della comunità o di realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti;
- programmi educativi/riabilitativi ad impronta sociale.

D. Un dodecalogo

1. I liveas
2. Applicazione legge 45/99 e Atto di Intesa/99
3. Un fondo droga nel 2008
4. Servizi per l'impiego per gli svantaggiati
5. Gli strumenti del lavoro (legge 30/03 legge Biagi)
6. Modifiche art. 10 D.P.R. 633/72 (testo dell'IVA)
7. Implementazione art. 5 legge 381/91 (legge Coop. Soc)
8. Ampliamento fasce svantaggiate per ex tossicodipendenti
9. Modifiche D.lgs 163/2005 (Codice dei contratti pubblici)
10. Defiscalizzazione e incentivi aziendali
11. Valutazione del sistema
12. Europa

Si ritiene necessario come completamento del contributo per un piano d'azione sulle tossicodipendenze, finalizzato al reinserimento socio lavorativo, riassumere in un dodecalogo operativo il percorso culturale, politico e professionale che il gruppo di lavoro ha sviluppato basandosi su linee guida condivise quali la necessità dell'accesso al lavoro come centro dei diritti, la centralità di garanzia del governo pubblico, la creazione di spazi pubblici di concertazione, l'integrazione virtuosa delle politiche attive del lavoro con le politiche sociali e sanitarie, la costruzione di percorsi di lavoro vero, il rilancio della responsabilizzazione sociale delle organizzazioni imprenditoriali, attivare i servizi di integrazione lavorativa su tutto il territorio nazionale.

Un dodecalogo

1. I liveas

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, n. 328 dell'8 novembre 2000, prevede la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali con carattere di universalità. Compete agli enti locali e alle regioni la realizzazione di tale sistema di cui la legge 328 garantisce i livelli essenziali di prestazione. I lep previsti dalla legge, agli artt. 20 e 22, andavano definiti contestualmente alla definizione delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali. La mancata definizione dei livelli essenziali di prestazioni per le tossicodipendenze ha rappresentato una delle emergenze nella criticità nella realizzazione della legge 328/00.

È necessario quindi prevedere il completamento del modello di welfare locale tramite la definizione dei lep sociali per le tossicodipendenze come condizione sine qua non per la programmazione territoriale dei piani sociali di zona.

2. Applicazione legge 45/99 e Atto di Intesa

Predisposizione di linee guida per stimolare le Regioni e le ASL nel recepimento e nella applicazione del nuovo Atto di Intesa Stato-Regioni, con particolare riferimento all'art. 16 comma 5 che prevede "programmi di formazione e di avviamento al lavoro tramite l'inserimento in attività interne alle comunità o di realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti";

Creazione di strumenti relativi alla problematica della residenza dei tossicodipendenti senza fissa dimora e immigrati.

Predisposizione linee guida per stimolare gli enti locali all'applicazione dell'art. 22, comma 2 h), della legge 328/00 con inserimento nel sistema integrato dei servizi delle prestazioni previste per contrastare le dipendenze nei piani di zona.

Sollecitare l'emanazione di specifici provvedimenti ISTITUZIONALI da parte delle Regioni, degli Enti locali e delle Aziende partecipate per lo sviluppo stabile di percentuali minime per l'affidamento di commesse e contratti per forniture di lavori, beni e servizi alle cooperative sociali "B".

3. Un fondo droga nel 2008

Con la legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” sono stati unificati nel Fondo Nazionale per le politiche sociali tutti i fondi nazionali di finanziamento di programmi sociali e socio assistenziali.

Le prassi istituzionali regionali e le variabili economiche del bilancio dello Stato, hanno reso molto incerta la quota del fondo nazionale per le politiche sociali e ancor più incerte la quote di detto fondo finalizzato dalle regioni alla lotta contro la diffusione delle dipendenze patologiche.

Si ritiene di proporre al Governo il ripristino di un fondo nazionale per le dipendenze patologiche (legge 45/99) da erogare in modo finalizzato alle Regioni ed agli enti locali sulla base di standard statistici e una percentuale del 25% da destinarsi a progettazioni centrali di ricerca, sperimentazione e valutazione riferiti a popolazione e tossicodipendenti.

4. Servizi per l'impiego per gli svantaggiati

Realizzazione e completamento delle riforme dei Servizi Pubblici per l'impiego attivando direttamente o indirettamente gli standard minimi di funzionamento previste anche per le fasce deboli svantaggiate e i tossicodipendenti.

Il Masterplan della Direzione Generale per l'impiego individuando gli standard minimi di funzionamento previsti per i servizi pubblici per l'impiego, indica come obiettivi privilegiati “l'allargamento della partecipazione al mercato del lavoro... “. In particolare, attraverso la maggiore partecipazione della manodopera femminile e di altri segmenti sottorappresentati nel mercato del lavoro, indica come azioni dei servizi per l'impiego l'allargamento della partecipazione al mercato del lavoro promuovendo l'occupabilità della forza lavoro, anche di quella più difficilmente collocabile, facendosi carico di: - definire interventi specifici per altre categorie di soggetti in condizioni di svantaggio.

Svolgimento, a livello regionale, delle attività di programmazione, definizione degli strumenti e delle misure di politiche attive del lavoro per i percorsi di inserimento lavorativo, in sintonia con quanto concordato nel *master plan* dei servizi per l'impiego;

Svolgimento, sempre a livello regionale, di attività di consulenza e supporto agli Enti proponenti nella definizione dei progetti;

Collaborazione dei centri per l'impiego alla realizzazione dei progetti in una logica di “lavoro in rete” con gli Enti territoriali (SERT, Enti ausiliari, Privato sociale, Cooperative, ecc.);

Emanazione di un atto di indirizzo, promosso dal Ministero del lavoro ed adottato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città sull'attività dei centri per l'impiego per le persone con problemi di tossicodipendenza, come realizzato con l'accordo Stato-Regioni sugli standards dei servizi per l'impiego e nelle linee-guida successive;

Realizzazione sollecita degli adempimenti per l'attività di raccordo degli interventi normativi per le persone con problemi di tossicodipendenza con l'evoluzione della normativa che modificherà le regole del collocamento ordinario e promozione della sollecita attivazione delle procedure per l'utilizzo a livello regionale dei fondi destinati allo scopo;

5. Gli strumenti del lavoro (legge 30/03 legge Biagi)

Completamento ed estensione a livello nazionale delle norme e dei decreti attuativi artt. 70 e 74 del D.lgs. n. 276/03 regolanti gli strumenti che governano i percorsi iniziali del reinserimento: borse lavoro, salario minimo, tirocini, indennità e relativi regimi fiscali con particolare riferimento alla figura normativa dello strumento del “contratto di inserimento”.

Tale contratto di inserimento già previsto dalla legge 30 potrebbe essere ristretto e finalizzato a tossicodipendenti e soggetti oltre i 50 anni d'età.

6. Modifiche art. 10 D.P.R. 633/72 (testo dell'IVA)

Applicazione aliquota IVA di maggior favore per la fornitura di beni e servizi rese dalle cooperative sociali di tipo B (4% 10% 20%). Emendamento all' Art. 10 D.P.R. 633/72 decreto IVA.

E' auspicabile tale flessibilità nell'applicazione IVA in quanto si creerebbero presupposti certi sulla economicità manifesta per il settore pubblico e per il settore privato, come criterio di scelta della cooperazione sociale di tipo B per l'affidamento di forniture di lavori beni e servizi.

7. Implementazione art. 5 legge 381/91 (legge Coop. Soc.)

Incremento degli affidamenti di forniture per beni o servizi alle cooperative sociali "B" ed alle imprese che impiegano persone svantaggiate nella fornitura di beni e servizi agli Enti Locali.

La Pubblica Amministrazione andrebbe vista come strutturale "committente" della Cooperazione Sociale "B" di inserimento lavorativo. Su questo versante occorre promuovere normative che sviluppino una migliore applicazione delle opportunità previste dalla normativa nazionale (art. 5 della legge 381/91) e del principio ispiratore legato all'esercizio della funzione pubblica attraverso lo "strumento" della cooperazione sociale di inserimento lavorativo, sostenendo le procedure con strumenti che favoriscano lo sviluppo dell'affidamento e delle commesse pubbliche e private alle cooperative sociali di tipo B.

Emanazione di circolari esplicative e esemplificative dell'art. 5 della legge 381/91 in materia di "procedure in deroga alla disciplina in materia di contratti della Pubblica Amministrazione per la fornitura di beni e servizi".

Esonero (riduzione a zero) delle aliquote IRAP e delle assicurazioni obbligatorie INAIL e INPS relativamente ai soci normodotati come applicato ai soci svantaggiati. Emendamento all'Art. 4 comma 3, legge 381/91.

Emendamento all'Art. 4 comma 1 Legge 381/91.

Emanazione di specifici provvedimenti da parte degli enti pubblici locali, in particolare Regioni e Comuni, anche con sottoscrizione di accordi formali.

Sviluppo e "stabilizzazione" dei rapporti tra cooperative sociali e aziende collegate agli enti locali (es. ex municipalizzate).

8. Ampliamento fasce svantaggiate per ex tossicodipendenti

Inclusione degli ex-tossicodipendenti tra le "categorie svantaggiate" previste dal comma 1, dell'art. 4 della legge 8 novembre 1991 n. 381 in materia di cooperative sociali che sono stati in carico presso i servizi del Sistema Sanitario Nazionale o ai Servizi Accreditati.

Unificazione della categoria dello svantaggio alla legge 68 con diversa gradualità rispetto alla gravità delle patologie.

9. Modifiche D.lgs 163/2005 (Codice dei contratti pubblici)

La logica delle misure qui proposte è orientata esclusivamente al sostegno delle fasce svantaggiate nel mercato del lavoro. Nel rispetto dei criteri di economicità, trasparenza e concorrenzialità, devono essere evitati i provvedimenti che, in forma esplicita o implicita puntano di fatto solo all'abbassamento del costo dei servizi forniti dalla Pubblica Amministrazione, ad esempio con la pratica diffusa degli affidamenti al ribasso. Proprio l'estensione di questa tendenza rischia di portare, in definitiva, alla compressione dei diritti sia nelle fasce svantaggiate che di quelle regolamentate dalle normative generali del lavoro.

Il 2 maggio 2006 è stato pubblicato il Codice dei contratti pubblici detto codice “DE LISE”, Decreto legislativo 163 del 12 aprile 2006. Tale codice tende ad irrigidire tutte le commesse pubbliche relative a lavori, servizi e forniture in attuazione della direttiva CEE 2004/17 e 2004/18. Per gli affidamenti definisce come principi base per tali procedure: l'economicità, l'efficacia, la tempestività e la correttezza, stabilisce inoltre la libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità. Tutti questi, più che giusti principi, sono costantemente validi per regolare il mercato degli operatori economici e delle offerte, ma ci lasciano molto perplessi rispetto al blocco del possibile supporto pubblico che l'affidamento diretto e in deroga di commesse, riesce a dare oggi al reinserimento di svantaggiati o tossicodipendenti. Per la natura stessa di questo gruppo sociale le cooperative di lavoro/reinserimento fanno molta fatica rispetto a principi quale l'abbassamento dei costi, la concorrenzialità sul mercato, la riduzione dei tempi di produzione, ecc.

Potrebbe aiutare la Pubblica Amministrazione nel riservare affidamenti “sociali” a Coop. B o privati “sensibili” una migliore definizione dell'Art. 2 punto 2 del codice stesso quando afferma che “il principio di economicità può essere subordinato, entro i limiti in cui sia espressamente consentito dalle norme vigenti e dal presente codice, ai criteri, previsti dal bando, ispirati a esigenze sociali, nonché alla tutela della salute e dell'ambiente e alla promozione dello sviluppo sostenibile.”

Sarebbe quindi auspicabile emanare circolari esplicative di quali possano essere le “esigenze sociali” ritenute capaci dal legislatore di orientare il “codice” in modo meno restrittivo per le attività di reinserimento sociale-lavorativo di categorie svantaggiate e le relative procedure affidamento delle commesse.

Tale attività di indirizzo potrà essere utile affinché le amministrazioni pubbliche adottino, per forniture di lavori, beni e servizi la metodologia dell'offerta economicamente più vantaggiosa e non del massimo ribasso. Tale regolazione esalterebbe la premialità dei bandi sul riconoscimento di standard valoriali con clausole sociali come gli inserimenti di svantaggiati in quanto valore aggiunto nelle offerte economiche.

10. Defiscalizzazione e incentivi aziendali

Proporre al Governo la concessione di sgravi contributivi o sgravi fiscali per tutta la durata del reinserimento, ai datori di lavoro, artigiani, imprese, aziende, enti *no profit*, cooperative, onlus che in partenariato con le strutture preposte alla riabilitazione ed al reinserimento dei soggetti di cui sopra (massimo uno ogni 10 dipendenti) attuino programmi personalizzati di recupero sociale.

Prevedere l'impegno del datore di lavoro ad inserire il soggetto riabilitato con contratto di tirocinio.

Prevedere l'impegno dei Servizi Pubblici o accreditati a sostenere e supervisionare il percorso del reinserito nel posto di lavoro.

L'agevolazione spettante al datore di lavoro potrebbe consistere nella fiscalizzazione o sgravio degli oneri relativi al complesso dei contributi dovuti dai datori stessi per le assicurazioni sociali obbligatorie.

Le realtà di impresa, sensibili alla gravità dei problemi sociali derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche, nonché attente alla necessità di favorire il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti, già si impegnano in programmi di recupero attraverso la proposta di politiche più avanzate di Responsabilità Sociale di impresa.

Da tale compito può così prevedersi il coinvolgimento dei datori di lavoro nel recupero lavorativo e sociale dei tossicodipendenti su base volontaria ed attraverso lo strumento dell'incentivazione.

Tale concessione di sgravio sarebbe un segnale di innovazione rispetto ad una tradizione di interventi legislativi che hanno operato attraverso l'imposizione di quote obbligatorie non concertate.

In realtà tali i provvedimenti legislativi, volti a favorire l'integrazione e l'inserimento dei lavoratori svantaggiati basarsi sui criteri volontaristici di adesione alle finalità perseguite, dovrebbero produrre più inserimenti lavorativi condivisi e meno ricadute.

La mancanza di passaggi burocratici nella procedura di assunzione del soggetto riabilitato, subordinata solo alla stipula di una convenzione tra datore di lavoro e centro o ente di riabilitazione dovrebbe garantire tutto il sistema in quanto a praticabilità.

Gli sgravi devono essere fortemente vincolati non solo al coinvolgimento iniziale del soggetto svantaggiato, ma essenzialmente alla sua successiva permanenza sul lavoro. Deve essere attivato quindi un monitoraggio pluriennale in base al quale gli sgravi, già in parte concessi nella prima fase, vengono predisposti nella loro interezza quando c'è la stabilizzazione effettiva dell'interessato.

11. Valutazione del sistema

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DI PROGRAMMI DI INSERIMENTO LAVORO

Per la corretta valutazione di progetti di inserimento lavorativo, alla luce di quanto sopra accennato, appare necessario indicare alcuni obiettivi generali e specifici ed alcuni standard da rilevare quantitativamente e qualitativamente.

Gli obiettivi generali potrebbero indicarsi nel modo seguente:

- acquisizione di competenze ed informazioni sulle progettualità delle Regioni in area reinserimento lavorativo per tossicodipendenti;
- acquisizione di informazioni sugli elementi del progetto, sugli attori sociali, sugli strumenti e sui processi adottati;
- individuare processi stabili locali per programmi adeguati al mercato del lavoro, destinati a soggetti tossicodipendenti.

Tra gli obiettivi specifici sono sicuramente da introdurre i seguenti:

- misurare il grado di finalizzazione e sostenibilità dei percorsi all'inserimento lavorativo;
- misurare il grado di orientamento dei bisogni del mercato del lavoro;
- misurare il livello di stimolo alle metodologie e alle motivazioni mirate allo sviluppo dell'auto imprenditorialità;
- misurare il grado di diversificazione delle opportunità offerte dalla rete, al di là del percorso terapeutico, connesse alle storie soggettive;
- misurare le attivazioni di percorsi comuni proposti come reinserimento ed integrazione.

Gli obiettivi proposti, peraltro, dovrebbero consentire la valutazione della possibilità di cambiamento dei futuri progetti di reinserimento, dei livelli di specializzazione e capacità lavorative acquisite dagli utenti e dell'aumento delle capacità di autogestione dei rapporti relazionali da parte dell'utenza.

Oltre che alla rilevazione degli effetti di processi, detti obiettivi sarebbero anche utili alla valutazione degli effetti a medio e lungo termine, relativi allo sviluppo delle capacità dei singoli di fare impresa e di stare nell'impresa.

Per l'attenta valutazione delle attività sarà comunque necessario definire una serie di standard progettuali, interni ed esterni, che possono essere così indicati:

Standard interni

- Misurazione dello standard, esprimibile in gradi, relativamente alla formazione in the job, all'inserimento lavorativo, alla produzione di reddito, al fondo di dotazione.

Standard esterni

- Misurazione dello standard di integrazione territoriale;
 1. livello terapeutico;
 2. livello lavorativo-formativo;
 3. livello sociale.
- Misurazione dello standard di innovatività;
 1. rete circuito lavoro;
 2. modalità auto-riproduttiva.
- Misurazione dello standard di trasparenza;

1. accertamento fasi;
2. accesso alla documentazione.

Oltre agli standard interni ed esterni, va evidenziato uno standard generale relativo al rapporto costi/benefici, articolato su: costo del progetto in relazione al numero degli utenti, e su costo del progetto in relazione al costo parziale della strumentazione.

Relativamente alla metodologia da adottare, è necessario precisare che le attività di valutazione dovrebbero essere affidate a Ente o struttura dotata di specifica e comprovata competenza nel settore. Dette attività dovrebbero essere riferite alla quantificazione generale di tutti i progetti di inserimento e ad una successiva misurazione campionaria di qualità.

12. Europa

Utilizzare l'opportunità delle progettazioni europee per sostenere implementare e stabilizzare i percorsi sperimentali attuati a livello nazionale con lo scopo di produrre linee guida e strumenti per la valutazione di programmi di reinserimento lavorativo di settore.