

Prospettive Sociali e Sanitarie

3

ANNO XVI ● 15 FEBBRAIO 1986

FAMIGLIA E COMUNITÀ TERAPEUTICHE ● FORMAZIONE PROFESSIONALE E INTEGRAZIONE LAVORATIVA ● SERVIZI: MOTIVAZIONI PERSONALI E ORGANIZZAZIONE IMPERSONALE ● NOTIZIARIO FORMAZIONE

C I S EDITORE

Via S. Siro, 1 - 20149 Milano
Spediz. in abb. postale gr. II/70

Tipologie della formazione professionale per l'integrazione sociale e lavorativa

La formazione professionale, come percorso di transizione tra scuola e lavoro, come momento interfacciale fra istruzione dell'obbligo e occupazione, deve essere una fase per interventi mirati inseriti in una strategia complessiva di riabilitazione, non può essere considerata come segmento autosufficiente di interventi, ma deve collegarsi per la metodologia e gli obiettivi con la scuola ed il lavoro, elemento di raccordo e di ricomposizione fra sistema scolastico e sistema produttivo.

Queste considerazioni, che valgono per tutti gli utenti, hanno particolare importanza per l'impostazione e lo sviluppo degli interventi nei confronti degli handicappati che risentono negativamente dell'attuale frattura fra il momento iniziale e quello conclusivo del processo di recupero e di integrazione scolastica e professionale.

In attesa delle riforme strutturali (come il biennio orientativo della scuola dell'obbligo e la nuova legge sulle assunzioni obbligatorie), è possibile intanto definire le sequenze di un progetto e di una griglia tipologica che avvii a soluzione i problemi discussi.

Sistema informativo

Vi è l'esigenza preliminare di individuare gruppi di utenti omogenei che presentino "caratteristiche di ingresso" nella formazione professionale abbastanza definite per consentire obiettivi di apprendimento e sbocchi occupazionali (o assistenziali-riabilitativi) possibili e realistici.

Le attività individualizzate non possono essere infatti "inventate" o tentate per approssimazione ogni volta che un portatore di handicaps con deficit rilevanti si iscrive ad un corso o entra in un centro di formazione professionale.

"Sembra a volte fatale che la storia dell'educazione, rispetto ai bambini handicappati sia sottoposta ad una specie di condanna di Sisifo; che ciascuno degli educatori, in famiglia ed anche nella scuola, sia quasi "condannato" a riprendere da capo ogni esperienza, a far partire la storia intera (delle ricerche, dei tentativi, dei progetti) dal proprio incontro col

problema, e quindi dalla propria esperienza, quasi che fosse la prima nella storia e nel mondo" (A. Canavaro).

C'è quindi l'esigenza di una "classificazione" intesa però non in senso medico-legale, ma come individuazione dei bisogni, delle capacità residue, delle potenzialità e delle corrispondenti competenze ed esperienze che devono essere applicate in un contesto di valutazione interdisciplinari che tengano conto non solo del deficit, ma anche della storia sociale ed esistenziale dei soggetti.

Ciò comporta, al fine di costituire un itinerario di obiettivi formativi occupazionali, la consapevolezza degli atteggiamenti e la considerazione generale dei vari tipi di handicaps.

L'handicappato, secondo l'opinione comune, è percepito come:

- una persona menomata rispetto alle capacità dell'uomo adulto e normale
- un individuo "diverso"
- un simbolo di sofferenza e di disgrazia
- un essere con il quale è difficile o impossibile comunicare.

1. menomazione

All'handicappato mancano alcune facoltà essenziali e proprie del normo-dotato; è privato di alcune funzioni che rendono l'uomo autonomo. L'invalido motorio sulla carrozzella viene percepito come il bambino piccolo sul passeggino.

Analogamente il mongoloide suscita l'immagine del bambino bloccato per sempre alla dimensione infantile.

Risulta quindi che l'handicappato è spesso pregiudizialmente percepito come un essere *dipendente*, un peso per la famiglia e la società, incapace di provvedere a se stesso senza l'aiuto di terzi.

2. diversità

L'handicappato è differente dagli altri: non ha le stesse opportunità, non può partecipare alla vita comune, vive e sopravvive in un modo misterioso che suscita angoscia, fa temere le sue reazioni. Tutto ciò

rende difficile ai normo-dotati la possibilità di identificarsi e quindi provoca atteggiamenti di ostilità, di indifferenza e persino di paura: è anormale, non si sa come rapportarsi, forse non capisce, vive in un'altra dimensione, è un *estraneo*.

3. sofferenza

L'handicappato è un portatore di dolore, di solitudine, di male, di sventura. E all'origine di questi attributi si profila talvolta l'idea della colpa, del peccato e del castigo. Si aggiunge quindi una alienità di tipo esistenziale e morale.

4. incomunicabilità

L'handicappato, in quanto appartiene ad un mondo differente, richiede dei codici di comunicazione differenti da quelli del mondo normale e perciò la gente ritiene di non poter comunicare. In sintesi, dal punto di vista psicologico, la differenza dell'altro provoca paura ed aggressività inconscia che a loro volta determinano senso di colpa con l'effetto di indurre a dinamiche di esclusione e di difesa.

Anche se è molto diffusa la convinzione che l'integrità fisica è collegata con quella psichica e quindi una menomazione somatica comporta anche un deficit psichico, esiste tuttavia una distinzione fondamentale, di origine culturale, fra handicap motorio o funzionale e handicap mentale. Inoltre l'handicap fisico si considera *acquisito*, mentre quello psichico *congenito* (mongolismo).

L'*handicappato fisico* è più facilmente accettato, attorno alla sua immagine si organizzano rappresentazioni e comportamenti secondi i quali la comunicazione resta possibile, vi sono possibilità di riabilitazione e di autonomia. Tali valutazioni consistono essenzialmente nella consapevolezza che si tratta di una situazione di vita in cui tutti potrebbero trovarsi (ad esempio in seguito ad un incidente o ad una malattia invalidante): c'è stata una interruzione della vita normale per una causa esterna, ma tuttavia il soggetto continua ad appartenere al mondo normale.

L'*handicappato mentale* invece evoca immagini di diversità esistenziale, è il "malnato", un bambino che non crescerà mai, è un incompleto, una conseguenza di tare familiari ereditarie. Nei confronti di questi soggetti vi è di solito un rifiuto inconscio di conoscenza e di approccio soprattutto perchè si attribuiscono loro reazioni imprevedibili e pericolose.

Le distinzioni fra handicapato congenito e adulto, fra fisico e mentale, sembrano organizzarsi tra i poli della possibilità e impossibilità di comunicare e fra i diversi livelli di ansia che possono suscitare.

Si possono elencare quattro gruppi:

- Invalidi fisici: sono i più autonomi e i meno differenti. Con loro si parla, sono innocenti colpiti dalla sventura.

- I vecchi e gli infortunati: anche se incapaci e bisognosi di tutto resta il fatto decisivo che appartenevano al mondo dei sani.

- Gli handicappati sensoriali (ciechi e sordi): costituiscono un gruppo di "transizione" semireale di una esistenza senza i sensi.

- Gli handicappati mentali: benchè vi sia diversità fra lievi e profondi, fra mongoloidi e psico-motori,

sembrano provocare comunque identificazione negativa ed angoscia, il cui caso limite è rappresentato dal malato mentale.

Per gli handicappati fisici (anche con pluriminorazioni) e per quelli sensoriali non si debbono porre problemi di selezione e di specializzazione degli interventi, sia per quanto riguarda gli obiettivi, sia per quanto riguarda il contesto di formazione didattica o professionale. A questi due gruppi di portatori di handicap è possibile l'accesso alle scuole medie superiori e alla formazione con qualifiche di II livello, si tratta essenzialmente di garantire condizioni ambientali e strumentali adatte al fine di creare l'uguaglianza di opportunità compensando le eventuali difficoltà funzionali ed espressive (trasporti, barriere architettoniche, assistenza personale, applicazione di particolari tecnologie quali i sistemi "possum").

Ma il gruppo più numeroso e con maggiori problematiche è costituito dagli handicappati psichici. Per questi soggetti (e per gli handicappati fisici *in età adulta*) è necessario introdurre strumenti di osservazione che facciano riferimento all'infermità, all'incapacità e all'handicap complessivamente, intendendo per *infermità* il danno patologico su una struttura o su una funzione, per *incapacità* la perdita della possibilità di svolgere le attività normali, per *handicap* le reazioni di rifiuto e le difficoltà conseguenti allo stato di minorazione.

Si tratta in sostanza di applicare le classificazioni definite dall'O.M.S. secondo il seguente modello riassuntivo.

Classificazione delle cause (criterio eziologico)

- malattie ereditarie
- malformazioni congenite
- patologia della gravidanza e del parto
- malattie infettive e virali
- malattie croniche invalidanti
- traumatismi
- patologia professionale

Classificazione delle menomazioni (criterio anatomico-funzionale)

- menomazioni dell'intelligenza e del comportamento
- menomazioni dei sensi e del linguaggio
- menomazione degli organi interni e di speciali funzioni
- menomazioni scheletriche e degli organi di movimento
- menomazioni estetiche
- menomazioni generalizzate o gravi
- altre menomazioni

Classificazione degli handicaps (criterio sociale) categorie di handicaps

- ciechi
- sordomuti
- irregolari psichici
- spastici ed epilettici
- neuromotulesi
- altre categorie

settori e gradi di handicap

- indipendenza fisica

- mobilità
- attività lavorativa e normali occupazioni
- integrazione sociale

Finora l'unico criterio adottato dal legislatore è stato quello delle percentuali di invalidità, aggiornate con il tabellario Aniasi del 1981.

L'errore di base di questa impostazione consiste nel valutare le potenzialità lavorative con lo stesso criterio con cui si valuta l'esistenza di un'invalidità.

Errore di impostazione tanto più evidente se si riflette che non è vero che all'invalidità sempre e comunque corrisponde una diminuzione della capacità lavorativa (per es. una persona che non abbia l'uso degli arti inferiori - considerata con il tabellario Aniasi invalida dal 91 al 99% - può svolgere un qualsiasi lavoro impiegatizio senza alcuna diminuzione della propria capacità lavorativa).

In pratica il tabellario Aniasi può essere utile solo per valutare il diritto alla pensione o a particolari provvidenze a causa di una alterazione a livello di organi, in altre parole si riferisce ad una *infermità*, cioè ad una "qualsiasi perdita o anomalia a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica" dell'organismo.

È evidente che questa definizione - valida per l'accertamento di una malattia - considera fenomeni patologici come se fossero indipendenti dai soggetti nei quali si manifestano: da qui il criterio apparentemente oggettivo, ma in pratica astratto delle percentuali di invalidità, inefficace ad impedire il proliferare dei falsi invalidi.

Invece una menomazione analizzata dal punto di vista dell'alterazione che produce a livello di persona, consente di individuare una *incapacità*, cioè una "limitazione o perdita (conseguente a menomazione) delle capacità di svolgere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano".

In altre parole, "la menomazione riguarda singole funzioni di parti del corpo", mentre "la disabilità, all'opposto, è relativa ad attività complesse o concretamente integrate quali sono attese da una persona o da un organismo considerato nel suo complesso e che si configurano come compiti, abilità e comportamenti". "Essendo focalizzata sulle attività, l'incapacità riguarda, in modo relativamente neutrale, ciò che accade nella pratica piuttosto che un modello ideale".

Abbiamo così un metodo nuovo che è molto più adatto a valutare le potenzialità lavorative di una persona menomata delle ormai vecchie e inadeguate percentuali.

Infatti questo della disabilità è un criterio di accertamento oggettivo, funzionale e nello stesso tempo limitato a particolari abilità della persona concreta che individua solo le disabilità nello svolgimento di determinate attività, riuscendo a graduarle (per es. disabilità totale-parziale a camminare, affermare, ascoltare, muovere, etc.).

A noi pare che questi parametri elaborati dall'Organizzazione mondiale della Sanità (1) siano uno

strumento valido e moderno per definire i vari gradi di handicaps.

Infatti separando gli accertamenti dal diritto, alla pensione o a provvidenze inerenti l'invalidità (legato al riconoscimento di una menomazione), dal diritto d'indennità di accompagnamento (legato al riconoscimento di una specifica disabilità cioè la mancanza di autonomia nella mobilità e nello svolgimento degli atti della vita quotidiana), dal diritto al collocamento obbligatorio (legato al riconoscimento di disabilità in attività attinenti al lavoro) si dà un sistema razionale che filtra i diversi interventi in maniera efficace.

È evidente che la possibilità di valutare adeguatamente le potenzialità funzionali e lavorative della persona concreta, consente di valorizzare le professionalità, individuare più facilmente i sostegni tecnici e sociali all'inserimento ed elaborare con maggiore chiarezza progetti formativo-riabilitativi del lavoratore o disoccupato disabile.

A queste valutazioni va affiancato un metodo elaborato dall'organizzazione internazionale del lavoro (ILO) per individuare i lavori adeguati alle singole disabilità e consentire una adeguata formazione professionale.

Tale metodo è noto sotto il nome di "Moduli di abilità utilizzabile" e consiste nell'analizzare le forme di attività legate ai lavori possibili, in un secondo momento si raggruppano combinazioni di abilità e compiti in blocchi chiamati "funzioni utili". In questo modo vengono individuati gruppi di attività completamente a misura del singolo disabile per ogni funzione utile.

Questi gruppi di attività, detti "unità modulari", raggruppano soltanto le necessarie abilità, conoscenze e attitudini richieste per eseguire quella funzione utile. Ciò consente un approccio estremamente variabile e flessibile all'addestramento e all'occupazione delle persone disabili, anche di quelle ritenute particolarmente gravi, e, nello stesso tempo, permette di utilizzare al meglio i progressi della tecnica, applicandoli alla soluzione di problemi relativamente semplici e evidenti individuati nel confrontare una determinata disabilità con una specifica unità modulare.

In ogni caso i compiti del sistema informativo non possono esaurirsi nell'acquisizione di conoscenze sull'utenza, si deve anche fornire consulenza in merito al mercato del lavoro. Al fine poi di orientare e di modificare la domanda e le aspirazioni, si dovrebbe in particolare sviluppare in seno alle famiglie un senso critico e di percezione della realtà, affinché sappiano fare il calcolo dei costi e dei benefici nella difficile scelta fra assistenzialismo e integrazione.

Complessivamente il sistema informativo dovrebbe fornire:

1. documentazione sulle capacità residue
2. certificazione se il soggetto possa essere immediatamente inserito nella formazione
3. indicazioni sul *setting* formativo (corso, centro, normale, speciale, formazione lavoro, attività-progetto)

1) Tutte le citazioni tra virgolette sono tratte dal volume "Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi della malattia", edizione italiana a cura del Centro Lombardo per l'Educazione Sanitaria (C.L.E.S.).

4. individuazione di massima delle fasce di mansioni per specifici comparti (cfr. Isfol e 110)

Biennio di orientamento

Gli handicappati per i quali il sistema informativo non abbia potuto definire l'itinerario o la collocazione formativa debbono frequentare in apposita struttura (la cui competenza territoriale potrebbe coincidere con quella delle USL) un periodo di orientamento, della durata massima di due anni, che offra i seguenti servizi:

a. osservazione e individuazione dei bisogni e delle capacità personali;

b. definizione del programma di riadattamento;

c. promozione culturale e attitudinale e prima formazione;

d. reperimento e gestione iniziale dell'inserimento in corsi di formazione professionale normali o speciali o in attività lavorative adatte.

La durata dell'orientamento non può superare quella di un normale corso formativo, avvalendosi tuttavia di mezzi e modalità specifiche relative all'organizzazione (che deve prevedere supporti assistenziali), alla didattica individualizzata, a speciali strumentazioni e ad esperienze di periodi di inserimento lavorativo guidato.

Il centro di orientamento professionale può essere realizzato direttamente dai servizi pubblici o mediante convenzioni con enti e organizzazioni dei lavoratori, degli imprenditori, dei movimenti cooperativi o di associazioni spontanee qualificate, che non perseguono scopi di lucro e per le quali sia garantito il controllo sociale.

Oltre agli scopi e alle metodologie generali dell'orientamento, si dovrebbero in particolare verificare le capacità relative al compito imitativo e al compito esecutivo.

Il compito imitativo. È imitativo quel compito che non prevede alcuna variazione strutturale del messaggio, ma soltanto la sua ripetizione o in una forma analoga o nella stessa forma in cui si presenta. Gli aspetti fondamentali per questo tipo di prestazione sono: la precisione, la velocità, le modalità di esecuzione, l'aderenza al mandato.

Le capacità implicate sono l'organizzazione senso-psico-motoria, il possesso di codici specifici, il tipo e la qualità della memoria.

Il compito imitativo quindi è il più semplice perché non richiede particolari attività mentali ma solo un discreto assetto funzionale di base.

Il compito esecutivo. L'ordine richiede di giungere ad un risultato prefissato, ma le strategie sono diverse e il soggetto può scegliere adottandone una delle tante possibili. Alcuni soggetti possono essere abili nella esecuzione e scadenti nella imitazione perché hanno scarse capacità di memoria, di precisione e di velocità. Il compito esecutivo comunque richiede: capacità di rappresentazione mentale, capacità logiche, qualità selettiva della memoria, possesso di codici multipli, transfer di apprendimento.

I tipi di lavoro esecutivo sono numerosi, ad esempio: legatoria meccanica elementare, attività agrico-

le e artigianali, ecc.

Al termine del ciclo di orientamento si dovrà stabilire se il soggetto può entrare (o rientrare) nelle strutture della formazione professionale o se si debbono individuare prestazioni assistenziali e riabilitative (terapie occupazionali).

Formazione

Si è costantemente sottolineato e ribadito l'importanza che la formazione professionale ha per i soggetti handicappati al fine del loro inserimento nel mondo del lavoro, formazione professionale attuata e attuabile sia attraverso le strutture all'uopo proposte, centri di formazione e centri speciali, sia con realizzazione di attività progettuali.

Poiché si è constatato che la maggiore richiesta proviene da portatori di handicaps psichici o da pluriminorati, risulta evidente la scarsa praticabilità della formazione di base e di secondo livello. Si tratta invece di privilegiare e di incentivare l'apprendimento pratico - di cui una componente fondamentale è costituita dalla socializzazione - che può essere attuata soprattutto secondo lo schema e le metodologie della formazione sul lavoro.

Per favorire un positivo accordo tra l'ambito formativo e quello produttivo e sviluppare una reale socializzazione della e nella realtà del mondo lavorativo, già la legge-quadro n. 845 del 78, all'art. 15 prevede che: "le istituzioni operanti nella formazione professionale possono stipulare convenzioni con le imprese per l'effettuazione presso di esse di presidi di tirocinio pratico e di esperienza ..."

Infine, la legge n. 863 del 19 dicembre 1984, al punto 13 dell'art. 3, così recita: "Le regioni possono organizzare, di intesa con le organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro maggiormente rappresentative sul piano nazionale, attività di formazione professionale che prevedono periodi di formazione in azienda..."

Sia attraverso l'utilizzo delle suddette leggi, sia come scelta operativa di chi gestisce attività di formazione, le esperienze che vedono l'handicappato in formazione all'interno delle aziende sono ormai tante e diverse, riconducibili comunque a tre modalità:

a. *stage o tirocinio pratico di breve durata:* previsto e attuato come strumento didattico particolare che va ad affiancarsi ad altri momenti di apprendimento della formazione professionale di base.

b. *tirocinio guidato e continuativo:* finalizzato all'addestramento e alla professionalizzazione dell'handicappato, il quale realizza la sua formazione direttamente in azienda secondo le modalità previste dalle attività a progetto.

c. *collocamento al lavoro:* mediante la stipula di contratti di formazione/lavoro previsti dalla legislazione nazionale tramite accordi locali.

Per quanto riguarda i punti a. e b. essi debbono essere realizzati sul rispetto dei seguenti criteri:

1. gratuità

2. legalità: qualsiasi attività formatasi all'interno dell'azienda deve svolgersi al di fuori o a fianco del processo produttivo.

3. la copertura assicurativa: la legge n. 863 del 19.12.1984 prevede, al comma 13 dell'art. 3, che le regioni possano stipulare apposite convenzioni con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro per i periodi di formazione in aziende previsti dall'articolo in oggetto.

Analoga convenzione con lo stesso Istituto potrà essere stipulata dalle Regioni per gli stages e i tirocini in azienda di alcuni portatori di handicaps.

Gli enti gestori e i C.F.P. che attueranno tali attività avranno così la possibilità di utilizzare una unica posizione assicurativa regionale.

Convenzione con le aziende. I rapporti tra l'ente gestore o il C.F.P. e l'azienda presso la quale si svolgerà lo stage o il tirocinio continuativo, saranno formalizzati da un'aposta comunicazione-convenzione che garantisca le parti e gli utenti per le rispettive responsabilità e competenze e per il conseguimento degli obiettivi proposti. Al fine di conformare le modalità di formazione sul lavoro, si ritiene utile adottare il modello allegato.

Piano di lavoro. La realizzazione dello stage e del tirocinio continuativo e l'eventuale stipula di convenzione sono fondati su un progetto operativo o piano di lavoro. Tale progetto o piano deve essere organizzato tenendo presente i seguenti elementi:

a. conoscenza del soggetto (storia, potenzialità, capacità, ecc.)

b. conoscenza del contesto lavorativo in cui si opera e individuazione del ruolo e delle mansioni che il soggetto può svolgere

c. definizione delle competenze e degli interventi di sostegno, di assistenza e di consulenza

d. scadenze di verifica periodica dell'inserimento, con le osservazioni che ne derivano per gli eventuali adattamenti da apportare e con la stesura di un rapporto.

Inserimento lavorativo

Il sistema formativo integrato non può esaurirsi e concludersi per gli handicappati medio-gravi con il rilascio di attestati o certificazioni o con l'iscrizione del soggetto nelle liste del collocamento, ma deve collegarsi e integrarsi col mondo del lavoro offrendo supporti e incentivi in tutti i settori produttivi, nella amministrazione pubblica e nella cooperazione.

Il collocamento al lavoro dei portatori di handicaps, in quanto compito dello Stato, è affidato all'Ufficio provinciale del lavoro, che lo attua attraverso la "Commissione provinciale per il collocamento obbligatorio". L'organizzazione e i compiti della commissione sono esclusivamente burocratici (elenchi, graduatorie, pareri, ecc.), e non consentono nessuna programmazione e nessun intervento nell'incrocio fra domanda e offerta.

A ciò si deve aggiungere che l'ufficio del lavoro fonda le proprie valutazioni su certificazioni medico-legali che contengono soltanto indicazioni relative alle cause eziologiche della minorazione e alla riduzione della capacità lavorativa, due riferimenti che insieme determinano acriticamente il *grado di invalidità*.

Per questi motivi la legge sul collocamento obbligatorio si applica soltanto nei confronti di portatori di handicaps lievi, o attraverso interventi clientelari o privati (consenso delle parti) per chi abbia una invalidità superiore ai due terzi.

In attesa della riforma sul collocamento e con riferimento alla fascia degli handicappati medio-gravi, occorre definire modalità di avviamento al lavoro *incentivato e guidato*. Si tratta in sostanza di prevedere un progetto generalizzato di pre-collocamento, regolato dalla formula del contratto di formazione-lavoro, da svolgere dentro le aziende e le amministrazioni pubbliche con la presenza di operatori qualificati.

Questa soluzione dovrebbe consentire il superamento del principio della "obbligazione legale" e quindi la possibilità di assumere un lavoratore che conosce l'azienda, che ha acquisito conoscenze e capacità legate a specifiche mansioni e processi produttivi e che quindi può essere meglio accettato e utilizzato.

L'operazione potrà essere regolata da un *contratto a progetto* che stabilisca i modi e le condizioni dell'inserimento, i diritti ed i doveri delle parti.

In definitiva, si intende delineare lo stato giuridico, transitorio o permanente, di un lavoratore il cui ruolo non è corrispondente alle esigenze produttive, ma ai bisogni individuali, alla solidarietà sociale e le cui difficoltà non ricadano esclusivamente sull'impresa.

Per i fini normativi dovranno essere applicati i seguenti strumenti:

- contratto di formazione-lavoro
- borsa di lavoro
- contratto di apprendistato
- contratto a part-time
- cooperative integrate

In tutti questi casi devono essere previsti incentivi economici sia per quanto riguarda gli oneri sociali, sia per la retribuzione, oltre si intende alle forme di sostegno formativo e socio-sanitario dell'utente quando la sua situazione lo richieda.

Pur riferendo prevalentemente questi interventi di promozione agli handicappati attualmente classificati con una "riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi", si deve tener conto di due sottogruppi omogenei:

1. fascia di handicappati che pur essendo capaci di svolgere mansioni nel ciclo produttivo o rispetto ad altri compiti, non sono tuttavia in grado di esprimere la propria operatività nei tempi e nei modi previsti e standardizzati; per questi lavoratori occorre provvedere a particolari soluzioni di adattamento strumentale, di modificazione delle sequenze di informazione dell'ambiente, di orari ridotti e di consulenza.

2. Vi sono handicappati i quali, pur non potendo entrare nel ciclo produttivo, possono partecipare ad impegni collaterali all'attività principale; si tratta allora di costituire all'interno delle aziende o degli enti pubblici piccoli gruppi o *unità lavoro* (guidate da un operatore e da un dipendente) che prestino servi-

zi utili al complesso e al funzionamento delle imprese (pulizie, mense, stoccaggio, guardaroba, ecc.).

Per quanto sopra descritto, queste particolari forme di inserimento lavorativo costituiscono una via intermedia fra la formazione sul lavoro degli allievi handicappati della formazione professionale o di corsi-progetto e il collocamento vero e proprio.

La regione, le province, le cooperative e le associazioni di volontariato dovranno concordare con le aziende l'entità degli incentivi e la durata minima e massima dei contratti-progetto.

In via indicativa si propongono i seguenti parametri:

- integrazione economica dei costi
- durata del contratto
- modalità di adattamento al lavoro
- tipologia degli utenti con riferimento all'età ed al grado di handicap.

Il complesso degli interventi e delle prestazioni deve essere garantito contestualmente dalla formazione professionale, dai servizi sociali e assistenziali, dall'unità sanitaria locale.

Gianni Selleri

Motivazioni personali e organizzazione impersonale

di
Franca Olivetti Manoukian

Tra le persone che lavorano nei servizi territoriali delle Unità Sanitarie Locali sono ricorrenti notevoli insoddisfazioni sulla propria collocazione e retribuzione, fatto questo comune a larghe fasce di impiegati pubblici, ma anche, e a volte soprattutto, sull'attività e sulle condizioni organizzative e umane di lavoro.

Questo malcontento attraversa diverse categorie professionali: i medici ritengono di svolgere un lavoro meno qualificato e qualificante di quello dei colleghi ospedalieri e cercano di riproporre nei servizi modelli e orientamenti operativi propri delle tradizionali strutture sanitarie, oppure si ritirano in una sorta di disimpegno o di impegno assai specializzato e parziale o provvisorio e incerto, strumentale al perseguimento di una situazione migliore o all'investire nel consolidamento di una affermazione professionale nel privato.

Le assistenti sociali gravate per tradizione di grossi interrogativi sulla consistenza del loro ruolo professionale si trovano oberate da richieste di prestazioni da parte di utenti ma anche di colleghi, ben poco congruenti con i loro desideri e le loro competenze; si vedono attribuite parti basse (segretariali) dell'attività di psicologi e medici, adempimenti e rapporti con istituzioni e in generale gli interventi in quelle situazioni più socialmente sfavorite che pesano per anni sul servizio con scarse o nulle prospettive di miglioramento; gli psicologi vedono minacciate e ostacolate le loro aspirazioni di far psicoterapia e cercano di acquisire spazi fisici, tempi, utenti, rispetto, invocando le esigenze connesse ai propri metodi e ai propri strumenti di lavoro.

Altre categorie professionali, come gli infermieri o le assistenti sanitarie oppure le vigilatrici di infanzia e le ostetriche o, più o meno tranquillamente riescono a ritagliarsi i loro ruoli tradizionali (spesso a fianco di un altro operatore) o sono come pesci fuor d'acqua e il fatto di non avere turni di lavoro notturni spesso non è sufficiente a compensare la mancanza di definizione precisa di compiti e modalità di lavoro che caratterizzi i servizi.

Nel quadro sommariamente accennato, e che chi è interessato può animare e completare con i dati della