



***DALLO SMANTELLAMENTO DELLE
ISTITUZIONI TOTALI
AL PROTAGONISMO DEGLI UTENTI:
LA COOPERAZIONE SOCIALE PER LA
SALUTE MENTALE***

Roma, 22 maggio 2012

Documenti.

Edizione in progress.

Introduzione

«DALLO SMANTELLAMENTO DELLE ISTITUZIONI TOTALI AL PROTAGONISMO DEGLI UTENTI: LA COOPERAZIONE SOCIALE PER LA SALUTE MENTALE».

Seminario di Legacoopsociali, Roma, 22 maggio 2012.

Appare di qualche significato il fatto che, ogni qual volta venga indetto un appuntamento plenario del nostro gruppo di lavoro, esso si ritrovi in modo imprevisto ad incrociare avvenimenti importanti per le politiche nazionali della Salute Mentale. Nel 2008, ci ritrovammo a confrontarci, quasi "fuori tempo massimo", con l'elaborazione delle Linee guida che di lì a poco furono emanate, riuscendo per altro ad interloquire su alcuni aspetti come la cooperazione di inserimento lavorativo. Oggi la coincidenza si ripete, coincidendo con l'elaborazione (non ancora giunta alla fase di confronto pubblico) del Piano d'azione nazionale per il settore, e - iniziativa di segno francamente opposto - con il prodotto del recente "colpo di mano" in Commissione Politiche Sociali della Camera dei Deputati.

Le coincidenze, soprattutto per chi si occupi di Salute Mentale, non sono mai casuali, e ci dicono almeno due cose:

- la prima, sul nostro piano interno, sottolinea la difficoltà di andare oltre la dimensione aziendale-economicistica, per condividere elaborazioni ed esperienze ed andare oltre la difficile pratica quotidiana, costruendo una dimensione associativa ricca sul piano progettuale, oltre che su quello organizzativo;
- la seconda è di tipo generale. Frutto in gran parte - soprattutto nei suoi segmenti più significativi - del movimento basagliano e della riforma del 1978, la cooperazione sociale tende a rimanere all'interno di questa esperienza, a condividerne la dimensione affettiva e difensiva, e rischia di subire le innovazioni, sia quando queste siano la logica evoluzione delle esperienze riformatrici (sia nazionali che internazionali), sia quando siano invece il frutto di atteggiamenti reazionari e fuori della storia.

Concentriamoci per pochi istanti su quest'ultimo aspetto, non per sottovalutarlo ma anche con l'avvertenza di non farci attrarre nel "buco nero" della proposta ciccioliana di ritorno alle politiche di contenimento manicomiale. Certo, quanto approvata in commissione alla Camera è un fatto gravissimo, contro il quale va suscitato un moto di protesta esplicito e duro, anche con una manifestazione, come ha proposto l'amico Angelo Malinconico, primario a Termoli. Ma l'iniziativa della destra parlamentare va anche vista per quello che è: una strumentale mossa di propaganda elettorale, un appello ai settori più retrivi della società, una chiamata alle armi del familismo più ideologico (che strumentalizza la sofferenza dei familiari, dando una risposta tanto "rassicurante" quanto negativa sul piano terapeutico) e, contemporaneamente, una promessa alle insaziabili lobbies della sanità privata, rese più forti dall'attacco al sistema universalistico di servizi alla persona, menato da poteri internazionali infeudati

al neoliberalismo ed al capitale finanziario.

Si tratta di una iniziativa-manifesto, appunto, coerente con quelle risposte di tipo reazionario che fanno sì che il nostro paese, visto come un riferimento internazionale per le politiche di Salute Mentale, sia contemporaneamente messo costantemente sotto accusa - questa volta in termini di inerzia sul piano legislativo - per condizioni carcerarie inaccettabili, per la mancanza di una legislazione sulla tortura da parte di appartenenti agli organi dello Stato e per politiche irresponsabili di mancata accoglienza verso i migranti ed in particolare i richiedenti asilo. Ed è qui che la proposta Ciccio appare nella sua coerenza con un "progetto" generale: quello di chi vuole difendere la "fortezza Europa" attraverso l'estensione di pratiche reclusorie e concentratarie, l'esclusione fisica di ogni persona o settore sociale ritenuto "diverso" od "irregolare", riproponendo in nuove forme il terrore borghese verso le "classi pericolose".

Sotto questo aspetto la psichiatria, come sedicente scienza, appare potenzialmente strumentale a queste politiche di esclusione e contenimento: attraverso l'abuso della detenzione-reclusione amministrativa (sia essa quella sanitaria dei trattamenti obbligatori o nelle strutture di residenza coatta per migranti), l'uso strumentale della farmacologia - generalizzata anche nelle strutture residenziali per anziani, in particolare a fronte dei fenomeni di demenza, cui si tarda a dare risposte professionali (non a caso ispirate come la "Gentle Care" ad elaborazioni analoghe a quelle che hanno ispirato la legge 180) - e l'annessione al "mercato" di pezzi di politiche sociali, attraverso la vera e propria monomaniacalità sulla necessità di costruire nuove "residenze" (e, ci si consenta ancora il paragone, nuove carceri).

Non è un caso che il modello dello psichiatra-parlamentare marchigiano sia quello delle mega-comunità per tossicodipendenti portate a modello dalla destra: siano esse quelle laiche della famiglia Muccioli o quelle religiose di un don Gelmini (per altro unite da significative inchieste giudiziarie sul loro funzionamento). Si tratta a loro volta di vere e proprie istituzioni totali, luoghi di riproduzione e ricondizionamento della dipendenza psicologica degli ospiti, simili nella loro utopia sociale (ma non certo nell'operatività scientifica) a quell'idea di "grandi città autarchiche" che alimentò, sul crinale tra Ottocento e Novecento, la costruzione dei moderni manicomi di impostazione positivista.

Tra l'altro, è facile irridere - ci sia concesso di essere un po' sarcastici - alla condizione mentale di un corpo parlamentare che nell'arco di poche settimane ha votato la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con il loro bagaglio di orrori, e successivamente ha votato la riapertura dei manicomi, per quanto imbellettata. C'è da temere che, proprio in questi mesi di processo di smantellamento degli Opg, possa trovar luogo una "sperimentazione" anticipatrice, o forse sic et simpliciter sostitutiva, della "controriforma Ciccio", ed a tal proposito indichiamo come valido modello alternativo le buone pratiche di quelle regioni che si sono mosse per garantire, già nei mesi ed anni precedenti il voto dell' "emendamento Marino" il reinserimento nelle proprie strutture residenziali ordinarie degli ex internati.

Come era facile prevedere, l'ideologia cicciana, versione più "professionale" del profluvio di proposte di ri-manicomializzazione (alcune delle quali francamente poco dignitose, come nel caso di quella Guzzanti), torna utile nella fase di preparazione di una lunga campagna elettorale. Ma è la situazione reale, quella di incompleta applicazione della legge 180 e delle normative applicative, che deve attirare la nostra attenzione e sollecitare la nostra riflessione.

Parlare ancora di "applicazione a macchia di leopardo" della legge 180 è francamente insoddisfacente. A 34 anni dalla riforma, confermata ad ogni nuova iniziativa normativa, bisogna avere il coraggio di dire con forza che la legge 180 non è

applicata nella globalità del territorio nazionale, in "coerenza" frustrante con la mancanza di risorse, di una rete diffusa di servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, con la centralità tuttora inviolata delle strutture ospedaliere e perfino con la permanenza di pratiche di contenimento, non solo farmacologiche. La stessa rete nazionale di Dsm e Csm, apparentemente larga, non sembra capace di evitare la compresenza, anche negli stessi territori provinciali, di pratiche contrastanti, come da un lato reparti di Spdc "no restraint" e dall'altro strutture dove si pratica ancora l'elettroshok, oppure di realtà dove si sono sviluppate esperienze avanzate di residenzialità e di cooperazione finalizzata di inserimento lavorativo ed altre - a solo pochi chilometri - prive di ogni traccia di questi servizi o con la sola offerta di mini-reclusori mascherati.

Il problema non è certo quello di nuove leggi: ce ne sono abbastanza per operare, basta volerlo. Certo sono necessarie ancora alcune norme specifiche, di carattere ben diverso da quelle appena votate dalla commissione camerale. Come ad esempio quella sul limite massimo di utenti presenti in una casa-famiglia. La mancata previsione di tale plafond permette ancor oggi la presenza di strutture di varie decine di posti-letto cadauna, riproponendo in termini ridotti le logiche istituzionali. Logiche su cui noi stessi operatori sociali dobbiamo interrogarci: quante residenze gestiamo, in cui il contenuto riabilitativo e di inclusione sociale è ridotto o decisamente basso, e più corrispondente ad una logica di "intrattenimento" se non deposito contenimento? In quante ancora accettiamo di operare in condizioni di effettiva intermediazione di manodopera? Quanto eventuali esperienze, magari definite come "alberghiere", possono contribuire a trasformare in modo molecolare la stessa esperienza della cooperazione socio-sanitaria-educativa, rischiando di assimilarla progressivamente alla sanità privata?

Sono domande cruciali: se vogliamo essere qualcosa di altro rispetto alla sanità "profit", dobbiamo saper fare i conti esplicitamente con il mondo dei servizi pubblici, di cui per buona parte le cooperative sono "figlie". Figlie "legittime", quando sono state promosse e finalizzate a precisi obiettivi di innovazione, dall'inserimento lavorativo degli utenti alla promozione di servizi innovativi, fossero questi gli operatori di strada, le strutture residenziali od équipes di psicoterapeuti. O figlie "illegittime", quando sono nate per dare risposte al blocco delle assunzioni nel pubblico impiego, e si sono presentate con maggiore difficoltà a progettare e costruire la propria legittimità e riconoscibilità professionale.

Anche nei casi migliori, l'esperienza della cooperazione sociale nella Salute Mentale risente di un cordone ombelicale spesso non reciso, o reciso male, nei confronti dei servizi pubblici, riproducendo all'interno del proprio mondo - a volte anche passivamente - pratiche differenziate. Nelle grandi città, questo può essere apprezzabile anche all'interno dello stesso territorio metropolitano; in contesti territoriali regionali od infra-regionali questo può produrre difficoltà a dialogare ed inspiegabili competitività "in delega"; in generale, queste differenziazioni ostacolano il confronto e la circolazione delle buone pratiche.

Talvolta, si può notare una sorta di generalizzata subalternità delle cooperative sociali alle ideologie, scelte programmatiche e pratiche terapeutiche dei servizi pubblici, un appiattimento sui loro gruppi dirigenti, un loro subire scelte prese al loro esterno, un inseguire stimoli ed elaborazioni (anche quando questi siano estemporanei), una esclusione dai momenti decisionali. Su quest'ultimo aspetto, cioè la necessità di apertura dei Dipartimenti di Salute Mentale all'associazionismo degli utenti e dei familiari ed alla cooperazione sociale - per altro indicato come un obiettivo dalle vigenti Linee guida sulla Salute Mentale - concentreremo l'attenzione della seduta pomeridiana, con la relazione del collega Giuseppe Salluce.

Dobbiamo anche mettere in discussione un aspetto organizzativo della nostra

associazione. Sse è stato facile creare una rete di comunicazione infra- ed interassociativa, mettendo il nostro impegno a servizio di tutti gli operatori impegnati nell'attuazione della riforma - cercando di non creare inutili doppioni ma operando anzi nella logica di una ricomposizione della pluralità di esperienze - più difficile è stato andare oltre, creando momenti autonomi di valutazione ed elaborazione specifici di Legacoopsociali (se prescindiamo dal corposo lavoro delle colleghe e colleghi della cooperazione di inserimento lavorativo).

Ancor oggi non abbiamo dati precisi sulla consistenza della cooperazione sociale impegnata nel mondo della Salute Mentale. L'esperienza appare caratterizzata in particolare dalla cooperazione di inserimento lavorativo (universalmente riconosciuta come un punto di eccellenza dell'esperienza italiana), mentre appare messa in ombra quella di tipo socio-sanitario-educativa, che sembra essere vista prevalentemente come ancillare dei servizi. Il nostro tentativo di realizzare un'autonoma iniziativa di raccolta dati - in mancanza di risorse economiche che permettessero di retribuire un apposito staff di ricercatrici/ori - si è scontrato con la risposta di solo una minoranza di cooperative, anche se ci ha permesso di capire alcuni aspetti significativi (due fra questi: il rapporto asimmetrico, spesso mancante, con i gruppi dirigenti dei Dsm; la mancanza, anche presso questi ultimi, di dati precisi sulla situazione reale di bilancio dei dipartimenti).

E' comunque evidente che, ragionando in termini di futuro, saranno le buone pratiche ad assicurare un senso ed il successo della nostra esperienza. Non sarà certo dirimente la nostra mera capacità di esercitare una buona gestione organizzativa, spesso effettivamente concorrenziale con le strutture pubbliche, ma decisamente velleitaria se fosse concepita in termini autistici - al di fuori dei complessi legami sociali sia con i servizi che con le/i "portatrici/ori di interessi", in primo luogo utenti e familiari - oppure se pensassimo di essere veramente capaci di affrontare da soli la forza di un capitale finanziario che vede nei servizi ex pubblici il futuro per un'imprenditoria ormai superata nei settori innovativi della competizione industriale internazionale.

Il nostro rapporto con i servizi pubblici, anche con quelli storicamente accreditati in termini di eccellenza, deve partire da una presa d'atto: non è più possibile cullarsi nel tentativo di riproporre i sacrifici, le battaglie ed i successi del passato. Ormai la generazione delle operatrici e degli operatori che sono state/i protagoniste/i delle esperienze di deospedalizzazione che portarono alla riforma del 1978 ed alle tappe successive (dai progetti-obiettivo degli anni '90 alle linee guida del 2008) sta passando la mano. Mancano figure portatrici di una simile esperienza e di una equivalente capacità di leadership. Come su un altro terreno - quello della difesa dell'ordinamento costituzionale - una nuova generazione deve prendere in mano, con una visione rinnovata ma non meno netta ed organica, il testimone dai partigiani; la stessa cosa deve essere in qualche modo proposta per gli operatori, operatori e dipendenti pubblici, che si apprestano a proseguire il lavoro di Franco e Franca Basaglia e dei loro collaboratori.

La storia del laborioso ed entusiasmante processo di deospedalizzazione rimarrà un punto di partenza permanente per la formazione di ogni operatrice/ore: ed il fatto stesso che la lettura dei testi basagliani, che abbiamo avuto occasione di diffondere alla nostra rete associativa, abbia trovato tante/i interessate/i lettrici/ori, significa che nulla va dato per scontato. Per altro, non possiamo non ricordare come una delle premesse del lavoro di riforma sia stata la critica delle centralità della funzione medica, dello "specialismo" come dimensione ideologica del potere socio-politico, della riproduzione degli specialismi, della formazione in termini assistenzialistici e custodialistici, del paternalismo e del patriarcato.

E' sul confronto critico sulle nostre pratiche, su quelle che pensiamo buone e su

quelle di cui scopriremo i limiti, su quelle che riteniamo superate e su quelle innovative da noi elaborate o mutate da altri contesti, che qualificheremo il nostro lavoro e potremo conquistare una credibilità maggiore di quella che già oggi ci viene riconosciuta, grazie al lavoro di migliaia di cooperatrici e operatori. Alla presentazione e discussione di queste pratiche dedicheremo questa prima sessione antimeridiana, partendo da un gruppo di interventi programmati di cui sono stati distribuiti gli estratti in cartella. Si tratta di una prima tappa di un percorso realizzato nel corso di questi anni in un intreccio di dialoghi con alcune associazioni, in primo luogo l'Associazione Italiana Residenze per la Salute Mentale, il Forum Salute Mentale, Psichiatria Democratica e la Rete Toscana Utenti. Percorso a rete che intendiamo allargare ed approfondire, e per il quale abbiamo già fissato un altro momento, a novembre a Milano, nel contesto del congresso della Wapr.

Una considerazione ci permettiamo di proporre in questa giornata: le politiche di Salute Mentale non sono un intervento settoriale rivolto ad una pretesa "minoranza deviante", ma sono - come indicano i documenti delle organizzazioni sanitarie internazionali e del nostro stesso Ministero della Salute - un elemento fondativo del benessere generale della popolazione. I problemi di Salute Mentale attraversano la globalità della sua popolazione con dati che dimostrano come un quinto della stessa si incontri almeno una volta nella vita con problematiche di disagio psichico: condizione per altro gestita in gran parte dei casi al di fuori dei servizi sanitari od in relazione con i soli medici di base. Siamo inoltre certi che la condizione dei "nuovi cittadini" non possa che portare ad una ancora maggiore incidenza, come ben sa chiunque ricordi come il destino di questo paese sia legato da sempre a consistenti flussi di migrazioni interne ed esterne, e questo a prescindere dalle situazioni traumatiche specificamente prodotte dalla attuale scriteriata gestione dell'accoglienza.

I dati rafforzano la necessità di mettere al centro il lavoro di rete: tra servizi pubblici, associazionismo e cooperazione sociale, tra risposte specialistiche e lavoro di inclusione sociale, tra aspetti medici (mettendo in discussione la centralità della farmacoterapia). Una rete che deve avere al centro il soggetto del lavoro di cura, cioè la persona concreta che vive più o meno lunghe situazioni di sofferenza. Lo stesso ruolo dei familiari va ricollocato in questa prospettiva, mettendo in discussione quella parte, a nostro avviso minoritaria, di associazioni che tendono ad agire in termini lobbistici, offrendo una facile platea per le proposte controriformistiche.

Come operatori sociali, riteniamo un fatto storico il sorgere finalmente, anche nel nostro paese, di associazioni di utenti, che recentemente si sono riunite (dopo una prima esperienza di coordinamento regionale, grazie al sostegno esemplare della Regione Toscana) in un loro Coordinamento nazionale. Anche tra gli utenti è maturata una nuova generazione, desiderosa di partecipare da protagonista alle politiche della Salute Mentale. L'associazionismo degli utenti ci presenta un bagaglio di esperienze e buone pratiche, mutate da analoghe esperienze straniere, che interrogano la cooperazione: dalla Recovery all'Ips (Individual Placement and Support), i protocolli terapeutici basati sull'Empowerment dell'utente rafforzano le pratiche di de-istituzionalizzazione e di de-medicalizzazione dell'intervento.

Questo nuovo protagonismo degli utenti e questi nuovi protocolli interrogano direttamente la nostra esperienza di operatori sociali, e ci debbono spingere a dare risposte positive adeguate. Non basta più pretendere progetti terapeutici individuali e la fine delle pratiche di ricovero disumanizzanti: si tratta di disporre a domande intriganti e non banali, quali quelle sull'effettivo ruolo degli utenti nella governance delle cooperative di inserimento lavorativo (sono effettivamente "cooperative di utenti", o non solo luoghi di accoglienza aperti a...?), o quelle poste dal sorgere, come a Massa, di cooperative "a" di utenti, impegnate nella gestione di centri di Auto-mutuo-aiuto.

Gli stessi esperimenti di gestione di budgets di salute o di progetti di housing sociale da parte di cooperative di inserimento lavorativo mettono direttamente a confronto chi mette a disposizione la propria esperienza individuale nel disagio con il bagaglio professionale del personale educativo: ne emerge una messa in discussione di quella divisione "a"/"b" che è uno dei punti indubbiamente più invecchiati della legge 381. E ne vengono più in generale messi in discussione il ruolo dell'operatore - che tende a non avere più un ruolo automaticamente centrale - e quello stesso della cooperativa. Si pensi all'Ips, finalizzato ad un inserimento lavorativo nel mercato del lavoro "normale" e non primariamente in una cooperativa: a meno che questa non sia capace di diventare a sua volta "professionista" del mercato del lavoro, e non più meramente dei servizi socio-sanitari.

Sono interrogativi cui non è facile dare una risposta immediata, ma che ci dicono che, ancora una volta, la nostra professione e la nostra funzione sociale tendono a trasformarsi, con un successo potenziale che sarà direttamente proporzionale alla capacità di adattamento.

Gian Luigi Bettoli, bettolig@fvgl.legacoop.it

Abstracts. L'abitare.

1) L'abitare: gruppo tematico Legacoopsociali - sintesi

La nascita di strutture residenziali a partire dagli anni 70 è legata fundamentalmente al processo di superamento degli ospedali psichiatrici .

Le strutture residenziali alternative al manicomio si caratterizzano nei territori con profonde differenze dal punto di vista della genesi, del numero, dell'allocazione di risorse, del soggetto gestore, del profilo, impiego di operatori e così via.

Nel corso degli anni la (fondata) preoccupazione che il manicomio potesse riprodursi in altre diversificate forme e che le strutture residenziali fossero a rischio di generare nuova cronicità viene confermata dai dati della ricerca progress, voluta dal ministero della salute che, pur presentando non pochi limiti, evidenzia che le dimissioni dalle strutture sono assolutamente irrilevanti . La ricerca, probabilmente, non ne coglie le varie cause se non marginalmente. Ignora ad esempio fattori importanti di correlazione come la carenza di politiche per la casa, di soluzioni più personalizzate come quelle dei gruppi appartamento, delle case supportate e più in generale dei servizi e delle risposte domiciliari che timidamente si vanno sperimentando.

L'Associazione Italiana Residenze per la Salute Mentale (AIRSaM) aveva, infatti, da tempo intesa la residenzialità come il buon abitare nelle sue varie forme ed articolazioni.

Le Linee Nazionali di Indirizzo per la Salute Mentale (DPCM 21 marzo 2008) raccomandano, in questa direzione, l'attivazione di gruppi appartamento e risposte domiciliari.

Il documento Congressuale Airsam, Carta di Matera 2008 nello stesso anno sottolinea l'imprevedibilità della personalizzazione degli interventi nella residenzialità.

Diventa pertanto fondamentale la ricerca di risposte differenziate più adeguate intese come processo evolutivo della struttura residenziale che risentono dei "vizi" della Istituzionalizzazione.

L'abitare acquista allora la sua valenza terapeutica nella misura in cui è il risultato condiviso di un percorso condiviso e personalizzato.

L'indipendenza della persona è intesa come il raggiungimento del fine ultimo nel percorso riabilitativo che trova nelle esperienze " di residenzialità leggera" un suo fondamentale veicolo.

Il progetto terapeutico personalizzato e condiviso è centrale sugli esiti terapeutici di salute e di benessere.

Il ruolo svolto in questa ricerca complessa di diversificazione dell'offerta da parte di esperienze cooperative diffuse sull'intero territorio nazionale riveste un particolare significato nonché di ulteriore potenziale sviluppo nella direzione di una nuova concezione della residenzialità.

Le esperienze, in tal senso, documentano buone pratiche di integrazione con gli operatori del servizio pubblico e nel territorio attraverso l'attivazione di reti sociali.

Giuseppe Salluce
roccolus@tin.it

2) L'ABITARE COME SISTEMA COMPLESSO DI INTERVENTO SOCIO-SANITARIO: I PROGETTI DI FONDAZIONE DELLE CASE PER UTENTI CON DISAGIO PSICHICO, LA COSTITUZIONE DI RETI SOCIALI SUL TERRITORIO E LA RIDUZIONE DELLA PRESA IN CARICO OSPEDALIERA SECONDO UNA LINEA DI MERITO E QUALITA' DELLE FORZE DI COOPERAZIONE.

Il contributo descrive, con l'ausilio di alcuni esempi tratti dalle pratiche terapeutiche sperimentate nelle strutture residenziali comunitarie, come gli operatori del settore cooperativistico concepiscono e mettono in atto progetti personalizzati attorno a piccoli gruppi di utenti, integrandosi nel lavoro di equipe con i curanti dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Locali presenti nella capitale. Nel discorso emergono le difficoltà e gli impasse che lo staff di operatori affronta e supera attraverso il monitoraggio correttivo dei progetti stessi via via che il percorso operativo si dipana.

Vengono predilette le prospettive di analisi e di azione nella complessità dell'interfaccia tra istituzioni e territorio nel momento della fondazione degli spazi abitativi, sostanziandole con alcuni contributi teorici di riferimento che supportano la riflessione sul vantaggio terapeutico e sociale nell'adozione di un modello operativo dell "abitare".

Ampio spazio è dato alla metodologia di ricognizione osservativa delle risorse umane e di rete territoriali, al come utilizzarle e mantenerle nel tempo attraverso la presenza fattiva e di pensiero strategico del pool di operatori della cooperazione, oltre al bagaglio di "know how" che è necessario avere per effettuare delle appropriate visite domiciliari cadenzate nel tempo di una gruppalità condivisa con gli utenti e le istituzioni convenzionate.

Infine vengono estrapolati i primi dati numerici relativi agli utenti dimessi nelle case dopo il percorso comunitario e una prima valutazione dei ricoveri non attuati attraverso il percorso di riappropriazione dello spazio abitativo sul territorio.

Pietro Salemme psicologo psicoterapeuta coop. Aelle Il Punto
Coop Aelle Il Punto, Roma
info@aelleilpunto.it

3) L'abitare: Coop Progetto Popolare di Montescaglioso (Matera)

La nascita di strutture residenziali a partire dagli anni 70 è legata fundamentalmente al processo di superamento degli ospedali psichiatrici . Le strutture residenziali alternative al manicomio si caratterizzano nei territori con profonde differenze dal punto di vista della genesi, del numero, dell'allocazione di risorse, del soggetto gestore, del profilo e impiego di operatori e così via.

Nel centro sud ad esempiop saranno le cooperative protagoniste e/o gestori delle strutture residenziali.

Nel corso degli anni la (fondata) preoccupazione che il manicomio potesse riprodursi in altre diversificate forme e che le strutture residenziali fossero a rischio di generare

nuova cronicità

viene confermata dai dati della ricerca progress, voluta dal ministero della salute che, pur presentando non pochi limiti, evidenzia che le dimissioni dalle strutture sono assolutamente irrilevanti. La ricerca, probabilmente, non ne coglie le varie cause se non marginalmente. Ignora ad esempio fattori importanti di correlazione come la carenza di politiche per la casa, di soluzioni più personalizzate come quelle dei gruppi appartamento, delle case supportate e più in generale dei servizi e delle risposte domiciliari che timidamente si vanno sperimentando.

L'Airsam aveva infatti da tempo intesa la residenzialità come il buon abitare nelle sue varie forme ed articolazioni. Le linee nazionali di indirizzo del 2008 raccomandano, in questa direzione, l'attivazione di gruppi appartamento e di interventi domiciliari. Il documento congressuale Airsam, carta di Matera 2 nello stesso anno sottolinea l'imprescindibilità della personalizzazione degli interventi nella residenzialità.

Nella nostra esperienza la sperimentazione di tipologie di risposte più snelle e personalizzate integrate con le strutture residenziali ne conferma la valenza sia in chiave preventiva al ricorso in struttura o al SPDC che come risorsa per le dimissioni dalle Case Alloggio.

La residenzialità ha risentito/risente di pratiche autoreferenziali, di delega e di scollamento fra servizio pubblico e privato sociale.

La residenzialità risente di capitolati di gara e contratti di gestione che non incentivano la ricerca di soluzioni di maggiore autonomia fino a risultare penalizzanti per la cooperativa e i relativi operatori.

Occorre riconsiderare i luoghi del vivere la normalità, ripensare il servizio pubblico a partire dai soggetti e dalle risorse che ne migliorano l'agire.

Rocco Santarcangelo e Giuseppe Salluce

roccolus@tin.it

4) ABITARE

Il lavoro si svilupperà nel definire :

1. L'importanza dell'abitare in un luogo di cura e il contributo che apporta al progetto terapeutico riabilitativo.

Approfondiremo cosa si intende per "abitare" nel percorso terapeutico riabilitativo in una Residenzialità Leggera e come si è giunti alla nascita e sviluppo delle Residenzialità Leggere dell'A.O. Niguarda Ca' Granda.

2. l'"indipendenza", intesa come il raggiungimento di un fine ultimo nel percorso riabilitativo del paziente ospitato in questo tipo di Struttura.

3. quindi cenni statistici sui percorsi vissuti all'interno delle Residenze del Niguarda

4. come nasce il ns progetto : con l'unione tra le richieste professionali del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. Niguarda e gli strumenti forniti dalla Cooperativa Ambra in

seguito alla vincita della gara d'appalto fine 2011.

Accenneremo una parte del capitolato per evidenziare alcuni punti fondamentali del ns intervento operativo sulle Residenze descrivendo le criticità emerse e i punti di forza.

5 L'utilizzo dei nostri strumenti professionali, che ci consente di perseguire gli obiettivi prefissati.

6.Cenni statistici sugli obiettivi raggiunti in un anno di lavoro.

Noi riteniamo che essere un'equipe che sa funzionare bene significa lavorare con grande motivazione per costruire un autentico lavoro di squadra e creare una relazione di fiducia ed alleanza con l'utente.

Nelle tre ore al giorno, che prevede il nostro intervento quotidiano, l'educatore è di fatto solo in comunità, tuttavia il sostegno e la partecipazione dell'equipe sono una realtà che ci permette di affrontare ogni momento con maggior forza e puntualità educativa.

Questo modo di lavorare non è pensabile senza un'equipe che funzioni, e senza un'equipe che funzioni la relazione d'aiuto è una relazione precaria ed esposta a rischi e difficoltà

Dalla nostra esperienza rileviamo quanto sia importante essere in grado di collaborare alla ricerca di percorsi operativi, tracciarne anche giorno per giorno. Attraverso il confronto continuo non si danno per scontati approcci e metodologie ma si costruiscono insieme i miglior interventi possibili in un dato momento educativo, pur conservando la consapevolezza di potersi trovare nella situazione di dover riformulare il pensiero e il percorso. Il confronto delle individualità, di professionalità diverse ed egualmente valide come anche l'integrazione continua di punti di vista e capacità personali sono alla base del tentativo di formulare interventi sempre più precisi.

Manuela Polizzi

Coop Ambra di Reggio Emilia

polizzi.m@ambra-sociale.coop

Abstracts. Salute Mentale come Bene Comune.

Lavoro a Modena nel progetto di inclusione sociale del DSM - DP Social Point, in gestione al consorzio delle cooperative sociali

Nel mio lavoro quotidiano mi rapporto con:

utenti e famigliari,

gli operatori del DSM,

i cittadini.

E nel far questo tante volte i cittadini ci chiedevano cosa avrebbero potuto fare loro e perché non ce ne occupiamo noi, servizi.

Il cambiamento è avvenuto quando abbiamo iniziato a pensare di poter essere risorsa noi x il territorio.

La salute mentale, presupposto per la vita comune, oltre che l'ambito sanitario, investe il settore socio-politico ricollegandosi a temi più generali che riguardano la vita civile, come il rispetto dei diritti, l'inclusione sociale, l'esercizio della cittadinanza. Non sono solo diritti, sono anche doveri.

Da queste premesse e dal fatto che la salute mentale è un bene che si persegue attraverso uno scambio reciproco e continuo tra competenze tecnico-scientifiche e capacità relazionale degli individui e della comunità, emerge come, parlare e confrontarsi sulla salute mentale come tema che riguarda non solo pochi "addetti ai lavori" o qualche utente e suo familiare, inevitabilmente segnati dalla propria condizione di disagio, ma piuttosto tutti i cittadini, interpella la responsabilità collettiva e mette in gioco la qualità della vita di tutta la comunità, impegnata nella ricostruzione e difesa di un tessuto "salutare" di relazioni positive e accoglienti.

Io vengo da Modena.

Sto in una provincia, in una regione che associa l'idea di salute mentale ad un posto letto.

Solo nella mia città sono operativi 3 spdc e 2 servi psichiatrici ospedalieri intensivi x 60 posti letto + 24 posti d.h. = 84 posti letto. (15 in + rispetto ai parametri nazionali). La rete delle strutture residenziali consta di 144 PL, + 115 posti letto in altre strutture a più bassa intensità assistenziale (53 in gruppo appartamento e 62 in comunità alloggio). Per un totale di 343 posti letto, in una città come Modena dove accedono al DSM circa 40000 persone.

Mi chiedo: questa è la risposta delle istituzioni al mandato che la comunità affida agli operatori della salute mentale cioè quello di occuparsi dei matti, di sollevarla dal far ciò? O viceversa abbiamo creato noi questo mandato?

Serve riflettere sui principi che ispirano questa delega passiva, perché credo sia su questo che abbiamo margine di lavoro x riportare la salute mentale a bene della comunità.

i nostri interventi x produrre un cambiamento sui principi che ispirano qs mandato

devono passare

1. dall'informare la cittadinanza: dare informazioni che la rendano competente e capace di dialogo (in questo fondamentali sono anche i media locali) alla pari;
2. dal metterci in discussione, aprirci ad un confronto.

Altro punto di intervento sta nel capire la capacità che la comunità ha di produrre salute mentale e nel diventare noi interlocutori accreditati: si parla sempre in modo negativo di salute mentale.

Insomma è necessario creare un rapporto di riconoscimento, fiducia e cooperazione.

Se noi ci fidiamo e restituiamo alla comunità le sue competenze cioè l'accoglienza, la coesione sociale, l'amicalità la riattiviamo..

Ma per far ciò dobbiamo cambiare linguaggio ed alcune modalità operative noi operatori.

Dobbiamo lasciare che le persone, utenti dei CSM, agiscano per prime le loro scelte, concertino alla pari con noi le decisioni in merito alla loro salute. Solo così noi per primi restituiamo loro diritto di cittadinanza e diritto di confrontarsi con il mondo.

Noto spesso una salute mentale che lavora a mantenere lo status quo, che stabilizza.

Io credo sia meglio lasciare le persone sperimentarsi avendo un rapporto dialettico con la crisi.

Bè concludo chiedendoci se la SM ha un futuro così come è.

Se sì, lo ha nella struttura sanitaria, a cui appunto attualmente l'opinione pubblica affida i matti, o in una comunità che si auto organizza, si supporta, cresce nella capacità di accoglienza del diverso?

E lascia al servizio solo la parte di cura, mentre collabora nei temi legati al lavoro, all'abitare ed all'inclusione sociale.

Ma a far ciò dobbiamo allargare la base di chi ragiona di salute mentale, non solo matti ed addetti ai lavori, noi operatori dobbiamo lasciare spazio ai matti, ai politici, ai cittadini informati.

Si deve creare un patrimonio comune che si moltiplica, incrementando i processi di empowerment e di partecipazione comunitaria: un bene comune.

La creazione di esperienze dirette con la salute mentale, permette di raccontare di salute mentale, di diffondere che ci sono utenti e familiari che hanno fatto un buon percorso di cura, che sono consapevoli del valore della loro esperienza e che quella esperienza possono metterla a disposizione della cittadinanza.

Contrastare e ridurre lo stigma e il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e di chi ne soffre, valorizzando il dato che si può parlare di guarigione;

sviluppare legami di cooperazione e fiducia tra chi vive il disagio, gli operatori, i cittadini nella direzione di un bene comune,

promuovere l'efficacia valoriale dell'unire persone con e senza disagio psichico in obiettivi comuni, in quanto determinante di miglioramento della qualità della vita delle singole persone e perciò della comunità.

Manuele Ciambellini, Modena, manuelaciambellini@gmail.com

Associazione Idee in circolo

Sono Paola Relandini un utente della S.M. di Modena e sono il presidente dell'associazione idee in circolo., fondata e formata prevalentemente da utenti della salute mentale..

L'associazione è nata a febbraio del 2011 e in linea con ciò che diceva Manuela è nata con l'obiettivo prioritario di migliorare la qualità dei rapporti tra cittadini con disagio psichico e non, nella nostra città.

Vogliamo promuovere e sensibilizzare ad una salute mentale positiva che coinvolga tutti, collaborare nella gestione di spazi e progetti con gli enti pubblici, organizzare e sostenere manifestazioni volte alla salute mentale ed al coinvolgimento dei cittadini volte al contrasto a stigma e pregiudizio.

Uno dei primi obiettivi è stato incontrare i media locali, che grande peso hanno nel condizionare l'opinione pubblica.

Abbiamo condotto una ricerca: un gruppo di utenti ed op hanno analizzato 444 articoli di giornali e da qui abbiamo costruito una formazione che ci porterà ad essere interlocutori forti coi media locali, si costituirà un osservatorio permanente, un vademecum leggero consultabile facilmente (accanto alla carta di trieste), un team che offrirà il proprio sapere ai giornalisti che vogliono/devono scrivere di salute mentale, i giornalisti entreranno in un CSM, ... questo lavoro sta già producendo cambiamento nel modo di parlare e scrivere dei giornalisti.

Siamo entrati nelle scuole a parlare di S.M. e molti giovani ci hanno fatto domande ed ascoltato in silenzio.

Abbiamo organizzato eventi aperti a tutti i cittadini matti e non come per esempio le Notti da matti in un locale di modena dove sensibilizziamo ai temi come l'alcol.

Collaboriamo coi circoli ARCI, dopo un lavoro di analisi dei bisoni ci hanno chiesto di costruire eventi di sensibilizzazione su vari temi come l'alcol, la dipendenza dal gioco d'azzardo,.....

L'ARCI provinciale ci ha chiesto di entrare nel direttivo così un consigliere dell'associazione idee in circolo è nel direttivo di ARCI.

Come associazione siamo invitati nei vari servizi sul territorio x incontrare i famigliari delle persone che hanno problemi di S.M.

Noi vogliamo continuare a collaborare con i cittadini della nostra città, ma non solo con loro, con tutte le persone che ci vogliono conoscere.

Noi ci siamo! Perché la salute mentale non è solo di chi ha malattia o degli operatori ma di tutti i cittadini.

Paola Relandini

associazioneideeincircolo@gmail.com;

<http://www.facebook.com/associazioneideeincircolo>

ABSTRACT: L'intervento sulla psicosi agli esordi secondo un modello territoriale: il respite di Fiumicino

Subito non accade niente.

Ogni cosa si prepara a lungo.

Angelo M. Ripellino

La Comunità Respite di Fiumicino nasce nel Gennaio 2010, da un progetto nazionale attuato in quattro DSM: Regione Toscana, Lazio, Campania, Calabria, individuati sulla base della presenza di Servizi ed operatori che lavorano in campo di Salute Mentale, rappresentando un modello tecnico/operativo d'intervento residenziale per giovani a primo esordio psicotico e stato mentale ad alto rischio con situazione familiari e sociali complesse, fortemente compromesse nella struttura dei legami.

La ricerca e la pratica clinica stanno evidenziando una nuova area di bisogni, rappresentata dalle esigenze di persone giovani nelle fasi iniziali di psicosi schizofreniche (esordio o alto rischio), che in mancanza di un'individuazione tempestiva e di un intervento multidisciplinare mirato, possono scivolare verso un aggravamento della patologia compromettendo la possibilità di una realizzazione esistenziale soddisfacente (scuola, lavoro, relazioni amicali ed affettive, tempo libero).

Come sottolineato dalle più recenti linee guida sulla schizofrenia, un intervento precoce e personalizzato può non solo moderare l'andamento e la gravità della patologia, ma rappresentare un ruolo cruciale per contrastare ed ostacolare il deterioramento delle competenze sociali e relazionali in una fase in cui la psicosi non è ancora dichiaratamente manifesta.

I criteri di ingresso in comunità sono: diagnosi di schizofrenia, disturbi schizoaffettivi, disturbi bipolari; stato mentale ad alto rischio, età compresa tra i 18 e i 28 anni, non stati di acuzie, storia della malattia inferiore ai 3 anni, percorsi di cura intrapresi inferiori ai 2 anni, sono naturalmente esclusi pazienti con doppia diagnosi, disturbi della personalità, patologie organiche.

La presa in carico globale, attraverso un lavoro di équipe multidisciplinare ad orientamento sociale e comunitario, costituisce, in tal senso, una base facilitante per lo sviluppo di programmi specifici d'intervento al primo esordio psicotico.

Molti di questi pazienti mostrano un danno rispetto alle competenze relazionali e sociali, l'esperienza di comunità facilita il recupero di queste abilità attraverso vari livelli d'intervento: da un lato il lavoro strettamente clinico e psicoterapeutico, dall'altro interventi di tipo educativo e relazionale.

La comunità stessa, in tal senso, diviene un luogo psichico abitato diversamente, dove ricominciare a fidarsi, ad avere nuove relazioni e progettando diversamente la propria vita; è un cammino lungo e faticoso quello che porta alla guarigione, fatto di mille rinunce, di tante crisi, un cammino che richiede lo sforzo di accettare che guarire non vuole dire annullare tutto quello che è stato ma imparare a vivere con occhi e significati nuovi quello che è accaduto.

I pazienti vengono seguiti per un minimo di 6 mesi ad un massimo di un anno intero, secondo la valutazione dell'equipe terapeutica e del programma scelto.

Rilevante è il lavoro svolto al recupero delle competenze sociali e lavorative, attraverso stage formativi e tirocini professionalizzanti. Gli obiettivi che si intendono perseguire sono rappresentati da:

- Assestamento dei progetti terapeutici intrapresi dal CSM di competenza;
- Osservazione in tempo reale dei parametri psicopatologici, delle risorse, delle modalità

relazionali e delle capacità di autonomia;

- Inserimento lavorativo e sociale dopo la dimissione dalla comunità.

Le attività svolte con i ragazzi sono divise in:

1 - Interne alla comunità:

- Gruppo discussione
- Assemblea settimanale organizzativa
- Colloqui individuali e con i familiari
- Sostegno di ruolo su specifici percorsi formativo-occupazionali
- Programmazione attività sportive
- Gruppo psicoterapeutico espressivo
- Gruppo di buone condotte alimentari
- Partecipazione attiva alla cucina, alla spesa, alla cura del sé e del proprio spazio.

2 - Esterne:

- Corsi di formazione
- Uscite in locali e mostre, concerti, ecc....
- Escursioni e gite di breve durata

I momenti di colloqui con gli utenti sono tanti e da questi emergono molte richieste sia rispetto alle condizioni di vita interne alla comunità, sia rispetto al proprio vissuto e alla relazione con il gruppo familiare.

Il lavoro con i pazienti viene affiancato a quello con i familiari, che svolgono una parte decisiva del percorso terapeutico; la variabile familiare costituisce sicuramente uno dei fattori di rischio al mantenimento della patologia, in tal senso, la famiglia, piuttosto che l'imputato da allontanare, può e deve diventare un alleato importante nel trattamento, dal momento che quello che accade dentro la scena familiare, quando la patologia irrompe scardinando equilibri e determinando fortissime tensioni, può fare la differenza rispetto all'andamento e alla prognosi del percorso terapeutico.

Gli interventi multidisciplinari, sempre coordinati e congiunti, restituiscono il senso della sfida che ogni giorno ci vede impegnati nel trasformare lo spazio della comunità Respice in un luogo di vita da abitare.

Daria Dalia e Paolo Ottavi

psicologi psicoterapeuti coop. Aelle Il Punto, Roma

info@alleilpunto.it

ABSTRACT: CHIUSURA DEGLI OPG. RIFLESSIONE DELLE COOPERATIVE 2001 AGENZIA SOCIALE di TS ed ITACA di PN

Il 25 gennaio 2012, in un emendamento al “Decreto svuota carceri” vengono indicate le disposizioni per il “definitivo” superamento degli Opg.

L'emendamento prevede che a decorrere dal 31 marzo 2013, le misure di sicurezza del ricovero in Opg, siano eseguite esclusivamente all'interno di strutture sanitarie.

Tali strutture dovranno essere a esclusiva gestione sanitaria, possono prevedere in base alla tipologia degli internati, un'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna.

L'emendamento approvato esplicita, doverosamente, che “le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

Questa La nuova legislazione figlia della presa di coscienza dello stato delle spaventose condizioni logistiche e organizzative degli Opg e dei trattamenti disumani a cui venivano sottoposte le persone internate, *non modifica minimamente* gli articoli dei Codici - penale e di procedura penale - che definiscono l'oggetto (l'infermo di mente autore di reato o il condannato che diventa infermo di mente), la forma (misura di sicurezza), le funzioni (cura e custodia) e i concetti di pericolosità sociale del folle reo, di incapacità e di inimputabilità, che determinano il percorso d'invio agli Opg.

Si dispone la definitiva chiusura degli Opg esistenti, ma non si abolisce affatto l'istituzione, cioè la misura di sicurezza psichiatrica.

Sicurezza che non è messa a repentaglio dalle persone con malattia mentale, che in Italia sono circa 600.000, ma che compiono un numero di reati bassissimo rispetto al numero di reati commessi in generale.

Nessuna vicinanza tra questo provvedimento che chiude i 6 Opg e la legge 180 che chiuse nel 1978 gli Ospedali psichiatrici civili, quella riforma non si limitava alla chiusura degli Ospedali psichiatrici, ma ridefiniva lo status del malato mentale e i limiti del trattamento psichiatrico.

Questo impone alcune riflessioni sulla funzione che assumeranno queste nuove strutture sanitarie.

- 1) L'allestimento di “nuove residenze psichiatriche”, che si potranno supporre più appropriate sotto il profilo logistico e più assistite sotto il profilo sanitario, legittimerà le varie istanze sanitarie e giudiziarie ad abbassare la soglia di accesso ai nuovi “surrogati” degli Opg, o si può prevedere un aumento del numero degli internamenti e della loro durata?
- 2) Quante di queste nuove strutture si riusciranno a costruire con i fondi e nei tempi a disposizione. Neppure con procedure di straordinaria emergenza, tempi di questo genere sono plausibili per il nostro Paese; molto probabilmente si assisterà a una proliferazione di offerta da parte di strutture private, pronte o rapidamente allertate, ai fini previsti dalla Legge. Perché allora non destinare i fondi previsti a favore dei Dipartimenti di salute mentale?
- 3) Potremmo in questo modo evitare la riproposizione di strutture deputate al mero scopo di custodire i “folli rei”, valorizzando invece i servizi dei Dipartimenti di salute mentale, che potrebbero e dovrebbero essere potenziati anche al fine di prendere in

carico le persone attualmente inviate in Opg.

- 4) La proliferazione di residenze ad alta sorveglianza, dichiaratamente sanitarie, *riconsegna agli psichiatri la responsabilità della custodia*, ricostruendo in concreto il nesso cura-custodia, e quindi responsabilità penale del curante-custode, chi dei responsabili sanitari si prenderà carico delle eventuali dimissioni?
- 5) Che ruolo potranno avere le cooperative insieme ai Dipartimenti di salute mentale? Si può pensare di prendere in carico *la Persona* e non *il Reato*, come le cooperative hanno già dimostrato di poter fare.

Come qualsiasi riforma è possibile farla più o meno bene, ciò rinvia a una questione di base, inerente a cosa siano le buone pratiche in *salute mentale*, sapendo che dietro l'angolo c'è sempre quello che bisogna evitare nella storia della psichiatria: un'istituzione totale manicomiale.

Proporrremo ora un caso che dimostra come le buone pratiche, frutto della collaborazione tra Centro di Salute Mentale e cooperazione sociale, possono ridare dignità alla persona che fuoriesce dall'Opg.

Il signor A. è un giovane uomo seguito da moltissimi anni dai servizi del Dipartimento di Trieste, a seguito del grave reato compiuto all'interno del nucleo familiare, conosce dapprima l'esperienza del carcere e poi il ricovero presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere per circa otto anni. Dalla dimissione dall'OPG passa alcuni mesi presso il servizio di competenza presentando un quadro clinico stabilizzato in una forma psicotica cronica ed estremamente impoverita anche a causa dei lunghi anni di carcerazione. Nel periodo di ricovero presso il Centro di Salute Mentale ricostruisce un rapporto molto stretto, soprattutto con alcune operatrici che lo conoscevano in precedenza e conosce le due operatrici della cooperativa che lavoreranno con lui. In un primo periodo le educatrici iniziano a lavorare all'interno del Centro di Salute Mentale, per avviare una reciproca conoscenza e individuando, assieme agli operatori del servizio, una strategia operativa di base per supportare la sua forte emotività legata al suo rientro a Trieste. La difficoltà a relazionarsi con le persone, a riconoscere i percorsi cittadini che frequentava abitualmente nel passato e la difficoltà riscontrata nell'uso del denaro, a seguito del passaggio dalla Lira all'Euro, cosa per lui fonte di forte ansia e difficoltà di gestione autonoma del denaro.

Dopo pochi mesi il signor A. viene inserito in una comunità sulle 24 ore, gestita da una cooperativa sociale, dove inizia a riacquisire le capacità relative alla cura di sé e dell'habitat, migliorando le proprie capacità relazionali e contemporaneamente iniziando un percorso lavorativo con l'attivazione di una borsa di formazione lavoro. Dopo circa quattro anni si compie il definitivo passaggio ad una situazione abitativa autonoma presso un alloggio di edilizia popolare, dove dimostra una buona capacità di tenuta delle abilità riacquisite nel corso del percorso terapeutico dimostrando anche un'ottimale gestione della propria terapia farmacologica.

Attualmente è seguito dalle operatrici del servizio territoriale della cooperativa per 30 ore settimanali mantenendo un rapporto forte con la comunità, partecipando alle attività di socializzazione proposte dall'equipe residenziale.

Frutto di un gruppo di lavoro costituito da: n.bisan@itaca.coopsoc.it (Nicola Bisan), c.ricci@itaca.coopsoc.it (Claudio Ricci), m.paparella@itaca.coopsoc.it (Massimiliano Paparella), l.gaafar@itaca.coopsoc.it (Lara Gaafar), arener@2001agsoc.it (Antonella Renner), sgarbellotto@2001agsoc.it (Stefano Garbellotto)

ABSTRACT: LAVORO.

Introduzione

Un aspetto che spesso è sottaciuto quando si parla di cooperazione sociale di inserimento lavorativo è dato dalla cosiddetta analisi costi benefici che determina, utilizzando il sistema della cooperazione sociale:

- minori costi per la comunità (e per l'amministrazione pubblica)
- minor ricorso all'assistenzialismo, e ai costi che questo determina (assistenza e previdenza sociale)
- valorizzazione delle competenze umane e professionali

Premessa

La L.381/91 è il punto di partenza obbligato quando si vuole parlare di strumenti per normare i rapporti tra pubblica amministrazione e cooperazione sociale di tipo B.

La sua entrata in vigore, oltre ad aver legittimato e definito le caratteristiche stesse delle cooperative di tipo B, ha esplicitamente fornito indicazioni in materia di procedure amministrative che, se applicate con sistematicità nei vari contesti territoriali, possono ancora esercitare appieno la funzione di volano per la diffusione e lo sviluppo della cooperazione sociale di tipo B.

Purtroppo, anche se la cosa può sembrare paradossale, nei rapporti fra Pubbliche Amministrazioni e cooperative sociali, in particolare quelle di tipo B, molto spesso accade che ci si preoccupa ossessivamente delle procedure senza neppure porsi il problema della sostanza (giuridica) dei rapporti, piegata alla logica di procedure già "collaudate" e più o meno "adattate" allo scopo.

La conseguenza è che spesso si pongono in essere rapporti di basso profilo, dando un minor rilievo all'aspetto dell'efficienza e della qualità complessiva del servizio erogato.

L'aspetto normativo/amministrativo relativo alle specifiche procedure andrebbe interpretato nel più vasto contesto dato dal principio di buona amministrazione e "letto" in modo sistematico, alla luce, cioè, delle normative di settore (non solo quelle riguardanti gli appalti) che devono caratterizzare i procedimenti coerentemente alle finalità cui tende l'azione amministrativa.

Almeno per quanto riguarda la cooperazione di tipo B (inserimenti lavorativi) gli articoli 4 e 5 sono il fulcro della legge 381 e su essi principalmente si innesta il lavoro di aggiornamento che proponiamo

Proposte rispetto all'art. 4 della legge 381

Negli ultimi anni stiamo registrando un mutamento delle condizioni dello "svantaggio sociale" e si sono manifestate e poste all'attenzione sia delle cooperative, sia dei

servizi territoriali, nuove problematiche sociali che hanno aperto il dibattito sul come considerare le nuove categorie di svantaggio che derivano dai mutamenti e dalle trasformazioni sociali in atto.

Il regolamento CEE 800/2008 (riprende regolamento CEE 2204/2004) ha definito le categorie “svantaggiate” in modo notevolmente più estensivo di quanto aveva fatto il succitato articolo della L. 381/91 e, più recentemente, anche la nuova legge italiana sull’impresa sociale riprende queste categorie (vedi art. 2 dlgs 155/06 - disciplina dell’Impresa Sociale).

Dobbiamo quindi fare una attenta analisi di questi nuovi bisogni ma nello stesso tempo evitare di creare situazioni “svantaggio nello svantaggio”.

Non riteniamo che si debbano allargare acriticamente le tipologie di svantaggio, ma che vada tenuta in considerazione una seria analisi della differenza tra disagio permanente e disagio temporaneo, legando ancora più strettamente il concetto di inserimento socio-lavorativo a quello di progetto individuale finalizzato al recupero dell’autonomia della persona e più in generale al proprio percorso di emancipazione.

Molte persone infatti si trovano in situazioni compromesse non in modo definitivo, ma perché attraversano momentaneamente percorsi di vita difficili che ne riducono temporaneamente la compatibilità con la condizione di lavoratori, riducendo momentaneamente le capacità produttive. Proprio in questi casi si evidenzia la necessità di accoglienza ed accompagnamento specifici.

Proponiamo quindi di lavorare sull’articolo in questione, al comma 1, estendendo la definizione di svantaggio anche alle condizioni “temporanee” di debolezza sociale e/o personale con conseguenti “importanti” difficoltà ad inserirsi nel mercato del lavoro ed un progetto di inserimento lavorativo redatto con i servizi pubblici competenti concordato dalle cooperative stesse.

Tradotto in termini legislativi, questo particolare status di svantaggio non dovrebbe comunque mai superare la durata complessiva (e non prorogabile) di due anni (a decorrere dalla data di assunzione) dopodiché la condizione stessa e relativi benefici decadono.

Le persone che possono rientrare in questa situazione a nostro parere potrebbero essere, innanzitutto, e comunque a titolo esemplificativo:

- le persone vittime di tratta;
- i rifugiati politici;
- le persone che hanno terminato un periodo detentivo (che paradossalmente si trovano ad avere meno strumenti di tutela di quando erano detenuti, vedi al proposito legge Smuraglia del 2000),
- i minori/giovani in carico ai servizi sociali che, dopo il 18° anno, abbisognano di un ulteriore periodo di accompagnamento socio-educativo;
- altre eventuali categorie da individuare concordemente

Non a caso le coop.sociali stanno tuttavia già offrendo una notevole apertura rispetto ai cambiamenti sociali citati e quindi alle categorie di nuovo disagio sociale. Non è un caso che negli ultimi anni le segnalazioni di svantaggio riguardino fasce di popolazione (rom, immigrati, donne sole, ultracinquantenni che hanno perso il posto di lavoro, ex detenuti, pazienti psichiatrici impossibilitati a trovare una benché minima occupazione) e/o singoli cittadini che attraversano momenti della loro vita di estrema difficoltà sociale... tra queste difficoltà c’è la mancanza del sostentamento economico, del lavoro; e la

cooperazione sociale necessariamente, in rete con i servizi di primo sostegno, sono in rete per trovare le più adeguate soluzioni.

Art.5. Convenzioni

Una prima specificazione va fatta sulla definizione di soglia comunitaria per l'affidamento di beni e servizi che all'articolo 28 del Codice Unico Appalti (Dlgs 163/06) è indicata, per i servizi comunemente gestiti dalle cooperative B, in 211.000 euro al netto dell'imposta sul valore aggiunto (precisamente 200.000,00 per il periodo dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2014 secondo il riconteggio biennale effettuato per definire i limiti di soglia degli appalti pubblici derivanti dall'accordo CEE-WTO-GPA espressi in euro ed in DSP (diritti speciali di prelievo) ai fini dell'applicazione della normativa europea vedasi Gazzetta Ufficiale. 2093/05).

Rispetto alle principali categorie merceologiche oggetto del lavoro della cooperazione sociale di tipo B le opportunità di convenzionamento all'interno della casistica "sottosoglia" come previste dall'art.5 comma 1 della L.381/91 sono decisamente vaste soprattutto se pensiamo alle esternalizzazioni di servizi realizzate da Pubbliche Amministrazioni di dimensioni medio-piccole, ed inoltre siamo lontani da un utilizzo pieno di questa possibilità da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Il comma 1 dell'articolo 5 della L.381/91 (confermato dall'art 52 del Dlgs 163/06 " Fatte salve le norme vigenti sulle cooperative sociali e sulle imprese sociali") è uno strumento estremamente interessante per le cooperative sociali di tipo B in quanto prevede la possibilità, per una Pubblica Amministrazione, di andare in deroga alla disciplina in materia di contratti nel caso in cui questi siano al di sotto della soglia europea.

Le convenzioni dirette, in deroga alla normativa sui contratti (previste dal comma 1 dall'art. 5 della 381/91), sono "una prima scelta", la scelta "politicamente" più avanzata cui ricorrono le amministrazioni pubbliche.

E' questa una possibilità legittima e contemplata dalla legge, frutto di condivisione di un percorso progettuale che vede collaborare Ente locale e cooperativa sociale B per il conseguimento di obiettivi correlati all'inserimento -o reinserimento- lavorativo di persone svantaggiate, altrimenti difficilmente collocabili e occupabili.

Va inoltre ricordato che l'applicazione del comma 1 dell'art.5 della L.381/91 non esclude la possibilità per la pubblica amministrazione appaltante di procedere all'affidamento alla cooperativa sociale attraverso un procedimento competitivo (appalto riservato alle cooperative di tipo B).

Inoltre andare in deroga alla disciplina in materia di contratti può anche significare il ricorso a procedure di affidamento non competitivo che valorizzino la coprogettazione e la concertazione nell'ambito di appositi tavoli cui partecipino sia pubbliche amministrazioni che cooperative di tipo B.

Per quanto concerne la casistica soprasoglia le esperienze di procedure più avanzate sono quelle che partendo dalla cosiddetta "offerta economicamente più vantaggiosa" si desumono nel vigente Codice Unico Appalti (Dlgs. 163/06) dagli articoli

art. 2 comma 2

art. 69 comma 2

..”

Proposte rispetto all'art. 5 Legge 381/91

Nei rapporti amministrativi la Pubblica Amministrazione dovrebbe tendere a concretizzare il pieno recepimento della L.381/91 (art. 5) ovvero affermare il valore del diritto al lavoro per tutti i cittadini attraverso procedure compatibili alla direttiva europea 18/04 recepita dal Codice degli Appalti e questo potrebbe avvenire attraverso la chiara indicazione di alcune linee procedurali quali:

1. contratti di fornitura di beni e servizi sotto soglia comunitaria con cooperative sociali di tipo b come già previsto ai sensi dell'art. 5, comma 1 della Legge 381/1991, in tale contesto rientrano sia le convenzioni dirette che le trattative riservate alle cooperative sociali;
2. contratti di fornitura di beni, servizi e lavori sopra soglia comunitaria con clausola sociale finalizzata all'inserimento lavorativo come già previsto dal comma 4 dell'art.5 della l. 381/91 (specificando però il vincolo di una percentuale di inserimenti lavorativi di persone svantaggiate non inferiore al 30%);
3. contratti di fornitura di beni, servizi e lavori sopra soglia comunitaria riservati a laboratori protetti o programmi di lavoro protetto (ai sensi art 52 dlgs 163/06 tra questi le cooperative B come successivamente specificato);
4. nella casistica sotto soglia comunitaria procedure di affidamento non competitive che valorizzino la coprogettazione e la concertazione nell'ambito di appositi tavoli cui partecipino sia le pubbliche amministrazioni interessate che le cooperative di tipo B (Piani di Zona)

Si potrebbe quindi pesare di introdurre nell'articolo 5 della l. 381/91 queste opportunità procedurali accompagnate da

- una specifica, a titolo esemplificativo, per cui TUTTE le Amministrazioni Pubbliche provvedano ad identificare (attraverso delibere attuative dei propri organi deliberanti.....) una quota delle proprie forniture di beni e servizi da destinarsi alla cooperazione sociale di inserimento lavorativo
- le Amministrazioni Pubbliche si avvalgono di uno o più degli strumenti legislativi di cui sopra
- richiamare, definendolo, lo strumento previsto al punto 3 delle proposte procedurali sopraelencate sarebbe la via migliore per una concreta applicazione di quanto previsto dalla direttiva europea 18/04 (art.19) e successivamente dal codice unico appalti (art.52) concorrendo tra l'altro a dirimere la questione laboratori protetti/cooperative sociali.

Quale è l'essenza di questo ragionamento?

Da una parte la cooperazione sociale che offre una disponibilità su più fronti sociali e

socio lavorativi (non dimentichiamo le proposte di modifica sia dell'art 12 della legge 68, sia dell'art. 14 del dlgs 216, tendenti a favorire forme di partenariato tra imprese private e cooperative sociali per garantire gli obblighi di legge rispetto al collocamento obbligatorio),

e dall'altra la necessità di avere strumenti operativi concreti (lavoro, convenzioni, innalzamento della soglia...)

Infatti se non si coglie l'importanza dell'intreccio di questi due percorsi, si correrebbe il rischio di agire solo sull'aspetto "inserimento", pesando sulle spalle già pesanti delle cooperative senza avere quell'ossigeno (il lavoro) che rappresenta il meccanismo con cui costruire maggiori opportunità di sviluppo occupazionale vero (e non assistito o protetto).

Le cooperative sociali possono quindi interagire con le pubbliche amministrazioni per sviluppare ambiti di occupazione vera e percorsi di uscita dal tunnel dell'emarginazione. I dati che abbiamo presentato nella presentazione del convegno sono già esaustivi, ma si tenga anche conto di un altro dato sostanziale: nel loro piccolo le cooperative sociali, pur nella crisi generale che ha colpito anche le loro attività, hanno quantomeno tenuto sul piano occupazionale.

Giancarlo Brunato

Responsabile del gruppo di lavoro "cooperative di inserimento lavorativo" di Legacoopsociali nazionale

brunato@csel.191.it