

Presenti: Carlo Comandone (Conorzio Arca Torino), Giuseppe Salluce e Silvana Colomba (Coop Progetto Popolare, Montescaglioso MT), Manuela Sorbello (Coop Aliante, Modena), Walter Alesina (Coop Valdocco, Torino), Antonio Celentano (Coop Il Margine, Torino), Mariarosa Malavolta, Elisa Cantono, Elena Siviero, Mariavittoria Leone e Luca Tempia (Coop Anteo, Biella), David Pasqualetti (Coop Di Vittorio, Firenze), Manuela Ciambellini (Socialpoint Modena), Catia Toffanello (Legacoopsociali Modena), Marta Puviani (Coop Gulliver, Modena), Sandro Frega (Legacoopsociali Liguria), Gian Luigi Bettoli (Legacoopsociali Friuli Venezia Giulia).

Introduce **Bettoli**, che propone di organizzare un seminario al di là dell'incontro di oggi. **4-5 aprile a Modena, il seminario**. perché a Modena? A Modena si è costituito un buon coordinamento di utenti.

In tutta Italia ci sono già molti seminari (ad esempio i due cui collaboreremo: la Conferenza CEFEC a Gorizia in maggio ed il congresso AIRSAM a Matera in giugno) ed è difficile rappresentare un discorso comune, al di là delle buone prassi delle singole coop, risulta problematico distinguere il carattere distintivo della cooperazione nel settore della salute mentale. Quello che è visto come il nostro contributo specifico è quello dell'inserimento lavorativo, della cooperazione B. Temi attorno a cui discutere:

1) E' nato un movimento nazionale degli **utenti** della salute mentale, che ha ovviamente dimostrato potenzialità, ma anche contraddizioni (in qualche città, ad esempio, ci sono più gruppi, creatisi sulla base di istanze ed appartenenze diverse, ed il problema si ripropone a livello di rete nazionale). Ma tale movimento ci interroga sui fondamenti del nostro lavoro.

Anche la proposta di Angelo Fioritti, responsabile del DSM di Bologna, mette al centro il ruolo dell'utenza, attraverso la diffusione della metodologia di inserimento lavorativo IPS. Si pone in generale il ruolo dell'utenza: "merce" o centro del lavoro terapeutico?

La centralità sono le strutture da riempire? O sono all'interno di un processo terapeutico finalizzato ai bisogni/desideri della persona?

Noi siamo anche cooperazione di utenti. "bene le cooperative B non erano già coop di utenti?": quanto la nostra esperienza si è evoluta in direzione di utenti al centro o viceversa operatori specializzati nell'inserimento lavorativo?

2) **Opg**; seconda proroga annuale. La proroga in verità serve a sostenere una azione governativa che impone strutture molto chiuse con costi di realizzo enormi. Di fronte alla rigidità della componente governativa, le Regioni si adattano presentando progetti per la realizzazione di una serie di manicomi, con un surplus di posti letto che aumenteranno l'offerta in strutture detentive, rispetto agli stessi OPG.

Il rischio è il ritorno alla manicomizzazione nei territori: questo ci pone la necessità di produrre qualche iniziativa nostra, oltre a quelle già realizzate da Forum Salute Mentale, Psichiatria Democratica e Stop OPG.

Passa poi la parola a **Salluce**, per quanto riguarda la proposta di lavoro sulla **residenzialità**, anche in riferimento al congresso AIRSAM che si terrà a giugno prossimo a Matera. In mancanza di coerenti proposte, il rischio è quello di vedersi esaurire il fenomeno della residenzialità.

Alesina ritiene che non esista un movimento unitario, e che si ponga il problema di trovare un minimo comun denominatore che ci permetta di rappresentarci. Esempio: c'è differenza se si fa una residenzialità in montagna o in città. Il nostro problema è che siamo difficilmente riconoscibili nella nostra attività ("la nonna è morta senza sapere cosa diavolo facesse di lavoro"... problema comune a molti di noi).

Malavolta osserva che in ogni caso vada valorizzato il territorio in cui si opera; le buone prassi ce le abbiamo. La difficoltà è nel portare "fuori" le buone prassi. Ci appoggiamo ancora al Dipartimento di Salute Mentale con il quale lavoriamo, mentre è difficile rappresentare in materiali standard i risultati del nostro lavoro. Ogni cooperativa ha dei dati, ma facciamo fatica ad elaborarli ed a presentarli (non si tratta solo di schede, non abbiamo un criterio, uno strumento comune, che ci darebbe più forza nel rappresentare i risultati del nostro lavoro, che dimostrino che l'utente ha avuto dei risultati, in termini di salute, di integrazione nel territorio).

Colomba pone il problema di trovare un linguaggio comune per rappresentare il nostro lavoro, al di là delle singole esperienze locali

Pasqualetti, che partecipa per la prima volta, osserva che queste tematiche sono presenti anche nella sua cooperativa. E' necessario valutare i risultati, positivi o negativi, del nostro lavoro. Le nostre forme di rappresentazione sono prevalentemente narrative. Sperimentazione con programma quinquennale su diverse tipologie di schede di valutazione dell'efficacia degli interventi: "HoNOS" ("Health of the Nation Outcome Scales", molto usata sul territorio toscano) o "Vado". In Toscana l'accreditamento nasce dalle istituzioni. Ma si pone il problema dell'accreditamento delle strutture sul territorio, con il paradosso che poi si vorrebbe che ci fosse il defibrillatore nel gruppo appartamento... Si finisce che non si accreditano le strutture più diffuse nel territorio, perché tali metodiche sono valide solo per le istituzioni. Bisognerebbe invertire il processo, partire dalle buone pratiche, per giungere ad un processo di accreditamento che le riconosca.

Salluce propone la metodologia di "valutazione tra pari" proposta da Raffaele Baroni, mantenendo il discorso in una valutazione interregionale/interterritoriale, cercando di cogliere la specificità dei territori e delle pratiche.

Alesina osserva, sempre riferendosi alle questioni poste da Pasqualetti, che l'accreditamento tra pari risponde proprio a questo tipo di esigenze.

Toffanello (giunta purtroppo ad introduzione già avvenuta) spiega il perché della proposta di un seminario a Modena.

Alesina: il problema è che siamo troppo legati alle impostazioni dei DSM. Bisognerebbe partire dagli utenti: quando questi esprimono il loro pensiero, spesso sono spiazzanti rispetto alle scelte terapeutiche adottate. Sarebbe interessante riuscire ad iniziare a proporsi come associazione di cooperative.

Leone rileva come sia stata realizzata a Torino una esperienza di valutazione dei servizi. L'Associazione "Diritti e doveri" di Biella ha somministrato nel corso degli anni dei questionari agli utenti dei servizi, al di là dell'attività del DSM.

Malavolta fa riferimento alla valutazione Vado, che presenta valori scontati. Sarebbe interessante presentare una modalità di valutazione come cooperative.

Ciambellini riferisce sull'attività, promossa come Consorzio di cooperative sociali modenese, tra gli utenti, che ha portato alla nascita dell'Associazione "Idee in circolo", associazione di utenti (ma anche cittadini, volontari, ...) aderenti all'Arci, che si è diffusa in tutta la provincia. Stanno discutendo di costituire un'associazione provinciale con sezioni locali nei vari comuni. L'associazione ha una sua autonomia, si rapporta direttamente con le istituzioni, ed i operatori in quest'ambito non hanno una funzione di "esperti". Questo ha riparametrato il lavoro delle cooperative: si pone il problema di quali siano i punti di riferimento (il successo è dato da alcuni risultati nelle attività di auto-cura, oppure nella riacquisizione di percorsi di vita nel loro complesso?). Se si discute di utenti, bisogna discutere alla pari e lasciarsi mettere in discussione. Si può parlare di accreditamenti, ma è prioritario forse ascoltare. Quando gli utenti degli appartamenti hanno cominciato a partecipare alle assemblee, questo ha proposto agli operatori degli stessi appartamenti di sviluppare la partecipazione nelle stesse strutture.

Bettoli chiede a Manuela quanto nella realtà sia stato importante il ruolo dell'operatore e quello di Paola, la responsabile dell'associazione, nell'avvio di questa esperienza.

Ciambellini risponde che il ruolo è importante, ma che l'operatore che fa da promotore deve programmare il suo intervento a breve, per poi fare un passo indietro. E' proprio nel modo di porsi dell'operatore che si crea la differenza. Stessa cosa per la presidente dell'associazione, che non deve necessariamente acquisire un ruolo a vita, per favorire una rotazione degli incarichi tra gli stessi utenti.

Puviani racconta come si sia cominciato a lavorare, sempre a Modena, insieme all'Università locale, rilevando i bisogni degli utenti; poi, insieme con Magliano, di Napoli (una delle promotrici di Vado) si è lavorato nella formazione degli operatori, e poi degli utenti, sul modo di lavorare dei servizi, sia a livello individuale che di gruppo. Si sono costituiti gruppi gestiti dagli operatori, e gruppi autogestiti dagli utenti. Gli utenti dialogano nelle residenze su cosa sta avvenendo e fanno le loro proposte agli operatori, superando la fase in cui sono gli operatori (educatori, ma principalmente Oss) a fare le proposte agli utenti. E' stato un lavoro che è durato anni, facendo venire in primo piano i progetti di vita degli utenti, nel tempo in cui la residenza serve al progetto di vita delle singole persone.

Pasqualetti chiede quale sia stato il ruolo dell'ASL.

Puviani risponde che ha accolto la proposta, venuta dalle cooperative, che hanno dovuto assumersi i costi, anche quelli rilevanti dell'orario utilizzato dal personale per svolgere il progetto. A Modena c'è un gruppo denominato "Percorso casa", con operatori pubblici e operatori. All'inizio gli psichiatri erano diffidenti, ma poi hanno dovuto prendere atto che gli strumenti offerti erano solidi nelle loro oggettività. Dopo un po' di tempo, alla formazione si sono aggiunti gli utenti. I gruppi hanno discusso sui vari aspetti, con metodo psicoeducativo, dai farmaci alle manifestazioni di crisi; ora si pensa di estendere il progetto agli esordi. Al momento questa è una proposta per allargare lo strumento acquisito al DSM, anche se non sono ancora state individuate le risorse per finanziarlo (finora si è lavorato gratis). Il cambiamento è stato importante: ad esempio, sui soggiorni, si discute in modo del tutto differente rispetto a prima, quando si proseguiva in scelte di routine.

Sorbello interviene sull'inserimento lavorativo: la sua è una cooperativa "B". Sono coinvolte 200 persone, di cui 120 sono svantaggiate (70 provengono dai CSM). A volte, anche tra operatori che si occupano di inserimento lavorativo, si intende qualcosa di molto diverso: per lei, inserimento lavorativo vuol dire lavorare con un preciso contratto di lavoro, con diritti e dovere. Avere un lavoro retribuito è un primo atto di autodeterminazione. Crea discussione lo strumento dell'inserimento lavorativo, come le borse-lavoro. La quantità di esperienza di tipo educativo-terapeutico è oggi messa in discussione dalle

“norme Fornero”, ma va chiarito che quello non è propriamente inserimento lavorativo. Bisogna verificare quali sono le possibilità concrete di inserimento lavorativo dopo la formazione. Vista la complessità delle problematiche, sconsiglierebbe agli utenti una meccanica assunzione di responsabilità amministrative. Viceversa, ritiene che gli utenti possano diventare i soci “anziani” formatori dei nuovi soci. Ritiene giusto proporre queste tematiche, visto il dibattito che si è più concentrata sulla residenzialità. Pone un altro problema: quello dei salari di ingresso, che sono previsti dal contratto integrativo provinciale di 2° livello. Nel complesso, si tende a lavorare sempre più nell'emergenza, di fronte a committenti talvolta disattenti rispetto alle necessità terapeutiche dei lavoratori, ed a servizi che non condividono sempre in pieno il progetto individuale della persona inserita. E questo rende sempre più difficile inserire le persone al lavoro, di fronte al taglio dei tempi di lavoro e di formazione delle persone.

Pasqualetti ricorda che le istituzioni dovrebbero riservare una parte degli appalti (almeno in Toscana) alle cooperative sociali di inserimento lavorativo. Chiede quanto questa indicazione sia rispettata dagli enti pubblici nelle varie realtà.

Toffanello risponde che, anche in sede di revisione della legge regionale emiliana sulla cooperazione sociale, non rimangono grandi spazi. Alle cooperative vengono inoltre richieste capacità tecnologiche che rendono problematico l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Una cooperativa come Aliante può funzionare perché fa anche altre attività, oltre a quelle di inserimento lavorativo.

Tempia ricorda che l'inserimento lavorativo è estremamente importante e da discutere nel seminario di Modena, anche in riferimento alla nuova Direttiva europea appalti che, se recepita, dovrebbe aprire spazi consistenti. Ma, se si aprisse il mercato a nuovi soggetti, ci troveremmo anche a competere con realtà poco affidabili. Quanto alla residenzialità, le scelte fatte nel territorio sono a volte discutibili, ma dobbiamo anche prendere atto delle diverse realtà territoriali, senza spaventarsi per le differenze che incontriamo.

Comandone interviene innanzitutto per quanto riguarda il settore cooperative B: partendo dalla sua esperienza, nella quale metà degli inserimenti provengono dalla psichiatria, ma tendono a diminuire. Si pone il problema di quanto forte sia la coscienza sociale della cooperativa. Le gare Consip, con i loro standards, portano all'inevitabile espulsione degli utenti dal mercato del lavoro di questi servizi. Si finisce per lavorare in subappalto, in condizioni più difficili di prima. Quanto le cooperative hanno spazio e sono riconosciute come agenzie dai propri territori? Rapporto tra cooperativa “B” ed “A”, per rafforzarci a vicenda. Rapporto tra singole cooperative e strutture nazionali, come il Consorzio Nazionale Servizi, rivendicando riserve di appalto per l'inserimento lavorativo, costruendo una filiera dedicata. Il Comune di Torino aveva fatto una convenzione-quadro per gli affidamenti alle cooperative B, ma l'esperienza si sta esaurendo, si è persa una cultura. Che fare nel rapporto con i servizi? La cultura del lavoro non ce l'hanno loro per primi, sono chiusi ai fenomeni di disagio di massa, come i suicidi di cassaintegrati, disoccupati e piccoli imprenditori. A partire dalla nostra organizzazione, bisogna capire se c'è la disponibilità a ragionare sulle tematiche generali, della crisi della condizione lavorativa più in generale. Cooperazione “A”: pone il problema dei costi – non riconosciuti dalla Regione – della strutture residenziali, a partire dalla comunità terapeutiche. Mancano, attraverso le mancate compartecipazione delle Asl, le coperture economiche per gli interventi sociali (come l'assistenza domiciliare da parte di Oss), spostando la priorità delle risorse dal sociale al sanitario. La residenzialità pesante è quindi un boomerang; gli alloggi (ce ne sono 1570 censiti), con rette che vanno dai 27-28 euro ai 160, più i posti che rimangono vuoti, sono pure una realtà difficile da gestire. Gli pare che si parli di sostegno alla domiciliarità come leva per togliere risorse alla spesa sociale. Intervento delle fondazioni bancarie (come la Fondazione S. Paolo) e di associazioni di familiari -

soprattutto sulla disabilità, consente **Toffanello** – di tipo sostanzialmente caritatevole-ergoterapico, di risposta assistenziale alle esigenze del “dopo di noi”. Ci sono anche le gare al massimo ribasso da parte delle Asl, oltre ai gravi effetti degli appalti Consip. Queste contraddizioni attraversano le nostre organizzazioni di rappresentanza: bisogna coinvolgere Legacoop a Modena.

Toffanello ritiene che vada fatto un ragionamento non solo nei confronti di Legacoop e della Manutencoop di turno, ma delle stesse cooperative sociali aderenti a Legacoop che “invadono” i territori. Non sempre c’è il committente che ci costringe, ci sono le cooperative che intervengono a fare dumping (con la gioia del committente che risparmia, anche se poi ha atteggiamenti di stupore quanto il sindacato si arrabbia per il peggioramento delle condizioni di lavoro).

Conclusioni: come fare?

Venerdì 4 aprile mattina: ore 10.30-13.00 – relazioni utenti/cooperative su progetti di valutazione, buone pratiche, su: a) residenzialità; b) domiciliarità; c) prevenzione, esordi, disagio giovanile; d) lavoro e rapporto tra formazione e lavoro (in collaborazione con il “gruppo di lavoro coop B” nazionale);

Venerdì 4 pomeriggio: ore 14.30-16.30 – gruppi di lavoro misti e poi 16.30-18.30 plenaria di sintesi;

Sabato 5 mattina: ore 10.30-13.00 - seminario sulla nuova direttiva appalti, invitando: amministrazioni locali, Legacoop, CNS, Manutencoop, ...

Strutturazione 4 mattina: relazioni da parte di gruppi di lavoro cooperativi (saranno comunicati i riferimenti dei gruppi a tutte/i le/i interessate/i) e discussants provenienti dalle associazioni degli utenti. Sul lavoro, coinvolgere anche i sindacati.

4 pomeriggio: gruppi di lavoro, condotti da operatori pubblici.

Gruppi di lavoro:

Residenzialità - Salluce, Colomba, Pasqualetti, Cantono.

Domiciliarità e cittadinanza attiva: Colomba, Leone,

Lavoro e formazione: - Sorbello, Tarello + gruppo B.

Esordi: - Celentano

Le altre persone interessate a partecipare ai gruppi, sono invitate a segnalare il prima possibile il proprio interesse a: bettolig@fvg.legacoop.it , modo da essere messe in contatto con le/gli altre/i appartenenti rispettivo gruppo di lavoro.