

Paolo Michielin
Maurizio Donatello
(a cura di)

LA FORMAZIONE E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DI UTENTI PSICHIATRICI

UPSEL Domenighini, Padova, 2001

A tutti
quelli che credono
che comunque
sia meglio provare...

Presentazione	Pag. 5
<i>A. Cocchi</i>	
Premessa	Pag. 7
<i>M. Donatello</i>	
Il Lavoro: dalla filosofia greca all'ergoterapia	Pag. 8
<i>M. Donatello, C. Toffolo</i>	
Lavoro ed identità: dall'ergoterapia all'impresa sociale	Pag.14
<i>G. Pullia</i>	
Lavoro e salute mentale: esperienze e ricerche negli altri paesi	Pag.24
<i>P. Michielin</i>	
Disabilità e lavoro	Pag.46
<i>S. Nasato</i>	
Il S.I.L. - Servizio per l'Inserimento Lavorativo	Pag.76
<i>C. Gobbo</i>	
Costi e investimenti nella formazione e nell'inserimento lavorativo	Pag.79
<i>G.L. Bianchin, B. Pozzobon</i>	
Condizione e storia lavorativa degli utenti in carico ai D.S.M.	Pag.86
<i>M. Donatello, E. Pozzobon</i>	
Presentazione delle cooperative di produzione e lavoro delle Aziende U.L.SS. n. 8 e 9 del Veneto: L'Incontro, Sol. Co, Tigli -2	Pag.90
<i>C. Bellio, R. Crema, L. Massone, V. Vendramin</i>	
Il campione reclutato per la ricerca visto da dentro	Pag.129
<i>M. Donatello, R. Munaretto</i>	
Esiti della formazione e dell'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici svolta nelle Aziende U.L.SS. n.8 e n.9 del Veneto	Pag.132
<i>M. Barracano, C. Bellio, G.L. Bianchin, M. Cristofoli, M. Donatello, L. Liguori, S.Favaro, P. Michielin, A. Michielon, G. Pullia, V. Vendramin, G. Vidotto</i>	

Scheda di osservazione delle abilità lavorative <i>M. Barracano, E. Di Giorgi, M. Donatello, L. Liguori, P. Michielin, A. Michielon, V. Vendramin</i>	pag.144
Scheda di autovalutazione. <i>M. Donatello, P. Michielin, V. Vendramin</i>	pag.164
Proposte delle associazioni dei familiari sulla formazione e l'inserimento lavorativo <i>T. Corona</i>	pag.166
Lavoro, autonomia e finalità esistenziale <i>S.Corea, L. Rivelli</i>	pag.169
Una testimonianza <i>M. Sellan</i>	pag.171
L'ozio e il negozio <i>A. Righetti</i>	pag.172
Per concludere <i>G.L. Bianchin</i>	pag.175

La ricerca illustrata nel presente volume è stata svolta nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità.

La linea di ricerca:

“Predizione degli esiti dell’inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici” è stata finanziata dall’I.S.S. sulla base della convenzione n. 96/Q/T67 tra I.S.S. e ASL n. 9 del Veneto.

Anche la realizzazione del convegno su: “La Formazione e l’inserimento lavorativo di utenti psichiatrici” – Preganziol (TV) 15 giugno 2001 e la preparazione del presente volume fanno parte del progetto di ricerca.

PRESENTAZIONE

Angelo Cocchi

Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano

Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Un libro crea memoria, scrive Maurizio Donatello nella Premessa a questo volume, la cui lettura suggerisce, tuttavia, l'idea che *i fatti creino memoria*: un libro in definitiva fissa solo qualche immagine, tradendo inevitabilmente la somma di intenzioni, pensieri ed emozioni che lo hanno preceduto e accompagnato.

Dico questo perché, accogliendo con piacere l'invito di Paolo Michielin a presentare il volume, mi sono reso conto che i *fatti* descritti hanno un'evidenza e una forza ben maggiore delle parole che vorrebbero raccontarli.

Forza ed evidenza che ben riconosco sentendole emergere dalle esperienze descritte, anche per averle sperimentate in passato con i colleghi di Rho, seppure in scala più ridotta e in modo meno elaborato.

Un primo pregio di questo volume è quello di presentare in modo esauriente una realizzazione pratica, complessa ed estesa delle semplici premesse di rispetto civile, di riconoscimento di identità e contrattualità "inovviabili" nel rapporto con l'utente.

Nei capitoli del libro questi cessa di essere un malato o un utente di servizi, concretizzandosi quale fruitore di diritti e, tra questi, quello fondamentale al lavoro retribuito, espressione di abilità apprese attraverso un paziente percorso formativo.

Un secondo pregio di questo volume è la sua utilità pratica: in primo luogo racconta *fatti veri*, poi fornisce informazioni aggiornate e utili, non solo per *capire*, ma anche per entrare nel mondo delle cooperative sociali o, più in generale, dell'impresa sociale, ricostruisce la *storia* della formazione e dell'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici, presenta una esauriente *rassegna* delle esperienze in altri paesi, mette a disposizione *strumenti di valutazione* costruiti e validati con rigore scientifico.

Nel volume ricorrono con frequenza alcune parole chiave, quali: "ricerca, valutazione, esiti", che sono l'espressione di uno sforzo costante di coniugare impegno civile e professionale, creatività e spirito di iniziativa al necessario rigore procedurale e scientifico. Questo terzo importante pregio è significativamente presente nella scheda di osservazione delle abilità lavorative che è, per usare una espressione desueta, una "perla rara",

esempio e sprone per tutti noi ad un lavoro sempre più oggettivo, misurabile, confrontabile.

Chi scrive una presentazione ha due certezze: la prima è che mai nessuno la leggerà, la seconda è che non può fare altro che elogiare il contenuto del libro. Anche volendo disattendere questa seconda certezza, non mi è facile provare a *parlar male* di questo volume, perché la completezza e il peso dei contenuti supera di molto il formato spontaneo dei singoli capitoli, voluto dai curatori, che comporta un non perfetta "rotondità" tra i temi trattati. Dico ciò, perché spero che i curatori considerino questo come un gradino di un più lungo percorso di informazione da arricchire, sviluppare e aggiornare in futuro, in quanto utile e sapiente guida per tutti noi, ma, soprattutto, espressione di concreta speranza per gli "utenti".

Un auspicio questo; ma, ripensando a quanto detto sopra, i curatori, almeno loro, leggeranno questa presentazione?

PREMESSA

M. Donatello: Cooperativa sociale "L'Incontro", Castelfranco Veneto.

La collezione di contributi che segue non ha, apparentemente, un filo logico, infatti rispetta "solo" le idee che attualmente alimentano la discussione dentro e nei dintorni della "salute mentale".

Abbiamo escluso l'esposizione concordata perché appiattirebbe il tutto ed eviterebbe il dialogo che, a questo punto, ha ancora bisogno di chiavi d'accesso differenti, confuse tra loro.

Nonostante tutto ne abbiamo voluto fare comunque un libro perché il solo ricordo di una discussione o anche di un convegno non basta, infatti un libro crea memoria; ma vogliamo andare oltre, vogliamo proporre un appuntamento che col tempo non si trasformi in una scusa per convincere qualcuno ma che sappia diventare l'inizio di una rivoluzione che sia anche rivoluzione di linguaggio.

Un'intuizione si fa idea e poi progetto solo quando si può tradurre in espressione verbale o pittorica o in scultura o in opera d'arte riconoscibile.

Un concetto non può esistere finché non lo si riesce almeno a dire e, a volte, mancano persino le parole per dirlo ed a volte ci si incontra per trovare/costruire/inventare le parole che mancano.

Un giorno qualcuno riuscirà a trovare un termine giusto per l'utente che non è più utente!!!

IL LAVORO: DALLA FILOSOFIA GRECA ALL'ERGOTERAPIA

M. Donatello: Cooperativa sociale "L'Incontro", Castelfranco Veneto;
C. Toffolo: insegnante, Treviso.

Per comprendere il significato del termine "lavoro" non possiamo fermarci ad esaminare quanto si afferma nel '900 ma dobbiamo ritrovare la storia, seguire l'iter (il cammino), ripercorrere il tempo, lo spazio del concetto per coglierne la ricchezza.

Anche il linguaggio risulta essere uno strumento per evidenziare una realtà e l'uso che ne abbiamo fatto è la "cura" doverosa per sostenere quanto vogliamo raccontare.

Riteniamo che sia da considerare una virtù, non più capita: la "brevitas": nel testo il messaggio va oltre le parole che lo compongono, essenziale è ciò che rimane quando si focalizza la questione, tutto il resto è una "digressio", riempire dei vuoti, ragionare nella cultura del superfluo.

E' importante parlare di etimologia perché le parole sono importanti.

Noi invece le usiamo tante volte in modo "leggero" senza renderci conto del loro valore.

La parola lavoro è "massiccia" ed ha un significato negativo. Etimologicamente lavoro deriva da "labor", una parola latina che significa sforzo, fatica, sudore, cioè tutto quello che di negativo si può pensare del lavoro, e da "ponos", parola greca che significa "peso che si porta sulle spalle" che fa sudare, fa far fatica; proprio perché i nostri antenati avevano un'idea negativa di questa parola. In francese emerge il termine "travail" (travaglio) e "travailler", ricondotto etimologicamente a tripaliare (basso latino) che significa "torturare con il tripalium", cioè con uno strumento che è simile a una croce. Oltre a i due verbi sopra citati sono presenti anche "labour e labourer" che significano anche "aratura ed arare" con riferimento ad una delle occupazioni più faticose dell'uomo, il lavoro dei campi.

In inglese troviamo "labour" come sostantivo (lavoro, fatica, ma anche doglie del parto) e come verbo (affaticarsi, lavorare duramente, muoversi con difficoltà, essere oppresso, avere le doglie del parto), accanto a "laborious" (laborioso, faticoso, che richiede duro lavoro, fatica assidua) e laboriousness (laboriosità, fatica estenuante). In inglese, tuttavia compare anche "work".

In tedesco "werk" significa opera, lavoro, e wirken operare, produrre. Ma lavoro e lavorare si esprimono in tedesco soprattutto con "arbeit e

arbeiten", gli unici termini che non scaricano sull'"arbeiter" (lavoratore) la fatica e la pena che sono implicate nel lavoro.

Procediamo il nostro percorso attraverso un excursus storico-filosofico-letterario che ci permette di scoprire quale posto abbia occupato il lavoro nelle diverse epoche/società, e come si sia definito in rapporto alle altre attività umane.

La parola scritta nelle forme più diverse (filosofia, letteratura, storia) è l'unica espressione che trasmetta e faccia comprendere i motivi stessi di una civiltà, le eterne ragioni dell'uomo e della sua dignità.

Le esperienze individuali e sociali nei secoli parlano efficaci ed operanti attraverso i testi.

Il testo sopravvive "oltre" il suo autore, un oltre che spazia nel tempo, nel ricordo, nella memoria, nella storia, che si carica di tutte le interpretazioni dettate dai lettori, nel loro ambiente in quell'epoca.

Abbiamo la fortuna di discendere dalla Civiltà Classica, cioè dai greci e dai romani i quali ci hanno lasciato un messaggio che è sempre attuale, che può dirci qualcosa ancora adesso, in quanto queste sono due civiltà che hanno lasciato tantissimi documenti scritti, rispetto ad altre più importanti civiltà come quella Egiziana e quella Assiro-Babilonese.

Per i greci il lavoro rappresentava l'attività peggiore e veniva praticato soltanto dagli schiavi. Le attività importanti erano: pensare e dedicarsi all'arte della guerra.

L'unico lavoro che era considerato dignitoso e che poteva rendere l'uomo "nobile" era il lavoro agricolo, perché sia i greci che i romani erano civiltà contadine.

Per i greci il lavoro era un'attività limitata nel tempo e dedicata soltanto ad alcune occupazioni. Secondo i filosofi il lavoro era qualcosa che rendeva l'uomo "simile agli animali". Esiodo, scrittore greco autore della famosa opera "Le opere e i giorni", afferma che il lavoro agricolo "nobilita" l'uomo e lo differenzia dagli animali, perché grazie al lavoro l'uomo crea qualcosa di suo e così facendo trasforma l'ambiente e tutto ciò che è esterno. Tutti gli altri scrittori come Omero o altri filosofi come Platone o Aristotele affermano che il lavoro allontana l'uomo dalla verità e che l'ozio, cioè il dedicarsi alla scrittura, alla lettura, alle arti, alla filosofia è molto più importante che lavorare.

I romani erano una civiltà più pratica, anche se riguardo al lavoro avevano più o meno le stesse idee dei greci. La maggior parte degli scrittori romani, come Virgilio o Cicerone, pensava che fosse importante lavorare, ma in un tempo molto limitato, in quanto ritenevano maggiormente

importante dedicare tutto il resto della giornata all'ozio (dedicare tempo a se stessi, alla loro cultura e alla cura del proprio corpo), le uniche persone che dovevano per forza lavorare erano gli schiavi. Catone, scrittore vissuto alle origini della civiltà romana, uomo molto pratico, in un libro scritto al figlio indicava quali fossero le cose più importanti della vita e sosteneva che lavorare faceva bene e che il lavoro era "un esercizio molto utile per poter affinare le qualità intellettuali dell'uomo".

Mentre i greci trattavano gli schiavi come delle bestie, per i romani gli schiavi erano considerati importanti, perché un uomo che aveva molti schiavi possedeva un tesoro da coltivare, quindi, come diceva Seneca, gli schiavi dovevano essere trattati bene.

Gli unici lavori che potevano essere svolti al tempo dei romani da un uomo libero erano il lavoro agricolo, l'arte oratoria, la carriera politica, l'arte militare.

Le cose sono cambiate con l'avvento del Cristianesimo: viene condannata la schiavitù, proclamata l'uguaglianza sociale, così tutti sono liberi di lavorare e non esiste più la differenza tra lavoro manuale e intellettuale, in quanto si afferma che queste due tipologie lavorative hanno la stessa importanza.

Mentre nel Medioevo diminuisce l'importanza del lavoro, nel Rinascimento questa aumenta nuovamente perché si pensa che l'uomo sia al centro di tutto, colui che crea, cambia la propria vita, cambia la storia.

Questo porta alla involuzione di tutti i tipi di lavoro, sia manuale che intellettuale. I più importanti filosofi del tempo (Giordano Bruno e Campanella) ritengono che qualsiasi persona possa dare il suo contributo alla società.

Durante il periodo della riforma protestante di Calvino e Lutero lavorare diventa molto importante in quanto secondo il loro pensiero lavorando ci si avvicina a Dio. Nel Seicento invece, la scienza è posta al centro di tutto e con Galileo si afferma che l'esperienza è importantissima e che tutto va sperimentato. Infatti non si possono formulare delle teorie se non le si sperimentano, quindi in questo periodo riveste un'importanza maggiore la teoria rispetto alla pratica.

In questo periodo c'è Locke, un pensatore inglese che sostiene che la proprietà privata è frutto del lavoro umano e che non bisogna lavorare per tutti, ma soltanto per se stessi. Ci sono dei bisogni, delle necessità che spingono una persona a decidere di lavorare e si lavora in funzione di un guadagno che serve per migliorare la qualità della vita e quindi l'uomo viene

posto al centro del universo lavorativo. Lavorare è una necessità, un'utilità, qualcosa che migliora l'uomo, lo fa cambiare e progredire.

Nel Settecento, con l'avvento dell'Illuminismo e della Rivoluzione Industriale in Inghilterra si comincia a parlare di lavoro organizzato e di divisione del lavoro. Durante la Rivoluzione Industriale si arriva ad intuire che se i lavoratori non si organizzano e dividono il lavoro si ha una grossa perdita di tempo, e grazie alle idee di Smith si scopre che dividendosi il lavoro in modo tale da attribuire ad ognuno il suo compito, e se c'è un lavoro di squadra, il tempo si dimezza e aumenta la produzione.

I filosofi Idealisti tedeschi affermano che il lavoro più importante è quello intellettuale. Infatti, l'uomo si distingue dagli altri esseri viventi proprio perché riesce a pensare e questo influenza tutte le sue azioni. Il lavoro intellettuale è la caratteristica distintiva dell'uomo anche nelle azioni pratiche, in quanto agisce in modo pensante, intelligente; in base alle qualità di ogni persona si differenziano anche i compiti e da questi nascono le differenze sociali: alcune persone hanno compiti più elevati, altre che hanno compiti più umili. Con Marx il lavoro viene definito come l'attività più importante dell'uomo. Per lui l'uomo è una persona che lavora e lavorare vuol dire creare, avere fantasia, produrre qualcosa di nuovo e compiere delle rivoluzioni. Marx ritiene inoltre che il capitale debba essere un bene accessibile a tutti per poter creare una società "equa".

Nell'Ottocento avvengono molti cambiamenti e rivoluzioni. Ci sono dei filosofi che sostengono che il lavoro dell'uomo è collocato nel tempo e l'uomo ha la capacità di modificarlo. Il tempo si regola in base alle azioni umane. Bergson, un filosofo francese, sostiene che la creatività e la concezione del tempo siano molto importanti: perché sapersi collocare nel presente, pensando al passato e prevedendo il futuro è una delle caratteristiche principali dell'uomo e dell'azione lavorativa, egli definisce l'uomo "faber". Da questo momento nascono le Scienze Sociali; non è più solo la filosofia che parla di lavoro, ma si inizia a pensare a discipline che si occupino del lavoratore. Si inizia a parlare di:

- Pedagogia del lavoro, che si occupa della funzione educativa del lavoro, del ruolo del lavoro nello sviluppo della personalità, del posto che il lavoratore ricopre all'interno dello stato sociale;
- Sociologia del lavoro, che si fonde con altre discipline e analizza il lavoro in rapporto alla società;
- Sociologia Industriale, legata all'organizzazione industriale della produzione capitalista, che tende ad una razionalizzazione dei tempi e dei metodi per produrre;

- Taylorismo e Fordismo, che vogliono nascondere sotto l'insegna della scientificità l'umanità di un lavoro parcellare e ripetitivo;
- Fisiologia del lavoro che studia il lavoro come fatica manuale ed intellettuale, indagando i rischi e le problematiche;
- Psicologia del lavoro, che indaga i problemi di adattamento del lavoratore all'ambiente della fabbrica, le motivazioni e le demotivazioni; cura inoltre la selezione del personale e il disagio all'interno dei luoghi di lavoro.

L'attenzione si sposta, non è più tutto incentrato sulla teoria, le scienze umane studiano il lavoratore cercando di metterlo in primo piano, al fine di trovare il modo migliore per farlo lavorare, perché senza il lavoratore le attività non possono funzionare. Se non c'è una persona motivata che sta bene e lavora in armonia con se stessa, non ci possono essere ne' progressi, ne' cambiamenti.

Ci piace pensare che il lettore abbia capito che il nostro excursus, la nostra "scelta" è una "lettura", non citare espressamente autori come Hegel e Kant, non è omettere o tralasciare.

Potrebbe sembrare una "preoccupatio" pensare anticipatamente al giudizio di chi legge: non lo è, è solo bisogno di chiarezza.

BIBLIOGRAFIA.

- AA.VV. (1999). "I laboratori di Piazza Grande, tra lavoro ed intervento sociale", Franco Angeli Editore, Milano.
- AA.VV. (1981). "La Pedagogia scientifica del '900", Principato Editore, Milano.
- AA.VV. (1992). "Le cooperative sociali e i loro consorzi tra imprenditorialità e solidarietà sociale", ricerca realizzata dal Centro Studi CGM per l'Istituto Luzzatti.
- AA.VV. (1991). "Psichiatria Territoriale, principi e pratica", Feltrinelli Editore, Milano.
- AA.VV. (1999). "Reti di cura in psichiatria", Franco Angeli Editore, Milano.
- AA.VV. (1992). "Riabilitazione psicosociale e lavoro", Franco Angeli Editore, Milano.
- AA.VV. (1992). "Verso l'impresa sociale", Edizione CGM, Milano.
- AA.VV. (2001). "L'impresa sociale e il mercato" in *Impresa Sociale*, n.55, gennaio/febbraio.
- ACCORNERO ARIS (2000). "Era il secolo del lavoro", Il Mulino, Bologna.

- ACLER M.C., BORZAGA C., FAILONI G. (1992). "L'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate: il ruolo della cooperazione", Rivista della cooperazione, n.5.
- ANTIMO NEGRI (1980). "Filosofia del lavoro", voll. 1-7, Marzorati Editore, Milano.
- BARONI. "Le cooperative sociali", CARITAS (biblioteca della solidarietà), edizione PIEMME.
- BASAGLIA FRANCO (2000). "Conferenze brasiliane", Raffaello Cortina Editore, Milano, prima edizione.
- BASSANINI M. RANCI P. (1990). "Non per profitto", Fondazione Olivetti, Roma.
- BOND G.R. (1997). "Riabilitazione lavorativa", in LIBERMAN R.P. (a cura di).
- BORZAGA C. (1994). "Impresa sociale e occupazione", Impresa sociale, n.13 gennaio/febbraio.
- BORZAGA, LEPRI, SCALVINI (1989). "Guida alle cooperative di solidarietà sociale", Edizioni CGM, Milano.
- CASAGRANDE D. (1993). "Dall'ergoterapia alle cooperative integrate", in Da Rin M. (a cura di).
- CONTRONEI G. (1997). "Cooperative sociali", Buffetti Editore.
- DE PLATO GIOVANNI (1993). "Cos'è la riabilitazione in psichiatria?", Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone.
- LEPRI S. (1992). "Specializzazione, territorialità, piccola dimensione: l'ipotesi cooperativa per la qualità dei servizi", quaderno n.2 di Impresa sociale.
- LIBERMAN P.ROBERT (a cura di) (1997). "La riabilitazione psichiatrica", Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LUNACIARSKIJ A. V. (1958). "Il marxismo e l'educazione", Ed. dell'Acc. Delle Scienze Pedagogiche.
- MAROCCHI. (1997). "Integrazione lavorativa, impresa sociale, sviluppo locale", Edizione Franco Angeli.
- MASSONE L. (1999). "I miti e riti del lavoro", in Da Territorio a Comunità, Pubblico & Privato dell'area azienda ULSS n°8 Asolo, pubblicazione.
- MELE E. (1993). "Convenzioni tipo per le cooperative sociali", Impresa sociale n. 12.
- MERZ S. (1995). "Manuale pratico delle società cooperative", Cedam, Padova.

LAVORO ED IDENTITÀ: DALL'ERGOTERAPIA ALL'IMPRESA SOCIALE

G. Pullia: Dipartimento di salute mentale, Treviso.

"Un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia ma molte altre cose: ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche noi medici che lo curiamo abbiamo bisogno"

(Basaglia F., Conferenze brasiliane, Milano 2000)

PREMESSA.

Il fare ed il saper fare, il lavoro, è, in questo contesto, fondamentale nella determinazione della "identità psicosociale" (prodotto dell'interazione tra soggettività individuale e realtà sociale).

Se in linea del tutto generale ed astratta la progettazione, l'esecuzione, il ritmo e la durata delle varie fasi di una qualsiasi attività umana, così come la valutazione dei risultati, sono momenti di un unico processo sul quale il soggetto ha pieno controllo, non è più così per il lavoro in una società complessa, in cui si distinguono coloro che progettano, coloro che fanno, coloro che valutano.

Oggi si è decisamente più attenti alle "relazioni umane" sul luogo di lavoro. Se però gli obiettivi fondamentali permangono l'aumento della produttività, la riduzione dei costi e la diminuzione della conflittualità sul luogo di lavoro, la comprensione del "significato" della specifica attività per il singolo lavoratore diviene un elemento secondario o ininfluenza.

Nelle società industriali avanzate si sta assistendo ad un fenomeno che consiste nel progressivo incremento della disoccupazione (mascherato

talora dall'aumento dei lavori precari e part-time) accompagnato dall'intensificazione dei carichi di lavoro degli occupati. E' noto (Crepet 1990) che la condizione di disoccupato produce effetti psicopatologici rilevanti e si accompagna ad una diminuzione dell'autostima. Chi vive nel Trevigiano, area di quasi piena occupazione, e non riesce comunque a trovare o a mantenere un lavoro, si sente e viene vissuto come inadeguato, e viene spinto verso la marginalità sociale forse più ancora di coloro che vivono in ambienti di "endemica" disoccupazione o sottooccupazione.

In assenza di altri tipi di intervento il "salario di cittadinanza" o provvedimenti simili non paiono risolutivi; potrebbero anzi far cadere in un assistenzialismo invalidante, tale da ostacolare l'effettuazione di quel percorso di esperienza che è indispensabile per la crescita dell'intera personalità.

Il rischio è, in aree geografiche con forte disoccupazione, legittimare l'idea del lavoro quale "privilegio" di alcuni e in aree con piena occupazione confermare il basso livello della identità psicosociale delle fasce deboli.

Come afferma Jacques (1978), svolgere una vera attività lavorativa significa per il singolo individuo essere posto nelle condizioni di dover integrare continuamente le fantasie inconscie con la quotidianità effettivamente vissuta, tollerando l'angoscia e l'incertezza emergenti dal confronto pratico con la realtà. E' qui la sua potenzialità "terapeutica" così come il suo rischio.

Il lavoro può costituire un elemento di stabilizzazione allo stesso titolo di qualunque altro altrettanto significativo e coinvolgente momento di vita quotidiana, senza che necessariamente debba essere considerato facente parte di uno specifico progetto curativo se non in quanto attività sociale. Ciò non è poco, perché, alla pari di tali attività e ad esse connesso e correlato, è quasi sempre indispensabile per realizzare una effettiva maturazione ed autonomia dell'individuo che lo pratica: a livello sociale il lavoro rappresenta una forma di normalità, un aspetto dell'individuo "testimoniante la sua buona salute".

CENNI STORICI.

Nel 1900 per opera soprattutto di H Simon (1929) una "quadrata" ideologia medica propose una rivalutazione del lavoro nelle istituzioni psichiatriche, reinvestendovi un valore "terapeutico"; il lavoro divenne un mezzo di "terapia più attiva" del malato, uno specifico per ricostruirne e riplasmarne la personalità attraverso tappe scalari di attività lavorativa.

Da allora l'ergoterapia, nata in Germania nell'Ospedale di Gutersloh, è presente in ogni ospedale psichiatrico.

La psichiatria asilare post-simoniana ha agevolato una suddivisione dei pazienti che ne venivano in contatto: da un lato coloro che si riteneva possibile curare con altri mezzi, per restituirli al più presto "reintegrati" alla società; poi quelli che rimanevano rinchiusi come oggetti passivi di assistenza; e coloro, infine, che avrebbero riacquisito lentamente la loro libertà all'interno dell'ospedale, lavorando nella - e per la - istituzione.

Il "fare" non era da intendersi come una vera e propria forma di riabilitazione: non ci si poneva l'obiettivo del reinserimento lavorativo, ma piuttosto quello di prevenire la disabilità secondaria istituzionale tenendo impegnati i pazienti all'interno dell'ospedale. Simon si pone, con il suo rifiuto un po' viscerale di sistematiche teoriche, al pari di Pinel come autentico psichiatra istituzionale, come "operatore pratico" (Castel), come manager dell'azienda terapeutica. "di rado ci si imbatte nell'obiezione che non si lavora senza remunerazione. Se emerge questo problema si chiarisce razionalmente al malato che l'attività è necessaria per il buon mantenimento delle sue capacità lavorative, e che comunque essa è nel suo interesse". "La radice di tutto il male che vi ho descritto è insita nell'inattività..

L'ozio non è soltanto il padre di tutti i vizi, ma è anche causa di indementimento. Vivere è attività.

Ciò vale per la vita fisica come per quella spirituale. Le forze non utilizzate si riducono, si nullificano.

La vivacità viene mantenuta solo attraverso l'attività. Mai l'uomo non fa niente. Se non fa nulla di utile fa qualcosa di inutile, o per lo meno pensa qualcosa di inutile". (H. Simon, *Trattamento più attivo del paziente nell'istituzione psichiatrica*, Berlin und Leipzig 1929).

Il lavoro dunque è una terapia, e come tale non va e non può essere retribuito, nella concezione ergoterapica, ma alla fine risulta indispensabile all'automantenimento dell'istituzione, la quale a sua volta ha bisogno dei suoi malati e delle loro prestazioni lavorative.

L'ergoterapia in fondo non è nient'altro che l'ultima forma di organizzazione di lavoro non libero, sostenuta da un'ideologia di ricambio, quella terapeutica. (Toresini L. prefazione a Simon H., Roma 1990).

Come è comprensibile, durante le due guerre mondiali, in particolare la prima, si ebbe un particolare sviluppo della "occupational therapy" (Spackman, 1958).

Con l'introduzione di subappalti di ditte esterne in Inghilterra derivò dall'ergoterapia (Carstairs et al.) la terapia industriale. Nel 1967 in Inghilterra

100 ospedali su 122 comprendevano un laboratorio (Wansbrough e Miles). Fino a tempi recenti il laboratorio protetto o strutture simili che utilizzano il lavoro come supporto (CAT = Centre d'aide pour le travail, atelier protetti, imprese intermediarie) rappresentarono il prototipo della riabilitazione professionale in psichiatria (Watts e Bennett, 1983): si trattava in realtà di un lavoro sottopagato, scarsamente efficace a preparare ad un lavoro vero e proprio, a garantire la permanenza del paziente nell'impiego, e che inoltre creava dipendenza istituzionale.

I programmi di lavoro protetti all'interno degli ospedali senza effettivi sbocchi sul mercato non erano e non sono in grado di realizzare un'effettiva riabilitazione professionale delle persone colpite da gravi malattie mentali.

In Italia si ricorre alle borse lavoro e alle cooperative di lavoro. In ogni caso un programma attivo di riabilitazione deve prevedere che il paziente possa:

1. vivere al di fuori del circuito psichiatrico
2. raggiungere un rendimento occupazionale e soprattutto una qualità di relazioni sociali analoga ai coetanei normali nella collettività.

LA RIABILITAZIONE.

Nel riadattamento convergono tutti i fattori sanitari e sociali che entrino nel progetto di portare il paziente a disporre dei mezzi necessari per ricollocarsi autonomamente e in maniera soddisfacente per lui e il suo entourage al livello più elevato possibile.

L'obiettivo ottimale consiste nella perdita dello statuto di handicappato o assistito.

Il riadattamento ha a che vedere con l'ambiente circostante e non consiste solo nel lavoro; è comunque un concetto che va analizzato ai due livelli, del paziente e della società.

- 1) A livello del paziente lo sforzo individuale, qualunque sia l'obiettivo, lavoro, tempo libero, scolarizzazione, sarà speso soprattutto nella compatibilità e coerenza del percorso terapeutico.
- 2) A livello della società il riadattamento consiste nel riconquistare l'accesso alla vita sociale a livello culturale, scolastico, relazionale.

Diventa allora opportuno aggiungere alla parola riadattamento un qualificativo, per esempio socio-professionale, professionale o sociale.

Reinserimento significa inserire di nuovo e/o inserire diversamente. E' possibile distinguere un reinserimento sociale, professionale o socio-professionale.

Il termine risocializzazione fa riferimento ad una vita sociale che possa contenere tutti gli elementi del reinserimento, educativi, ludici, occupazionali, che insistono sugli elementi relazionali a partire dalle dinamiche individuali. Ha a che vedere con la partecipazione, l'inclusione.

Il termine riabilitazione fa intervenire l'apprezzamento da parte del gruppo sociale in riferimento ad un vissuto negativo superato, per essere nuovamente riconosciuti come membri del gruppo a tutti gli effetti e, appunto, "riabilitati": marca un reinserimento riuscito.

Ma il lavoro in realtà non è salute, non la dà, dà piuttosto accesso all'autonomia. Se la possibilità di lavorare è elemento primario della salute, la salute permette eventualmente di lavorare.

Nel periodo dell'ospedalizzazione la nozione di patologia quasi definitiva ha condotto per lungo tempo i terapeuti a cercare tra i trattamenti quanti potessero limitare i processi patologici. Si supponeva che fissare le idee su una attività limitasse l'evoluitività patologica, per esempio nell'ambito di un delirio, secondo un principio del tipo "non si può pensare a due cose contemporaneamente".

Il lavoro sul territorio permette di limitare il disadattamento, la durata della perdita di contatto con l'ambiente di riferimento esistenziale, le perdite mnesiche e del confronto sociale.

Il riadattamento attraverso il lavoro dovrà essere accompagnato da altre azioni concernenti il contesto ambientale, che dovrà essere il più vicino possibile a quello normale ed essere seguito da servizi dipartimentali che prevedano trattamenti a domicilio fino all'ospedalizzazione domiciliare, una residenzialità anche notturna in un sistema di alloggi protetti, momenti di risposta alla crisi e post-critici, affidi familiari.

A livello sociale dovranno realizzarsi politiche di lotta alla disoccupazione e di risposta al fenomeno dei "senza fissa dimora", comprendendo anche concrete possibilità di accesso ad attività a tempo parziale e di sostegno alla cooperazione sociale di tipo B.

Agire a livello della società comporta un impegno di presenza e sensibilizzazione delle istituzioni non solo sanitarie.

A livello dell'individuo va svolto un lavoro su più dimensioni, a partire dal riconoscimento dell'obiettivo di riadattamento e di reinserimento di quel paziente.

Si affronteranno innanzi tutto quelle che, da una certa età in poi, sono diventate abitudini e non sembrano richiedere più alcuna riflessione al soggetto, a partire dalle attività elementari. Queste ultime possono viceversa necessitare di una riattualizzazione o di nuove acquisizioni: siamo

nell'ambito dell'igiene del corpo, dell'abbigliamento, dell'alimentazione, della gestione della quotidianità, della vita domestica, della preparazione del cibo, della gestione del denaro, delle modalità con cui si affrontano le attività occupazionali, di lavoro o ludiche.

Inoltre si dovrà agire a livello relazionale, per una migliore presa di coscienza del corpo, di sé, dell'ambiente, delle capacità, dei rapporti con gli altri.

La terza dimensione è quella dell'attività professionale, per pazienti per i quali normalità e guarigione corrispondono all'identificazione con la popolazione attiva, preliminare delle proprie capacità fisiche e psichiche al fine di accedere ad "oggetti d'intermediazione" e quindi a più adeguate capacità di relazione.

RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

Riporto succintamente, sperando di non tradirne il pensiero, alcune riflessioni di Franco Rotelli, che risponde ad una serie di domande postegli da Lorenzo Toresini:

Il lavoro fa bene?

"La contraddizione della follia spesso sembra che si sani nel momento in cui, più che emanciparsi, la persona smette di reagire.

Alcuni plateali risultati che il lavoro può determinare in sede "terapeutica" sono spesso motivati dal fatto che il lavoro in qualche modo chiude un cerchio, ridefinisce globalmente una persona all'interno di un contesto.

Molti malati, nel momento in cui viene normato il loro restringimento di campo esistenziale, riassumono il loro equilibrio.

In qualche modo si può dire che sono meno folli di prima e la loro vita si regolarizza, proprio perché il lavoro è una forma di contenzione, una forma di sicurezza, e questo rassicura, tranquillizza e mette a posto uno squilibrio, e uno ritrova un equilibrio dentro un campo ristretto.

Il lavoro può permettere questa riduzione di sé, questa specie di istituzionalizzazione e questo rimpicciolimento di sé che può far star meglio. E' la vecchia storia del malato tranquillo".

In che modo l'inserimento lavorativo costituisce una risposta all'essere nel mondo?

"Il lavoro potrebbe essere il modo attraverso il quale una persona scambia col mondo, e può essere invece il modo in cui una persona può

permettersi di non scambiare più niente col mondo. Può essere tutt'e due le cose.

Di solito è questa seconda cosa. Si tratta di riaprire la gamma degli interessi, e di darvi delle gambe.

E' esattamente il contrario dell'ergoterapia. Perché l'ergoterapia si fonda pochissimo sull'ampliamento della sfera degli interessi, e si fonda moltissimo su dei condizionamenti a rispondere a un interesse normalmente deciso altrove".

Che differenza c'è tra ergoterapia e terapia occupazionale?

"Se per terapia occupazionale si indica il lavoro per la costruzione del campo degli interessi, allora...non la chiamerei più terapia occupazionale, la chiamerei deistituzionalizzazione.

Lotta contro il rimpicciolimento del sé che è uno dei momenti del problema."

L'ergoterapia era un inserimento lavorativo nelle mansioni del manicomio, e la cooperativa è un inserimento in mansioni previste dalla società, nel mercato economico della società.

"La cooperativa è una realtà ambigua, mentre l'ergoterapia era una situazione chiara. Io non farei molto l'elogio della cooperativa.

Sono molto scettico sulla corrispondenza tra teoria e pratica nella cooperativa, non solo e non tanto nelle nostre cooperative, ma in generale. La cooperativa può essere una grossa ideologia.

La cooperativa vorrebbe dire operare insieme, riuscire ad operare insieme, e di solito non accade.

Nella realtà concreta i momenti di cooperazione sono momenti rari, la cooperativa diventa una banalissima azienda in cui ognuno svolge le sue mansioni di lavoratore alienato.

E' anche vero, però, che l'operaio, andando in fabbrica, incontra degli altri operai e non va in fabbrica solo per girare bulloni".

Ma non c'è anche un salto ideologico quando tu usi il concetto di formazione come formazione del sé complessivo e di quello di cui una persona ha bisogno, e la formazione all'inserimento in una mansione lavorativa?

"Non c'è dubbio che una persona non abbia bisogno di una formazione per una mansione.

Credo che almeno la nostra gente abbia bisogno di tutt'altro, la nostra gente ha difficoltà ad imparare una mansione perché non ha interessi, è istituzionalizzata.

E' gente nella quale va rianimato un tessuto di interessi, e poi di mansioni ne imparerà diecimila perché poi diventa facile imparare una mansione.

E' gente che non impara nessuna mansione perché ha tutto un altro tipo di problemi, cioè quello di svegliare la propria testa".

Cosa intendi per "impresa sociale"?

"L'impresa sociale" comprende un'attività di formazione e di lavoro, che da un lato ha carattere di impresa, dall'altro di formazione delle persone.

Deve corrispondere alle seguenti caratteristiche:

1. Deve collocarsi in un terreno di libertà; non possiamo immaginarci di scambiare il lavoro con libertà. Nell'ergoterapia viene valorizzato il lavoro come tale, questo viene scambiato con la libertà e non si può parlare di cittadinanza sociale.

2. Nell'ergoterapia il lavoro non produce oggetti di qualità, ma perché il lavoro sia tale deve produrre merce per il mercato, tale da poter essere scambiata e da dare un senso alla propria attività.

3. E' essenziale la qualità dell'atmosfera in cui il lavoratore opera. Dev'essere un'atmosfera innovativa, capace di promuovere il campo degli interessi.

4. La cooperazione allargata. Il "malato" lavora fianco a fianco con persone che non hanno problemi specifici. Noi fondiamo l'efficacia riabilitativa sullo sviluppo delle capacità delle persone indipendentemente dalla malattia. E' la ricostruzione dei valori universalmente umani che è sempre terapeutica. Per esempio il bello.

5. Ed indiscutibilmente terapeutico è per noi il confronto-contro continuo del rapporto con la realtà. L'ergoterapia è il contrario. L'ergoterapia nega la persona dentro la negazione del contratto sociale. Per noi l'identità deriva dalla capacità di negoziare con gli altri e dalla capacità di negoziare se stessi con gli altri. Dobbiamo andare oltre alla mentalità della tutela, introdurre nel nostro lavoro l'ora dell'intelligenza.

Le caratteristiche sin qui indicate consistono alla fine nella produzione di soggettività. Hanno un senso solo se esse sono iscritte non più dentro un "doppio" artificioso della realtà, quale è la psichiatria, ma dentro la realtà.

L'ergoterapia era qualcosa di organico alla psichiatria. Quando introduciamo l'impresa sociale passiamo invece al campo della salute mentale.

Si tratta di reimmettere in circuito l'individuo, saltando il blocco del welfare, di uscire dall'identità di assistito e passare a quella di parziale produttore. Qui ognuno è chiamato a dare".

BIBLIOGRAFIA

BACHRACH L. (1991). Perspective on work and rehabilitation. "Hospital and Community Psychiatry", 42: 890-891.

CARTELLI G., BUCCA M. Da: Prevenzione terziaria (Cronicità, Riabilitazione, Reinserimento) in v. sopra.

CAZZULLO C. L. (1993). La psichiatria nello studio delle malattie del lavoro. In *Psichiatria*, 1359-1372, Roma.

CHAMPNEY T.F., COX DZUREC L. (1992). Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. "Hospital and Community Psychiatry", 43: 899-903.

CREPET P. (1990). *Le malattie della disoccupazione*. Roma.

FRIGHI L., VETRONE G. Igiene mentale del lavoro. "Difesa sociale", LXVI: 62-71.

GABRIELE G., GIUSTI S. (2000). *Pazzi per il lavoro*, in *FUORI NORMA*, a cura di L. Attenasio, Roma.

HARTMANN H. (1966). *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*, ed. it. Torino.

Ibidem, *DALL'ERGOTERAPIA ALL'IMPRESA SOCIALE*, intervista a FRANCO ROTELLI

JACQUES E. (1978). *Lavoro, creatività, giustizia sociale*, Trad. it., Torino.

LAMB H.R. Community psychiatry and prevention. In J.A. Talbott, R.E. Hales e S.C. Yudofsky (a cura di). *The American psychiatric press textbook of psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

LEANARD L.T., DEVEREAUX E. (1992). A model for community practice. "Hospital and Community Psychiatry", 43: 869-871.

LIEBERMAN R.P. (1991). La prise en charge des affections mentales chroniques: un cadre pour l'espoir. In *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*, Paris.

MINKOWSKI E. (1971). *Il tempo vissuto*, ed. it. Torino. Libro secondo: *Struttura spazio-temporale delle turbe mentali*; VII: "Verso una psicopatologia dello spazio vissuto" 406-441.

SARTORIUS N. (1992). Rehabilitation and quality of life. "Hospital and Community Psychiatry", 43: 1180-1181.

SIVADON P. (1965). L'espace vecu, incidences thérapeutiques. L'Evolution psychiatrique, 3, 477-499.

SLAVICH A., JERVIS COMBA L. (1973). Il lavoro rende liberi? Commento a due assemblee di comunità dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia. In Che cos'è la psichiatria? A cura di F. BASAGLIA, Parma 1967, Torino.

SPACKMAN. (1958). Today and future plans. In: "Occupational therapy as a link in rehabilitation". Proceedings of the 2nd International Congress of WOFT, Copenhagen, 32-33.

TORESINI L. (1990). Prefazione a SIMON H. Il Lavoro rende liberi? Dall'ergoterapia all'istituzione inventata, Roma.

THOBIE Y. (1991). Travail et thérapie de réadaptation, EMC (Paris) 37931 A10.

VACCARO J.V., CLARCK G.H. jr., BASSI M. (a cura di) (1999). MANUALE DI PSICHIATRIA TERRITORIALE, Milano.

VETRONE G. (1996). L'igiene mentale del lavoro, in IGIENE MENTALE PSICHIATRIA E PREVENZIONE a cura di R. Rossi, G. Cartelli, M. Bucca, Scandicci (FI).

LAVORO E SALUTE MENTALE: ESPERIENZE E RICERCHE NEGLI ALTRI PAESI

P. Michielin: U.O. Riabilitativa, Dipartimento di Salute Mentale, ULSS n. 9, Treviso.

LAVORO E SALUTE MENTALE NELLA POPOLAZIONE GENERALE

1 Lavoro e salute mentale

“Il posto di lavoro è uno degli ambienti che maggiormente influenzano il benessere psicologico e la salute mentale di coloro che lavorano” (Harnois e Gabriel, 2000).

Il lavoro è essenziale per assicurare alle persone l'indipendenza e la sicurezza economica, aiuta a definire l'identità personale, l'autostima e il riconoscimento da parte degli altri, rappresenta l'opportunità generalmente più significativa per dare un contributo alla vita comunitaria.

Il lavoro permette di fare almeno cinque categorie di esperienze utili al benessere e alla crescita psicologica individuale: strutturare il tempo, organizzare le attività della giornata, avere contatti sociali, condividere scopi e impegni di gruppo, definire e rafforzare l'identità sociale.

Non tutte, però, le condizioni di lavoro contribuiscono a rafforzare la salute mentale: l'European Mental Health Agenda dell'U.E. stima che circa il 20% dei lavoratori europei presenti qualche problema di salute mentale e che il 2% abbia disturbi psichiatrici gravi; è ragionevole pensare che, almeno in parte, tali problemi siano prodotti o aggravati dal tipo e dall'ambiente di lavoro.

A questo proposito, le ricerche hanno nel corso degli ultimi decenni spostato l'attenzione dall'individuo all'organizzazione e si sono focalizzate sul concetto di stress lavorativo, definito come risposta dell'organismo (sia fisica che psicologica) al fatto che le richieste del lavoro non corrispondono alle capacità, alle risorse e ai bisogni del lavoratore.

Potenziali cause di stress sono i carichi di lavoro troppo pesanti, la mancanza di istruzioni, di procedure chiare e di decisionalità, l'insicurezza, le scadenze troppo pressanti, l'isolamento, un controllo e una supervisione intrusivi, la mancanza di prospettive di carriera, mansioni molto al di sotto

della preparazione e della competenza della persona, la retribuzione insufficiente; più recentemente sono state considerate anche la mancanza di supporto (es. asili nido) e le difficoltà (es. per gli orari) nella cura dei figli, le discriminazioni etniche, le molestie sessuali, il mobbing.

Nonostante la larga diffusione del problema (secondo i dati più recenti il 28% dei lavoratori europei e ben il 63% dei lavoratori giapponesi riferisce una condizione continuativa di stress lavorativo) e nonostante il suo impatto sulla salute mentale, quasi tutte le legislazioni nazionali, con l'eccezione dei paesi del nord Europa, tutelano i lavoratori occupandosi solo delle condizioni fisiche del posto di lavoro.

2 Disoccupazione e salute mentale

La letteratura scientifica sulle conseguenze emotive e comportamentali della disoccupazione si è sviluppata specialmente negli anni '30, segnati dalla grande crisi economica, e poi negli anni '80 del secolo scorso (Feather, 1990).

La maggior parte degli studi ha rilevato fra i disoccupati un livello di disagio psicologico chiaramente più elevato che tra gli occupati; in particolare, il rischio di sviluppare un disturbo depressivo è risultato generalmente doppio in coloro che hanno da poco perduto il lavoro rispetto a coloro che continuano a lavorare.

Per approfondire i rapporti tra disoccupazione e salute mentale, Murphy e Athanasou (2000) hanno esaminato i 16 studi pubblicati nel periodo 1986-1996 che avevano un disegno di tipo longitudinale, e dunque che analizzavano gli stessi soggetti in condizione sia di occupazione che di disoccupazione, e che utilizzavano strumenti psicologici standardizzati per la misurazione delle variabili dipendenti; si trattava di studi americani, australiani, danesi, finlandesi, inglesi, olandesi e tedeschi.

In quattordici di questi studi si è rilevata una relazione tra depressione e stato di disoccupazione, più marcata quando le persone in precedenza occupavano ruoli dirigenziali, mentre meno chiara è risultata la relazione tra sintomi ansiosi e disoccupazione.

Utilizzando come indicatore della grandezza dell'effetto la proporzione di occupati e di disoccupati "a rischio" di sviluppare disturbi o problemi di interesse clinico, Warr (1984) ha trovato che il 62% dei disoccupati e solo il 25% degli occupati poteva essere considerato a rischio.

Graetz (1993) nel suo studio che ha riguardato 9.000 giovani australiani conclude: "i risultati mostrano che la popolazione occupata

riporta un livello significativamente più basso di disturbi mentali di quanto non facciano i disoccupati e gli studenti. Queste differenze non sono associate alle caratteristiche demografiche, al contesto di vita, allo status socio-economico, alle esperienze lavorative oppure alla condizione di salute; possono, invece, essere attribuite allo stato di occupazione stesso.”

Quando sono stati usati strumenti per la valutazione del benessere psicologico generale, è emerso che tra gli occupati che diventano disoccupati si assiste ad una significativa diminuzione di esso. Tutti questi effetti del perdere il lavoro sembrano di minore entità nei contesti socio-economici in cui, comunque, le occasioni per trovarne rapidamente un altro sono buone.

Invece, il passaggio dalla disoccupazione all'occupazione ha mostrato effetti opposti, con un “sensazionale” (Liem e Liem, 1988) declino dei sintomi di malessere psicologico. Nelle conclusioni dello studio più ampio (11.398 soggetti) tra quelli esaminati, Morrell, Taylor, Quine, Kerr e Western (1994) affermano: “si è osservato che il passaggio dal lavoro alla disoccupazione può incrementare i disturbi psicologici approssimativamente nel 50% dei casi... ottenere un lavoro dopo aver sperimentato la disoccupazione si associa al recupero del benessere nel 60-70% dei casi”.

La meta-analisi di Murphy e Athanasou si è preoccupata di calcolare la grandezza dell'effetto della condizione lavorativa sulla salute mentale, per valutare la “rilevanza pratica” delle differenze riscontrate nei diversi studi.

L'effetto medio ponderato più alto ($= .54$) è risultato quello relativo al passaggio dalla disoccupazione all'occupazione piuttosto che al passaggio inverso ($= .36$) e, dunque, sembrano più evidenti le conseguenze positive sulla salute mentale del fatto di trovare un lavoro che non quelle negative attribuibili alla perdita del lavoro. L'effetto non varia in modo apprezzabile in relazione agli strumenti di misurazione utilizzati, all'età o al sesso dei soggetti, alla nazionalità. Uno studio precedente (Payne e Jones, 1987) che aveva ugualmente affrontato il problema della grandezza dell'effetto concludeva “lo status occupazionale spiega dal 10 al 16% della varianza dei punteggi relativi alla salute mentale di una popolazione”. Per avere termini di raffronto, si pensi che è stimata di grandezza appena superiore (circa il 20%) la varianza attribuibile ai fattori genetici nei disturbi mentali o l'influenza che una rete forte ed efficace di servizi psichiatrici può avere sulla salute mentale di una popolazione.

L'entità del miglioramento sembra condizionata dal grado di soddisfazione per il nuovo lavoro; nello studio di Wanberg (1995) solo gli occupati soddisfatti presentano un miglioramento significativo degli indici

di salute mentale. “Le conseguenze sulla salute mentale del lavoro sono direttamente correlate alla sua qualità e i benefici che può apportare riguardano solo coloro che hanno trovato un’occupazione soddisfacente, sebbene si tratti della maggioranza. Al contrario, coloro che sperimentano una situazione lavorativa insoddisfacente riportano più alti livelli di disturbo mentale. Allo stesso tempo e sulla base di ciò, la perdita del lavoro avrà conseguenze negative soprattutto per le persone che erano soddisfatte di quanto facevano” (Graetz, 1993).

PAZIENTI PSICHIATRICI E LAVORO

Il disturbo psichiatrico più grave e che maggiormente impegna i servizi di salute mentale è la schizofrenia; essa si manifesta frequentemente con sintomi negativi, che sono più persistenti nel tempo dei sintomi positivi (e cioè dei deliri, delle allucinazioni, dell’agitazione...) e comprendono una restrizione nello spettro e nell’intensità delle espressioni emotive, la ridotta produttività del pensiero e dell’eloquio, i deficit motivazionali e la mancanza d’iniziativa, il ritiro sociale; inoltre gli stessi farmaci neurolettici, utilizzati per la cura, possono comportare effetti indesiderati, come la rigidità muscolare, il tremore, l’acatisia, la depressione farmacologica e la sindrome pre-frontale iatrogena.

Anche se i neurolettici di più recente introduzioni sembrano in grado di ridurre la sintomatologia negativa e hanno meno effetti collaterali, e pur considerando che una terapia farmacologia adatta e costantemente monitorata insieme ad interventi riabilitativi e di supporto psico-sociale efficaci possono fornire un aiuto sostanziale ad almeno il 70-80% dei pazienti, la schizofrenia (così come gli altri disturbi più gravi: disturbo bipolare, depressione maggiore, forme gravi di disturbo da attacco di panico e di disturbo ossessivo-compulsivo) ha ancora un forte impatto sulla vita quotidiana, sulle relazioni e sul funzionamento sociale della persona.

Sul lavoro, in particolare, possono avere un peso rilevante le difficoltà a focalizzare l’attenzione, a concentrarsi e a sopprimere altri stimoli ambientali forti (ad es. i rumori di fondo), la mancanza di persistenza e continuità nei compiti, i limiti nello svolgere compiti multipli e nel lavorare con ritmi predefiniti, i problemi di relazione con gli altri, quelli di accettare le critiche e la supervisione, la scarsa flessibilità e la difficoltà a cambiare procedure e mansioni (Mancuso, 1990).

Il fatto di soffrire di disturbi psichiatrici gravi può così comportare numerosi inconvenienti, e in particolare (Harnois e Gabriel, 2000):

- riduzione della produttività e della qualità del lavoro;
- aumento degli infortuni e degli incidenti;
- diminuzione della capacità di prendere decisioni, di pianificare e controllare il lavoro;
- frequenti cambiamenti di mansione e di ruolo (più negativi, anche per le aziende, quando riguardano dirigenti);
- aumento dei ritardi e del numero di assenze per malattia (soprattutto assenze brevi ma frequenti);
- sviluppo di ulteriori disturbi (depressione, stress, insonnia, disturbi psicofisiologici...);
- perdita di motivazione e di iniziativa;
- tensione e conflitti tra colleghi;
- minor capacità di relazione con i clienti;
- aumento dei problemi disciplinari.

Non sorprende, quindi, che nei paesi industrializzati, il tasso di impiego delle persone con disturbi psichiatrici gravi superi di poco il 10% (leggermente maggiore per i maschi che per le femmine), mentre il tasso di impiego delle persone con disabilità gravi di tipo fisico o sensoriale è attorno al 50%.

Un'indagine condotta recentemente in Gran Bretagna (Labour Force Survey, 1998 – Opportunities for Disabled People) stimava in 475.000 i soggetti in età lavorativa gravemente disabili per un disturbo psichiatrico, includendo anche l'alcoolismo e la dipendenza da droghe; di questi 57.000 (12%) risultavano occupati, 20.000 (4%) cercavano attivamente un'occupazione e 398.000 (84%) erano stabilmente fuori dal circuito del lavoro. Negli Stati Uniti (National Alliance for the Mentally Ill, 1999) si ritiene che più di 3 milioni di persone dai 18 ai 69 anni soffrano di un disturbo psichiatrico grave, che almeno l'80% di essi sia senza lavoro e che di questi ultimi più del 70% desideri trovare un lavoro.

Se si considera, poi, che “il reinserimento lavorativo ha dimostrato di essere uno dei modi più efficaci per migliorare la salute mentale delle persone disoccupate” e, in modo particolare, di quelle con disagio psichico (Harnois e Gabriel, 2000), si possono cogliere le dimensioni economiche e sociali della questione.

Oltre agli interventi, illustrati nei paragrafi successivi, per inserire al lavoro i pazienti psichiatrici più gravi, meritano di essere citate alcune iniziative nate allo scopo di preparare il ritorno in azienda del lavoratore dopo una crisi psicopatologica. Negli Stati Uniti, ad esempio, esistono

(Frierson, 1995) specifiche linee guida e programmi per il rientro delle persone che hanno avuto un disturbo depressivo. I programmi prevedono una stretta e costante collaborazione tra la dirigenza dell'azienda e il medico curante ai fini di valutare i tempi, le modalità e le mansioni adatte per la ripresa del lavoro; essi enfatizzano la flessibilità e la gradualità (ad es. ricorrendo al part-time o al cambio temporaneo di mansioni), il supporto e misure contro l'emarginazione, insieme ad accorgimenti specifici (ad es. disponibilità di bevande per la secchezza delle fauci causata dai farmaci). Il punto più importante è quello di assicurare un ritorno entro i primi 3 mesi perché si è osservato che un periodo più lungo di assenza ha prevalentemente conseguenze negative e tende a prolungarsi indefinitamente.

OSTACOLI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI PIU' GRAVI

La schizofrenia e i disturbi mentali più gravi hanno generalmente un esordio precoce, impedendo alla persona di completare la propria istruzione e di fare valide esperienze professionali.

Il primo ostacolo all'inserimento è così rappresentato dal fatto che molti pazienti hanno un livello d'istruzione e una preparazione inadeguate e possono svolgere solo quei lavori semplici e a basso contenuto tecnologico che sono in costante diminuzione nei paesi industrializzati. A questo proposito sono recentemente stati avviati programmi, finanziati dai governi, che consentono a coloro che hanno interrotto la scuola e desiderano riprenderla di acquisire un titolo di studio adeguato alle loro capacità e attitudini. Si tratta di programmi, chiamati di "supported education" e condotti da psicologi e da terapisti della riabilitazione, che aiutano il paziente ad analizzare le proprie capacità ed attitudini, a porsi obiettivi realistici, a scegliere la scuola più adatta, eventualmente a trovare borse di studio o sussidi, a spiegare ai docenti le difficoltà derivanti dal suo disturbo, ad apprendere efficaci tecniche di studio e ad organizzare i tempi di studio, a socializzare con i compagni, e lo supportano nei momenti di maggior stress, in particolare negli esami. Oltre a prove di efficacia specifica, esistono dati che dimostrano il positivo impatto del sostegno scolastico sulla condizione clinica del paziente, in termini di diminuzione dei ricoveri ospedalieri e di minor dosaggio della terapia farmacologia (Sullivan, Nicoletti, Danley e altri, 1993).

Il secondo ostacolo è rappresentato dallo stigma della malattia mentale.

Il termine stigma fa riferimento ad una caratteristica fortemente discreditante che si attribuisce ad una persona. Sulla base di questi pregiudizi gli altri tendono a pensare che quella persona non sia propriamente umana ed esercitano, più o meno volutamente, molteplici discriminazioni che riducono le sue possibilità di vita (di partecipare alla vita sociale, di trovare lavoro, casa...). Lo stigma porta a trascurare le altre caratteristiche positive della persona.

Nei confronti dei pazienti psichiatrici i pregiudizi su cui si fonda lo stigma comprendono il rischio di reazioni e comportamenti violenti, la loro imprevedibilità e inaffidabilità, la stranezza e l'incomprensibilità di alcuni comportamenti e discorsi.

Riferendosi specificamente all'inserimento lavorativo, sono stati individuati alcuni "miti" (intendendo per mito una credenza forte e diffusa ma senza basi di verità) di cui sono vittima i pazienti: il disturbo psichiatrico è uguale al ritardo mentale ed è inguaribile, i pazienti psichiatrici sono imprevedibili, violenti e pericolosi, sono lavoratori inaffidabili e di seconda categoria, non possono tollerare lo stress lavorativo, mancano di motivazione e di iniziativa, se un paziente psichiatrico ha qualche difficoltà al lavoro significa che non è adatto a lavorare.

La strada migliore per ridurre lo stigma è quella informativa ed educativa; anche se occorre riconoscere che negli ultimi decenni lo stigma si è generalmente ridotto e che alcuni pregiudizi sono stati messi in discussione, la lotta allo stigma e al pregiudizio è stata l'obiettivo prioritario della recente Giornata mondiale della salute mentale (e del P.O. Salute Mentale italiano).

Altri ostacoli derivano dalle caratteristiche del mercato del lavoro dei paesi industrializzati, che richiedono personale qualificato ed affidabile, con un valido curriculum lavorativo ed effettuano selezioni rigorose. Benché le legislazioni di questi paesi abbiano cercato di rimuovere gli ostacoli all'esercizio dei diritti fondamentali da parte delle persone disabili e di favorire il loro inserimento sociale e lavorativo, la maggior parte delle aziende è riluttante ad assumere pazienti psichiatrici e non vuole "fare assistenza sociale o beneficenza".

Le politiche socio-assistenziali poco flessibili possono rappresentare esse stesse un'ostacolo: molte iniziative generali per favorire l'occupazione non vengono adattate ai pazienti psichiatrici e risultano poco accessibili a loro, quelle specifiche per le persone disabili o emarginate spesso

privilegiano altre categorie di svantaggiati, la prospettiva di perdere sussidi e pensioni di invalidità può scoraggiare i pazienti dall'intraprendere la strada dell'inserimento lavorativo.

INTERVENTI E PROGRAMMI SPECIFICAMENTE ORIENTATI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO

1 Laboratori protetti (Sheltered Workshops)

I laboratori protetti hanno avuto una grande diffusione fino a 20 anni fa.

Essi erano stati pensati come parte di un percorso più ampio, rappresentando di solito la tappa immediatamente successiva alla riabilitazione di base, ad esempio presso un centro diurno, e precedente all'inserimento in un lavoro "competitivo".

I laboratori protetti sono ambienti specifici, separati dal contesto produttivo normale, e in essi lavorano solo persone disabili, preparate, supportate e supervisionate da operatori.

I lavori sono generalmente molto semplici, pur derivando da commesse di aziende non riflettono adeguatamente le lavorazioni che si svolgono all'interno di queste (l'automazione, ad esempio, è solitamente molto bassa); nei momenti in cui non vi sono commesse le persone rimangono a casa o svolgono attività produttive senza rilievo economico; è, in genere, prevista una retribuzione a cottimo.

La giornata lavorativa è breve, la pressione alla produttività e alla qualità è modesta, l'ambiente di lavoro è strutturato, accogliente e positivo sul piano interpersonale.

Le ricerche hanno dimostrato che solo il 3-5% all'anno dei pazienti progredisce e viene proposto per un lavoro competitivo; in molti casi, inoltre, si crea una sorta di dipendenza da questa esperienza protetta e le persone sono poco motivate a/ e preoccupate di correre i rischi che un lavoro competitivo comporta.

Gli stessi criteri utilizzati per decidere quando una persona è pronta per tentare questo passo sono variabili da laboratorio a laboratorio e risultano poco chiari o arbitrari; tanto più che queste iniziative risentono di un'ambiguità di fondo: i pazienti più abili diventano anche quelli maggiormente necessari per il funzionamento del laboratorio protetto (Lutfiyya, Rogan e Shoultz, 1988).

Di conseguenza, i laboratori protetti sembrano adatti come soluzione a lungo termine per i pazienti con più grave disabilità generale e lavorativa o

con un disturbo psichiatrico tale da non rendere ipotizzabile un effettivo inserimento in un lavoro competitivo, piuttosto che come prima tappa di un percorso finalizzato all'inserimento.

2 Addestramento preparatorio al lavoro (Pre-vocational training)

Pre-vocational training è un termine molto generale, che definisce una varietà di metodiche e di esperienze, utilizzate per favorire l'inserimento rapido e con successo nel mondo del lavoro di giovani che hanno appena terminato la scuola, delle minoranze etniche, degli emarginati e dei disabili.

In quest'ultimo caso, l'addestramento preparatorio si concentra in modo individualizzato sia sulle abilità di base carenti (cura della persona, abilità di vita quotidiana, uso dei mezzi di trasporto, abilità di comunicazione) che sui pre-requisiti per inserirsi in un lavoro (rispetto degli orari, continuità e completamento delle attività, accettazione di regole, delle istruzioni e della supervisione, flessibilità, tenere in ordine i propri spazi).

Spesso l'addestramento si propone anche di migliorare le capacità attentive, la coordinazione e le abilità motorie e di sviluppare la motivazione al lavoro.

Esso si svolge prevalentemente in ambienti riabilitativi, anche con programmi residenziali, ma, almeno nella parte finale, cerca di interessare, e dunque di generalizzare i suoi effetti a, l'ambiente naturale del paziente.

Questo tipo di programma, da solo, è risultato poco utile: da un lato sembra fornire "nuove motivazioni e nuovi scopi" ai partecipanti e migliorare il loro livello di abilità, dall'altro la percentuale di coloro che trovano un lavoro competitivo entro 18 mesi è generalmente attorno al 10% (Atkinson e Kersley, 1998). Per di più, coloro che trovano poi lavoro tendono ad abbandonare il programma prima della sua conclusione.

In conclusione, "non vi sono chiare prove di efficacia" dell'addestramento preparatorio nel consentire ai pazienti psichiatrici di inserirsi in un lavoro competitivo (Crowther, Marshall, Bond e Huxley, 2000); esso può, dunque, essere considerato eventualmente solo come intervento propedeutico ad un programma più specificamente orientato al lavoro e più efficace.

3 Job Club

I job club sono un servizio di supporto informativo e pratico ai pazienti e un'opportunità per migliorare le capacità necessarie a cercare e a

ottenere un lavoro. Essi portano il paziente ad individuare lavori adatti alle sue capacità, attitudini ed esperienze e gli insegnano ad informarsi sulle opportunità di lavoro, a preparare il curriculum vitae, a contattare e sollecitare le aziende, a sostenere un colloquio di lavoro e a trattare le condizioni contrattuali. I metodi utilizzati comprendono chiare istruzioni, presentate sotto forma di regole e strategie generali, il modellamento, sia in vivo che utilizzando filmati, il role-playing con correzioni e incoraggiamenti.

L'attività di consulenza e supporto può continuare anche dopo l'inizio del lavoro.

Studi non controllati (Mitchell, Jacobs, Yen, 1987) hanno dimostrato che i tassi di impiego di coloro che si avvalgono dei job club variano dal 15 al 40%.

4 Impiego di transizione (Transitional employment)

L'impiego di transizione è nato all'interno del modello riabilitativo dei Club psicosociali (Clubhouses), che si ispira ai principi dell'auto-aiuto e della responsabilizzazione dei pazienti psichiatrici. Questa esperienza lavorativa è vista non solo come tappa per l'inserimento lavorativo, ma anche come un mezzo per arrivare alla necessaria autonomia economica, per aumentare il benessere psicologico e ridurre la sintomatologia, per sconfermare le aspettative di fallimento e migliorare l'autostima e la percezione di autoefficacia del paziente.

Generalmente inizia con lo svolgimento di una serie di lavori – pulizie dei locali e delle auto, lavori di cucina, d'ufficio, piccole manutenzioni, laboratori protetti con commesse di ditte – presso lo stesso Club.

Quando il paziente migliora il suo livello di abilità, mostra un'accuratezza e una produttività più alte, è motivato e ha fiducia in se stesso, gli viene proposto un lavoro presso un'azienda esterna.

Il Club sostiene e supervisiona coloro che lavorano all'esterno ed utilizza i posti di lavoro in modo non nominativo ma prevedendo il part-time, facendo ruotare le persone, sostituendole nei periodi di malattia; in genere la permanenza in un determinato posto di lavoro non deve superare la durata di 6 mesi.

E' prevista una retribuzione che non è però pari a quella del lavoro competitivo.

L'esperienza è vista, appunto, come transitoria e propedeutica al pieno inserimento nel mondo del lavoro; nel periodo di impiego transitorio, e anche successivamente, la persona può continuare a frequentare il Club,

ad utilizzare i servizi che esso mette a disposizione e a partecipare ai gruppi di mutuo-auto aiuto.

Le ricerche hanno mostrato che questi programmi sono efficaci nel consentire l'inserimento lavorativo (in una percentuale che va dal 20 al 35%), ma che molti pazienti riescono a mantenere il lavoro solo per un periodo di tempo relativamente breve (APA, 1999). Anche per l'impiego di transizione esiste il rischio di "istituzionalizzare" il paziente, fermandolo in una condizione meno stressante e più rassicurante del lavoro competitivo stabile.

5 Supporto lavorativo (Supported employment)

Il supporto lavorativo è previsto e favorito dalla legislazione americana, che lo definisce come "un impiego retribuito:

- riservato alle persone disabili che non hanno probabilità di trovare un lavoro competitivo normalmente retribuito, non hanno mai lavorato, hanno smesso da tempo di lavorare o hanno lavorato in modo intermittente, e richiedono, a causa della loro disabilità, un supporto intensivo e continuativo nell'ambiente di lavoro;
- che può essere svolto in ambienti diversi, e specialmente in quelli in cui sono impiegati anche lavoratori senza disabilità;
- che è sostenuto da ogni intervento necessario ai bisogni del disabile, compreso l'addestramento, la supervisione, servizi di trasporto";
- Esso si fonda sui principi de:
- l'integrazione; il disabile deve diventare un membro effettivo dell'azienda (e non del servizio che ne sostiene l'inserimento) e deve essere aiutato a socializzare con i colleghi, a partecipare alle riunioni di lavoro e alle attività ricreative aziendali; a questo scopo, si cerca che in una data unità operativa non siano inseriti più di due disabili;
- la retribuzione; l'impiego è retribuito fin dall'inizio o comunque molto presto con riferimento ai minimi salariali; la misura è proporzionale alla produttività e alla qualità del lavoro;
- l'individualizzazione; tutti gli aspetti del lavoro (ambiente, orari, mansioni, necessità di addestramento...) vengono per quanto possibile adattati alle capacità e ai bisogni della persona; pur essendo previsto e favorito il lavoro part-time, l'orario non scende mai sotto le 10 ore alla settimana;

- il sostegno continuativo nel tempo; esso può comprendere il trasporto, l'aiuto nella gestione dei soldi, training per migliorare le abilità di comunicazione e di problem solving, consulenza e consigli ai colleghi di lavoro o ai familiari.

Il percorso di inserimento lavorativo è organizzato, monitorato e svolto, per la parte di supporto, da apposite agenzie pubbliche, che, quando si tratta di pazienti psichiatrici, collaborano con i servizi di salute mentale.

Questo metodo, che capovolge il paradigma tradizionale nel campo della riabilitazione lavorativa, cambiando il “prima addestra e poi inserisci” nel “prima inserisci e poi addestra”, ha avuto ed ha una grande diffusione negli Stati Uniti.

L'efficacia del supporto lavorativo è ormai documentata in più paesi, per un'ampia gamma di ambienti e condizioni lavorative e per pazienti psichiatrici gravi con caratteristiche e disturbi diversi (Bond, Becker e altri, 2001).

Mueser e Bond (2000) lo includono, insieme agli interventi psico-educativi familiari, all'addestramento alle abilità sociale, alla terapia cognitivo-comportamentale per i sintomi psicotici e al trattamento assertivo nella comunità (PACT – Programmes of Assertive Community Treatment), tra i trattamenti di provata efficacia; ugualmente Bustillo, Lauriello, Horan e Keith (2001), passando in rassegna gli studi controllati randomizzati sui trattamenti psicosociali della schizofrenia, comprendono tra quelli sicuramente efficaci, ognuno rispetto ai propri obiettivi, il supporto lavorativo, ancora insieme agli altri cinque.

In una recente Cochrane Review, Marshall, Bond e Huxley (2001) esaminano 18 studi controllati randomizzati relativi alla riabilitazione lavorativa di pazienti psichiatrici gravi per mettere a confronto il supporto lavorativo con gli interventi abilitativi preparatori al lavoro.

L'esito primario, cioè la percentuale di pazienti che dopo 18 mesi sono inseriti in un lavoro competitivo, è mediamente del 34% per il supporto lavorativo e del 12% per il training preparatorio.

Altri studi hanno messo in rilievo alcuni limiti del supporto lavorativo: una parte consistente dei pazienti non guadagna abbastanza per assicurarsi l'indipendenza economica e non può rinunciare all'aiuto della famiglia o ai sussidi pubblici e altri hanno una tenuta limitata, abbandonando il lavoro entro i 18 mesi

I programmi di inserimento e supporto integrati (IPS – Integrated Placement and Support) (Fallace, Tauber, Wilde, 1999) hanno cercato di porre rimedio a questi limiti, prevedendo interventi terapeutico-riabilitativi

continuativi, complementari, e strettamente coordinati con il supporto lavorativo. Sul piano organizzativo, la realizzazione dei programmi ha richiesto una forte integrazione tra le agenzie che curano l'inserimento, i servizi di salute mentale e quelli socio-assistenziali.

Questa maggior integrazione ha consentito di ottenere, in alcuni casi, tassi di impiego duraturo superiori al 50% (APA, 1999); inoltre i pazienti coinvolti in questi programmi hanno mediamente lavorato per un maggior numero di ore mensili e hanno guadagnato di più rispetto a quelli che hanno beneficiato del solo supporto lavorativo.

6 Inserimento lavorativo in imprese sociali e in cooperative di tipo B

Queste innovative modalità di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici sono illustrate ampiamente in altra parte del libro.

Qui si vuole soltanto ricordare che, pur avendo avuto origine e pur conoscendo il più forte sviluppo nel nostro paese, esse sono diffuse anche in altri paesi Europei, in particolare in Germania, in Gran Bretagna, in Spagna e in Austria. Si calcola che, comprendendo anche le cooperative, siano attualmente almeno 2.000 le imprese sociali che in Europa assicurano un lavoro a persone con disturbi psichiatrici gravi (Schwartz, Higgings, 1999).

Esse sono aziende di dimensioni piccole e medio-piccole, operanti nel settore manifatturiero o dei servizi, nate proprio allo scopo di contemperare le esigenze di inserimento lavorativo delle persone disabili con le regole dell'economia, del mercato e della concorrenza.

Di conseguenza, l'ambiente lavorativo è supportivo e orientato alla crescita personale e professionale, vengono valorizzate le capacità e le risorse del disabile, le condizioni di lavoro e le mansioni tengono conto delle sue necessità.

Nelle imprese sociali le persone disabili lavorano assieme a lavoratori "normali" in proporzione pressoché uguale, hanno un contratto di lavoro, un trattamento assicurativo e previdenziale e ricevono un regolare salario; per la maggior parte dei pazienti psichiatrici che vi entrano esse rappresentano la soluzione stabile e duratura al problema del lavoro.

Queste imprese sono raggruppate nella CEFEC – Confederation of European Firms, Employment Initiatives and Cooperatives for People with Psychosocial Handicaps e hanno ricevuto un'importante sostegno dall'UE attraverso i progetti Azimuth, Horizon I e II, oltre che dai governi nazionali. Infatti anche le imprese più consolidate e meglio gestite non

riescono a superare l'80-85% di autofinanziamento. I dati disponibili, compresi quelli derivanti dalla ricerca esposta in questo libro, testimoniano l'efficacia di questa modalità di inserimento lavorativo, i benefici clinici e abilitativi per i pazienti e il cambiamento nella qualità di vita. Il limite forse più importante è rappresentato dal fatto che la maggior parte delle imprese sociali offrono lavori semplici, poco qualificati e talvolta ripetitivi, poco adatti ai pazienti con più elevata scolarità e formazione professionale.

7 Metodi, caratteristiche ed esiti comuni ai programmi più recenti

I diversi programmi di inserimento lavorativo, e in particolari quelli più recenti e di più ampia diffusione, hanno mostrato caratteristiche e tendenze comuni; in particolare tutti:

- promuovono la partecipazione, la responsabilizzazione e la capacità di scelta del paziente e cercano di trovare soluzioni il più possibile individualizzate;
- forniscono un supporto psicologico e pratico (dalle pratiche burocratiche al trasporto, se necessario) ampio e continuativo nel tempo;
- puntano sullo sviluppo di un rapporto aperto e franco fra il paziente e gli operatori di supporto;
- prevedono che l'operatore di supporto intervenga principalmente sui colleghi e sull'ambiente, anziché sul paziente (per evitare il rischio di ricreare una condizione di isolamento);
- si fondano su un'accurata valutazione iniziale delle capacità cognitive, delle attitudini e delle esperienze lavorative;
- si completano, quando necessario, con interventi di addestramento alle abilità di vita quotidiana e alle abilità relazionali;
- prevedono una valutazione regolare nel tempo del livello di abilità lavorativa;
- si preoccupano di valutare e migliorare la qualità del servizio.

La QSEIS - Quality of Supported Employment Implementation Scale, ad esempio, è un'intervista semi-strutturata composta di 33 item, che viene somministrata ai responsabili dei programmi e richiede circa un'ora e mezza di tempo. Essa si compone di quattro sottoscale: caratteristiche del gruppo di lavoro, pianificazione e supporto, rapida ricerca del lavoro, integrazione con i servizi di salute mentale. Il punteggio totale è correlato significativamente con le diverse misure di esito dei programmi di supporto

lavorativo e lo strumento si è dimostrato utile per stimolare e indirizzare iniziative di miglioramento del servizio (Bond, Picone, Mauer, Fishbein, Stout, 2000).

Relativamente agli esiti secondari (diversi dall'inserimento lavorativo), molti degli studi citati hanno mostrato l'utilità dei programmi più recenti anche in riferimento alla diminuzione del numero e dei giorni di ricovero ospedaliero, all'attenuarsi della sintomatologia e all'aumento del livello globale di funzionamento sociale e delle relazioni sociali (Anthony, Rogers, Cohen e Davies, 1995); ciò è congruente con le considerazioni iniziali sul rapporto tra occupazione e salute mentale. Modesti sono apparsi, invece, i cambiamenti relativi a costrutti psicologici, come l'autostima, e alla qualità di vita percepita (Torrey, Mueser, McHugo, Drake, 2000).

Un altro studio (Priebe e altri, 1998) evidenzia, invece, miglioramenti significativi nella qualità di vita soggettiva e oggettiva dei pazienti che lavorano, non correlati al livello di reddito, al costo della vita, a variabili psicologiche o alla diminuzione della sintomatologia.

Al di là delle caratteristiche comuni e di quelle specifiche dei diversi programmi, sembra utile che i servizi di salute mentale, consapevoli dell'importanza che il lavoro ha per la salute, il benessere e l'adattamento sociale dei loro assistiti, si interessino attivamente di questo campo e si organizzino per fornire almeno ad una parte dei pazienti opportunità di riabilitazione lavorativo e di inserimento.

Ad esempio, uno studio di Blankertz e Robinson (1996) considera l'attività di un servizio di Philadelphia il cui personale viene integrato da due tecnici della riabilitazione lavorativa, che iniziano a svolgere attività di preparazione (sviluppo dei pre-requisiti e della motivazione per il lavoro) e aiutano i pazienti ad utilizzare le opportunità del sistema statale di inserimento lavorativo per disabili. Di 122 pazienti, 61 vengono scelti casualmente per fruire di questa opportunità mentre l'altra metà riceve solo gli interventi clinici e psico-sociali consueti; a 9 mesi di distanza 34 pazienti del primo gruppo e solo 1 del secondo sono inseriti in un lavoro competitivo o in un percorso di riabilitazione lavorativa.

In uno studio europeo (Reker, Eikelmann, 1998) sono stati seguiti per 3 anni 83 pazienti ambulatoriali che partecipavano ad un programma di riabilitazione lavorativa. Al termine il 22% aveva un lavoro competitivo, il 26% aveva un lavoro protetto, il 23% rimaneva in programmi di riabilitazione lavorativa e il 29% era disoccupato.

In un successiva, più ampia, indagine (Reker, Hornung, Schonauer, Eikelmann, 2000), sono stati seguiti nel tempo 471 pazienti gravi, con una

lunga istituzionalizzazione psichiatrica, che partecipavano a tre diversi programmi di riabilitazione e inserimento lavorativo.

Dopo 3 anni, l'11% era inserito in un lavoro competitivo, il 67% (ancora) in laboratori protetti, il 7% in programmi riabilitativi che comprendevano attività lavorative e il 15% era senza occupazione; un dato interessante è che nel 74% dei casi gli obiettivi riabilitativi formulati all'inizio dai pazienti potevano comunque considerarsi raggiunti. I risultati hanno portato a concludere che, nella specifica situazione (legislativa e dei servizi) della Germania, il lavoro competitivo risulta un obiettivo realistico solo per una minoranza dei pazienti, più motivati e con pre-requisiti favorevoli.

Secondo molti rapporti governativi e dell'OMS, il problema più generale ed importante è che, anche per lo scarso interesse di molti servizi di salute mentale e per inadeguatezze legislative, le opportunità di riabilitazione lavorativa e inserimento sono in numero assolutamente insufficiente, molte meno di quelle che potrebbero essere utilizzate e di quelle che sono richieste dai pazienti psichiatrici.

COMPONENTI DEGLI INTERVENTI E PREDITTORI D'ESITO

1 Componenti dei programmi e competenze degli operatori

Le esperienze pratiche di riabilitazione lavorativa variano a seconda del modo di strutturare i programmi e di organizzare i servizi: in molte realtà sono state integrate componenti di programmi diversi, ugualmente variabile è il modo di trattare gli aspetti professionali, clinici, programmatici ed amministrativi dei programmi.

Nel Thresholds National Research and Training Center di Chicago, in una situazione ibrida, in cui impiego di transizione e supporto lavorativo si combinavano, venne utilizzata la pianificazione concettuale (Trochim, Cook, Setze, 1994) come strumento descrittivo delle componenti essenziali dei programmi forniti all'utenza. La pianificazione permise di combinare processi di gruppo (brainstorming in cui membri di più staff riabilitativi elencavano le loro azioni ed attività più utili, classificazione non strutturata, e valutazione dei rapporti di brainstorming) con analisi statistiche diversificate (scaling multidimensionale e analisi fattoriale); sulla base di essa gli autori poterono preparare una vera e propria mappa dei servizi erogati (fig. 1).

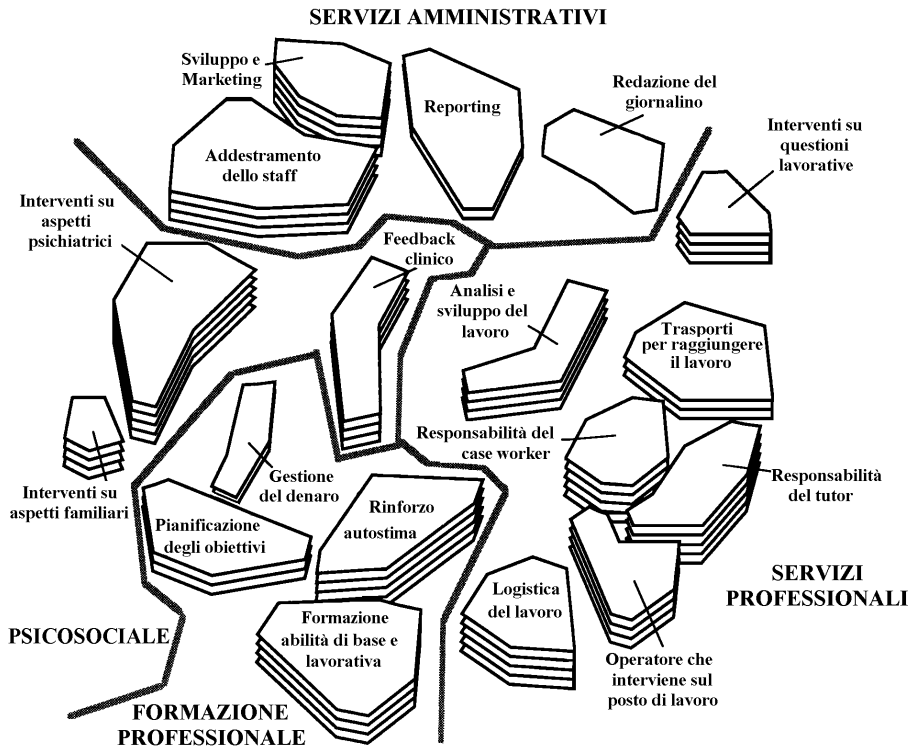


Figura 1. *Mappa delle componenti essenziali dei servizi erogati per la formazione e l'inserimento lavorativo (da Trochim e altri, 1994). Lo spessore dei bordi di ciascuna area è proporzionale all'importanza attribuita a tale area.*

La mappa venne suddivisa e classificata in quattro aree: servizi di formazione pre-professionali, servizi direttamente professionali, servizi amministrativi ed esiti psicosociali. Lo spessore di ciascuna componente delle aree è direttamente proporzionale all'importanza attribuita a quella componente dai partecipanti ai gruppi di pianificazione. Ogni componente raggruppa azioni ed attività omogenee; ad esempio, il supporto sul posto di lavoro include, in ordine di importanza, le seguenti attività dell'operatore: fare da interprete ai disabili con grave sordità, promuovere lo sviluppo e il mantenimento di sane relazioni con i colleghi di lavoro e gli amici, assistere il paziente nei momenti in cui passa ad incarichi di maggior responsabilità, accompagnare il paziente ed essere presente nei primi giorni di lavoro, essere presente alle riunioni nei luoghi di lavoro.

La formazione pre-professionale è un'area che si riferisce alla presenza di programmi di impiego transitorio; essa include la formazione lavorativa e delle abilità di base, l'autostima, la pianificazione degli obiettivi e l'amministrazione del denaro.

I servizi direttamente professionali sono invece l'espressione dell'evoluzione dei programmi in direzione del modello di supporto lavorativo, dove viene abolito il limite di durata dell'inserimento lavorativo e si sviluppano nuove figure professionali di addestramento e supporto (MJSW: Mobile Job Support Worker). Essa include le responsabilità del "caseworker", gli esiti lavorativi, la carriera lavorativa, la logistica del lavoro, la figura del tutor lavorativo, il supporto direttamente sul posto di lavoro, i mezzi di trasporto per raggiungere il lavoro.

I servizi amministrativi e gli esiti psicosociali furono indicati dagli autori come fattori contestuali che rendono la visione d'insieme e la finalizzazione completa dei programmi erogati. I primi comprendono l'addestramento del personale, l'area marketing e sviluppo, il "reporting" e l'attività di redazione di un giornalino, mentre i secondi includono gli esiti familiari in termine di clima e di carico, gli esiti psichiatrici (ricoveri, necessità di cura) e il feedback sull'andamento clinico del caso.

Gli interventi di riabilitazione lavorativa possono però analizzati anche sotto il profilo delle competenze professionali necessarie agli operatori che sono impegnati in essi. Una recente ricerca (Chan, Taylor, Currier, Chan, Wood e Lui, 2000) si è proposta di definire le aree di conoscenza e competenza utili per la gestione delle problematiche lavorative delle persone con disabilità psichiatrica sulla base di un'analisi del comportamento professionale degli operatori. Esse sono risultate: conoscenza clinica di base e delle tecniche di gestione clinica dei casi, capacità di intervento psicosociale, conoscenza delle conseguenze della patologia psichiatrica sul comportamento lavorativo, gestione dell'assistenza e del supporto quotidiano per la disabilità, nozioni di gestione delle risorse umane e competenze relazionali nell'ambito delle organizzazioni.

2 Predittori di esito favorevole dell'inserimento

I primi studi sull'argomento ipotizzavano che un più alto livello globale di abilità e di funzionamento sociale e una minor gravità del disturbo psichiatrico consentissero di predire un esito favorevole della riabilitazione e dell'inserimento lavorativo.

Successive e più rigorose ricerche non hanno confermato questa ipotesi; a conclusione di uno studio longitudinale che ha reclutato 275 pazienti inseriti in programmi di riabilitazione lavorativa, Anthony, Rogers, Cohen e Davies (1995), pur trovando una moderata relazione tra sintomatologia e abilità lavorativa, affermano che “la gravità della sintomatologia non può essere considerata una stima affidabile del funzionamento lavorativo delle persone con grave disturbo mentale”.

Un andamento favorevole del disturbo (bassa frequenza e durata delle ricadute) può, invece, influenzare positivamente l'esito (Reker, Eikelmann, 1998); anche la minor gravità dei sintomi negativi e dei deficit attentivi, della memoria verbale e del problem solving sembra correlata a maggiori progressi nella riabilitazione lavorativa (Bell e Bryson, 2001)

In una recente indagine Mueser, Salyers e Mueser (2001) hanno esaminato i 528 pazienti giovani (media età = 29.6 anni), seguiti dopo un episodio acuto con una combinazione di trattamenti familiari e farmacologici diversi, ma senza interventi specifici per l'inserimento lavorativo, nell'ambito del TSSS - Treatment Strategies in Schizophrenia Study;; ai follow - up di 12 e 24 mesi il fatto di avere un lavoro competitivo appariva legato alla minor entità della compromissione cognitiva e ad un miglior funzionamento sociale, oltre che al curriculum lavorativo e ad un più elevato livello del paziente e della madre.

Promettente si è rivelata la ricerca sulle variabili anagrafiche, di storia personale, soggettive e motivazionali (le stesse cioè, che influenzano il successo lavorativo nella popolazione normale).

Hanno mostrato, infatti, una relazione con l'esito positivo in termini di inserimento (Collins, Mowbray, Bybee, 2000, Harnois e Gabriel, 2000, Reker e Eikelmann, 1998):

- la giovane età;
- un buon livello di istruzione;
- essere sposati o conviventi;
- un curriculum lavorativo con precedenti esperienze di non breve durata e non distanti nel tempo; un precoce avviamento alla riabilitazione lavorativa senza lunghi periodi di disoccupazione;
- positive aspettative verso il lavoro e la richiesta di iniziare in tempi brevi;
- un atteggiamento verso il lavoro come fonte di orgoglio e di realizzazione personale;
- una solida rete di supporto sociale;
- il fatto di dedicare poco tempo ai lavori domestici.

La variabile, comunque, che maggiormente influenza la probabilità che un paziente psichiatrico grave trovi un lavoro competitivo è rappresentata dalla possibilità (o meno) di partecipare ad un programma di riabilitazione e di inserimento lavorativo.

BIBLIOGRAFIA

ANTHONY W.A., ROGERS E.S., COHEN M., DAVIES R.R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46, 353-358.

A.P.A. (1999). *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*. Masson, Milano.

ATKINSON J., KERSLEY B. (1998). Longer term outcomes of prevocational training. Report of Department for Education and Employment's, Nottingham.

BELL M.D., BRYSON G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 269-279

BOND G.R., BECKER D.R., DRAKE R.E., RAPP C.A., MEISLER N., LEHMAN A, BELL M.D., BLYLER C.R. (2001). Implementing Supported Employments as Evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.

BOND G.R., PICONE J., MAUER B., FISHBEIN S., STOUT R. (2000). The Quality of Supported Employment Implementation Scale. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14(3), 201-212.

BREKKE J.S., ANSEL M., LONG J., SLADE E., WEINSTEIN M. (1999). Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 248-256.

BUSTILLO J.R., LAURIELLO J., HORAN W.P., KEITH S.J. (2001). The Psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.

CHAN F., TAYLOR D., CURRIER K., CHAN C.C.H., WOOD C., LUI J. (2000). Disability management practitioners: a work behavior analysis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, Vol. 15(1), 47-56.

COLLINS M.E., MOWBRAY C.T., BYBEE D. (2000). Characteristics predicting successful outcomes of participants with severe mental illness in supported education. *Psychiatric Services*, 51, 774-780.

- CROWTHER R., MARSHALL M., BOND G., HUXLEY P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane Library, 3.
- FEATHER N. (1990). The psychological impact of unemployment. Springer-Verlag, New York.
- FERDINANDI A.D., YOOTTANASUMPUM V., POLLACK S., BERMANZOHN P.C. (1998). Rehab Rounds: predicting rehabilitation outcome among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 907-909.
- FRIERSON J. (1995). Employer's guide to the American with Disabilities Act (2° edizione). Bureau of National Affairs, Washington.
- GRAETZ B. (1993). Health consequences of employment and unemployment. Longitudinal evidence for young men and woman. *Social Science and Medicine*, 36, 715-724.
- HARNOIS G., GABRIEL P. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. WHO and ILO, Ginevra (scaricabile anche da Internet).
- LIBERMAN R.P., WALLACE C.J., BLACKWELL G., KOPELOWICZ A., VACCARO J.V., MINTZ J. (1998). Skills training versus Psychosocial occupational therapy with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.
- LIEM R., LIEM J. (1988). The psychological effect of unemployment on workers and their families. *Journal of Social Issues*, 44, 87-107.
- LUTFIYYA Z.M., ROGAN P., SHOULTZ B. (1988). Supported employment: a conceptual overview. Report of National Institute on Disability and Rehabilitation Research, Siracuse, N.Y.
- MANCUSO L.L. (1990). Reasonable accomodations for workers with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 3-19.
- MITCHELL J., JACOBS H.E., YEN F. (1987). Costs and response rate in a community follow-up for a psychiatric vocational rehabilitation program. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31, 273-277.
- MORRELL S., TAYLOR R., QUINE S., KERR C., WESTERN J. (1994). A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in australian youth. *Social Science and Medicine*, 38, 1553-1563.
- MUESER K.T., SALYERS M.P. MUESER P.R. (2001). A Prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 281-296
- MUESER, K.T., BOND, G.R. (2000). Psychosocial treatment approach for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 27-35.

- MURPHY G.C., ATHANASOU J.A. (2000). Effetti della disoccupazione nella salute mentale. *Giornale Italiano di Psicologia dell'Orientamento*, Vol. 1/3, 15-25.
- PAYNE R., JONES G. (1987). Social class and re-employment. Changes in health and perceived financial circumstances. *Journal of Occupational Behaviour*, 8, 175-184.
- PRIEBE S. e altri (1998). Employment may improve quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469-477.
- REKER T., EIKELMANN B. (1998). Krankheits- und Rehabilitationsverlaufe schizophrener patienten in ambulanter arbeitstherapie. *Der Nervenarzt*, 69 (3), 210-218.
- REKER T., HORNUNG W.P., SCHONAUER K., EIKELMANN B. (2000). Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 457-463.
- SCHWARTZ G., HIGGINGS G. (1999). „Marienthal“: a social firm's network. Netherne Printing Services, U.K.
- SULLIVAN A.P., NICOLELLIS D., DANLEY K. (1993). Choose/ get/ keep: a psychiatric rehabilitation approach to supported education. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(1), 55-68.
- TORREY W.C., MUESER K.T., McHUGO G.H., DRAKE R.E. (2000). Self-Esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 229-233.
- TROCHIM W.M.K., COOK J.A., SETZE R.J. (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a S.E. program for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4), 766-773.
- WALLACE C.J., TAUBER R., WILDE J. (1999). Rehab Rounds: Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental health. *Psychiatric Services*, 50, 1147-1153.
- WANBERG C. (1995). A longitudinal study of the effects of unemployment and quality of re-employment. *Journal of Vocational Behavior*, 46, 40-54.
- WARR P. (1984). Job less, unemployment and psychological well-being. In: V. Allen e E. Van der Ulient (a cura di), *Role transitions*. Plenum Press, New York.

DISABILITÀ E LAVORO

S. Nasato: Dipartimento di salute mentale, Treviso.

INTRODUZIONE

Il presente contributo si propone di delineare le principali tappe normative e programmatiche in tema di politiche attive del lavoro orientate alle c. d. fasce deboli (handicap, malattia mentale, devianza/tossicodipendenza e, più di recente immigrazione). Si tratta di un excursus storico che parte dalla fine degli anni '60 e si sofferma su alcuni momenti specifici nei quali si sono verificati i cambiamenti strutturali e sociali maggiormente significativi per l'occupazione delle persone in difficoltà. Questi passaggi sono legati, da un lato a specifiche iniziative legislative (nazionali e regionali), dall'altro alle trasformazioni sociali che da queste sono derivate, e che, a loro volta, sono state preludio politico per ulteriori e più qualificate scelte programmatiche e normative.

La continua dialettica tra mutamenti socio-culturali e azioni istituzionali ha prodotto, nel corso degli ultimi trent'anni, un nuovo modello di stato sociale (welfare), un modello che sta assumendo una connotazione radicalmente diversa da quella nata nell'immediato dopoguerra, fondata sulla erogazione di prestazioni socio-economiche di tipo universalistico (dirette indistintamente a tutti i cittadini) e gestite in maniera esclusiva dallo stato (monopolio pubblico). A partire dai primi anni '70, si verificano due significativi mutamenti che incidono profondamente nella strategia e nella organizzazione delle politiche di welfare:

- · uno, di tipo economico, riguarda la progressiva crisi finanziaria dello stato. Dopo la fase della ricostruzione (anni '50) e quella del boom economico (anni '60), il nostro paese, così come tutte le altre nazioni industriali, entra in una fase di stagnazione produttiva dovuta principalmente all'improvviso e forte rincaro delle materie prime (in primis il petrolio). Inizia così un drastico rallentamento delle entrate fiscali che non sono più in grado di coprire le uscite le quali, per contro, aumentano in modo esponenziale (si pensi ad esempio al sostegno economico erogato ai lavoratori sospesi o licenziati a seguito delle numerose chiusure o ristrutturazioni aziendali);
- · l'altro, di natura socio-culturale, collegato alle nuove richieste di servizi sociali che emergono dalla popolazione. Sono richieste di interventi più personalizzati e finalizzati alle esigenze soggettive

dell'individuo. Il cittadino vuole sentirsi protagonista del proprio benessere e non più solo utente passivo di una prestazione calata dall'alto in modo uniforme e burocratico. E' un salto di qualità che si avverte in modo più evidente da parte di alcune categorie di popolazione maggiormente bisognose di interventi socio-sanitari. Le persone disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti incominciano ad uscire allo scoperto, non si vergognano più della loro situazione e rivendicano il diritto alla salute e all'abbattimento delle differenze socio-economiche che tendono a relegarli costantemente in ruoli e luoghi di emarginazione.

Queste due tendenze concomitanti abbattano rapidamente il vecchio modello di welfare e, nel giro di un decennio, ridisegnano uno scenario completamente nuovo, entro il quale la novità più eclatante è data dall'irrompere di un nuovo soggetto socio-economico: il privato sociale, o terzo settore, o privato no-profit (i termini non sono propriamente identici ma in genere vengono usati come sinonimi). Il privato-sociale nasce e si sviluppa a causa e per effetto della contraddizione aperta dalla sempre più evidente incapacità da parte dello stato di soddisfare direttamente nuove e vecchie domande di servizi e di prestazioni. Vedremo più avanti in che modo e con quali risvolti la crescita del terzo settore inciderà nelle dinamiche istituzionali e socio-economiche del welfare nel nostro paese e come le politiche di welfare, sapranno a loro volta, orientare lo sviluppo del settore.

IL DIRITTO E L'OBBLIGO

La data di avvio delle politiche di intervento sulle fasce deboli del mercato del lavoro è il 1968, proprio il mitico '68, l'anno del maggio francese e dell'inizio del più profondo e radicale processo di cambiamento socio-politico avvenuto nel nostro paese dalla fine della guerra.

In quell'anno il Parlamento vara la legge n° 482 "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie", meglio conosciuta come legge sul collocamento obbligatorio degli invalidi. Per la verità la legge non è rivolta solo alle persone disabili, ma anche ad altre fasce di cittadini. La norma recita che le Aziende Private (e gli Enti Pubblici) con più di 34 dipendenti sono obbligate (1) ad assumere il 15% di lavoratori che appartengono alle seguenti categorie:

- invalidi del lavoro;
- invalidi civili;

- ciechi;
- sordomuti;
- orfani e vedove di guerra.

La prassi prevista dalla legge è, in estrema sintesi, presto detta. La persona che rientra in una delle categorie sopradescritte deve iscriversi in speciali liste presso l'Ufficio Provinciale del Lavoro e della Massima Occupazione (UPLMO). Per altro verso ogni Azienda "obbligata" deve comunicare ogni sei mesi all'UPLMO la propria situazione di "copertura" (ovvero qual' è la quota di propri dipendenti invalidi, ciechi, ecc.).

L'Ufficio del Lavoro, una volta in possesso dei dati relativi alla domanda e all'offerta, agisce da tramite inviando i lavoratori (in base alle graduatorie) alle aziende "scoperte", le quali sono "obbligate" ad assumere le persone inviate e a mettere in atto tutti gli accorgimenti per rendere compatibile la mansione lavorativa con le capacità del lavoratore. Si tratta di un processo di mediazione tra domanda ed offerta che viene agito in modo meccanico da parte di un ufficio che, vuoi per collocazione istituzionale (dipende dal Ministero del Lavoro), vuoi per qualificazione professionale, tiene prevalentemente conto delle implicazioni procedurali del dettato normativo. Poco o nulla è previsto a tutela della soggettività del lavoratore (in particolare dei disabili), se non il fatto che questi, una volta vista l'azienda alla quale è stato abbinato, possa chiedere la verifica della compatibilità alle mansioni assegnategli ad una commissione medica (lo stesso può fare l'azienda) ed eventualmente essere inviato in altra azienda, senza che ciò comporti, tuttavia, la garanzia di un abbinamento più adeguato.

Nella realtà dei fatti, i maggiori beneficiati dalla legge saranno i disabili fisici e sensoriali. Infatti se consideriamo gli orfani e le vedove di guerra, dato il loro numero esiguo, le loro liste d'attesa si sono ben presto prosciugate. Per contro rimarranno inevase, per parecchio tempo, le richieste di lavoro delle persone affette da patologie psichiche e/o psichiatriche. Si dovrà aspettare oltre un decennio perché si incominci a parlare, per loro, di inserimento lavorativo e ben 23 anni perché ciò venga sancito da una nuova legge (1992 - legge quadro sull'handicap).

La legge 482 ha avuto senz'altro il merito di abbattere le barriere culturali ed economiche che impedivano l'accesso al lavoro per le persone con ridotte capacità produttive e questo fatto ha permesso a centinaia di migliaia di loro di veder affermato il diritto al lavoro, altrimenti difficilmente realizzabile. Altrettanto evidenti risultano, però, i limiti della 482, limiti che

si possono ricondurre a due livelli uno di carattere economico e l'altro di natura socio-culturale:

a) la legge impone un obbligo notevole alle aziende, le quali sono tenute ad assumere una quota consistente di persone che, vuoi nella realtà vuoi nell'immaginario, producono meno (e dunque costano di più) di un lavoratore standard. Ma le sanzioni previste in caso di inadempienza sono molto blande e perciò poco efficaci.

Se si aggiunge che non è previsto alcun beneficio di tipo economico per l'azienda che assume, si può ben comprendere quanto ampi siano stati i margini che hanno indotto molte aziende a non applicare in modo completo la legge.

La notevole sproporzione tra obbligo forte e sanzione debole e la mancata incentivazione economica per l'azienda che assume l'invalido, hanno favorito, nel tempo, l'instaurarsi di prassi operative sempre più smalziate e puntuali che hanno permesso al sistema produttivo di smorzare, se non proprio di eludere, l'impatto particolarmente pesante (non solo sul piano economico, ma anche su quello organizzativo e relazionale) che la prescrizione normativa pone all'imprenditore. Si è venuto a configurare nel tempo un pluralismo interpretativo e operativo che oscilla dalla completa inadempienza della norma alla sua piena applicazione e passa per tutta una serie di situazioni intermedie (la maggior parte delle realtà aziendali) che si sono attestate su di una percentuale di copertura sensibilmente inferiore a quella prevista (2);

b) l'altro aspetto negativo riguarda l'esclusione dei disabili psichici e psichiatrici dai benefici della 482. Su questo tema si tornerà più volte, qui è sufficiente ricordare come la questione sia stata affrontata e "risolta" immediatamente e con motivazioni apparentemente ineccepibili. Da più parti si mette in risalto come l'avvio nelle aziende di persone con ridotte capacità intellettive o, peggio ancora, con problemi psichiatrici, possa creare situazione di pericolo per l'incolumità degli stessi disabili e/o dei loro compagni di lavoro. Vengono dunque proposte soluzioni ad hoc, che meglio tutelino l'incolumità psico/fisica dei disabili. Sono i famosi (famigerati per molti) "laboratori protetti", una sorta di strutture formative speciali destinate ad accogliere le persone con handicap di natura psichica, con lo scopo dichiarato di creare un ambiente adatto alla loro disabilità, ma con l'obiettivo reale di separare i disabili psichici (gli psichiatrici erano già da tempo ben "protetti" nei manicomi) dagli altri invalidi e assicurare tutti, ad iniziare dalle aziende, che queste persone non sarebbero state inviate al lavoro.

LE NUOVE POLITICHE DI WELFARE

Durante la seconda metà degli anni '70, a causa dell'aggravarsi della situazione economico-finanziaria, ha inizio nel nostro paese, così come in tutti i paesi industriali, un processo di trasformazione del sistema produttivo teso a recuperare redditività (profitto). L'obiettivo delle ristrutturazioni aziendali è quello di ridurre la forza-lavoro diretta sostituendola per un verso con processi di automatizzazione della produzione interna e per l'altro con il decentramento di alcune attività produttive all'esterno (indotto). Il sistema, subisce un mutamento profondo e per certi versi traumatico, i cui esiti più evidenti sono:

- ❑ un notevole aumento della disoccupazione, in particolare laddove esistono forti concentrazioni industriali. Parte della forza lavoro espulsa troverà poi occupazione nelle piccole e medie imprese, a ben altre condizioni economiche e di flessibilità;
- ❑ una rapida trasformazione dei processi produttivi, che mutano radicalmente i contenuti professionali e sociali dei nuovi lavori (automatizzazione, informatizzazione, sviluppo del settore terziario, ecc.);
- ❑ lo sviluppo della piccola e media impresa, in particolare in alcune aree che per collocazione geografica e per conformazione soci/culturale ben si adattano alle nuove esigenze produttive (significativa appare l'esperienza del nord-est).

I mutamenti strutturali e produttivi sono sempre accompagnati da trasformazioni sociali e negli stili di vita, così anche nell'Italia di fine anni '70 - inizio anni '80, vengono a delinarsi nuove soggettività e nuove progettualità che tendono a trasformare in opportunità concrete le conquiste (sovente solo ideali quando non addirittura ideologiche) di un decennio di lotte sindacali e sociali. In particolare si sviluppa un'area sociale eterogenea costituita prevalentemente dai nuovi soggetti che premono per entrare nel mondo del lavoro. Si tratta di segmenti emergenti forti (donne, giovani scolarizzati, nuovi professionisti, ecc.), in grado di autoorganizzarsi e di autotutelarsi, ma anche di fasce deboli (handicappati, tossicodipendenti, malati mentali, ecc.) che trovano nel nuovo tessuto sociale la possibilità di un sostegno e di una tutela.

La riforma sanitaria del 1978 (legge n° 833) rappresenta simbolicamente e concretamente lo spartiacque storico, sociale ed

economico dell'evoluzione culturale e strutturale del Welfare. Con la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale si capovolgono i tradizionali canoni dell'intervento sanitario: viene introdotto il concetto di salute non solo come assenza di patologia, ma come ricerca del benessere psico-fisico globale della persona; il cittadino ed il suo diritto alla salute è posto al centro delle politiche sanitarie; si realizza il primo vero decentramento di potere nelle scelte da attuare e nella gestione delle risorse. Le Regioni ed i Comuni diventano i soggetti attivi (tramite le Unità Sanitarie Locali) della programmazione e della attuazione degli interventi sanitari. Nel corso degli anni, poi, la riforma ha subito una serie di interventi correttivi, sia sul versante etico-concettuale (l'umanizzazione del rapporto medico/paziente, l'informazione e la comunicazione, il riconoscimento del ruolo delle associazioni di tutela degli utenti ed il loro coinvolgimento nella programmazione e nella valutazione, la ricerca costante della qualità, la tutela della privacy, l'integrazione socio-sanitaria, la de-istituzionalizzazione e il decentramento delle attività nel territorio, ecc.), sia sul versante della organizzazione e della gestione (la privatizzazione e l'aziendalizzazione, la politica di budget, la responsabilizzazione della dirigenza, la ricerca continua dell'efficienza, la compartecipazione dell'utente alla spesa socio-sanitaria, la delocalizzazione delle attività non istituzionali, etc.).

Il 1978 va ricordato anche per un'altra importante tappa legislativa, la legge n° 180, meglio conosciuta come legge "Basaglia" o della chiusura dei manicomi. La 180 è una legge essenziale, drastica e dirompente. Afferma due cose: la prima è che più nessuno deve essere ricoverato in manicomio, la seconda disposizione riguarda i servizi e le strutture "alternativi al ricovero" che devono essere approntati per la cura e la reintegrazione sociale dei pazienti psichiatrici. Dietro e dentro questa legge ci stanno anni di battaglie politiche, di iniziative sociali, di prese di posizione ideali e di messa in discussione di diagnosi e terapie che ribaltano completamente concetto di malattia mentale, mettendo al centro degli interventi la persona e non il sintomo.

IL PRIVATO SOCIALE

Parallelamente al varo delle prime riforme socio-sanitarie che mutano profondamente la programmazione e l'organizzazione del servizio pubblico, emerge e si sviluppa un'area socio-economica innovativa e, per certi versi unica nel panorama internazionale, il privato-sociale. Questo fenomeno, che si evidenzia a partire dalla seconda metà degli anni '70, in realtà affonda le sue radici nella storia sociale del nostro paese. Sull'argomento si possono formulare alcune osservazioni di carattere generale:

la prima riguarda la collocazione di questa nuova area socio-economica. Il no-profit, per definizione e per storia occupa uno spazio che non appartiene né all'una né all'altra delle due principali aree di attività del nostro paese e che sono: lo stato ed il mercato (da cui la definizione di terzo settore). Esso si colloca, dunque, tra l'economia a finalità pubblica gestita direttamente dall'apparato statale in tutte le sue articolazioni e l'impresa privata orientata al profitto. Il terzo settore sorge e si sviluppa nel tentativo di coniugare le finalità della pubblica amministrazione volte al benessere collettivo con una gestione di matrice (giuridica ed organizzativa) privata, tesa a massimizzare l'uso delle risorse a disposizione;

la seconda osservazione si riferisce alla sua articolazione organizzativa, ovvero ai modelli funzionali ai quali si affida il terzo settore. Due sono le principali scelte che caratterizzano i progetti del no-profit: la forma associativa all'interno della quale si raccoglie la gran parte dell'area del volontariato e la forma cooperativa che aggrega prevalentemente l'area del lavoro sociale retribuito (si deve parlare di prevalenza, perché per contro, nelle associazioni è presente anche il lavoro retribuito, così come nelle coop. sociali è presente una quota, spesso consistente, di attività svolta da volontari). Con lo sviluppo del settore si sta affermando anche un'altra tipologia giuridica e organizzativa: la fondazione particolarmente adatta alla raccolta e alla finalizzazione di risorse economico-finanziarie da utilizzare per scopi interni, ovvero a sostegno di iniziative di altre organizzazioni no-profit;

infine un cenno alla consistenza del settore. Da una recente indagine (anno 1999), risulta che le organizzazioni senza fine di lucro italiane impegnano circa 420.000 lavoratori (il 2% dell'occupazione totale), mentre i volontari impegnati sono oltre 2 milioni. Il reddito prodotto dal terzo settore è stimato in 30 mila miliardi annui (il 2% del P.I.L.). Si tratta di cifre significative di per sé, ma ancor più significativo risulta il trend di sviluppo quantitativo. Dopo una fase iniziale durante la quale il fenomeno ha

conosciuto una evoluzione moderata e lineare, a partire dagli anni '90, la sua crescita ha subito una forte accelerazione che tende a proiettarsi con questi ritmi (circa il 6-7% annuo) anche per i prossimi anni.

La nascita del privato sociale, come area autonoma, avviene per l'incontro tra alcuni settori del volontariato (quelli più impegnati nel sociale), le associazioni di tutela di persone esposte al rischio di emarginazione (disabili, tossicodipendenti, malati mentali, etc.) e una parte del mondo cooperativo (quella più innovativa e orientata ad una mutualità rivolta non solo alla base sociale, ma anche a soggetti svantaggiati). A queste componenti storiche, non di rado, si aggiunge l'apporto di settori e di operatori della pubblica amministrazione in grado di cogliere fin dall'inizio il notevole mutamento in atto. Tutto ad un tratto succede che le spinte rivendicative del periodo che inizia con il già citato '68 e percorre tutti gli anni '70, si traducono in percorsi di realismo operativo che danno avvio a esperienze di nuova e concreta affermazione di soggettività e diritti. Nascono nuove solidarietà che si evidenziano e concretizzano in originali ed efficaci soluzioni organizzative, sia sul versante istituzionale che su quello della società civile.

E' questa la fase pionieristica (fine anni '70 - metà anni '80) che vede svilupparsi le singole iniziative in modo spontaneo e volontaristico, con poche risorse materiali, ma molto entusiasmo ed impegno. Ben presto, però, viene avvertita da parte dei primi leader con visione e capacità strategiche, la necessità di analizzare e governare il fenomeno, di dargli una legittimità formale ed un ruolo socio-economico nel contesto nazionale. Quest'opera di intervento complessivo sul piano progettuale ed organizzativo è più marcata sul versante delle cooperative (com'è ovvio presumere).

Le Cooperative di Solidarietà Sociale (così si autodefiniscono prima del 1991, dopodiché la legge n° 381 le connoterà come cooperative sociali) si organizzano e si raccordano in un movimento a livello nazionale che si collegherà successivamente alle maggiori organizzazioni cooperativistiche tradizionali, mantenendo la propria impronta di novità ideale e progettuale. Si può dire, al contrario, che sovente sono state le idee e le provocazioni politiche del nuovo movimento di cooperazione sociale a contaminare positivamente il vecchio e statico movimento cooperativo.

A GENOVA E A BRESCIA

Di seguito si racconta di due storie che si svolgono parallelamente e autonomamente nelle due città. Sono, in entrambi i casi, vicende che vedono in primo piano due persone dotate di intelligenza particolarmente creativa e di spiccata sensibilità per chi si trova in difficoltà; ciascuna si snoda all'interno delle due direttrici di sviluppo del nuovo welfare:

· quella genovese, si svolge nel nuovo clima "istituzionale" del servizio sanitario previsto dalla 833 e, per certi versi anche dalla 180;

· quella bresciana, ha per scenario il privato no-profit ed in particolare la cooperazione sociale.

Verso la fine degli anni '70, un neuropsichiatra genovese, Enrico Montobbio, forte di una lunga esperienza di riabilitatore di persone con disabilità di tipo psichico, "inventa" una modalità nuova di approccio al lavoro per i suoi pazienti, modalità che nella sua rivoluzionaria semplicità può essere accostata al classico esperimento dell'uovo usato qualche secolo prima dal suo più celebre conterraneo Cristoforo Colombo, e la chiama "formazione in situazione". Di cosa si tratta?, si tratta di far entrare il disabile in fabbrica e di fargli apprendere "in situazione" tutto quello che gli serve per poter diventare un lavoratore (regole, abilità operative, modalità relazionali, ecc.). Naturalmente tutto questo, tramite una serie di supporti (mediazioni) che permettano al lavoratore e all'azienda di gestire il percorso formativo nel modo più efficace possibile. Il disabile non è più solo nel suo approccio al mondo del lavoro, ma viene supportato nel suo primo periodo di inserimento da operatori specializzati (riabilitatori, educatori, ecc.), i quali, di concerto con il personale dell'azienda, individuano il posto di lavoro e le mansioni produttive cui adibire il lavoratore in formazione (si tratta di un tirocinio non retribuito, a volte compensato da una borsa-lavoro). In questo modo anche l'Azienda trova nell'operatore pubblico un utile e rassicurante tramite di relazione con persone che, a causa della poca conoscenza che se ne ha, evocano immagini e sensazioni di fastidio e di rifiuto.

Per realizzare il suo progetto, Montobbio si muove su due direzioni:

- sul piano strategico attivando una serie di collegamenti istituzionali e sociali finalizzati a costruire le premesse politiche per aprire finalmente ed in maniera continuativa le aziende all' handicap psichico. Questa azione porta alla costituzione del "gruppo guida" composto dai responsabili istituzionali (Ente Locale, UPLMO, ULS, etc.), dalle parti

sociali (imprenditori e sindacati) e dai rappresentanti delle associazioni di tutela degli utenti (Consulta);

- sul piano operativo viene costituita una équipe tecnica pluriprofessionale (operatori dell'Unità Sanitaria, dell'Ente Locale, dell'Ufficio del Lavoro, esperti di organizzazione del lavoro, ecc.), con l'obiettivo di progettare i singoli percorsi di formazione in situazione, di monitorarne gli andamenti e di verificarne gli esiti.

Il Gruppo Guida e l'équipe tecnica lavorano in stretto rapporto, integrando le proprie responsabilità e competenze in modo sinergico e complementare.

Il modello genovese rivela subito tutta la sua straordinaria dirompenza nei confronti del tradizionale modo di intendere e praticare la riabilitazione delle persone con ridotte capacità intellettive. L'approccio morbido della formazione in situazione attiva le condizioni favorevoli all'incontro tra due realtà apparentemente antitetiche:

- permette all'azienda di conoscere il disabile come persona, liberandosi dalle paure dovute all'ignoranza e che spesso alimentano il pregiudizio;
- consente al disabile di avere il clima favorevole per stabilire un corretto rapporto con l'ambiente ed il tempo sufficiente per apprendere gradualmente regole e mansioni della organizzazione del lavoro;
- pone l'operatore della mediazione nella condizione di attivare efficacemente le modalità di gestione del percorso formativo (sensibilizzazione del gruppo aziendale, programmazione del progetto formativo, monitoraggio e verifica dell'esperienza).

I risultati quali/quantitativi ottenuti da Montobbio, a distanza di pochi anni dall'inizio della sua pionieristica avventura, lo pongono al centro dell'attenzione nazionale(3). Genova diventa ben presto meta di pellegrinaggio di amministratori locali, di operatori pubblici e delle comunità private, di famigliari dei disabili, di imprenditori e di tecnici dell'organizzazione del lavoro, tutti a vedere e studiare il nuovo modo di intendere e praticare l'integrazione socio-lavorativa delle persone disabili.

L'INSERIMENTO LAVORATIVO NEL VENETO

Il modello della formazione in situazione si propaga rapidamente in tutta la penisola, specialmente nelle regioni del nord, dove maggiore è la possibilità di lavoro e dove migliori e più efficienti sono, in genere, i servizi pubblici. Anche il Veneto non tarda a dotarsi di risorse e di strumenti orientati alla formazione e all'inserimento lavorativo, iniziando un percorso

che dura da oltre vent'anni e che avrà come protagonisti i SIL (Servizi di Inserimento Lavorativo) delle Unità Locali Socio-Sanitarie.

Nel 1980, anno internazionale dell'handicappato, la Regione Veneto emana una legge, la n° 46 intitolata: "Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di handicap". Si tratta di una legge importante, che ha inciso profondamente sulle politiche sociali territoriali e che, sebbene poco conosciuta e per certi versi ormai obsoleta, rimane, nello spirito che la informa e in alcune sue parti anche operativamente, una norma estremamente attuale.

Sono passati solamente due anni dal 1978, che ha visto nascere la 833 "riforma sanitaria" e la 180 "legge Basaglia", quando la parte più attenta e sensibile dell'apparato politico e tecnico regionale, raccogliendo le indicazioni della nuova normativa nazionale, e le sollecitazioni espresse dalla nuova realtà sociale, mette a punto uno strumento legislativo culturalmente avanzato ed operativamente efficace.

La legge 46/80 è una sintesi felice tra: enunciazioni di principi innovativi sulla direttrice dell'integrazione sociale; indicazioni metodologiche sul versante del nuovo welfare; dotazione di risorse e strumenti operativi chiari ed efficaci per la realizzazione degli obiettivi. Se è vero che la norma ha, col tempo, perso alcune prerogative iniziali, principalmente a causa di interventi successivi (si pensi alla legge n° 55/82, la legge quadro regionale sull'assistenza sociale, che ha incorporato le risorse finanziarie di tutta la normativa socio-assistenziale precedente), è altrettanto incontrovertibile il fatto che la stessa ha prodotto un benefico effetto alone sulle successive scelte programmatiche e normative regionali e locali. Vedremo anche come la legge regionale n°46 abbia favorito la nascita dei SIL, servizi che, a loro volta, hanno anticipato il processo di aziendalizzazione (in modo spontaneo e parziale, tuttavia significativo) all'interno delle Unità Sanitarie Locali (USL), .

La legge (ovvero la Regione Veneto), si propone di "promuovere iniziative e interventi finalizzati all'inserimento e all'integrazione sociale dei cittadini portatori di handicap" e ciò per colmare un vuoto legislativo generale "in attesa della legge di riforma dell'assistenza", ma anche per completare i percorsi curativi/riabilitativi, già normati "in aggiunta ai servizi di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di assistenza degli handicappati fisici, psichici e sensoriali previsti dalla legge 30 maggio 1975, n. 57". Tutto questo allo scopo di "prevenire e rimuovere gli ostacoli invalidanti che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e

l'effettiva partecipazione del cittadino alla vita sociale, lavorativa, culturale, economica, politica della collettività" "art. 1".

Si tratta di una enunciazione essenziale dei principi ispiratori, cui fa seguito l'indicazione degli interventi in una logica di integrazione socio-sanitaria. Principi ed interventi hanno come obiettivo di fondo lo sviluppo della persona nella sua globalità e sono finalizzati alla integrazione del disabile nel contesto socio-economico di appartenenza.

L'inserimento lavorativo è materia degli artt. 8-9-10 e 11, laddove si delegano le ULSS a svolgere indagini finalizzate alla ricerca delle opportunità occupazionali allo scopo di programmare e gestire (in proprio o in convenzione) percorsi riabilitativi e formativi orientati all'inserimento lavorativo.

La legge 46/80 è importante per due ragioni:

- 1) è una norma completa ed esauriente per il profilo filosofico che la ispira e per i programmi, le funzioni e le modalità applicative che contiene;
- 2) ha permesso la nascita e lo sviluppo degli interventi e dei servizi per l'inserimento lavorativo in una realtà locale significativa.

I SERVIZI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO

All'inizio degli anni '80 si vengono a delineare in ambito locale le condizioni di fondo per la nascita e lo sviluppo dei servizi per l'inserimento lavorativo (SIL) che avranno notevole peso sulla realizzazione delle politiche di integrazione lavorativa delle fasce deboli.

La conoscenza e la socializzazione dell'esperienza genovese unitamente alle iniziative legislative locali che fanno seguito alle due grandi riforme del 1978, aprono la strada ed indicano il percorso ad una operatività innovativa che elabora, programmi, ricerca sinergie, realizza progetti. Questa nuova sensibilità tecnica e sociale ha come punto di riferimento ideale il modello della formazione in situazione e come realtà organizzativa la nuova dimensione gestionale del servizio sanitario: l'unità sanitaria locale.

Nel Veneto i SIL, sono sorti a partire dal 1980 (4) e si sono rapidamente sviluppati in tutta la regione, diventando a partire dai primi anni '90 un modello di riferimento tra i più significativi, per qualità organizzativa ed efficacia operativa, nel panorama nazionale. Vediamo quali sono stati i fattori di successo del fenomeno:

- primo, come abbiamo detto, l'acquisizione del modello genovese e il suo adattamento alla realtà socio-produttiva di una regione fondata sulla piccola e media impresa;
- poi, il mutato quadro legislativo nazionale (in particolare la legge 833/78) e locale (la legge 46/80) che ha permesso di superare i nodi problematici della cura dell'integrazione dei disabili;
- e ancora una ampia e profonda cultura solidaristica, corroborata da una presenza significativa del volontariato sociale;
- cultura affiancata da uno spirito imprenditoriale e del lavoro che ha trasformato in pochi anni una regione povera e votata all'immigrazione in un'area socio-economica tra le più prospere del pianeta;
- infine la nascita di un nuovo soggetto decentrato della gestione delle politiche di welfare, quale l'Unità Sanitaria (e Sociale) Locale, soggetto capace di coniugare le nuove esigenze e le nuove richieste di servizi e prestazioni con una gestione delle risorse maggiormente attenta ai parametri di efficienza.

I concetti di formazione in situazione, gruppo guida, équipe pluriprofessionale, entrano rapidamente nel lessico e nell'operatività dei servizi. La ricerca delle Aziende che si offrono volontariamente alla sperimentazione dei percorsi formativi impegna gli operatori dei SIL in una nuova e, per certi versi stimolante, attività di conoscenza e di confronto con le regole del mercato.

I S.I.L. diventano servizi "di frontiera", operando al confine tra la prassi istituzionale della pubblica amministrazione e la realtà dinamica e competitiva dell'impresa privata.

Vedremo successivamente come si svilupperà la loro presenza, e quali saranno in prospettiva i risultati ottenuti, ma anche le difficoltà incontrate.

L'IMPRESA SOCIALE

Mentre il dr. Montobbio, propone e sviluppa il suo modello, a Brescia, un avvocato poco avvezzo a rimestare codici e poco portato a frequentare le aule del tribunale, Felice Scalvini, incomincia a pensare e a lavorare, assieme ad un manipolo di collaboratori, ad un nuovo strumento organizzativo: l'impresa sociale.

Il concetto di impresa sociale nasce e si sviluppa nei primi anni '80, attorno alle prime esperienze di nuova cooperazione che si occupa di integrazione lavorativa delle fasce deboli del mercato del lavoro

(principalmente disabili psichici, ma anche altri soggetti a rischio di emarginazione sociale: tossicodipendenti, carcerati, malati mentali, etc.).

A Brescia, nel 1983 nasce il Consorzio Sol. Co. (Solidarietà e Cooperazione), una organizzazione che raggruppa (mette in rete) le cooperative di solidarietà sociale della provincia lombarda. Il gruppo dirigente del consorzio intuisce subito l'enorme potenzialità di questa nuova forma di impresa. Si tratta di persone che, oltre alla motivazione etico-sociale, possiedono una notevole capacità gestionale ed una buona conoscenza delle realtà aziendali, sia sotto il profilo giuridico, che sotto il profilo economico-finanziario, tanto da poter prevedere per loro una carriera interessante e proficua, qualora avessero voluto impegnarsi nell'ambito dell'impresa tradizionale. Invece la loro idea di impresa è assolutamente atipica, nel senso che assomiglia all'impresa commerciale, per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione, ma risulta completamente diversa al concetto tradizionale che si ha della forma aziendale per quanto riguarda le finalità e gli obiettivi.

Il merito di questo gruppo di pionieri e di tutta l'esperienza del Consorzio Sol.Co. è stato quello di aver intuito e sviluppato un approccio di intervento sociale che saldava magistralmente gli aspetti positivi dell'intervento pubblico e le prerogative migliori della gestione privata, ottenendo un modello tecnico-organizzativo capace di valorizzare, a sua volta, le parti di normalità/salute delle persone inserite nell'impresa sociale. Un circolo virtuoso che per un verso produce reddito, lavoro, integrazione sociale, per l'altro riduce il disagio, l'emarginazione, la disabilità, la malattia e, cosa non indifferente, anche i costi di interventi che altrimenti, con un approccio prettamente assistenziale, risulterebbero sicuramente maggiori.

L'idea di impresa sociale parte innanzitutto dalla consapevolezza che se non si riesce a gestire le risorse a disposizione con efficienza (massimo risultato con il minimo costo), non si può essere in grado di dare continuità all'azione sociale e agli obiettivi che essa si pone. L'impresa diventa lo strumento per organizzare al meglio le risorse (umane soprattutto, ma anche economico-finanziarie) e dare una garanzia di stabilità e continuità agli obiettivi di fondo che giustificano questo tipo di iniziativa. La solidità di un'organizzazione si misura da un lato sulla sua qualità manageriale e gestionale e dall'altro sulla sua capacità di rinnovarsi e migliorarsi, adattando la sua struttura tecnica ed operativa alle mutate esigenze esterne e alla disponibilità di risorse cui può attingere. Il concetto di impresa risponde in modo ottimale a queste prerogative e a questi obiettivi. L'imprenditore è colui che intraprende una attività, mettendo in gioco risorse proprie (il

capitale, ma anche l'intelligenza e l'impegno personale), con l'aspettativa di un risultato (economico e/o di altro genere).

A Brescia, le prime cooperative di solidarietà sociale si sono poste subito la questione del lavoro, quale elemento ed ambito privilegiato per un approccio non assistenziale nell'area della marginalità. Il lavoro rappresenta lo strumento fondamentale per l'emancipazione socio-economica e quindi per una reale affermazione dei diritti civili, tanto più valido, tale strumento, quanto più a rischio di esclusione sociale è chi lo utilizza. Avere un lavoro significa avere un reddito (guadagnato e non assistenziale), significa avere un ruolo socialmente riconosciuto e apprezzato, significa espletare delle mansioni che potranno anche essere faticose, ma che sono il prodotto dell'intelligenza e della volontà individuali, intelligenza e volontà che dal lavoro ricevono stimoli per esperire nuove e migliori possibilità di espressione, il lavoro, infine è utile a quelle persone che sono sole, troppo sole con i propri problemi esistenziali e/o mentali e per effetto di tale solitudine rischiano tanto financo la propria esistenza, il lavoro dunque come veicolo di relazione e di confronto continuo con la realtà e la normalità. Detto questo, occorre subito aggiungere che sarebbe oltremodo pericoloso assolutizzare il valore positivo del lavoro, non per tutti e non in tutte le occasioni lavorare fa bene, ci sono anche in questo caso le controindicazioni, quello che si è dimostrato inoppugnabile è che l'attività lavorativa mirata (commisurata, cioè alle possibilità psico-fisiche della persona) rappresenta una condizione indispensabile (anche se non sufficiente) per migliorare la qualità di vita e di relazione della stragrande maggioranza dei soggetti deboli.

UN ANNO IMPORTANTE

Il 1991 chiude il periodo dello statu-nascenti del terzo settore, caratterizzato dal vigore ideale e dalla spontaneità operativa, ed apre il periodo dello sviluppo razionale e della articolazione tecnico-organizzativa. Per altri versi, con la "conquista" delle due importanti tappe normative sopracitate, il movimento no-profit degli anni '80: nato e cresciuto nell'humus indistinto dell'area informale, solidale ed innovativa del volontariato sociale; emerso per forza propria e per capacità di proposta; strutturatosi in due importanti filoni ideali e metodologici (organizzazioni di volontariato e cooperative) altamente integrati e collaboranti; propostosi, infine, alle istituzioni e alla società civile quale soggetto attivo di politica di welfare, questo movimento assume sempre più i connotati di un'area socio-

economica strutturata in una logica strategica unitaria, ma sempre più articolata nelle sue espressioni territoriali ed organizzative e in continua accelerazione di sviluppo quantitativo.

Non è un caso che le due leggi: la n° 266 e la n° 381(5) vengano approvate a pochi mesi di distanza, si tratta di due pilastri della normativa no-profit concepiti e realizzati da un'unica leadership strategica che si è posta l'obiettivo di legittimare il movimento e di creare le condizioni istituzionali e sociali per la sua crescita.

Per un verso le due leggi accomunano l'area del volontariato e della cooperazione sociale alle medesime finalità solidaristiche e all'assenza di lucro, per l'altro verso si prospettano due distinte modalità gestionali: per le organizzazioni di volontariato le attività devono essere svolte in forma assolutamente gratuita, mentre le cooperative sociali sono considerate delle imprese nella cui organizzazione del lavoro operano soci-lavoratori con uguali diritti/doveri degli altri lavoratori dipendenti, mentre la presenza di (eventuali) volontari viene limitata e specificamente regolamentata.

LA LEGGE N° 381

Vale la pena di soffermarci sulla legge nazionale delle cooperative sociali (l. n° 381/91), perché, al di là della sua utilità pratica, questa legge sancisce la specificità giuridico-economica dell'impresa sociale, così come voluto e realizzato dai primi operatori sociali nel nostro paese.

L'art. 1 della legge afferma che: "Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini".

Si ribadisce quella che nella sostanza era stata l'intuizione dei pionieri della nuova cooperazione. Queste organizzazioni devono perseguire l'interesse generale della collettività. Non quindi un interesse particolare: né individuale, come nel caso dell'impresa privata, ma neppure riferito ad una collettività, com'è per la cooperazione tradizionale. Qui si parla di interesse generale della comunità, a partire da chi si trova in situazione di svantaggio personale e sociale. Nelle cooperative sociali, viene capovolta la logica che ispira la nascita e lo sviluppo dell'intrapresa economica. Mentre l'imprenditore tradizionale cerca, attraverso l'attività (e il rischio) d'impresa, di procurare un qualsiasi beneficio (generalmente di tipo economico) a sé stesso e ai suoi eventuali soci in affari, l'imprenditore sociale quanto progetta ed avvia un'impresa si ripromette di beneficiare, non sé stesso, ma altre persone, persone che magari non conosce nemmeno, che non hanno

preso parte al suo progetto, persone che sono state individuate da altri come destinatarie delle attività e dei risultati economici dell'impresa da lui costruita. Queste prime righe della legge rappresentano l'essenza innovativa dell'intera storia della cooperazione sociale. L'impresa sociale, per definirsi realmente tale, si deve innanzitutto confrontare con questa che non è solo una enunciazione di principio, ma anche una concreta ed innovativa modalità di intervento socio-economico.

L'art. 1 prosegue delineando due modelli organizzativi di cooperazione sociale:

- le cooperative che gestiscono servizi socio-sanitari ed educativi;
- le cooperative che svolgono attività produttive (agricole, industriali, commerciali o di servizi diversi da quelli socio-sanitari) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Si tratta dell'ormai famosa suddivisione tra coop. di tipo A (servizi) e coop. di tipo B (inserimento lavorativo) che tanto ha fatto discutere e sulla quale torneremo più oltre.

Gli altri articoli importanti sono: l'art. 2 (dove vengono definiti e contingentati i soci volontari); l'art. 4 (che si occupa delle persone svantaggiate, ne definisce le tipologie, vincola le coop. ad inserire almeno il 30% di queste persone come soci/lavoratori stabilendo, come contropartita, l'azzeramento di tutti gli oneri previdenziali ed assicurativi per questi soci/lavoratori); l'art. 5 (prevede che gli enti pubblici possano fornire commesse di lavoro alle coop. B, anche direttamente); l'art. 8 (estende i benefici anche ai consorzi di coop. sociali); e infine l'art. 9 (che demanda alcune competenze alle regioni (6)). La legge prevede inoltre una serie di benefici fiscali e tributari.

La legge 381 segna idealmente la linea di transizione tra la fase pionieristica e di primo sviluppo deregolamentato dell'impresa sociale e la sua fase matura di crescita programmata ed esponenziale. Un prima e un dopo che rimarranno a lungo nella storia del movimento come riferimenti fondamentali per qualsiasi intervento di analisi e di valutazione del fenomeno.

LO SVILUPPO DEL NO-PROFIT

Da questo momento ha inizio un altro capitolo della breve storia del terzo settore nel nostro paese, un capitolo di crescita esponenziale delle progettualità, delle attività (e dei problemi), di aumento del peso e dell'importanza di questo fenomeno nell'evoluzione delle politiche socio-

sanitarie ed in generale di welfare, di sempre maggiore attenzione da parte delle istituzioni, del mondo economico e della società a quanto proposto ed attuato dalle organizzazioni no-profit; un capitolo che, come detto in precedenza, non è ancora concluso.

Dal varo della legge 381, la cooperazione sociale si sviluppa in modo clamoroso, il trend maggiore si riscontra per le cooperative "di servizi". La legge 381 obbliga le cooperative (esistenti e future) ad una scelta tecnico-organizzativa che riguarda essenzialmente le modalità di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ed educative. All'atto di costituirsi una cooperativa deve definire compiutamente la sua "vocazione" gestionale, scegliendo drasticamente se produrre dei servizi in favore di utenti-pazienti, oppure se programmare e gestire delle attività produttive (non socio-sanitarie) allo scopo di permettere l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati in qualità di soci-lavoratori. Due dimensioni ideali ed operative affatto diverse. La prima forma organizzativa (servizi) ricalca nella impostazione concettuale la logica del servizio pubblico, con la non indifferente variante di una gestione privata, la seconda tipologia di intervento risulta del tutto innovativa, perché si occupa interamente di processi di riabilitazione ed integrazione socio-economica mediante lo strumento lavoro. Le cooperative di tipo A, centrano la loro attività sul rapporto operatore/utente nettamente distinto sul piano giuridico, economico e relazionale, essendo l'operatore il tecnico cui viene demandata la titolarità e la responsabilità dell'intervento il cui destinatario (utente-paziente-cliente) si trova in situazione passiva nel rapporto di prestazione, tanto meno ha possibilità di co-determinarne la progettazione e la previsione di esito (tutt'al più può esprimere parere sulla sua qualità). Le cooperative sociali di tipo B, associano nella compagine sociale persone "normodotate" e persone in difficoltà che assieme (con pari dignità e ruolo) organizzano e svolgono attività lavorative allo scopo di offrire alle seconde (ma anche alle prime) delle opportunità formative e (ri)abilitative utili ad un loro inserimento lavorativo (che può avvenire all'interno della stessa impresa sociale, oppure in altra azienda). È ovvio che, nella realtà, la distinzione tra coop. di tipo A e coop. di tipo B, non si è rivelata così netta e profonda, molte cooperative di servizi hanno saputo instaurare un rapporto operatore/utente molto gratificante per la persona svantaggiata, rispettoso dei suoi diritti e della sua dignità, così come, nelle cooperative di tipo B, il ruolo dei lavoratori-operatori è sovente più gravato di compiti gestionali e di responsabilità operative che non quello dei lavoratori-svantaggiati, ma tutto ciò non toglie che permanga una clamorosa differenza tra le due

tipologie di intervento: nelle coop. di servizi esiste una barriera tra chi fornisce una prestazione e chi la riceve, mentre nelle coop. di tipo B c'è continuità e contiguità tra la prestazione e la relazione interpersonale.

Questo fatto rende oggettivamente diverse le due metodologie di intervento, diversi anche gli obiettivi e la qualità organizzativa e gestionale delle tipologie di impresa sociale. Ed è per effetto di tale diversità, più che di ogni altro fattore, che sono nate, a partire dagli anni '90, gli ostacoli maggiori allo sviluppo qualitativo dell'idea e della pratica dell'impresa sociale.

È successo che, al di là degli intenti sicuramente validi del legislatore, la configurazione giuridica e strutturale delle cooperative di tipo A, ha prodotto un effetto di massiccio spostamento (delocalizzazione) di servizi socio-sanitari dalla gestione diretta dell'ente locale (ULSS, Comuni, Provincie) a queste cooperative sociali, la maggior parte delle quali nasce, non con l'idea originaria di impresa sociale propria dell'esperienza bresciana, ma con l'intento di sostituire tout-court l'intervento pubblico abbassando i costi, senza peraltro migliorare la qualità delle prestazioni, anzi, tanto è rapida la corsa al risparmio tanto più risulta de-qualificata l'attività dei singoli operatori e della coop. nel suo insieme. C'è da dire che questo circolo vizioso riduzione dei costi - abbassamento della qualità delle prestazioni era ed è ampiamente favorito dallo stesso ente locale che, nell'intento di ridurre il proprio cronico disavanzo finanziario, favorisce questo tipo di competitività, focalizzata esclusivamente sul contenimento dei costi. Per contro, le cooperative di tipo B trovano notevole difficoltà ad instaurare un rapporto organico con l'ente pubblico. Questo fatto le esclude, non solo dai benefici economici, ma anche dalla programmazione generale degli interventi socio-riabilitativi e dai rapporti tecnici ed operativi di collaborazione con il servizio pubblico. Va detto che esistono delle cooperative A che lavorano prevalentemente sulla qualità, rimanendo fedeli, nonostante la concorrenza, all'opzione originaria dell'impresa sociale. Non di rado, queste cooperative hanno promosso la nascita di cooperative B, sostenendone anche economicamente la fase di avvio. In questo modo, parte delle riserve finanziarie derivanti dalla gestione dei servizi sono state investite in progettualità di inserimento socio-lavorativo in favore degli stessi utenti accolti in un primo momento nella cooperativa A e transitati successivamente nella coop. B.

LO SVILUPPO DEI SIL

Il 1991 è importante ed emblematico per i SIL. Anche per il servizio pubblico arriva il momento della svolta istituzionale, del passaggio dalla fase creativa e destrutturata degli anni '80 a quella che sarà la fase del riconoscimento istituzionale e della piena legittimazione operativa.

Il punto di svolta è rappresentato da un altro convegno importante che si svolge a Treviso verso la fine del 1991(7). A Treviso si radunano oltre 150 operatori dei servizi pubblici del Veneto, ma ci sono anche numerosi dirigenti ed operatori delle cooperative sociali e delle comunità private, amministratori locali, dirigenti e funzionari delle ULSS, e poi imprenditori, sindacalisti, rappresentanti delle Associazioni e del volontariato sociale. Per tre giorni si ascoltano relazioni, si discute in gruppi seminariali, ci si confronta sui temi e sulle esperienze si analizzano i punti critici, si propongono soluzioni.

In quella occasione Montobbio pronuncia la frase destinata a diventare l'emblema del convegno: "la sperimentazione è finita", indicando chiaramente che da quel momento la strategia e operatività dei SIL avrebbero dovuto alzare il tiro per migliorare qualità e quantità dei propri interventi, mentre i pubblici amministratori e i dirigenti delle ULSS dovevano riservare maggiore attenzione a questi servizi aumentando la loro "visibilità" e le risorse a disposizione.

Ed è proprio così che succede, almeno nel Veneto, in un crescendo di attività e di proposte che investe tutta la regione e riesce in poco tempo a operare un processo di promozione/estensione dei progetti strategici, dei modelli operativi e della qualità organizzativa dei servizi.

Vediamo come funziona normalmente un SIL (8) , nella sua attività quotidiana e nella sua programmazione strategica.

L'équipe del servizio è composta mediamente da 5 operatori (4 educatori e 1 addetto all'assistenza) più un coordinatore (assistente sociale o sociologo o psicologo). L'attività si estrinseca su due livelli:

- a) l'attività che definiamo "istituzionale" perché riguarda il compito precipuo del servizio, vale a dire la programmazione e la gestione dei percorsi di formazione in situazione;
- b) l'attività di "supporto" che attiene a tutte le altre operatività del servizio e che serve da aiuto all'attività istituzionale.

In genere il percorso formativo si sviluppa sequenzialmente in questo modo:

- 1 il servizio accoglie il disabile, spesso inviato dai servizi di base, e lo informa delle modalità e delle regole del percorso formativo. Il primo colloquio (fatto assieme alla famiglia) serve al servizio per conoscere direttamente la persona da inserire e valutarne la reale predisposizione all'esperienza formativa. In caso di assenso da parte del disabile, egli viene messo in lista d'attesa;
- 2 sull'altro versante, il servizio si muove continuamente sul territorio per ricercare le aziende disponibili (e adatte) alla formazione. Viene predisposta una banca dati dell'offerta
- 3 a questo punto il servizio opera l'abbinamento disabile/azienda. Prima vengono informati separatamente il disabile e l'azienda sulle caratteristiche reciproche e poi viene fatto l'incontro a tre (Disabile - SIL - Azienda) per concordare il percorso. Nel frattempo il servizio ha provveduto (assieme alla direzione aziendale) a "sensibilizzare" il gruppo operativo (reparto) dove verrà svolta l'esperienza formativa;
- 4 durante il tirocinio, un operatore del servizio (operatore di riferimento) seguirà costantemente l'andamento della formazione tramite colloqui con il disabile e incontri con il gruppo operativo aziendale (di norma settimanalmente) e incontri mensili di verifica (con il disabile e la famiglia e separatamente con la direzione aziendale);
- 5 al termine del tirocinio viene fatta la verifica conclusiva e, in relazione agli obiettivi posti ma soprattutto ai risultati ottenuti, vengono ipotizzate le soluzioni (che possono essere sia la prosecuzione della formazione, sia l'assunzione, sia la conclusione definitiva dell'esperienza presso l'azienda).

Molte sono le variazioni operate dai servizi sul tema della formazione in situazione. Si può affermare che ogni percorso ha la sua specificità, tuttavia la metodologia di fondo adottata e gli obiettivi da raggiungere ricalcano l'idea e la prassi ideate da Montobbio e cioè la possibilità di sperimentare un percorso formativo in contesto produttivo che serva al disabile per apprendere regole, mansioni, e relazioni del c.d. mondo del lavoro e all'azienda per conoscere realmente la persona, i suoi limiti e le sue potenzialità.

L'altra modalità operativa dei SIL attiene a tutte le iniziative che i servizi pongono in essere per favorire direttamente o indirettamente lo svolgimento dell'attività formativa/educativa. Citiamo qui le più importanti:

- la costruzione delle alleanze istituzionali e sociali a livello territoriale, quali la costituzione dei gruppi guida, e la stipula di protocolli d'intesa (9);

- il collegamento dei servizi a livello provinciale e a livello regionale attraverso i coordinamenti provinciali ed il coordinamento regionale (10);
- la sensibilizzazione culturale e l'informazione sui temi dell'integrazione socio-lavorativa dei disabili (convegni, pubblicazioni, proposte di riforma e di innovazione normativa).

Questa seconda modalità operativa ha permesso ai servizi di creare gli spazi politici e culturali per migliorare costantemente il loro intervento, ma ha anche portato all'attenzione dei soggetti istituzionali, delle parti sociali e dell'opinione pubblica la presenza e l'azione dei SIL e dei risultati quali/quantitativi realizzati.

Nel 1994 quasi tutte le ULSS del Veneto (31 su 36) si sono dotate del servizio per l'inserimento lavorativo. Gli operatori direttamente impegnati nei servizi sono circa 160 (dei quali 64 a full-time, gli altri a part-time). I tirocini effettuati nell'anno precedente sono 1.189 (circa 10 tirocini per operatore full-time equivalente), mentre le assunzioni dei disabili in formazione sono 173. Il costo medio per tirocinio è di circa £. 10 milioni all'anno (costo/operatore, borsa/lavoro, assicurazioni).

Tutto bene, quindi? La storia ed i risultati propendono sicuramente per un giudizio positivo dell'esperienza dei servizi per l'inserimento lavorativo, ma non mancano i punti deboli che una analisi attenta e critica non può esimersi dall'evidenziare. Si tratta, è bene precisare, di carenze che riguardano l'esperienza dei SIL nella sua complessità e nelle sue tendenze di fondo e che non sono quindi attribuibili meccanicamente ai singoli servizi, ognuno dei quali ha storia e qualità operativa diverse ed originali.

La principale critica che viene mossa ai SIL riguarda l'utenza di riferimento. Abbiamo visto che i servizi sono nati per rispondere alle esigenze di formazione e di inserimento lavorativo dei disabili psichici, esclusi dal circuito istituzionale del collocamento obbligatorio. Il primo periodo, caratterizzato da uno sviluppo considerevole e da soluzioni innovative, risponde alla forte domanda iniziale proveniente dai disabili e dalle loro famiglie. Con il passare del tempo questa progettualità creativa, proprio a causa della sua efficacia, si è trasformata in una funzione sempre più ristretta e limitata. È successo che l'utenza di riferimento dei SIL si è fatta sempre più specifica ed elitaria. Pochi servizi hanno avuto la capacità di riconvertirsi verso le nuove emergenze, come i malati mentali, i tossicodipendenti, i carcerati, ecc., le quali, in mancanza di una forte risposta da parte del servizio pubblico, si sono rivolte alla cooperazione sociale.

E qui veniamo alla seconda carenza. Se è vero che i SIL hanno saputo collegarsi efficacemente con tutti gli altri soggetti, istituzionali e non, che si occupano dei processi di integrazione socio-lavorativa, promuovendo la politica delle intese e la sinergia di rete, molto minore è stata la ricerca di collaborazione nei confronti della cooperazione sociale. Per la verità anche il movimento della nuova cooperazione ha avuto la sua parte attiva nel voler distanziarsi dal servizio pubblico considerato aprioristicamente come troppo sclerotico e burocratizzato. In realtà quello che si è verificato è stato un reciproco processo di autoreferenzialità, fenomeno che si crea a seguito di una sopravvalutazione ingiustificata delle proprie capacità e di una contemporanea delegittimazione arbitraria dell'intervento altrui. L'autoreferenzialità porta a giustificare acriticamente la propria organizzazione e la propria attività indipendentemente dai risultati conseguiti e da ciò che succede all'esterno. Questo atteggiamento è spesso presente nell'area pubblica e ultimamente ha preso piede anche nel privato-sociale. Una ragione determinante dell'involuzione autoreferente è data dalla condizione di monopolio, ovvero dalla mancanza di confronto competitivo che caratterizza sovente il servizio pubblico. In questo senso non sarebbe male se si potesse approfondire il rapporto con il settore privato che, confrontandosi con il mercato, non può permettersi tentazioni autoreferenti, ma deve costantemente e criticamente collegarsi con tutto ciò che gli sta intorno, modificandosi continuamente e/o cercando di modificare l'ambiente. Un pizzico di logica di mercato sarebbe salutare ai servizi pubblici, non certo per obiettivi di profitto, ma per cercare di migliorare l'atteggiamento verso l'esterno. Molti servizi hanno capito l'importanza di conoscere da vicino come funziona l'impresa privata e hanno tratto beneficio da questa esperienza, qualificando anche i rapporti con il privato-sociale.

Resta il fatto che la maggior parte dei SIL oggi rischia l'isolamento e la separatezza, rischio che può essere evitato solo se i servizi sapranno aprirsi alle nuove richieste e ai nuovi soggetti. Esistono i margini per una correzione di rotta che permetta il rilancio dell'azione dei servizi e dell'intera area che si occupa delle fasce deboli del mercato del lavoro. Una valida risorsa è sicuramente la nuova legge sul collocamento dei disabili. In sede di conclusioni esamineremo qualche altra opportunità.

LA RIFORMA, FINALMENTE

Il 12 marzo 1999, dopo più di 30 anni, la legge 482 del 1968 è sostituita da una nuova norma la legge n° 68, che ha per titolo: norme per il diritto al lavoro dei disabili.

La legge 68 ribalta completamente l'impostazione ed i contenuti della 482. I punti qualificanti della nuova norma sono:

- a) le persone che possono usufruire della legge sono esclusivamente i disabili fisici, psichici e sensoriali;
- b) viene abbassato il limite di dipendenti dei datori di lavoro pubblici e privati che rientrano nell'obbligo e, contemporaneamente, è diminuita la quota di disabili da inserire. Il nuovo quadro è il seguente: nelle aziende da 15 a 35 dipendenti deve essere inviato 1 disabile, in quelle da 36 a 50 dipendenti 2 disabili, oltre i 50 dipendenti il 7% di disabili;
- c) la legge introduce il concetto di "collocamento mirato", inteso come: "quella serie di strumenti tecnici che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione."
- d) le aziende possono stipulare delle convenzioni con gli enti pubblici preposti, per il collocamento mirato dei disabili. La convenzione prevede una serie di azioni e modalità di sostegno all'inserimento quali: il tirocinio formativo, la facoltà per l'azienda di scelta nominativa del disabile da inserire, l'assunzione con contratto a termine, l'allungamento del periodo di prova.
- e) per i datori di lavoro sono previsti incentivi, sotto forma di abbattimento parziale o totale degli oneri contributivi, nel caso di assunzione di disabili gravi (a partire dall'80% di invalidità). Tali incentivi (limitati nel tempo) sono estesi anche alle aziende non soggette all'obbligo (es. gli artigiani) che procedono all'assunzione dei disabili gravi;
- f) vengono emanate consistenti sanzioni economiche in caso di non rispetto della legge;
- g) infine è previsto il coinvolgimento delle cooperative sociali di tipo B, con le quali le aziende private possono stipulare delle convenzioni dove si impegnano ad affidare delle commesse di lavoro alle cooperative in

cambio dell'inserimento "temporaneo" di lavoratori disabili nelle imprese sociali.

Nel complesso si tratta di una buona legge, sostanzialmente rispondente alle aspettative, soprattutto laddove prevede l'introduzione del concetto di collocamento mirato prevedendone l'attuazione attraverso il servizio pubblico. Inutile dire quanto ha pesato l'esperienza di questi trent'anni di progettualità e di attuazione di forme mirate e contestualizzate di formazione e di inserimento lavorativo.

Gli altri aspetti positivi della legge 68 riguardano l'abbassamento della quota di obbligo e l'allargamento dello stesso alle aziende fino ai 15 dipendenti. E' stato ridotto il gravoso onere che pesava sugli imprenditori soggetti all'obbligo e contemporaneamente è stata allargata la base delle disponibilità anche alle piccole aziende.

Più difficile il giudizio sulle facilitazioni per il collocamento dei disabili più gravi e per le sanzioni in caso di inadempienza. La limitazione nel tempo delle agevolazioni, rischia di vanificare l'incentivazione ad assumere i disabili gravi. Per quanto riguarda il sistema delle sanzioni è da rilevare che la sua complessa articolazione e la lentezza amministrativa ancora presente nell'ente pubblico (demandato alla verifica del rispetto della norma e all'applicazione delle sanzioni), fanno temere sulla sua efficacia deterrente. Solo la verifica sul campo dirà se incentivi e sanzioni si dimostreranno adeguati agli obiettivi ambiziosi che la legge si pone.

Infine l'elemento più critico riguarda il rapporto con le cooperative B. Sembra poco praticabile uno scambio tra il sistema produttivo privato e le cooperative sociali, così come individuato dalla legge. In teoria dovrebbe succedere che un disabile avviato presso un'azienda venga prima assunto formalmente da questa e poi dirottato alla coop. B, dove lo aspetta un periodo di formazione (max. 12 mesi prorogabili per altri 12), per poi ritornare definitivamente nell'azienda inviante, la quale, nel frattempo avrà fornito alla coop. sociale una commessa di lavoro congrua (tale cioè da coprire i costi dell'operazione). In pratica si tratta della formazione in "altra" situazione, uno scambio altamente improbabile che non tiene conto della soggettività e della volontà del disabile, né dei problemi tecnico-organizzativi che una gestione così rigida del percorso formativo comporta. Anche in questo caso, si dovrà aspettare del tempo per verificare la bontà dell'ipotesi di collaborazione tra aziende private e cooperative sociali, magari attuando forme flessibili e mirate di applicazione del dettato normativo.

CONCLUSIONI

Abbiamo esaminato le tendenze evolutive delle politiche di welfare nel nostro paese, con particolare attenzione alle iniziative sul versante dell'integrazione socio-lavorativa delle fasce deboli del mercato del lavoro. Ci siamo addentrati analiticamente all'interno delle due direttrici fondamentali di sviluppo dei percorsi di formazione e di riabilitazione delle persone disabili e/o svantaggiate: quella dei servizi pubblici di inserimento lavorativo e quella della cooperazione sociale. Abbiamo rilevato come queste due strategie di intervento si siano, finora, espresse in modo parallelo e autonomo, al di là di alcuni momenti di interazione che rimangono ancora episodici e privi di un progetto complessivo di rete. Abbiamo, infine messo in rilievo i punti di forza e di debolezza del sistema, indicando sinteticamente quali possono essere le prospettive per una ulteriore crescita quali/quantitativa dell'insieme degli interventi in materia. Ci sembra importante, per concludere, fornire qualche spunto sintetico e aperto (ad ulteriori apporti anche critici), allo scopo di ampliare e migliorare le possibilità di pianificazione e di azione su questa materia.

Sul versante normativo si tratta innanzitutto di applicare la legge 68/99 in modo, completo e sinergico, riuscendo a creare un continuum efficace tra il servizio pubblico, le cooperative sociali di tipo B e le Aziende private. Forse in nessun altro caso di dettato programmatico/normativo si è verificata una tale significativa compresenza di tutti e tre i settori: quello pubblico, quello privato e il nuovo settore costituito dal privato-sociale. L'occasione per avviare un processo di collaborazione può essere davvero unica ed irripetibile, specie laddove tutti e tre questi attori hanno dato prova di capacità strategica e di qualità gestionale.

Le scelte politiche e le modalità organizzative più opportune per guidare e realizzare i nuovi processi di integrazione socio-lavorativa, devono poter riferirsi alla intuizione di Montobbio e cioè la formazione di un gruppo politico-strategico, costituito dai rappresentanti dell'ente locale, delle associazioni imprenditoriali, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni di tutela dell'utenza e del privato-sociale; e una équipe tecnica pluriprofessionale e trasversale.

Si tratta di stipulare un patto sociale a livello locale tra tutti gli attori che concorrono a realizzare le condizioni per l'integrazione sociale attraverso la riabilitazione lavorativa. Un patto forte e profondo che sappia affrontare alle radici la questione del lavoro e allo stesso tempo duttile ed

articolato per proporre soluzioni mirate, efficaci ed attente alle soggettività e all'uso delle risorse.

Le emergenze da affrontare localmente sono due:

1. l'inserimento lavorativo di quelle persone che costituiscono la vera disoccupazione strutturale nel nostro territorio, vale a dire i disabili gravi (come gli handicappati psichici e i malati mentali) e i soggetti più esposti all'emarginazione (tossicodipendenti, alcooldipendenti, carcerati, e ora anche alcune fasce di immigrati);
2. lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle cooperative sociali di tipo B.

Sul primo punto occorre operare perché diventi reale il diritto al lavoro per tutte quelle persone che vogliono esercitarlo e che da tale diritto possono acquisire abilità, autonomia, migliori condizioni di vita. Questo al di là delle difficoltà soggettive che, come abbiamo visto possono essere ridotte, se non superate, e nonostante le doverose considerazioni di natura economica che un obiettivo così ambizioso pone. Le risorse umane e materiali non mancano di certo nel nostro contesto socio-economico, si tratta di vedere se e in che misura si vogliono attivare.

Per quanto riguarda la cooperazione sociale di tipo B, le condizioni essenziali per la sua affermazione sono:

- a) che essa si sappia affrancare completamente da una situazione di subalternità culturale oltretutto economica che finora l'ha vista nel ruolo di comprimaria, specie nei rapporti con l'ente pubblico, ma anche nei confronti del sistema produttivo privato. L'impresa sociale deve diventare soggetto autonomo e autorevole in grado di incidere sulle politiche dell'inclusione socio-lavorativa delle fasce deboli;
- b) l'altra condizione è che tutti gli altri soggetti interessati sostengano in modo non residuale e non assistenziale i progetti e le attività delle imprese sociali, ciascuno per la parte che gli spetta e insieme in una visione strategica e sinergica.

Si rammenta, in sintesi alcuni dei più importanti strumenti di sostegno dell'impresa sociale.

- legge 68/99 fornitura di commesse di lavoro da parte delle imprese private, sostegno all'avvio e alla gestione delle coop. B tramite i fondi previsti (trasferimenti del Ministero e fondo sanzioni);
- legge 381/91 (art. 5 successivamente modificato dalla legge 52/96) fornitura di commesse di lavoro da parte dell'ente pubblico in forma di trattativa diretta fino a 200.000 Euro, oltre i 200.000 Euro possibilità di

indire gare d'appalto prevedendo, per la ditta vincente, l'obbligo di inserire soggetti svantaggiati (questa clausola favorisce le coop. B);

- legge regionale 46/80 promozione e sostegno da parte delle Aziende Socio-Sanitarie di cooperative per l'inserimento lavorativo pazienti psichiatrici;
- legge regionale 24/94 (applicazione della 381) sostegno ai progetti di impresa sociale, per l'avvio delle attività e per investimenti di sviluppo/ristrutturazione.

A conclusione, ci sembra opportuno citare una parte dell'intervento che Giorgio Moretti, un altro grande maestro della riabilitazione, ha fatto nel "lontano" 1984 (11), ma che sono di straordinaria attualità.

"Affinché la persona handicappata si realizzi mediante il lavoro sono necessarie molte condizioni, non diversamente da quello che accade ad un individuo sano e normale.

Pur se ne dimenticherò qualcuna, vorrei elencare le principali:

il lavoro deve essere un'esigenza sentita, una soluzione necessaria per realizzare il proprio sé. L'individuo adulto cerca spontaneamente un lavoro, anche se non ne ha bisogno, perché le altre attività, quelle ad esempio esercitate nell'infanzia, non sono più sufficienti;

il lavoro non deve comportare un eccesso di fatica, o perlomeno una fatica superiore alla motivazione;

il lavoro deve essere uno strumento effettivo di integrazione sociale e ricevere, su questo piano, un adeguato riconoscimento;

il lavoro deve avere un compenso che sarebbe infantile vedere nel solo corrispettivo economico, ma che deve attuarsi anche sotto forma di autonomia;

il lavoro deve comportare qualche misura di partecipazione all'intero processo produttivo: ricordiamo che su questo punto si è aperto, soprattutto qualche anno fa, un vivace dibattito."

NOTE

1. L'obbligo vale solo per le aziende private mentre per la pubblica amministrazione la legge prevede che il vincolo del 15% non debba essere superato. Questo perché, contrariamente all'impresa privata, nella pubblica amministrazione la tendenza prevalente è (era) quella di favorire l'assunzione di persone disabili. Infatti, mentre l'imprenditore tiene conto innanzitutto del risultato economico, l'amministratore pubblico tende a privilegiare il vantaggio politico che gli deriva dalla soluzione del problema occupazionale delle

- persone in difficoltà (ciò almeno finché non si pongono anche per la P. A. problemi di carattere finanziario come sta' avvenendo in questi ultimi anni).
2. La percentuale media di copertura nelle Aziende private dell'area Nord-Est era, nel 1995, del 4% (fonte Ministero del Lavoro). Si tratta di un valore che, in un'area produttiva ad alta intensità occupazionale, riesce a coprire l'intera domanda degli invalidi fisici. Ciò significa che un lavoratore con handicap fisico che si iscrive alle liste del collocamento obbligatorio, ha la certezza di trovare un posto di lavoro entro breve tempo. Diverso è il discorso per un disabile psichico, per il quale le difficoltà di trovare un lavoro sono sicuramente maggiori, ma non dipendono, se non in minima parte, dalla situazione economica e occupazionale.
 3. Nei giorni 9 e 10 novembre 1984 si svolge a Genova il Convegno Nazionale su "L'inserimento lavorativo degli handicappati". Il convegno richiama numerosi operatori e specialisti del settore e si articola in una serie di relazioni tematiche che spaziano dall'analisi dell'universo handicap in tutte le sue sfaccettature alla divulgazione di elementi conoscenza del sistema impresa e della organizzazione del lavoro per arrivare a delineare l'esperienza genovese e di altre realtà significative a livello nazionale. Una ricerca di C. Lepri rileva e censisce circa 3000 inserimenti lavorativi effettuati in ambito nazionale, così ripartiti: 66% al nord, 30% al centro e il restante 3% al sud. Il convegno ha rappresentato un significativo momento di elaborazione e di confronto di idee, progetti e modelli operativi in tema di formazione e inserimento lavorativo delle persone handicappate. Per una più approfondita informazione sul convegno di Genova, vedi "Prospettive Sociali e Sanitarie" n° 6/7 1-15 Aprile 1985 - CIS editore.
 4. Nel 1980 nasceva il primo servizio per l'inserimento lavorativo della Regione Veneto: il SIL della Azienda U.L.S.S. n° 5 di Bassano del Grappa (VI) seguito, nello stesso anno, dal SIL dell' Azienda U.L.S.S n° 18 di Dolo (VE) e, nel 1981, dal S.I.L. di Treviso (Azienda U.L.S.S n° 10). Subito questi primi servizi si collegano informalmente per confrontare progettualità, modelli operativi e risultati. A partire dalla metà degli anni 80 vengono avviate nuove e esperienze e alla fine del decennio i SIL sono presenti in quasi tutte le Unità Socio-Sanitarie del Veneto (fonte "Non voglio la Luna - Percorsi di integrazione sociale e lavorativa dei disabili" Edizioni Del Cerro 1994).
 5. Si tratta delle legge n° 266/91 "Legge quadro del volontariato" e della legge n° 381/91 "Disciplina delle cooperative sociali".
 6. La Regione Veneto aveva emanato nel 1987 una legge sulla cooperazione sociale, la legge n°20 che in alcune disposizioni ha precorso la successiva legge nazionale n°381 (vedi la suddivisione tra coop. di servizi e coop. di inserimento lavorativo, le c.d. coop. integrate, vedi il sostegno economico all'inserimento dei soggetti svantaggiati, etc.) La legge regionale n° 20 è decaduta quando è stata approvata la legge n°381. Nel 1994 la regione, in ottemperanza alla legge nazionale, ha varato una norma specifica per la

- cooperazione sociale, la legge n° 24, la quale prevede un apposito albo per le cooperative sociali, eroga contributi per l'avvio e lo sviluppo d'impresa, definisce le convenzioni tipo tra l'ente locale e le cooperative.
7. Si tratta del Convegno che ha per titolo "Non voglio la Luna" organizzato dalla Regione Veneto e dall'Azienda U.L.S.S n°10 (ora n° 9) e svoltosi a Treviso dal 28 al 30 novembre 1991. Per un approfondimento dei temi e dei lavori del Convegno vedi "Non voglio la Luna - Percorsi.... " (cit.).
 8. Nella esposizione dell'attività dei SIL e delle principali variabili economico-organizzative ci si è avvalsi di una ricerca condotta nel 1994 dal Coordinamento Tecnico dei S.I.L. del Veneto.
 9. Si ricorda in particolare il protocollo siglato nel 1992 a Treviso tra l'UPLMO, le quattro ULSS della Provincia, l'UNINDUSTRIA e CGIL-CISL-UIL, nel quale si prevedeva la possibilità di gestire la legge 482 tramite la formazione in situazione. In base all'intesa, le aziende obbligate possono richiedere un periodo di formazione in situazione (gestito dai SIL) per i disabili (anche psichici) inviati dall'UPLMO. Con l'accordo si è iniziato il percorso istituzionale della formazione in situazione. L'esperienza di Treviso si è poi allargata a tutto il Veneto ed ad altre parti d'Italia. Nel 1996, sempre a Treviso, un altro accordo tra l'UPLMO, UNINDUSTRIA, CGIL-CISL-UIL ed il Consorzio INTESA (cooperative sociali) prevedeva lo scambio tra le aziende e le cooperative sociali (che si occupavano di riabilitazione socio-lavorativa): commesse di lavoro in cambio di inserimenti lavorativi. Le aziende obbligate dalla 482, possono, in alternativa all'assunzione di uno o più disabili cedere delle commesse di lavoro alle cooperative che si impegnano ad inserire altrettanti lavoratori che volontariamente scelgono il percorso in cooperativa. Questo secondo accordo ha diviso gli addetti ai lavori e l'opinione pubblica. In ogni caso è stato il punto di riferimento per la successiva legge di riforma della 482.
 10. Fin dagli esordi, esistevano tra i SIL forme di collegamento orizzontali. Agli inizi degli anni '90 si sono consolidate modalità di coordinamento in tutte le provincie (dettate soprattutto dal fatto che i maggiori interlocutori dei servizi sono organizzati a livello provinciale). Nel 1994 è stato costituito il Coordinamento Tecnico Regionale dei SIL, organismo informale, ma di fatto riconosciuto come interlocutore dalla Regione e che raggruppava tutti i servizi del Veneto.
 11. G. Moretti: Lavoro ed esistenza, un rapporto non sempre facile per la persona handicappata. Intervento al Convegno Nazionale su "L'inserimento lavorativo degli handicappati" - Genova 1984 – vedi.

IL S.I.L. SERVIZIO PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO

C. Gobbo: S.I.L., Treviso.

In Italia esistono due modelli rispetto all'inserimento lavorativo che sono centrati sulle Cooperative Sociali, oppure sull'inserimento diretto nell'attività produttiva. Questi due modelli di inserimento lavorativo devono essere due modalità che rispondono alle caratteristiche delle persone, quindi è molto importante riflettere e studiarle.

I S.I.L. sono nati già da circa vent'anni in quasi tutte le ULSS del Veneto dapprima rivolgendosi quasi esclusivamente ai disabili intellettivi; quindi a tutt'altra fascia di disagio, ma con l'approfondirsi dell'esperienza hanno rivolto la loro attenzione e attività anche ai disabili psichici. Questo ha richiesto, e richiede tuttora, una stretta e fattiva collaborazione con gli altri servizi dell'Azienda ULSS, con il Dipartimento di Salute Mentale con tutte le sue diverse articolazioni (Unità Operative Territoriali, CSM). Esistono delle diversità di impostazione tra la collaborazione dei diversi servizi, tra i protocolli fatti nella Provincia di Treviso e quelli di altre USL del Veneto. La differenza sta solo nella distinzione operativa tra i ruoli dei diversi servizi.

L'obiettivo principale del SIL è quello di sperimentare delle forme di inserimento lavorativo e sociale per persone con disabilità psichiatrica nel contesto produttivo-territoriale, quindi all'interno delle aziende pubbliche o private. Un altro obiettivo del servizio è quello di studiare e attuare dei progetti personalizzati finalizzati a realizzare delle condizioni soggettive e oggettive di integrazione lavorativa.

I diversi passaggi avvengono con queste modalità: solitamente viene fatta una valutazione sulla persona da parte dei CSM o delle Unità Valutative Territoriali. La fattibilità di queste esperienze viene valutata attraverso una segnalazione da parte del CSM ai SIL e si stabilisce insieme un progetto sulla singola persona.

Spetta ai SIL la mediazione all'ingresso del disabile all'interno dell'ambiente di lavoro, la scelta, la conoscenza delle aziende e l'individuazione di queste, in seguito la predisposizione dell'iter burocratico-amministrativo che serve a fare una convenzione tra le parti, è stabilita dalla legge. Un altro compito che spetta al SIL è il mantenimento dei rapporti con le agenzie esterne, con la Provincia, che è l'ente che si occupa del

collocamento e dell'inserimento lavorativo, con le associazioni imprenditoriali e con i sindacati.

Un compito molto importante dell'équipe dell'UOT e del CSM è l'intervento terapeutico sulla persona, il lavoro con la famiglia, nel contesto lavorativo.

Questo si traduce in una formazione graduata usando dei mezzi che si definiscono "strumenti di tirocinio" con obiettivi diversi. Inizialmente questo percorso si pone degli obiettivi di formazione e osservazione della persona: viene fatto un tirocinio di sei mesi, osservando, tentando di capire come la persona si muove all'interno del contesto produttivo, e se ci sono le condizioni, si può attuare un "percorso di lavoro".

Per altre situazioni più gravi dal punto di vista clinico alcune ULSS utilizzano uno strumento che è definito un "percorso di inserimento sociale in contesto lavorativo".

In questo caso, gli operatori ritengono che ciò è importante che queste persone rimangano in un contesto reale, continuo ad avere rapporti con gli altri, ma l'obiettivo primario è mirato alla socializzazione, e non al lavoro e alla produzione.

Una cosa da sottolineare in questi percorsi è il fatto che da alcuni anni è stato fatto un protocollo con lo SPISAL (Servizio di Medicina del Lavoro), perché è importante avere un "abbinamento" corretto rispetto a quello che la persona va a fare, e questo fornisce maggiori garanzie sia al SIL e all'azienda, che alla persona.

In base alle ricerche effettuate è stato rilevato che sono 124 le persone che sono state prese in carico all'interno di questo progetto tra il DSM e il SIL di queste, un terzo sono persone affette da patologie psichiatriche. Negli anni è aumentato il numero di disabili psichici che si sono rivolti ai SIL per essere aiutati a trovare un lavoro. L'assunzione non è l'unico indicatore di risultato in quanto ce ne sono anche altri come la soddisfazione o la diminuzione delle giornate di ricovero.

In base a queste ricerche si è potuto appurare che lo scorso anno sono state assunte 19 persone.

Solitamente questi percorsi non durano un anno, ma tempi più lunghi. Una indagine effettuata nel corso di 4 o 5 anni ha permesso di rilevare che circa il 30% di queste persone sono state assunte.

E' stato rilevato che l'anno scorso per gli inserimenti lavorativi sono state contattate circa 680 ditte.

La legge 68 che contiene le norme per il diritto al lavoro dei disabili ha recepito il meglio di queste esperienze di inserimento lavorativo, ha

innovato il sistema introducendo il concetto "dell'inserimento mirato". Da settembre 2000 le tre U.L.S.S. con l'Amministrazione Provinciale hanno sottoscritto un protocollo di intesa che mira alla formazione del Comitato Tecnico: l'organismo che all'interno della legge deve permettere l'abbinamento tra la persona e l'azienda, (al suo interno ci sono funzionari dell'Amministrazione Provinciale, un medico legale, un medico del lavoro e un operatore del SIL della ULSS.).

La provincia di Treviso ha scelto inoltre di fare una ripartizione territoriale al fine di poter conoscere meglio il territorio, in modo tale da poter attuare nel migliore dei modi "l'abbinamento" tra persona e azienda.

Il S.I.L. deve proporre, sulla base delle relazioni che pervengono alle Commissioni Integrate e alle indicazioni del Comitato Tecnico, dei percorsi di inserimento lavorativo per persone in particolare stato di disagio che siano in carico alla rete dei Servizi Socio- Sanitari dell'Azienda ULSS.

L'articolo 9 della legge 68 afferma che tutte le persone con disabilità psichica devono essere avviate al lavoro tramite convenzione. Questo significa che tutte le persone che nel loro certificato di invalidità sono riconosciute affette da patologie psichiatriche dovranno avere un servizio di supporto e di mediazione. Parlare di convenzione all'interno della legge 68 non significa obbligatoriamente parlare di tirocinio per tutte le persone che hanno una disabilità psichica ma avere dei servizi di supporto. All'interno del gruppo comprendente le persone che sono definite disabili psichici possiamo trovare tipi di disagi molto differenti più o meno gravi, con problemi diversi di tenuta lavorativa che comportano o meno l'utilizzo dei servizi.

Inoltre molte di queste persone non sono in carico ai C.S.M. e possono non volere la mediazione dei servizi.

COSTI E INVESTIMENTI NELLA FORMAZIONE E NELL'INSERIMENTO LAVORATIVO

G. L. Bianchin: Dipartimento di salute mentale, Castelfranco Veneto.

B. Pozzobon: Cooperativa sociale L'Incontro, Castelfranco Veneto.

Chiunque si accosti alla realtà psichiatrica con l'intento dello studioso di problemi economici o dell'amministratore di un'azienda sanitaria o più semplicemente con l'obbiettivo di *“capirci qualcosa per provare a fare qualche conto”* non può sfuggire in prima istanza ad **un sentimento di frustrazione e di sconcerto**: molteplici e spesso divergenti posizioni teoriche, stili operativi i più disparati, dibattiti accesi e contrapposizioni talora irriducibili interne alla stessa comunità scientifica informano di sé l'approccio ad **una realtà estremamente complessa** e sfuggente la cui prevalenza nella popolazione generale raggiunge largamente il rango di *“problema sociale”* e la cui incidenza appare negli ultimi anni in costante e preoccupante aumento.

D'altra parte è proprio la complessità stessa del problema delle malattie mentali e la sua rilevante importanza sociale che impone ogni possibile sforzo conoscitivo in termini di analisi dei costi, sia allo scopo di ottenere **dati attendibili** che orientino in modo non equivocabile la destinazione delle risorse, sia allo scopo di valutare per quanto possibile la efficacia degli interventi e dei trattamenti sanitari e riabilitativi, onde selezionare strategicamente le procedure obbiettivamente migliori in termini di costo/beneficio.

Con queste necessarie premesse, nell'affrontare il tema dei costi dei disturbi mentali ho ritenuto di semplificare il mio approccio facendo riferimento soprattutto alla **schizofrenia**, che rappresenta indubbiamente la più grave delle patologie psichiatriche, la più invalidante e quella che impegna più fortemente il sistema dei servizi sanitari e sociali.

La letteratura sui costi dei disturbi psichiatrici in generale e specialmente della schizofrenia, è rilevante in termini quantitativi, ma scarsamente conclusiva per una serie di limitazioni che ineriscono strettamente alla natura della stessa patologia:

I pazienti schizofrenici infatti sono di difficile “standardizzazione” già a partire dalla diagnosi e dagli effetti delle alterazioni psicopatologiche sulla

qualità della vita e su varie aree di funzionamento sociale (spesso non vi è corrispondenza tra gravità psicopatologica e livello di disabilità sociale).

In secondo luogo la schizofrenia non presenta una “storia naturale” univoca: di fatto ogni paziente ha un proprio decorso clinico in cui la durata degli episodi di malattia, la frequenza delle recidive e le potenzialità di recupero dipendono – oltre che dalla risposta ai trattamenti sanitari – da una serie numerosa di variabili individuali, familiari e sociali.

Ancora questi pazienti vengono assistiti da una complessa rete di servizi di tipo sanitario e sociale che impegnano e coinvolgono a vario titolo istituzioni e risorse della comunità; infine, i pazienti mantengono con questi servizi rapporti il più spesso discontinui e di intensità variabile, ciò che complica notevolmente la già difficile procedura di raccolta delle informazioni e il monitoraggio dei processi.

Altro fondamentale problema che limita radicalmente le caratteristiche dell’approccio allo studio dei costi della schizofrenia è costituito dall’impossibilità di stabilire una valutazione affidabile circa l’efficacia dei trattamenti psichiatrici (*Ruggeri e Transella, 1994*), ciò che impedisce di fatto un’analisi comparata tra i costi delle terapie e la loro reale efficacia sulla patologia.

Con tali limiti, gli studi di analisi economica riguardano essenzialmente **costi “visibili”** quali i costi strettamente sanitari; o prendono in considerazione il raffronto tra diversi protocolli di trattamento farmacologico misurandone l’efficacia in relazione all’incidenza su variabili quali le giornate di ospedalizzazione, etc.

Nell’intento di realizzare un approccio più “realistico” al problema, molti studi si orientano allora nel senso di una valutazione del “costo sociale” della patologia: questi studi “... noti sulla scena internazionale come Burden of Illness (BOI) o Cost of Illness (COI) si accontentano di cimentarsi con la stima del volume di risorse assorbite da una manifestazione patologica, includendo sia quelle necessarie al suo trattamento sia quelle legate alle sue conseguenze” (Rossi e Jommi, 1997).

Con questo tipo di approccio ci si propone di separare in primo luogo i “costi diretti” (a carico del sistema dei servizi sanitari e sociali deputati istituzionalmente ad occuparsi della patologia) dai “costi indiretti” (a carico delle altre componenti del sistema economico e sociale).

“Questi ultimi a loro volta vengono distinti in “costi tangibili”, relativi a fattori dotati di un prezzo di mercato in quanto abituali oggetti di scambio, e “costi intangibili”, collegati a fattori che non vengono di norma scambiati sul mercato” (Rossi e Jommi, 1997).

Ulteriormente bisognerebbe distinguere **tra costi sanitari e costi sociali**, tra i quali dovrebbero includersi non solo l'intervento dei Comuni per attività assistenziali di vario genere, ma anche i costi connessi all'intervento di vari servizi pubblici come la pubblica sicurezza o i pompieri, i costi legati ai disagi materiali (giornate di lavoro perse per l'assistenza) e psicologici delle famiglie o al disagio sociale della comunità (problemi di convivenza in aree residenziali urbane, etc.).

Infine sarebbe essenziale quantificare il costo derivante dalla mancata produttività del paziente nei periodi di malattia e l'incidenza di questo dato sul PIL.

Aggiungiamo che spesso tali costi, oltre che di ardua quantificazione, sono di difficile valorizzazione in termini monetari.

Su questo terreno di grande complessità riporto alcuni contributi della letteratura, che traggo largamente da Rossi e Jommi già citati (in Rabboni, a cura di, 1997) e che possono dare un'idea degli sforzi metodologici realizzati e di qualche stimolante conclusione.

STUDI DI VALUTAZIONE ECONOMICA

Nel 1980 Weisbrod e al. presero in considerazione i costi e i benefici principali associati al trattamento di 2 gruppi di pazienti psichiatrici, l'uno trattato con metodo tradizionale e l'altro con metodo sperimentale finalizzato alla deistituzionalizzazione. Tra i costi indiretti, gli autori considerano i guadagni persi dalla famiglia, a causa del paziente, i costi per le notti in prigione, per i processi giudiziari, per multe e infrazioni, le sovvenzioni per i figli a carico, i costi per i danni provocati dal paziente ad altre persone; tra i benefici gli autori inclusero anche i guadagni da lavoro in laboratorio protetto.

Le loro conclusioni rilevano come il costo sociale netto (costi meno benefici) dei due programmi alternativi sia sostanzialmente analogo e pari all'incirca a 6.000 dollari annui per paziente.

Nel 1989 Hafner e Van der Heiden valutarono che in un gruppo di 148 pazienti con diagnosi di schizofrenia l'assistenza territoriale costava in media una quota pari al 43% del costo del trattamento ospedaliero; la spesa per l'assistenza territoriale risultava maggiore di quella ospedaliera solo per 8 pazienti trattati nel territorio probabilmente a causa della notevole gravità delle loro condizioni cliniche.

Nel 1991 Burns e Raftery hanno riportato che, per un ampio gruppo di pazienti schizofrenici residenti in un distretto della città di Londra il

trattamento territoriale costa circa la metà di quello ospedaliero e ciò principalmente per la riduzione delle giornate di ricovero.

STUDI DI COSTO SOCIALE

Nel 1992 Evers e al. hanno sottolineato come il costo sociale della schizofrenia nei Paesi Bassi, basato su stime di prevalenza fosse nel 1989 pari a 840 milioni di fiorini corrispondenti a circa 550 miliardi di lire, con incidenza sul PIL olandese pari allo 0,2% e con un costo individuale pari a (dato un tasso di prevalenza dello 0,6%) pari a 9.500 fiorini, corrispondenti a oltre 6 milioni di lire del 1989.

Nello stesso studio si riportava che i costi diretti sanitari per l'assistenza dei malati di mente ammontavano nell'89 a 775 milioni di fiorini pari al 25% circa della spesa sanitaria complessiva dei Paesi Bassi. Il valore complessivo dei costi indiretti era a 69 milioni di fiorini , con un incidenza dell'8% dei costi sociali complessivi.

Nel 1992 Rice e al. condussero uno studio sui costi dei disturbi mentali nel loro complesso e conclusero, escludendo dall'indagine i disturbi psichici legati all'uso di sostanze psico-attive che il costo sociale dei pazienti psichiatrici ammontava nel 1985 a 104 miliardi di dollari (circa 200.000.000 miliardi di lire) ed era pari al 2,6 % del PIL con un costo pro-capite di 5.660 dollari (10,8 milioni di lire per la popolazione in contatto con i servizi psichiatrici o residenziali presso gli ospedali psichiatrici. In questo stesso studio la spesa sanitaria complessiva per le malattie mentali ammontava nell'85 a 42.500 milioni di dollari pari al 10,8% della spesa sanitaria complessiva.

Secondo Rossi e Jommi (1997) i dati regionali di spesa pubblica per i servizi psichiatrici relativi alle Regioni Piemonte e Lombardia per l'anno 1994 indicano un'incidenza sulla spesa sanitaria complessiva del 4,3% per la regione Piemonte e del 4,1% per la regione Lombardia; tale dato ove fosse estrapolato per l'intera realtà nazionale, porterebbe ad una stima teorica di circa 3.800 miliardi di lire la spesa per la psichiatria per il 1994. Poiché questo dato non include i costi indiretti, ove si assuma dalla letteratura specializzata un'incidenza percentuale del costo dei servizi psichiatrici sul costo sociale complessivo pari al 50%, il costo sociale delle malattie mentali può essere stimato attorno ai 7.600 miliardi pari allo 0,5 del nostro PIL e pari ad un costo sociale per paziente corrispondente a circa 13 milioni di lire (assumendo una prevalenza del 1%).

CONSIDERAZIONI

Tutto ciò spiega quanto sia rilevante il costo sociale della schizofrenia e più in generale dei disturbi mentali nel loro complesso. Ora dovremo tentare di capire se questo costo sia prevalentemente o assolutamente un “costo passivo” o se nella attuale realtà della “psichiatria aziendale” si possano intravedere potenzialità tali per cui il percorso della riabilitazione del paziente psichiatrico si concluda, almeno talvolta ma significativamente, con la piena restituzione del malato al suo ruolo di cittadino produttivo.

Mi pare essenziale allo scopo riproporre sinteticamente **alcuni dati epidemiologici e di costo della schizofrenia** che rappresentano altrettanti riferimenti ragionevolmente certi per guidare il nostro discorso.

La schizofrenia presenta una prevalenza nella popolazione generale che sfiora l'1%.

E' stato calcolato che i pazienti schizofrenici occupano negli USA il 25% di tutti i letti ospedalieri (*Davies e Drummond, 1990*).

Il 75% dei costi sanitari diretti della schizofrenia è da attribuire alla terapia in regime residenziale, ospedaliero e comunitario (*Davies e Drummond, 1994*).

Il 75% dei pazienti schizofrenici riceve un trattamento antipsicotico di mantenimento a lungo termine. (*Kane e Murder, 1993*).

Il costo dei trattamenti farmacologici rappresenta il 5% dei costi sanitari diretti della schizofrenia (*Andreasen, 1991*).

Il 70/80% dei pazienti schizofrenici sono disoccupati e quindi oltre a non essere produttivi, sono in carico alla assistenza sociale; altri costi indiretti includono un eccesso di mortalità precoce rispetto alla popolazione generale e agli effetti negativi sulle famiglie (*Chouinard e Albright, 1997*).

I costi diretti ed indiretti della schizofrenia sono stati stimati in 6 volte il costo dell'infarto del miocardio (*Andrews et. Al., 1985*).

I costi diretti della schizofrenia negli USA sono stati stimati in 19 bilioni di dollari nel 1995 (*Wyatt e de Saint Ghislain, 1995*)

I costi indiretti della schizofrenia sono stati stimati negli USA in 46 bilioni di dollari per il 1995 (*Wyatt e de Saint Ghislain, 1995*).

Circa il 30% dei pazienti schizofrenici non risponde alla terapia psicofarmacologica.

Per quanto riguarda gli esiti della schizofrenia viene correntemente riportato che circa il 25% dei pazienti va incontro a guarigione con restitutio ad integrum, circa il 48% dei pazienti guarisce “con difetto”, circa il 27% presenta un deterioramento progressivo.

Da molti anni la schizofrenia ha perduto la connotazione fatalmente progressiva e deteriorante che era stata proposta da Kraepelin; modernamente si ritiene che (Lieberman, 1992) “ricerche svolte a livello internazionale e ripetute con successo dimostrano che oltre la metà delle persone che sono state diagnosticate affette da schizofrenia ha manifestato recuperi sociali e sintomatici sostanziali a distanza di venti o anche trenta anni dalla comparsa della sintomatologia florida della malattia (Ciompi, 1980; Huber et al 1980., Harding et al., 1987., Lieberman 1988).

Pertanto l'interrogativo da porsi non è più se sia possibile o meno trattare la schizofrenia e i relativi gravi disturbi mentali, quanto piuttosto cosa si possa fare per accelerare la ripresa funzionale di queste persone”.

L'avvento dei neurolettici atipici ha consentito di ridurre i costi diretti del trattamento della schizofrenia cronica (Meltzer et al., 1993).

BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN NC. (1991). Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*, 17: 475-481.
- ANDREWS G., HALL W., GOLDSTEIN G., LAPSLEY H., BARTELS R., SILOVE D. (1985). The economic cost of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 537-43.
- BURNS T., RAFTERY J. (1991). Cost of schizophrenia in a randomised trial of home-based treatment. *Schizophrenia Bull.*, 17: 407-410.
- CHOUINARD G., ALBRIGHT P.S. (1997). Economic and health state utility determinations for schizophrenic patients treated with risperidone or haloperidol. *J. Cl. Psychopharmacol*; Vol. 17, n. 4, 298-307.
- CIOMPI L. (1980). Anamnestic long-term study of the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bull.*, 6: 606-618.
- DAVIES LM., DRUMMOND MF. (1990). The economic burden of schizophrenia. *Psychol. Bull.*, 14: 522-525.
- DAVIES LM., DRUMMOND MF. (1994). Economics and schizophrenia: the real cost. *Br. J. Psychiatry, Suppl.* 25: 18-21.
- EVERS S.M.A.A., ET AL. (1992). Cost of schizophrenia in the Netherlands. Department of Health Economics, University of Limburg, Maastricht.
- HAFNER H., VAN DER HEEDEN. (1989). Effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 59-63.

- HARDING C.M., ET AL. (1987). The Vermont longitudinal study of person with severe mental illness. *Am. J. of Psychiatry*, 144: 718- 735.
- HUBER G. ET AL. (1980). Longitudinal follow-up studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bull.*, 6: 592-605.
- KANE J., MARDER S. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*, 19 (2): 113-28.
- LIBERMAN R.P. (1997). *La riabilitazione psichiatrica*. R. Cortina ed., Milano.
- LIBERMAN R.P. (1998). *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Am. Psychiatric Press, Washington.
- MELTZER HY., COLA P., WAY L., THOMPSON PA., BASTANI B., DAVIES M., SNITZ B. (1993). Cost-effectiveness of clozapine in neuroleptic resistant schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 150: 1630-8.
- RICE D.P. ET AL. (1992). The economic burden of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 12: 1227-1232.
- RIGONI M.A. (1993). *Variazioni sull'impossibile*. Rizzoli Ed., Milano.
- ROSSI F. E JOMMI C. (1997). Il costo di un malato psichiatrico. In: *Etica della riabilitazione psichiatrica*. A cura di Rabboni M., F. Angeli Ed., Milano.
- RUGGERI M., TANSELLA M. (1994). L'efficacia in Psichiatria. *Epidemiologia e prevenzione*, 18: 101-108.
- WEISBROD BA ET AL. (1980). Alternative to mental hospital treatment. Economic benefit-cost analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37.
- WYATT RJ., DE SAINT GHISLAIN I. (1995). Economic savings and clozapine (letter). *Am. J. Psychiatry*; 152: 650-1.

CONDIZIONE E STORIA LAVORATIVA DEGLI UTENTI IN CARICO AI D.S.M.

M. Donatello, E. Pozzobon: Cooperativa sociale L'Incontro, Castelfranco Veneto.

I dati riportati nella tabella seguente (commentati in seguito) sono frutto di una ricerca appena iniziata che vuole fotografare la posizione di ogni soggetto in età lavorativa in carico ai dipartimenti di salute mentale.

I distretti presi in considerazione appartengono alla Azienda U.L.S.S. n. 8 della Regione Veneto.

Azienda U.L.S.S. N. 8 del Veneto											
DISTRETTI n.: 2 - 3			n. ABITANTI: 96.320				n. UTENTI IN CARICO				
C.S.M.: 644											
Fasce d'età	Sesso		Mai lavorato		Oggi lavora		Ha Lavorato				
	M	F	M	F	M	F	n.soggetti		Ha smesso		
							M	F	Da 1 anno	Da 1 a 2 anni	Da più di 2 anni
18 - 20	11	12	5	1	6	6	2	5	2	2	3
21 - 30	61	58	13	19	23	21	25	18	11	10	22
31 - 40	71	88	33	56	21	16	15	18	1	7	25
41 - 50	57	89	39	70	8	11	10	8	2	5	11
51 - 60	52	76	36	71	0	1	7	4	0	3	8
TOTALE	252	323	126	217	58	55	59	53	16	27	69
percentuali	44%	56%	36%	66%	19%		19%				

CONSIDERAZIONI SUI DATI DELLA RICERCA

Dati generali

Quasi la totalità dei soggetti individuati risulta appartenere alla categoria degli operai; questo dipende anche dal fatto che l'indagine si è svolta raccogliendo dati provenienti dagli uffici di collocamento ai quali si rivolgono quasi sempre solo operai.

Si nota una differenza, seppur minima, tra il numero di utenti in carico ai servizi e i dati della ricerca, questo dipende dal fatto che non tutte le persone (vedi gli imprenditori, alcune donne casalinghe) risultano obbligatoriamente iscritti all'ufficio di collocamento.

Altra obiezione: ai servizi psichiatrici sanitari pubblici di solito non si rivolgono persone abbienti.

In ogni comune risultano in condizioni di difficoltà e di disagio mentale almeno due o tre extracomunitari.

Per fascia di età, in media sono sempre molte di più le donne che non hanno mai lavorato, rispetto agli uomini nelle stesse condizioni.

Non sappiamo quante di loro sono coniugate o meno; infatti molte potrebbero fare le casalinghe.

Fascia di età: 18 – 20 anni

Apparentemente pochi (11 maschi e 12 femmine); più della metà lavora; dell'altra metà 6 non hanno mai lavorato ma 7 hanno già smesso di lavorare da tempo.

Quelli che non hanno mai lavorato forse stanno studiando, in fin dei conti a quest'età sarebbe normale che studiassero.

Non è rilevante saper quando hanno smesso

La seconda domanda è: chi ha smesso di lavorare perché ha smesso?

La terza domanda è: quali di queste persone potrebbero venire coinvolte nei nostri progetti e trarne benefici?

Fascia di età: 21 – 30 anni

Indicativamente i dati sono simili alla fascia precedente.

Tra quelli che hanno smesso di lavorare, la metà ha smesso da più di due anni.

Noi potremmo lavorare su tutti i 119, in quanto potenziali utenti, vista la fascia di età.

Occorre individuare gli studenti e le donne coniugate.

Una ulteriore riflessione: mentre il rapporto uomini donne è di solito a favore delle donne, nel senso che sono sempre di più, se consideriamo che in questa fascia il rapporto è pressoché uguale (61 maschi e 58 femmine) questo ci fa pensare che nelle donne la condizione di disagio mentale insorga prima che negli uomini.

Fascia di età: 31 – 40 anni

Su 159 soggetti individuati ben 122 non lavorano, dei quali 90, cioè circa il 75%, non hanno mai lavorato; attualmente solo il 22% è occupato.

Tra l'altro tra i 33 che hanno smesso di lavorare ben 25 hanno smesso da più di due anni.

In questa fascia c'è sicuramente molto lavoro da fare; ma noi probabilmente riusciremo ad operare solo con chi comunque ha già lavorato almeno qualche volta (33 soggetti individuati) mentre i restanti 90 forse sono da considerare irrecuperabili per un inserimento lavorativo visto che il non aver mai lavorato, in questa fascia di età, significa aver passato davvero molti anni lontano dal mondo del lavoro.

In questa fascia le donne superano per la prima volta gli uomini come dato generale, ma soprattutto tra chi non ha mai lavorato le donne sono ben 56 su un totale di 90; anche qui sarebbe utile verificare se le donne sono coniugate.

Fascia di età: 41 – 50 anni

Con questa fascia di età entriamo nella prima dell'era manicomio, cioè parliamo di persone che hanno conosciuto dal vivo i manicomi; a questo va aggiunto che alcuni (verificare numero: 50/60) di questi sono in carico alla R.S.A.

Per queste persone la storia si fa pesante davvero, non tanto per i numeri totali quanto per i dati specifici: 127 non lavorano e di queste 109 non hanno mai lavorato e 11 sono senza lavoro da più di due anni.

In totale le donne che non lavorano sono 78 su 127.

Fascia di età: 51 – 60 anni

Anche qui abbiamo la storia del manicomio come fatto vissuto in prima persona e la presenza di ricoveri in R.S.A.

I dati essenziali risultano essere:

le donne che non hanno mai lavorato sono il doppio degli uomini (71/36);

solo una persona è attualmente occupata ed è una donna;

è probabile poi che in questa fascia di età risultino presenti per la prima volta persone afflitte dal morbo di Alzheimer, persone che potremmo considerare “ospiti impropri”.

Nota: riteniamo che questa fascia di età non riguardi più il nostro lavoro.

PRESENTAZIONE DELLE COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO DELLE AZIENDE U.L.SS. N.8 E N.9 DEL VENETO

Cooperative sociali: L'Incontro, Sol.Co, Tigli 2.

LA NASCITA E LO SVILUPPO DELLA COOPERATIVA SOCIALE "L'INCONTRO"

R. Crema, L. Massone: Cooperativa sociale L'Incontro, Castelfranco Veneto.

La cooperativa sociale "L'Incontro" (cooperativa sociale di tipo A ai sensi della legge 381/91) nasce a Castelfranco Veneto nel 1991, dall'iniziativa di alcune persone con esperienza d'impresa alle spalle e nella necessità, anche economica (disoccupati), di inventare un lavoro in un'impresa autogestita.

Il punto di partenza fu rappresentato dall'intuizione di questo gruppo di persone, della presenza di un bisogno nel territorio castellano (la domanda di servizi residenziali per anziani), individuando così la possibilità di risolverlo con la riapertura di una casa di riposo. La scelta di affidarsi alla formula della cooperativa sociale era motivata dal desiderio di poter operare a scopi sociali. La cultura imprenditoriale delle persone che hanno avviato la cooperativa era sempre stata vicina ad esperienze di tipo cooperativo e al mondo non-profit. La cooperativa sociale era uno strumento che consentiva quindi di lavorare a favore di persone svantaggiate senza l'obiettivo perseguito dalle altre forme di impresa, del lucro.

L'esperienza lavorativa iniziò così nel marzo del 1991 sulla base di una convenzione tra la Casa di Riposo di Castelfranco Veneto (IPAB) e la cooperativa, che si assumeva così il difficile compito di riavviare il reparto di "via Cazzaro".

L'intuizione di fondo della costituenda cooperativa fu quello di porsi nei confronti del pubblico in termini innovativi; la convenzione stipulata non prevedeva infatti una semplice offerta di ore/lavoro, con tutte le implicazioni di ordine negoziale e gestionale che l'Ente contraente in genere

pone, ma prevedeva invece l'offerta di un servizio globale, rispondendo alle domande del committente con una gestione di cui abbisogna una struttura protetta.

L'avviamento sul piano economico-finanziario fu caratterizzato dal ricorso a forme tradizionali di credito che si sono dimostrate sufficienti a risolvere il problema della liquidità. I costi che la cooperativa doveva affrontare erano riferiti al 90% a costi del personale. L'unico vero, strategico ed importante investimento fu la scelta dei soci. La forma societaria basata sulla prestazione dei soci consente grande flessibilità sul piano finanziario: il fabbisogno iniziale di liquidità si attestava sui 140 milioni nei primi tre mesi: dopo tre mesi l'impresa è andata a regime raggiungendo il suo punto di equilibrio.

Nel 1992 la cooperativa "L'Incontro" avviava un rapporto di collaborazione con la Casa di Riposo "Mons. L. Crico" di Fossalunga (Vedelago). Anche in questo caso, lo strumento di "partnership" tra la IPAB e la cooperativa è stata la convenzione.

Oggi, la cooperativa continua a gestire entrambe le strutture residenziali (Castelfranco V. e Fossalunga) grazie al rinnovo delle convenzioni da parte degli Enti pubblici.

Nel 1994 si giunse ad un punto di svolta. La cooperativa "L'Incontro" inizia a pensare a nuove aree di intervento nel sociale con un PIANO che andasse oltre l'assistenza degli anziani nelle case di riposo. È nata così, la proposta di un intervento rivolto a persone svantaggiate con problemi di natura psichica che consentiva, tra le altre cose, una nuova occupazione per i soci e la valorizzazione e lo sviluppo delle professionalità degli stessi.

L'idea si è sviluppata a seguito della presentazione di un'indagine nel territorio del U.L.SS. n. 8 sulla presenza di pazienti seguiti dal Centro Salute Mentale di Castelfranco Veneto. L'indagine segnalava la presenza di 1841 pazienti affetti da patologie psichiatriche. Un dato sconosciuto e nello stesso tempo sorprendente.

In questo ambiente era molto alta la domanda di servizi che operassero con funzioni educative, addestrative e di integrazione sociale, in grado di contribuire inoltre a collegare questa realtà "dimenticata" o "istituzionalizzata" con la comunità locale attraverso attività lavorative, ricreative, di animazione e sportive, lavorando in stretto collegamento con l'Ente pubblico, coinvolgendo la famiglia e dandole un sostanziale supporto. La cooperativa "L'Incontro", si trovava inoltre di fronte al problema di alcuni ospiti "impropri" nella Casa di Riposo di "via Cazzaro" (erano persone giovani con problemi psichici) che abbisognavano di un intervento

rieducativo che potesse permettere inoltre la corretta gestione della Casa di Riposo per le finalità cui è preposta.

È così che è nata nel 1994, di concerto con l'Azienda U.L.S.S. n. 8 l'esperienza del Centro Educativo Occupazionale Diurno (CEOD) "Il Castello". Lo strumento operativo scelto è stato quello del laboratorio guidato. Le prime persone inserite furono 7, ora sono 24.

L'obiettivo, secondo la cooperativa perseguito attraverso i laboratori, non era e non è "solamente" l'inserimento lavorativo in quanto tale ma il cambiamento dell'individuo. Per questo l'approccio con la persona è educativo e terapeutico. La cooperativa tramite un tutor assistito, mira a dare a queste persone pari condizioni di partenza (istruzione, lavoro e reddito) per auto-promuoversi ed entrare senza handicap nella competizione sociale. Le finalità perseguite dunque erano e sono principalmente due: l'inserimento sociale, ossia il rientro nella vita sociale e di relazione con ricerca di soluzioni familiari e abitative e l'inserimento lavorativo in altre imprese (cooperative di tipo B ai sensi della legge 381/91 e in aziende private e pubbliche).

A partire da questa specifica esperienza la cooperativa "L'Incontro" ha voluto pensare a nuovi programmi di intervento nel settore sociale e a nuovi investimenti. Ne sono testimonianza gli altri due progetti socio-assistenziali ed educativi che la cooperativa ha messo in cantiere nel 1994: la costruzione, l'allestimento e la gestione di un laboratorio guidato per disabili psichici in Vedelago "Il Melograno". I soggetti coinvolti, oltre alla cooperativa "L'Incontro", sono stati il Comune di Vedelago, l'Azienda U.L.S.S. n. 8, la Banca di Credito cooperativo di Vedelago e la cooperativa edilizia "La Trevisana". Il Comune di Vedelago garantiva l'area, le autorizzazioni edificatorie e un contributo economico; l'Azienda U.L.S.S. forniva l'assistenza sociale e sanitaria, la cooperativa edilizia partecipava economicamente alla costruzione della struttura, la cooperativa "L'Incontro" si impegnava a gestire il laboratorio e il suo allestimento sotto il profilo sociale ed imprenditoriale, la Banca di Credito cooperativo ha dato la disponibilità di una partecipazione finanziaria di lire 80 milioni. Il laboratorio è stato inaugurato a luglio 1995 con 15 disabili. Oggi le persone disabili inserite sono 37.

Nel 1995 nasce a Castelfranco Veneto il laboratorio agricolo "Il Campoverde" utilizzando una superficie agraria di 12 ettari con annessi rustici. Le persone inserite erano 6, oggi sono 18. I soggetti coinvolti per l'avvio del laboratorio agricolo sono stati: l'Azienda U.L.S.S. n. 8, il Comune di Castelfranco V., la cooperativa "L'Incontro". L'U.L.S.S. assicura

l'assistenza sociale e sanitaria, il Comune di Castelfranco V. ha messo a disposizione l'area e il fabbricato rurale, la cooperativa ha attrezzato l'area e gli annessi per le attività agricole.

I progetti sono stati discussi e avviati in sintonia con gli Enti pubblici del territorio. Gli investimenti sono stati assunti in gran parte direttamente dalla cooperativa. A fronte di questi impegni si è chiesto agli enti pubblici convenzioni a lungo termine per consentire gli ammortamenti e un'occupazione lavorativa ai soci di lungo periodo.

La cooperativa ha scelto, fin dall'inizio, di inserire i laboratori nel mercato come una normale impresa. Con questa impostazione si è considerato il laboratorio come un'Azienda che applica fino in fondo i fattori che regolano la vita di un'impresa: equilibrio costi-ricavi, budget Aziendale, controllo di gestione, tempi di produzione, tempi di consegna ecc..

Se il 1995 è stato l'anno delle trasformazioni, della crescita, degli investimenti, dell'apertura della cooperativa nel territorio, il 1996 è stato l'anno del consolidamento, delle verifiche e delle conferme. Oltre alla gestione delle due Residenze assistenziali, collegata con il servizio di assistenza domiciliare agli anziani nel Comune di Castelfranco Veneto, e alla gestione dei laboratori protetti, nel 1996 la cooperativa "L'Incontro" ha avviato la gestione di due appartamenti protetti come servizio complementare al recupero delle persone svantaggiate impegnate nei laboratori guidati, in una logica di integrazione sociale. Alla fine del 1996, con l'appalto assegnato dall'Azienda U.L.S.S. n. 8, la cooperativa gestiva un altro CEOD: "Il Solaris" di Crocetta del Montello. Per l'attivazione del CEOD, la cooperativa è riuscita ad ottenere un preliminare di acquisto di un edificio grazie all'investimento di un miliardo da parte dell'Azienda U.L.S.S. n. 8 e della disponibilità della cooperativa stessa di investire 700 milioni nell'operazione, di cui 500 milioni per l'acquisto e 200 milioni per l'adeguamento strutturale, in cambio di un impegno che prevede la gestione dal 1996, per i successivi 10 anni da parte della cooperativa "L'Incontro".

Il progetto della cooperativa si fonda sulla possibilità di integrazione sociale. Ciò poteva realizzarsi attraverso la costruzione nel territorio di Castelfranco V. e della Destra Piave, di strutture produttive organizzate in impresa, in grado di promuovere l'inserimento nel mercato del lavoro delle persone riabilite. Il cammino percorso non poteva cioè esaurirsi "solo" con l'avvio dei quattro laboratori della cooperativa: doveva trovare compimento nella costituzione di cooperative sociali di tipo B in grado di

offrire sbocco occupazionale a chi nei CEOD era considerato "utente" di un servizio, ma che di fatto non lo era più.

Nel 1997, dunque la cooperativa sociale "L'Incontro" ha sostenuto e finanziato la nascita della cooperativa sociale "Solidaria" di Veduggio (coop. di tipo B), ha riavviato la cooperativa EOS di Crocetta del Montello (coop. di tipo B) e la cooperativa EUREKA di Camposampiero, promuovendo l'inserimento lavorativo di persone in grado di affrontare il reale mondo del lavoro.

Questo è stato un passaggio senza il quale il progetto avrebbe perso di significato rischiando di mantenere l'intervento socio-assistenziale nella sfera dell'assistenzialismo e dell'abbandono. Ciò ha determinato impegno progettuale, sociale ed economico della cooperativa per contribuire a realizzare imprese sociali in grado di operare nel mercato industriale senza reti di protezione.

Nel 1998 è stato creato un nuovo centro della cooperativa "L'Incontro", chiamato "Il Quintoponte". Il centro, a differenza degli altri quattro, non è convenzionato con l'Azienda U.L.S.S.. Attraverso questa iniziativa la cooperativa ha scelto di mettere in condizioni di lavoro normale le persone con disturbi mentali che hanno acquisito un buon livello di autonomia lavorativa e personale nei CEOD, ma che non hanno ancora autonomie sufficienti per affrontare il mercato del lavoro. "Il Quintoponte" assume quindi la forma di CLG (centro di lavoro guidato) e non di CEOD e rappresenta la fase di passaggio prima dell'uscita dall'assistenza e dell'inserimento definitivo nel mercato del lavoro.

Sempre nel 1998 è nata un'altra cooperativa sociale di tipo B con il contributo della cooperativa "L'Incontro". Tale contributo consiste oltre che in uno sforzo progettuale, in un prestito necessario all'avvio dell'attività produttiva. I rapporti tra la cooperativa "L'Incontro" la cooperativa "Solidaria" come per le altre cooperative di tipo B sono caratterizzate anche dalla partecipazione societaria: "L'Incontro" è socia di tutte le cooperative da lei promosse. Si tratta della cooperativa "Aurora", nata con l'idea di inserire nel mondo del lavoro gli zingari che vivono nell'area castellana. La cooperativa "L'Incontro" ha assunto la gestione dell'impresa per supportarla nella fase di avvio produttivo. Dal 2000 la cooperativa ha iniziato l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

<i>Anno</i>	<i>Fatturato</i>	<i>n. soci</i>
1991	573	15
1992	1.480	33
1993	1.670	35
1994	2.013	50
1995	3.300	82
1996	4.800	91
1997	7.300	136
1998	8.700	141
1999	10.200	171
2000	6.400+6.000	190

TAB.1 Il fatturato (in milioni di lire) e il numero dei soci tra il 1991 e il 2000 della cooperativa L'Incontro

Infine, sempre nel 1998, la cooperativa "L'Incontro" ha promosso la nascita di "Via Vai", una piccola cooperativa sociale, costituita per i trasporti per conto delle cooperative sociali dell'area castellana. Questo tipo di esperienza ha contribuito a razionalizzare il costo dei trasporti delle cooperative e dei centri (investimenti, personale, quantità e tipo di percorso, organizzazione trasporti).

La scelta basilare del 1999 è rappresentata dalla nascita della cooperativa sociale "L'Incontro Industria". La nuova cooperativa, nata dal settore industriale della cooperativa "L'Incontro", mette ordine alle iniziative sorte in questi anni, diventando la struttura di riferimento per la ricerca di mercato e il supporto gestionale della cooperazione territoriale di tipo B. "L'Incontro Industria" è una cooperativa sociale di tipo B, la cui attività consiste nelle lavorazioni industriali svolte nei COD e nel CLG della cooperativa "L'Incontro". La scelta di costituire questa cooperativa deriva dall'esigenza di separare nettamente l'obiettivo produttivo (la necessità di assicurare le commesse affidate nei tempi e con le modalità richieste) e l'obiettivo educativo che rimane tipico della cooperativa di tipo A. I costi ed i ricavi relativi alle lavorazioni industriali saranno realizzazione della nuova cooperativa. Il riflesso di questa scelta si vedrà sul bilancio economico della cooperativa nel corso del 2000 con la diminuzione del fatturato industriale (come si vede dalla tabella 1 il fatturato della cooperativa scende a 6.400 milioni di lire, ma la cooperativa "L'Incontro Industria" fatturerà nel 2000 circa 6.000 milioni di lire. Per raffrontare il valore della produzione con gli anni precedenti sarebbe dunque necessario sommare i due fatturati). Tale

scelta ha consentito alla cooperativa "L'Incontro" di concentrarsi nelle attività socio-assistenziali in convenzione (area anziani e area psichiatria).

PREMESSA

La chiusura dei manicomi ha lasciato credere che la malattia mentale non esistesse più; in realtà il problema esiste ancora, semplicemente si è "solo" capito che non era quello il modo "giusto" di curare la malattia mentale; semplicemente si è deciso che era tempo di usare altri sistemi.

La legge 180 del 1978, nel decretare la chiusura dei manicomi, impone agli enti pubblici (Regione e Comuni) e alle U.L.SS. competenti per territorio, di trovare una strada, una via, un modo di curare e assistere i propri disagiati mentali.

Molto va sperimentato, perché ormai è certo che, se usati da soli, gli psicofarmaci non bastano per far fronte alla malattia; quindi molto dipende dal coraggio innovativo, dalla competenza professionale e dalla sensibilità delle persone coinvolte; e molto dipende anche dalla attenzione di tutti i cittadini verso un problema che riguarda allo stesso tempo: persone e lavoro; centralità e marginalità; valori, cose e modi di essere del territorio.

Anche in questo caso la "prevenzione è la miglior cura"; ma anche qui, come sempre, non tutti i guasti, le rotture, gli strappi, le malattie possono essere evitate; occorre pertanto sperimentare vie, modi, modelli, proposte di cura, perché della cura non si può fare a meno.

Di seguito illustriamo quanto sta facendo la cooperativa "L'Incontro", in collaborazione con l'Azienda U.L.SS. e i Comuni del comprensorio, per "restituire il diritto di cittadinanza al paziente psichiatrico".

I SERVIZI TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE NELL'U.L.SS. N. 8

La normativa nazionale (Progetto obiettivo nazionale "tutela della salute mentale", marzo 1994) e regionale in materia di assistenza psichiatrica indica alcune linee guida, sollecitando gli enti pubblici a verificare lo stato di attuazione della legge 180/1978.

Secondo tale normativa, l'assistenza psichiatrica fonda le sue linee sulla:

- promozione della salute mentale per tutti;
- centralità e priorità del servizio territoriale;

- attivazione di una rete diversificata di servizi che sia in grado di contemplare la varietà dei bisogni;
- riabilitazione ed il recupero alla vita sociale dei degenti e/o ospiti presso i residui psichiatrici "storici".

In questi anni si sta realizzando, nel nostro territorio, una profonda trasformazione e una consistente risposta, coerente con le linee indicate, che dimostra la volontà di un diverso approccio culturale alla salute mentale e quindi anche al disagio mentale.

La normativa è orientata verso un modello integrato di servizi che privilegi le strutture territoriali aperte, capaci di pensare interventi preventivi, curativi e riabilitativi, nelle forme diurne e residenziali, mediante le quali sia comunque garantita la presa in carico della malattia mentale attraverso una modalità multidisciplinare e integrata.

L'esperienza di alcuni Enti locali nel territorio, che hanno promosso una partnership progettuale e patrimoniale con il privato sociale, ha consentito l'avvio di strutture organizzative fortemente orientate ad un piano riabilitativo fondato sull'inserimento occupazionale, riconoscendo centralità e priorità al servizio territoriale.

La disponibilità del patrimonio pubblico (terreni, edifici) vincolata ad un progetto sociale, unito alle scelte innovative dell'Azienda U.L.S.S. hanno portato, negli ultimi anni, ad un profondo mutamento di risposte riabilitative, occupazionali e di reinserimento sociale di utenti psichiatrici in età giovanile e adulta.

Alla base del modello organizzativo di tutela della salute mentale, perseguito dall'Azienda U.L.S.S. - Direzione di Salute Mentale, c'è la consapevolezza, che solo una convergenza di risposte nel territorio con gli Enti locali, mediante la sensibilizzazione, il coinvolgimento, la collaborazione progettuale ed operativa può condurre a soluzioni efficaci, rispondenti all'incremento numerico delle persone che vivono il disagio psichico.

LA CONVENZIONE TRA AZIENDA U.L.SS. N. 8 E COOPERATIVA "L'INCONTRO"

L'Azienda U.L.SS. n. 8 affida alla cooperativa sociale "L'Incontro" la gestione dei servizi diurni per persone con disturbo mentale, detti "centri di lavoro guidato" e "centri occupazionali diurni", fissando determinati parametri qualitativi e quantitativi, le condizioni e le modalità.

L'Azienda U.L.SS. nell'ambito della convenzione e quindi nell'esternalizzazione del servizio mantiene la titolarità dei servizi.

I servizi previsti nell'oggetto della convenzione sono individuati come segue:

- un centro diurno, in locali reperiti dalla Azienda U.L.SS. da attivarsi entro 18 mesi dalla stipula della presente convenzione (1 gennaio 2000);
- un centro diurno a Crocetta del Montello, in locali dell'Azienda U.L.SS. n. 8;
- due centri diurni a Castelfranco Veneto in locali dell'Azienda U.L.SS.;
- un centro diurno a Castelfranco Veneto in locali della cooperativa;
- un centro diurno a Veduggio in locali della cooperativa.

Ogni centro diurno può essere sede sia di Centro di Lavoro Guidato sia di Centro Occupazionale Diurno.

L'individuazione delle sedi, la specifica destinazione di ogni sede e il numero di posti per area territoriale possono variare, in relazione alle effettive esigenze degli utenti, e vengono definiti d'intesa tra il Direttore dei Servizi Sociali e il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale su proposta dell'apposita Unità di valutazione, sentita la cooperativa per quanto riguarda la disponibilità strutturale e organizzativa.

Gli obiettivi dei centri diurni come previsto dalla convenzione consistono nella realizzazione di programmi terapeutici riabilitativi, orientati al reinserimento sociale, privilegiando l'aspetto dell'assunzione del ruolo mediante l'attività lavorativa, come contenuto principale del progetto educativo, anche in vista di uno sbocco occupazionale in un contesto non protetto.

I centri assicurano lo svolgimento di attività terapeutiche educative, occupazionali e lavorative a favore degli utenti secondo un'ottica riabilitativa tesa a:

- mantenere e sviluppare l'autonomia personale;
- creare relazioni interpersonali e sociali con l'ambiente;

- recuperare il massimo di capacità e di attitudini individuali per il reinserimento sociale.

La cooperativa provvede all'inserimento degli utenti nei centri, su invio dell'Azienda U.L.SS., previa valutazione espressa dall'apposita Unità di valutazione, alle cui sedute partecipa un rappresentante della cooperativa.

In caso di assenze ingiustificate dell'utente superiori a 5 giorni consecutivi, la cooperativa è tenuta a darne immediata comunicazione al Direttore dei Servizi Sociali e al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, i quali assunte le opportune informazioni sul caso, possono disporre le eventuali dimissioni dell'utente, dandone tempestiva comunicazione alla Cooperativa.

La convenzione tra cooperativa "L'Incontro" e Azienda U.L.SS. n. 8 ha durata di 6 anni, con decorrenza dal 01.01.2000 e viene quindi a scadere il 31.12.2005.

L'Azienda U.L.SS. ha facoltà, alla scadenza, di rinnovare la convenzione per uguale durata, escluso ogni tacito rinnovo.

La cooperativa è comunque tenuta a proseguire la gestione alle condizioni in atto, fino alla stipula di una nuova convenzione di appalto.

L'INTERVENTO DELLA COOPERATIVA "L'INCONTRO"

L'esperienza della cooperativa "L'Incontro" con soggetti che presentano problemi psichiatrici, nasce nel 1993 dalla duplice esigenza di affrontare e risolvere la presenza di alcuni ospiti "impropri" nella Casa di Riposo di via Cazzaro che abbisognavano di un intervento rieducativo che permettesse la corretta gestione della Casa di Riposo per le finalità cui è preposta e quella di inserire, in una logica di piano, un intervento di recupero della qualità della vita per utenti istituzionalizzati finalizzato alla loro integrazione sociale.

Il progetto della cooperativa "L'Incontro" consiste nel creare, in collaborazione con l'Azienda U.L.SS. e in particolare con il CSM (centro salute mentale), un percorso educativo e riabilitativo, in grado di spingere l'utente psichiatrico verso l'obiettivo di un duplice inserimento: l'inserimento lavorativo e l'inserimento sociale.

L'intervento socio-assistenziale si basa, come visto in precedenza, su un piano comune e condiviso dai diversi soggetti coinvolti: Dipartimento di Salute, la Cooperativa sociale "L'Incontro", i Comuni dell'Azienda U.L.SS. n. 8, le associazioni di volontariato.

Il primo passo del percorso riabilitativo è rappresentato dalla segnalazione, da parte del CSM, o dei servizi sociali del Comune compreso nell'area di competenza dell'Azienda U.L.SS., di utenti psichiatrici e quindi dalla loro entrata in un COD (centro occupazionale diurno).

Il COD è un centro che raccoglie persone adulte con grave patologia psichiatrica ed una capacità relazionale e di socializzazione compromesse. Nel centro si svolgono attività occupazionali e riabilitative tendenti al reinserimento sociale dei soggetti, privilegiando l'aspetto dell'assunzione di ruolo mediante l'attività lavorativa.

In quest'ottica, la cooperativa "L'Incontro" ha avviato e gestisce 4 COD nei quali sono stati inseriti a oggi circa 100 utenti psichiatrici. Nei COD si svolgono attività lavorative diverse, e l'utente trova occupazione là dove si svolgono attività più affini alle sue caratteristiche di partenza.

<i>Centro Occupazionale Diurno</i>	<i>Utenti in carico</i>	<i>Utenti previsti dalla convenzione</i>
II CASTELLO	21	24
IL MELOGRANO	28	28
IL CAMPOVERDE	12	12
SOLARIS	33	35
Totale	94	99

TAB.2 Gli utenti in carico e quelli previsti dalla convenzione del 2000 con l'Azienda U.L.SS.

Le persone inserite nei laboratori aderiscono al progetto in modo formale sottoscrivendo un accordo disciplinare (regolamento) e un contratto di lavoro individuale. È il primo atto che sancisce un coinvolgimento diretto, responsabile, volontario e personale a fronte del quale la cooperativa fornisce ed eroga un trattamento economico (borsa di studio o borsa lavoro) commisurato alla frequenza al centro e alle sue attività. È una richiesta esplicita di partecipazione e di adesione che viene avanzata alle persone e che chiede da parte di tutti una scelta.

La cooperativa caratterizza i propri laboratori in senso imprenditoriale, nel senso che, sebbene l'obiettivo sia educativo, questi laboratori affrontano tutte le problematiche tipiche di un'Azienda: competizione all'interno del mercato con altre cooperative o imprese per

accaparrarsi commesse di lavoro, investimenti in tecnologie, contrattazione dei prezzi, controllo dei costi...puntando ad offrire una esperienza di apprendimento vera, il più possibile "prossima" alle situazioni Aziendali normali, non limitata a una socializzazione dell'impegno lavorativo, ma orientata alla acquisizione di competenze tecniche specifiche e spendibili. Di qui la fisionomia dei laboratori in cui le finalità educativo-lavorative si integrano con gli standard richiesti dal mercato.

I laboratori, come indicato precedentemente, svolgono (a parte l'Azienda agricola) attività di assemblaggio industriale. Le commesse sono variegate e riguardano aziende automobilistiche, grafiche, telematiche, meccaniche ecc..

Le abilità richieste sono elementari; ma ciò che complica il lavoro per le persone svantaggiate sono la ripetitività delle operazioni e la scansione delle azioni.

Per favorire il buon clima del laboratorio vengono spesso ruotati gli "operai" nelle varie linee e si favoriscono le scelte individuali di cambiamento.

La cosa più importante è rappresentata dalla certezza che nei COD, sebbene si seguano criteri il più possibile aziendali, il lavoro non sia l'elemento centrale del progetto riabilitativo, ma che sia considerato uno strumento che garantisce la contrattualità e assicura la dignità della persona. Il laboratorio educa ai riti del lavoro (la presenza sistematica e continuativa, l'accendere e lo spegnere la propria macchina, il tenere in ordine i propri attrezzi); educa alle precondizioni necessarie (la pulizia personale minima indispensabile); educa alla convivenza (gli operatori condividono le pause e le occasioni di convivialità che il lavoratore porta con sé).

Il singolo utente psichiatrico è chiamato ad "esserci sempre più con la testa", è chiamato ad entrare in relazione con il lavoro e il suo mondo fatto di riti e miti, di condizioni e necessità; ma il singolo utente non è mai obbligato alla produttività. L'obiettivo principale del centro nei confronti dell'utente non è quello produttivo ma quello educativo.

LA PROGETTUALITÀ

Il lavoro sociale è attraversato da variabili nuove che rendono problematica la gestione dei servizi e inducono a sviluppare una trasformazione culturale e metodologica all'approccio dei problemi sociali, interpretando in modo originale l'azione delle istituzioni e dei servizi. Tale difficoltà è affrontabile con una logica progettuale intesa come modo

diverso di rapportarsi con la realtà su cui si vuole intervenire, come modo anche inedito rispetto al quale i servizi tradizionalmente strutturati non sempre sono adeguati sotto il profilo imprenditoriale, organizzativo, professionale e culturale.

Il progetto consiste nella elaborazione di un programma in cui l'organizzazione, l'iniziativa e il rischio d'impresa viene assunto dalla cooperativa:

- elaborazione del piano economico, finanziario e terapeutico;
- reperimento delle risorse;
- realizzazione delle spese e investimenti strumentali;
- gestione dei servizi.

Il compito dell'Ente Pubblico è di verificare la corrispondenza dei servizi ai bisogni e la loro efficacia. Da questa verifica scatta il riconoscimento di ruolo dell'impresa sociale.

LA PARTNERSHIP

La partnership (intesa come sistema integrato di responsabilità e condivisione) caratterizza fortemente l'esperienza della cooperativa "L'Incontro". Tale esperienza non sarebbe mai nata senza alcuna partecipazione, senza l'idea di un sociale di tipo globale, cioè come sistema di soggetti e di servizi, che in un quadro integrato di responsabilità e di risorse, ha sviluppato opportunità e interventi a tutela delle persone più deboli.

La partnership è stata indispensabile sul piano economico, ma è fondamentale per fare coesione, per la spinta ideale e culturale che muove i dirigenti di questa realtà: cooperare allo sviluppo di occasioni di lavoro, di reddito, di crescita civile e umana di chi sta peggio. Ciò rappresenta il superamento della cultura dell'istituzionalizzazione e della segregazione degli utenti psichiatrici di fronte invece alla nuova cultura della partecipazione e della solidarietà diffusa, superando il concetto di sociale inteso come assistenzialismo.

Questa impostazione esige una nuova modalità organizzativa che prevede una forte collaborazione tra Stato e comunità.

La partnership tra pubblico e privato sociale rappresenta dunque l'elemento determinante per il successo dei programmi terapeutico-riabilitativi, per le persone con disturbo mentale, in perfetta sintonia con la filosofia della Legge.

Nell'ambito di questa, l'Ente pubblico conserva il compito di mantenere la titolarità dei servizi per rimanere garante del perseguimento delle finalità di qualsiasi progetto: il Pubblico dà le linee guida, i criteri e gli standard che possono rappresentare la garanzia minima del successo di un piano sociale.

Lo stimolo e i motivi di una iniziativa del privato nascono dalle scelte che non sono solo economiche ma soprattutto culturali: l'appartenenza ad una comunità, il legame con le sue tradizioni, le relazioni istituzionali e sociali, il collegamento dell'impresa sociale con il tessuto vitale dell'associazionismo locale e provinciale.

La cooperativa "L'Incontro" ha concretamente realizzato questa metodologia della partecipazione nell'esperienza dei laboratori in diverse forme curando e sviluppando rapporti istituzionali, relazioni industriali e sociali. Si può così parlare di partnership progettuale, partnership patrimoniale, partnership economica, partnership imprenditoriale e partnership solidale.

Partnership progettuale: consiste nel coinvolgimento di diversi soggetti che hanno aderito formalmente al programma di sviluppo dei servizi sociali nel territorio: il Comune di Vedelago, il Comune di Castelfranco Veneto, l'Azienda U.L.S.S. n. 8, la cooperativa "La Trevisana", la Banca di Credito cooperativo di Vedelago, la cooperativa "Agriteco", la cooperativa "Tecnosystem", la cooperativa sociale "Eureka", l'Associazione "La Meridiana" e da ultimo la Regione Veneto -Dipartimento Servizi Sociali.

Partnership patrimoniale: la disponibilità del patrimonio pubblico (terreni ed edifici) vincolata a un progetto sociale è un altro elemento strategico della riuscita del piano. La cooperativa ha ottenuto la disponibilità dell'area di Vedelago dal locale Comune per la edificazione del laboratorio "Il Melograno". Per il laboratorio agricolo "Il Campoverde", il Comune di Castelfranco Veneto ha dato in concessione l'Azienda e gli annessi rustici "area ex Cattani" alla cooperativa. L'Azienda U.L.S.S. n. 8 ha messo a disposizione della cooperativa gli spazi del laboratorio "Il Castello".

Partnership economica: i soci della cooperativa hanno investito nel progetto, sotto forma di prestito sociale oltre 400 milioni di lire e hanno sottoscritto oltre 500 milioni di capitale sociale. Per far fronte al notevole fabbisogno finanziario la cooperativa ha coinvolto altri enti, che facendosi soci hanno risposto in questo modo : Cooperativa Trevisana L.126 milioni, Banca di Credito Cooperativo di Vedelago L.80 milioni, il Comune di Vedelago L.160 milioni, la Cooperativa Tecnosystem L.30 milioni, la Cooperativa La Sorgente L.30 milioni.

Partnership imprenditoriale: la ricerca di mercato per l'attivazione dell'attività produttiva ha trovato la rete di cooperative di produzione e lavoro e di imprese del territorio disponibili a dirottare commesse nei laboratori. Le relazioni industriali attivate con queste cooperative ed imprese ha consentito di mantenere nel territorio commesse di lavoro che probabilmente sarebbero uscite dallo stesso. Le imprese hanno posto specifiche condizioni: qualità del prodotto e organizzazione del lavoro "just in time". Ciò ha inserito i laboratori in una vera e propria "logica di impresa".

Partnership solidale: il territorio, su questo fronte ha costituito una risorsa nuova e aggiuntiva. La scelta di operare in rete con le realtà locali della società civile, rafforza il concetto di esperienza aperta della cooperativa. In questa logica il servizio si è arricchito dell'apporto di altri soggetti del privato sociale: l'Associazione la Meridiana, il volontariato, le altre cooperative del territorio, il servizio civile.

L'ASSOCIAZIONE "LA MERIDIANA"

È l'Associazione dei Maestri d'Arte che rappresentano la tradizione professionale del lavoro nella Castellana. Sono persone "a riposo" che coinvolte e valorizzate sul piano professionale danno un grosso contributo al mondo dell'emarginazione, offrendo la loro esperienza sulle tecniche professionali della produzione, sull'attrezzatura meccanica, sull'organizzazione delle linee di produzione e sulle modalità di approccio al "primo lavoro" degli utenti apprendisti. Si tratta di una risorsa notevole sul piano professionale e su quello della formazione degli utenti.

IL VOLONTARIATO

Il laboratorio, la formazione professionale degli utenti, l'organizzazione del tempo libero, sono gli ambiti entro cui si muovono le realtà associative del volontariato nella cooperativa "L'Incontro". L'associazione "Oltre Il Muro" e l'associazione "Arcobaleno" realizzano gli interventi di animazione coinvolgendo gli utenti in giochi, in attività creative, nell'allestimento delle tradizionali feste della cooperativa.

I RAPPORTI CON LA COOPERAZIONE

La cooperativa aggrega alla sua iniziativa sociale alcune significative esperienze di cooperazione: partecipa all'attività del Consorzio Sociale Provinciale "INTESA", aderisce alle iniziative del Consorzio Nazionale "G. Mattarelli" di Brescia, ha coinvolto direttamente nella sua attività la cooperativa "La Trevisana", la cooperativa "Eureka" e la cooperativa "Tecnosystem".

L'adesione ai consorzi permette alla cooperativa di importare ed esportare informazioni, conoscenze ed esperienze del pianeta sociale. Il coinvolgimento delle cooperative trevigiane consente la realizzazione del programma sociale della cooperativa "L'Incontro" sui piani di finanziamenti, sul piano delle attività produttive e garantisce il collegamento con le cooperative sociali di tipo B per l'integrazione nel mercato del lavoro delle persone riabilite.

IL SERVIZIO CIVILE

La cooperativa si avvale del lavoro volontario di alcuni obiettori di coscienza messi a disposizione dalla CARITAS diocesana.

IL CENTRO DI LAVORO GUIDATO

L'inserimento dell'utente psichiatrico nel COD rappresenta "solo" una tappa del percorso riabilitativo. Tale percorso può prevedere infatti il passaggio da COD a CLG (centro di lavoro guidato).

Il CLG è una articolazione del progetto riabilitativo, che stimola l'utente ad organizzare il suo spazio e le sue capacità in base all'autonomia acquisita nell'esperienza precedente nel COD.

Il Centro di Lavoro Guidato si propone inoltre di rafforzare la consapevolezza che l'obiettivo del lavoro ha acquisito uno spessore economico e relazionale tale da consentire un maggior investimento di risorse personali. Il CLG è infatti un vero ambiente di lavoro, dove però è presente al suo interno ancora la figura dell'operatore socio-assistenziale, che rimane punto di riferimento essenziale per proseguire il percorso dell'utente al raggiungimento della propria autonomia. Il CLG non sostituisce il Centro Occupazionale Diurno, non si accaparra i soggetti "migliori" ma rappresenta il passaggio del percorso riabilitativo dell'utente verso uno sbocco lavorativo reale.

L'esperienza del CLG ha portato ad alcune conclusioni: essere in CLG non solo in termini fisici significa per l'utente avere consapevolezza del tipo di struttura che rappresenta un'Azienda e con quali caratteristiche, che scopi si prefigge, gli sbocchi che ha (cooperativa B o fabbrica).

A tale scopo l'Azienda U.L.S.S. ritiene coerente che i tirocini in ambiente lavorativo da parte di utenti psichiatrici vengano condotti e gestiti dalla stessa cooperativa sociale "L'Incontro" in quanto rientrano nell'intervento terapeutico-riabilitativo.

La cooperativa "L'Incontro" ha attivato nel 1999 un CLG: "Il Quintoponte", situato in piena zona industriale di Castelfranco Veneto.

Con l'apertura del CLG "Il Quintoponte" si concretizza l'idea di sperimentare una struttura intermedia tra il COD e il mercato del lavoro esterno. La nascita di questo centro è dato dalla necessità di dare una risposta ad utenti che avevano fatto un'esperienza di CLG interna ai COD ed avevano terminato un corso di formazione per Addetti alla Produzione. L'ipotesi di reinserirli nei COD di provenienza è stata scartata perché non rispondeva alle loro aspettative. L'altra ipotesi, l'inserimento in cooperativa di tipo B, non era possibile, perché tali soggetti ancora non avevano raggiunto i parametri necessari riguardanti l'autonomia personale e gli standard di produttività richiesti. In questo contesto, "Il Quintoponte" si delinea come una struttura di passaggio che consente all'utente di verificare le proprie capacità lavorative e di autonomia personale.

GLI APPARTAMENTI "PROTETTI"

La cooperativa sociale "L'Incontro", nell'ambito del Progetto Psichiatria gestisce due appartamenti protetti in Castelfranco Veneto. In questi appartamenti risiedono sette utenti con disagio mentale. La gestione di un appartamento protetto parte dal presupposto che anche l'abitazione può essere intesa come un "laboratorio" che consente un percorso formativo in situazione.

Lungo questo percorso l'utente è affiancato e "protetto" da operatori che garantiscono la loro presenza per diverse ore la settimana, operatori che egli già conosce in quanto lavorano al suo fianco nei centri occupazionali diurni (COD). L'obiettivo principale che la cooperativa si pone è quello di far raggiungere all'utente la completa autonomia nella gestione della propria persona e dell'intera abitazione. Le attività utili a questo scopo comprendono anche le solite "piccole" faccende di casa come la preparazione dei pasti, il fare la spesa, occuparsi delle pulizie ecc.; in questo

gli operatori si fanno collaboratori dell'utente personalmente impegnato nella sua ricerca sul come migliorare la qualità della propria vita. Le proposte agli utenti non sono solo volte all'autonomia nell'appartamento ma vogliono anche riproporre un aggancio con il tessuto territoriale e quindi gli interventi comprendono uscite per partecipare alla "vita" della città. Alcuni volontari svolgono funzioni di supporto, nessun intervento specifico viene loro richiesto oltre la normale convivenza con gli utenti e la vigilanza attenta circa fatti "fuori norma". La scelta di coinvolgere volontari serve ad allargare i contatti con la realtà del territorio. Per "L'Incontro" il progetto occupazionale e il progetto abitazione fanno parte dello stesso disegno: operare per ridare diritto di cittadinanza al disagio mentale. Il progetto occupazione prevede il creare e praticare una "cultura del lavoro", perché il lavoro non sia una condanna ma un modo e un percorso per andare incontro alla realtà; il progetto abitazione vuole creare una "cultura della dimora" e promuovere tutto ciò che fa capo al vivere dentro l'organizzazione sociale. Occorre, però non dimenticare che, al di sopra di tutto questo e prima di tutto questo, c'è sempre e comunque il progetto individuale elaborato a misura della persona che vive in condizioni di disagio e che il suo inserimento nei diversi percorsi di risalita è subordinata a detto progetto individuale. Non solo il tempo di lavoro, non solo la sera e la notte ma anche il sabato e la domenica si presentano per gli utenti, come giornate in cui è difficile andare incontro alla vita; infatti al tempo libero impone i suoi riti e i suoi miti con forza e con violenza ancora maggiore del tempo lavoro; costruire una rete di relazioni intorno allo spazio casa è premessa per non ricadere, proprio nei giorni di "festa", in momenti di pericolosa chiusura. Infine le spese: premesso che gli appartamenti protetti, intesi come laboratori residenziali, sono realtà costose perché richiedono un grande investimento di tempo lavoro e di attenzioni, le spese sono divise tra: l'Azienda U.L.S.S. n. 8, il Comune di residenza dell'utente (o domicilio di soccorso) e l'utente stesso, per quel che riesce a contribuire in base al reddito personale. Si tratta di un gran cambiamento sul "fronte" del disagio mentale: per la prima volta l'utente contribuisce alle spese che riguardano la sua vita.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma dei COD	
Educatore Responsabile Responsabile Produttivo Équipe di lavoro	Consulente Psicologo
Utente	

La struttura societaria e organizzativa si fonda su scelte importanti e fondamentali:

- la scelta degli operatori
- l'organizzazione del lavoro e la garanzia del servizio
- la costituzione di strumenti di lavoro e di verifica interni per un servizio di qualità
- la creatività del servizio

LA SCELTA DEGLI OPERATORI

La cooperativa coinvolge persone che vivono nella realtà e nella cultura popolare castellana, preparate professionalmente e molto motivate sul piano personale ed è convinta che da questa scelta dipende una prestazione socio-assistenziale particolarmente efficace. Operano all'interno dei servizi operatori con il titolo regionale di addetti all'assistenza ed operatori in possesso della qualifica professionale di educatore professionale -animatore.

La cooperativa si avvale della consulenza e della supervisione di uno psicologo che ha il compito di :

- verificare i casi e indica i programmi d'intervento globale;
- coordinare l'équipe del personale sociale come supporto psicologico agli operatori;
- perfezionare i progetti individuali.

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO, LA GARANZIA E LA CONTINUITÀ DEL SERVIZIO

La cooperativa ha codificato i servizi giornalieri forniti, fruiti da ciascuna realtà operativa e da ciascun utente, su un programma curato da specialisti. I dati sono usati dagli operatori per seguire adeguatamente le persone. Inoltre il servizio non subisce interruzioni dovute a malattie o impreviste assenze del personale, o determinate da fenomeni eccezionali (interventi straordinari sanitari o di lavori sull'ambiente), in quanto è permanente un sistema di pronto intervento in grado di mantenere i servizi ad un livello standard in qualsiasi situazione. Questa organizzazione garantisce l'affidabilità del servizio all'ente committente e alle famiglie degli utenti.

LA COSTITUZIONE DI STRUMENTI DI LAVORO E DI VERIFICA INTERNI

Sono gli strumenti di verifica approntati dalla cooperativa rappresentati dalla équipe di coordinamento: ogni servizio è dotato di una serie di strumenti standard, utilizzati dall'équipe degli operatori, che permettono di monitorare gli interventi: la riunione programmatica periodica, la scheda di osservazione, la riunione con gli utenti, la verbalizzazione di tutti gli incontri; la riunione settimanale di verifica con il consulente psicologo, la formazione professionale ricorrente degli operatori.

IL METODO DI LAVORO DELLA COOPERATIVA

Per ciascun utente, di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale, si elabora un progetto/percorso personalizzato che ha come ultimo scopo l'inserimento lavorativo; obiettivo da raggiungersi grazie ad un periodo di formazione e apprendimento della durata differenziata in relazione alle caratteristiche della persona presa in carico.

In una prima fase l'utente trova occupazione in uno dei quattro centri, là dove si svolgono attività più affini alle sue caratteristiche di partenza; in seguito, quando il disagiato ha raggiunto un buon livello di autonomia operativa, passa nel centro di lavoro guidato; quindi, ultimato il percorso, può trovare occupazione stabile in imprese private o in cooperative sociali.

L'esistenza di persone che vivono in condizioni di disagio mentale è un dato di fatto e, purtroppo, non c'è speranza che nel tempo si riesca a superare questa situazione; nell'avviare e nel gestire progetti di recupero e di risalita, la nostra cooperativa parte da questa constatazione e si dà come obiettivo l'unico possibile: insegnare a convivere con il disagio mentale.

Noi pensiamo che il lavoro e la dignità che esso porta con sé, sia la chiave di tutto; e su questa base abbiamo organizzato i centri occupazionali; ma tutto questo non sarebbe stato possibile se non si fossero resi disponibili ad affiancarci ed a seguire da vicino il nostro progetto produttivo, alcuni "giovani" pensionati.

Infatti, l'unico modo per guadagnare credibilità di fronte alle imprese industriali, e venire presi davvero in considerazione, era far sì che il progetto, nel suo insieme, potesse disporre di competenze produttive concrete e ben precise, non solo di conoscenze legate al disagio mentale.

I "giovani" pensionati, riuniti nell'Associazione "La Meridiana", hanno saputo andare oltre e non solo si sono fatti "Maestri d'Arte" ma anche "Maestri di Vita"; infatti offrire il proprio tempo per un progetto di valore sociale non è semplicemente far delle cose; è anche testimoniare che, di fianco alle istituzioni c'è una società civile ricca di umanità e capace di essere d'aiuto ai più deboli.

LE REALTÀ OPERATIVE: I CENTRI DI PRODUZIONE INDUSTRIALE E AGRICOLA

LA RETE

- **"Il Castello"** - C.O.D. (centro occupazionale diurno) - Castelfranco Veneto: assemblaggio industriale di piccole componenti di grande precisione, superficie coperta mq. 300, persone occupate n. 24.
- **"Il Melograno"** - C.O.D. - Vedelago: assemblaggio industriale di componenti plastiche, superficie coperta mq. 750, persone occupate n. 37.
- **"Solaris"** - C.O.D. - Crocetta del Montello: assemblaggio industriale di piccole componenti di grande precisione, superficie coperta mq. 1300; persone occupate n. 50.
- **"Quintoponte"** - C.L.G. (centro di lavoro guidato) - Castelfranco Veneto: Cablaggi e assemblaggio industriale di componenti d'alluminio, superficie coperta mq 1200; persone occupate n. 23.
- **"Campo Verde"** - C.O.D. - Castelfranco Veneto: azienda agricola a conduzione biologica, ettari totali 10, dei quali 7 a cielo aperto e 3 coperti da serre; persone occupate n.18.

Le cooperative sociali di tipo B: le altre realtà operative che completano il progetto di risalita

AURORA - cooperativa sociale di tipo B - Vedelago

La cooperativa nasce dalla volontà e dalla necessità di dare una risposta positiva alla domanda sociale di occupazione che viene posta dai nomadi presenti da anni nel territorio Castellano.

La comunità Nomade, composta da popolazioni Sinti e Rom, da tempo andava cercando concrete opportunità di integrazione sociale.

Per noi non c'è nulla che possa fare più del lavoro, perché il lavoro è la nostra cultura; non solo come fatto produttivo ma anche come occasione di convivenza sociale, di riti e miti, di rispetto delle regole e di quotidiana creatività.

La sfida che porta con sé il lavoro ci ha permesso di realizzare progetti di recupero e risalita anche per altre figure che si collocano, o meglio: che vengono collocate, in modo sistematico, al margine della società.

In cooperativa trovano occupazione a tempo pieno 65 soci, 16 dei quali sono nomadi; la sede operativa è a Vedelago, in un capannone preso in

affitto, di 1300 mq. circa; i locali sono stati adeguatamente attrezzati con gli impianti necessari per realizzare montaggi e premontaggi di componenti meccaniche di alta precisione, il processo produttivo rispetta le normative ISO 9001.

SOLIDARIA - cooperativa sociale di tipo B - Vedelago

La cooperativa nasce nel Novembre del 1996 come "impresa sociale" allo scopo di avviare al lavoro persone svantaggiate; persone che, dopo aver seguito un programma terapeutico, sono pronte ad uscire dalla condizione di assistiti e, grazie al lavoro, possono inserirsi con dignità nella società.

Attualmente trovano lavoro in cooperativa 35 soci lavoratori, 12 dei quali sono svantaggiati psichici; la nostra sede operativa è a Vedelago in un capannone industriale di 1300 mq..

Disponiamo di un reparto di prima lavorazione dell'acciaio inossidabile; facciamo lavorazioni quali montaggio e premontaggio di componenti meccaniche e plastiche, compreso il taglio, la foratura e la filettatura di particolari componenti d'acciaio, rame e alluminio; inoltre realizziamo manutenzioni ad impianti elettrici e idraulici.

Sappiamo che una gestione economica solida è condizione per essere sempre più impresa socialmente utile e per questo lavoriamo, infatti vogliamo darci un futuro oltre l'episodio, oltre la dimensione assistenziale.

L'essere parte di una rete di aziende, che si riconoscono in questo modo di essere impresa, aiuta a trovare la voglia di migliorare giorno dopo giorno; vivere in un territorio sensibile alle problematiche che sono al centro della nostra missione dà coraggio a continuare perché noi viviamo del lavoro e, grazie al lavoro e alla dignità che solo il lavoro sa dare, ci sentiamo protagonisti del futuro che si fa avanti.

VIA VAI - piccola cooperativa sociale - Castelfranco Veneto

Avviare diverse imprese distribuite sul territorio e tra loro complementari significa doversi occupare di come collegarle: per questo nasce Via Vai..

Alla piccola cooperativa sociale Via Vai abbiamo assegnato il compito di curarsi dei collegamenti tra le cooperative e con i clienti: trasporti dei semilavorati, ritiro e consegna dei materiali presi in lavorazione e dei prodotti finiti.

Poter ritirare e consegnare, in completa autonomia, i materiali da lavorare e i semilavorati dà alle nostre cooperative un vantaggio competitivo reale .

Oggi Via Vai dispone di 8 automezzi, con una portata totale pari a 70 tonnellate.

EOS - cooperativa sociale di tipo B - Crocetta sul Montello

La cooperativa nasce nel 1987, obiettivo è favorire il reinserimento lavorativo di persone che hanno vissuto o che stanno vivendo momenti di difficoltà; lavoriamo per creare nuove opportunità per chi ha disagio mentale e, dopo aver vissuto un periodo di tempo presso i Centri Occupazionali Diurni e i Centri di Lavoro Guidato della nostra area, ha raggiunto un grado di autonomia sufficiente per affrontare il mondo del lavoro.

Il reinserimento lavorativo di persone svantaggiate fa risparmiare risorse economiche all'intera collettività, perché il lavoro è premessa indispensabile per far uscire la persona dall'universo assistenza; quindi, grazie al nostro lavoro si possono liberare risorse che l'Ente Pubblico potrà spendere per altre necessità; ma c'è dell'altro: lavorare è produrre ricchezza, è uscire dall'assistenza quindi, per la persona svantaggiata, è ritrovare dignità e identità.

In uno stabilimento di 1800 mq di superficie coperta, realizziamo assemblaggi di minuteria meccanica, lavorazioni varie e confezionamento di prodotti diversi; nostro punto di forza è la grande flessibilità che possiamo garantire ai clienti. Ci occupiamo, inoltre, di verde e arredo urbano anche perché vogliamo offrire ad alcuni nostri soci svantaggiati la possibilità di lavorare all'aria aperta; prestiamo i nostri servizi non solo ai privati ma anche agli enti pubblici della zona.

Attualmente trovano lavoro in cooperativa: 15 soci lavoratori svantaggiati psichici insieme a 40 soci normodotati; la nostra sede è a Crocetta del Montello.

EUREKA cooperativa sociale di tipo B Castelfranco Veneto

La Cooperativa Eureka è una Coop. Sociale di tipo B (come previsto dalla Legge 381/ 91) e gestisce 2 stabilimenti adibiti a lavanderia industriale. Uno è a Camposampiero ed ha una capacità produttiva giornaliera (50 quintali di biancheria piana) in grado di soddisfare le esigenze dell'intera ULSS n° 15 (Camposampiero e Cittadella); l'altro, specializzato nel lavaggio a secco e tradizionale di indumenti personali, è situato a Castelfranco Veneto e, grazie ad una potenzialità produttiva di 35 quintali al giorno, può rispondere ai bisogni di circa mille persone ospitate in comunità.

In particolare quest'ultimo stabilimento ha comportato un investimento di circa 700 milioni.

La Cooperativa occupa 40 persone, tutti soci-lavoratori; 14 di loro sono svantaggiati.

L'esperienza, sul piano sociale, sta mettendo in luce alcuni aspetti significativi: evidenzia una modalità nuova di concepire i servizi sociali, affidando ad essi il compito di promuovere la persona; mette in luce quanto la cooperativa rappresenti il punto di arrivo di un programma di recupero definito dalla società per le persone socialmente deboli; conferma la titolarità e la funzione dell'Ente Pubblico nel progettare, programmare e attivare una rete integrata di servizi collegata con le risorse del territorio; fa capire che solo grazie a questo "insieme messo in movimento" si possono raggiungere obiettivi significativi nei servizi alla persona.

La Cooperativa Sociale Eureka prosegue il suo cammino riproponendo questo modello di impresa sociale e partecipando ad un lavoro di rete con altre numerose realtà del territorio. Questa integrazione tra Pubblico e Privato-Sociale avviene con programmi coordinati e finalizzati ed è la novità del nostro comune agire nel sociale. Fanno parte di questa rete di risorse le ULSS n° 8 e 15, i Comuni di Camposampiero e Castelfranco Veneto, le Cooperative Sociali e le Associazioni di Volontariato.

L'INCONTRO INDUSTRIA - cooperativa sociale di tipo B - Castelfranco Veneto

Nasce come cooperativa di cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo, offre assistenza tecnica alle imprese socie per migliorare la qualità e la produttività dell'intera rete, ricerca nuove opportunità di lavoro conto terzi che permettano ad ogni singola cooperativa di poter esprimere al meglio le proprie potenzialità.

Inoltre, si propone come una situazione di protezione particolare in quanto, nell'ampliare il ventaglio dei lavori possibili, rende concreto l'inserimento lavorativo di quelle persone svantaggiate che sanno fare produzione solo quando si trovano di fronte a lavori sistematicamente calibrati sulle loro necessità.

La cooperativa dispone di un centro produttivo di circa 1000 mq, in Castelfranco Veneto, dove si realizzano cablaggi e assemblaggi industriali di piccole componenti di grande precisione e di parti d'alluminio; al momento l'azienda è ancora in fase avvio e dà occupazione a 21 soci lavoratori, e a 6 soci svantaggiati.

IL FATTURATO DEL GRUPPO (PREVISIONI PER L'ANNO 2001)

<i>Servizi alla persona e convenzioni</i>	<i>In milioni di lire</i>
L'INCONTRO SOCIALE	8.500
<i>Produzione industriale</i>	
AURORA	3.200
EOS	800
EUREKA	3.500
SOLIDARIA	2.600
L'INCONTRO INDUSTRIA	8.000
Totale	26.600

L'IMPORTANZA DELLA RETE

Per la cooperativa "L'Incontro", come per tutte le cooperative che erogano servizi nel settore del disagio mentale, risulta indispensabile l'esistenza di una collaborazione con cooperative di tipo B, ossia con imprese sociali che si occupano dell'inserimento lavorativo. Un progetto di recupero, infatti, è tale se, per lo meno nelle ipotesi di base, prova a completare la filiera produttiva, dove in questo caso il prodotto è rappresentato dalla persona. Il lavoro della cooperativa "L'Incontro" (i centri occupazionali diurni, i centri di lavoro guidato, gli appartamenti protetti), funziona davvero se riesce non solo a creare le premesse per il distacco della persona svantaggiata dalla sfera assistenziale, ma se riesce a realizzare in modo concreto il distacco stesso; il vanto della cooperativa, segno tangibile di successo, è poter dire quanti sono gli utenti che è riuscita a restituire al mondo di tutti i giorni.

Restituire il diritto di cittadinanza al paziente psichiatrico significa restituirlo al mondo, farlo uscire dalla condizione di essere umano sotto protezione, metterlo in condizione di avere proprie relazioni "normali" con altri, con altre realtà, in forme e modi differenti.

Per questi motivi la cooperativa "L'Incontro" negli ultimi anni si è preposta come obiettivo quello della promozione di cooperative di tipo B. Tale attività di promozione ha riguardato prima di tutto la fase progettuale ma si è soprattutto concretizzata in investimenti e partecipazioni patrimoniali nelle nuove cooperative. "L'Incontro", mettendo in pratica

pienamente la logica del no-profit, ha investito i propri utili nella realizzazione di progetti di reinserimento lavorativo di quelle persone che, precedentemente in carico nel CLG, si trovano in condizioni di essere immesse in tutto per tutto nel reale mercato del lavoro.

Il tipo di rapporto tra le cooperative di tipo B e la cooperativa "L'Incontro" è di necessaria complementarità dovuta appunto dal travaso di soggetti che nel loro percorso riabilitativo raggiungono la cooperativa B. Questo momento rappresenta per l'utente un passaggio fondamentale nell'acquisizione di uno stato sociale nuovo: l'utente diventa autonomo e può uscire dall'assistenza. Con questo passaggio, le due realtà, cooperativa A e B lavorano autonomamente; solo eventuali emergenze possono prevedere l'intervento di operatori socio-assistenziali e l'eventuale ritorno del soggetto in CLG.

La cooperativa di tipo B è un'azienda a tutti gli effetti, non è un'appendice di nessuno; al suo interno esistono solo soci lavoratori (non si parla più di utenti svantaggiati, ma di soci lavoratori).

L'attività di promozione di cooperative di tipo B nel territorio della castellana, ha dato origine ad un gruppo di sette cooperative che operano in rete e si distribuiscono i lavori in base alle abilità, alle attrezzature e ai carichi di lavoro. La cooperativa "L'Incontro" quale promotrice di questo gruppo svolge il ruolo di capofila. Le cooperative collegate sono: coop. Sociale "Aurora", coop. Sociale "Eos", coop. Sociale "Eureka", coop. Sociale "Solidaria", coop. Sociale "Via Vai" e coop. sociale "L'Incontro Industria".

LA NASCITA E LO SVILUPPO DELLA COOPERATIVA SOCIALE "SOL.CO"

V. Vendramin: Cooperativa sociale Sol.Co ,Treviso.

La cooperativa sociale Sol.Co nasce l'11 giugno 1992 e l'esperienza si colloca dentro i valori rappresentati e contenuti nella legge 381\91.

I soci fondatori provenivano nella quasi totalità dalla C.T.R.P. (Comunità Riabilitativa) di Musano di Trevignano dell'Azienda ULSS n.9 di Treviso.

La cooperativa è nata come ulteriore strumento riabilitativo a favore di utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale.

Inizialmente le attività consistevano nella gestione di in un piccolo allevamento di animali da cortile e nella creazione-composizione di piante verdi all'interno della stessa C.T.R.P..

Con l'arrivo di un'utenza che dimostrava uno scarso interesse nei confronti del lavoro proposto, è sorta l'esigenza di avviare una attività di tipo artigianale e industriale, inoltre la disponibilità di alcune ditte locali ha consentito di avviare un laboratorio di assemblaggio per n. 10 soggetti.

A pochi mesi dall'avvio la nuova attività ha richiamato un notevole numero di utenti tanto che all'inizio del 1994 è nata una nuova realtà esterna alla C.T.R.P. che raccoglieva 35 utenti.

Ulteriore ampliamento della struttura con affitto di capannone industriale di 600 mq e acquisizione di mezzi e strumenti idonei allo svolgimento delle attività è stata fatta nel 1995.

Ci si è ben presto resi conto che la struttura, sorta con la finalità dell'inserimento lavorativo, si configurava sempre più come ambiente "protetto" ed emergeva l'impossibilità di reggere finanziariamente ma soprattutto di raggiungere l'obiettivo prefissato.

Dal novembre 1997 la struttura riabilitativa opera in convenzione con l'Azienda U.L.S.S. n.9 con l'obiettivo concordato di offrire percorsi di formazione al lavoro e "l'impegno" di ottenere per una parte di essi (15% all'anno) il ruolo di socio-lavoratore o una collocazione lavorativa all'esterno.

La Cooperativa assume nel 1998 il suo assetto definitivo: equilibrio finanziario, netta separazione tra soggetti organicamente inseriti come soci-lavoratori e persone in formazione, procedure di inserimento concordate con i servizi della Azienda U.L.S.S..

Dal 1999 la Cooperativa si sposta nell'attuale sede di Treviso, via Ca Zenobio 35, in due unità contigue di mq 777 e mq. 285 in zona industriale.

LA FILOSOFIA

La scelta di utilizzare il lavoro come strumento riabilitativo è data dalla convinzione che con l'utenza "psichiatrica" l'esempio educativo (il lavoro fianco a fianco) nella proposta di un percorso lavorativo fosse il metodo più efficace per iniziare un rapporto alla pari.

Il contrattare giornalmente quanto si deve fare in una linea di lavoro è uno spunto per proporre una quotidianità reale, un mettersi in gioco per realizzare obiettivi prefissati e comuni.

Il "tirocinante" viene coinvolto nella realizzazione di un progetto di impresa sociale che lo rende attore e quindi parte attiva, pur non avendo l'assillo della produzione a tutti i costi.

All'inizio del "rapporto di lavoro" viene specificato il ruolo di tutti i lavoratori dell'azienda, quando si assegnano le funzioni per ognuno si tiene conto delle potenzialità di ogni soggetto, con la garanzia che in itinere le funzioni e i ruoli possono variare in base all'investimento e alle capacità effettive di ogni persona.

Chi decide quindi di aderire al progetto "ri-educativo" è consapevole che nessun passaggio verrà forzato, ma concordato, verificato e ridefinito ogni volta che se ne rileverà la necessità.

E' essenziale la trasparenza di ogni azione e di tutti i ruoli del laboratorio: nulla deve dar adito a fantasie, ritorno di fantasmi che riportino nella condizione di "paziente" chi lavora in questa realtà.

Altro elemento essenziale è la proiezione verso il futuro, il percorso verso l'autonomia e la possibilità del passaggio ad una condizione di "socio lavoratore" o di dipendente in una azienda; questa idea deve essere elaborata fin dall'inizio e, anche se dovesse rimanere un'utopia, deve essere comunque perseguita.

- ✓ *Io lavoro cinque giorni alla settimana.*
- ✓ *Io lavoro con altri lavoratori.*
- ✓ *Io desidero uno stipendio.*
- ✓ *Io vado in ferie.*
- ✓ *Io penso come un lavoratore.*
- ✓ *Io sono un lavoratore.*

Sembra scontato considerare ovvie queste affermazioni, ma deve diventare bagaglio culturale di ognuno il considerare alla stessa stregua persone che agiscono all'interno della stessa realtà.

DAL C.S.M. ALLA COOPERATIVA

Gli invii alla Cooperativa dell'utente avvengono su proposta dello psichiatra di riferimento che in collaborazione con l'assistente sociale del Centro di Salute Mentale compila una scheda di inserimento lavorativo che contiene dati socio-anagrafici, clinici, di trattamento, informazioni sulle esperienze formative e occupazionali, su alcuni aspetti della personalità, sulle capacità cognitive; vengono inoltre riportati gli obiettivi che l'équipe psichiatrica propone per l'utente.

La scheda viene valutata da un'équipe in cui è presente un rappresentante della Cooperativa il quale riporterà le informazioni raccolte al Consiglio di Amministrazione che si riserva di decidere per l'inserimento dell'utente alla fase formativa.

Nel momento in cui l'utente viene inserito in cooperativa, diventa socio in avviamento lavorativo.

Sono 30 i soci in avviamento che la Cooperativa per Convenzione con l'Azienda U.L.S.S. può accogliere all'interno della struttura.

L'orario giornaliero inizialmente proposto ai nuovi "soci", per almeno due settimane è di 3,30 ore, che potranno essere portate a 5,30 oppure a 7,30, a seconda della capacità di tenuta e delle esigenze della persona stessa.

Il rapporto tra Cooperativa e C.S.M. è costante, il progetto, è elemento integrante e indispensabile per pensare specificamente alla "abilitazione".

Il "progetto riabilitativo" si muove con la interazione di diversi soggetti (Comuni, D.S.M., Famiglie, Aziende, Sindacati) che cercano una sinergia atta a raggiungere lo stesso obiettivo: il ben-essere e l'integrazione dell'utente.

L'ORGANIZZAZIONE

La cooperativa Sol.Co. è una cooperativa di tipo "B" ma l'organizzazione si può definire "anomala" rispetto ad altre cooperative del territorio trevigiano in quanto prevede all'interno della struttura una prima fase di avviamento lavorativo, preludio dell'effettivo eventuale passaggio del socio alla condizione di socio lavoratore.

Nella fase di avviamento, di durata variabile, il socio riprende contatto con la realtà lavorativa: con regole, ritmi, produzione e si sperimenta,

nuovamente o per la prima volta, come parte attiva di un circuito produttivo.

Particolare peso viene dato inizialmente all'acquisizione dei requisiti al lavoro: il rispetto degli orari, delle pause lavorative, della cura della propria persona come rispetto di sé e degli altri, la condivisione con i propri compagni di spazi, attrezzature lavorative e molto altro.

Il socio in avviamento lavorativo viene osservato anche nelle sue relazioni, come si trova a lavorare in gruppo, come affronta la rotazione e le diverse mansioni.

Man mano che la formazione procede vengono monitorate attentamente le capacità lavorative specifiche, la capacità ad essere attento al mondo circostante e ad organizzare il proprio e l'altrui lavoro, l'abilità di utilizzare metodi e strumenti di lavoro in modo efficace, il saper lavorare con precisione controllando il compito assegnato e mantenendosi ancorato alla quotidianità, ai gesti propri del lavoratore.

Il livello di complessità dei lavori che vengono proposti aumenta gradualmente, fino a saturare le capacità della persona.

La formazione lavoro si gioca quindi su un giusto bilanciamento di stimolazioni date al socio e di richieste crescenti per impegno e responsabilità, nel rispetto dei tempi e delle caratteristiche individuali.

IL CONTRATTO

Il contratto per l'inserimento lavorativo contiene norme e regole specificatamente educativo-riabilitative: viene fatto firmare al socio nel momento del passaggio.

Sebbene il lavoratore venga osservato nella sua "globalità", in questa fase si cercano di sviluppare maggiormente le capacità produttive e la flessibilità lavorativa, caratteristiche necessarie per un eventuale futuro inserimento in azienda esterna.

L'inserimento prevede la firma di un contratto di avviamento lavorativo che accompagna il lavoratore e a cui si farà riferimento di fronte al sorgere di problemi.

Viene inoltre concettualizzato un Progetto Personalizzato di inserimento lavorativo, elaborato a un mese dall'ingresso in cooperativa dove si prevedono tappe ed obiettivi in linea con le risorse e i bisogni manifestati durante il percorso svolto dal socio.

Ai soci viene corrisposta una "Borsa Lavoro": una quota oraria (£ 3.000 all'ora), che non diventa la priorità di questa fase ma una parte integrante di tutto il progetto terapeutico-riabilitativo.

La convenzione stipulata con l'Azienda U.L.SS. n.8 prevede un passaggio annuale di utenti dalla fase di "addestramento" nella percentuale del 15-20 %; questo passaggio viene preceduto dalla compilazione di una scheda da presentare alla Commissione Paritetica, costituita dai rappresentanti dei sindacati e dal rappresentante della cooperativa; in essa, dopo l'analisi delle autonomie presenti nel lavoratore e la presentazione delle autonomie da consolidare, viene stabilita la fascia retributiva, che dovrà essere come minimo pari al 50% della normale retribuzione prevista dal Contratto Collettivo Nazionale di lavoro delle Cooperative.

La retribuzione in tre anni dovrà salire al 100% (stipendio di £ 1.432.000) in quanto previsto nel contratto; per tutti gli altri aspetti il rapporto di lavoro è regolato da detto contratto.

La Commissione deve sempre essere convocata (scadenza l'anno solare dal momento del primo contratto per ogni soggetto), pena il passaggio automatico dei "lavoratori".

È significativo a questo punto segnalare l'incongruenza, il fatto che la Cooperativa si trovi a dover ottemperare alla "convenzione", garantendo i passaggi "graduali" degli utenti a fasi successive del "progetto" senza che a ciò corrisponda un effettivo riscontro di aumento delle loro capacità produttive.

GLI OPERATORI

L'équipe degli operatori è composta da varie figure che sinergicamente si muovono per il raggiungimento degli scopi sociali.

Operai, addetti all'assistenza ed educatori, nonostante abbiano formazione e funzioni diverse, rivestono un ruolo fondamentale per la specificità del compito ad ognuno attribuito nel progetto di integrazione.

Tutte queste figure lavorano a stretto contatto con gli altri soci sempre attenti agli obiettivi verso cui tendere; di fondamentale importanza per il confronto, la verifica e per proseguire nell'opera formativa è la riunione settimanale della équipe degli operatori.

	1998	1999	2000
<i>Operai</i>	6	4	5
<i>Addetti all'assistenza</i>	1	3	4
<i>Educatori</i>	2	2	1

I SOCI

La situazione occupazionale all'1.1.1998 vedeva n. 34 soci in avviamento lavorativo. Nel corso del 1998 sono stati inseriti n. 13 soci in avviamento lavorativo, i recessi sono stati 11 (dei quali 2 per decesso).

Nel 1999 ci sono stati 12 nuovi inserimenti e 10 recessi (un decesso).

Nel 2000 il numero dei nuovi inseriti è stato 9, mentre ci sono stati 2 recessi.

Per quel che riguarda i soci lavoratori svantaggiati all'inizio del 1998 non c'era nessun socio lavoratore svantaggiato.

Alla fine del 1998 erano stati assunti 5 soci lavoratori svantaggiati.

Nel corso del 1999 altri 5 soci sono stati assunti (uno ha trovato collocazione in ambiente lavorativo esterno dopo pochi mesi).

Alla fine del 1999 il totale soci svantaggiati era di 9 unità.

Nel 2000 sono stati inseriti altri 3 soci svantaggiati e due soci hanno trovato lavoro esterno.

	1998	1999	2000
Soci in avviamento lavorativo	32	27	30
Soci lavoratori svantaggiati	5	9	10

IL BILANCIO

La chiusura del bilancio al 31.12.1997 rilevava una perdita di £17.044.094.

Nel corso del 1998 il fatturato da lavoro è aumentato del 24% e il contributo U.L.S.S. è salito da £ 48.125.000 a £ 336.875.000.

Il 1999 vede una perdita di esercizio imputabile al cambio di sede e agli investimenti operati per il miglioramento delle dotazioni e logistico della sede.

anno	1998	1999	2000
Risultato d'esercizio	200.597.709	-31.987.564	236.898.971

PROSPETTIVE FUTURE

Le difficoltà del percorso dovute alla "Convenzione" e la difficoltà di reperire commesse adeguate alla diversa tipologia dell'utenza, sono due condizioni da affrontare con i "partner" della rete; si deve evitare che la Cooperativa abbia esclusiva delega del "progetto" che si crei una "isola" che tutela il territorio dalla contaminazione e dal peso del soggetto con "disagio mentale".

Per fare ciò serve quindi una strategia comune, che comincia con la mappatura del territorio rivolta sia alla ricerca della "posizione" degli utenti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale, ma anche una mappatura delle risorse possibili in termini economici.

Il progetto si è dimostrato una "utopia" possibile, non possiamo però dover rincorrere continuamente la tranquillità economica, questo traguardo può essere risolto attraverso una concertazione tra tutti i partners del territorio, ognuno per le sue specificità.

STORIA, REALTÀ E PECULIARITÀ DELLA COOPERATIVA "I TIGLI 2"

C. Bellio: Cooperativa sociale "I Tigli 2", Oderzo.

L'A.I.T.Sa.M., associazione italiana per la tutela della salute mentale, opera da oltre 10 anni nel Comprensorio opitergino-mottense, ed organizzò nella propria sede, in sintonia con il piano socio-sanitario della **Regione** Veneto, un Centro Sociale denominato "I Tigli" ed un Centro di Lavoro Guidato (C.L.G.).

Il C.L.G. iniziò ad operare il 15 novembre 1997 in convenzione con l'Azienda ULSS 9, allo scopo di avviare percorsi di formazione lavoro per persone affette da patologia psichiatrica con l'obiettivo specifico di effettuare un 20% di inserimenti lavorativi annuali presso cooperative sociali o nel mercato del lavoro.

L'A.I.T.Sa.M. dopo aver gestito per un anno il centro di lavoro guidato, il 21.12.1998 ha costituito la Cooperativa Sociale di tipo B denominata "I Tigli 2". Tale cooperativa ha iniziato formalmente l'attività produttiva nel mese di settembre presso un capannone industriale nel Comune di Gorgo al Monticano, assorbendo organizzativamente il centro di lavoro guidato. All'interno di questa stessa cooperativa, infatti, viene svolta sia l'area formativa, sia il vero e proprio inserimento lavorativo.

L'ORGANIZZAZIONE E GLI INSERIMENTI

I settori di attività della cooperativa riguardano l'assemblaggio, assiemaggio di componenti di parti meccaniche, plastiche, elettriche ed elettroniche e l'imballaggio di materiali vari (es. viterie, kit per idraulica o arredi).

L'orario di lavoro è di 20 ore settimanali, dal lunedì al venerdì per la maggioranza degli utenti, in quanto non ancora pronti ad affrontare un orario più ampio. I soci-lavoratori però frequentano in modo continuativo anche al pomeriggio. Tutti gli utenti osservano turni concordati per piccole attività inerenti consuetudini interne, come l'organizzazione del riordino e della pulizia settimanale.

A ciascuno degli utenti viene erogata una borsa-lavoro con finalità riabilitative educative, sottolineando il valore dell'impegno, della continuità della puntualità e del rispetto del regolamento (€300.000 in presenza dei requisiti sopraelencati).

La cooperativa sociale infatti, oltre ad offrire alla persona immediati e concreti benefici economici, mira alla valorizzazione della persona nella pienezza della sua dimensione, al recupero delle abilità sociali, lavorative ed economiche, cercando di contrastare la cronicità indotta dalla malattia mentale, ma anche dalla emarginazione sociale e lavorativa e dalla dipendenza istituzionale.

Per quanto riguarda gli inserimenti, sono attivi all'interno della cooperativa B "I Tigli 2", 6 soci-lavoratori "normodotati" e 3 soci-lavoratori "svantaggiati" provenienti dall'area formativa. Tale area annualmente si impegna ad accogliere mediamente una quindicina di utenti, detto numero può variare sia in relazione alle effettive esigenze degli utenti su indicazione dell'Ufficio di Salute Mentale dell'Azienda U.L.SS. n.9, sia tenendo conto delle caratteristiche organizzative e strutturali del Centro stesso.

In particolare l'inserimento degli utenti nel Centro avviene su proposta dell'équipe curante del C.S.M., tramite una relazione progettuale scritta che definisce gli obiettivi intermedi da raggiungere ed i tempi correlati.

La valutazione, la programmazione del percorso e l'eventuale dimissione dell'utente sono di competenza di una unità operativa composta dall'équipe curante, dall'Ufficio di Salute Mentale, e dai responsabili del Centro di Lavoro Guidato.

In totale sono state inserite nell'area formativa 27 persone, di queste, 7 hanno interrotto l'esperienza, 3 hanno trovato un lavoro esterno, 2 continuano a non frequentare alcun servizio, una ha ripreso a frequentare il Centro Diurno, un'altra è stata inviata ad una Comunità per un percorso terapeutico riabilitativo, 3 sono state assunte in cooperativa in qualità di socio lavoratore svantaggiato.

IL PERSONALE

All'interno della cooperativa, tre sono gli operatori impegnati oltre che per le 20 ore settimanali, anche per le riunioni di programmazione e verifica (settimanali e mensili). Essi, nel percorso di formazione svolgono una efficace ed attenta azione di sostegno e di rinforzo positivo verso gli utenti, guidandoli ad un progressivo miglioramento delle prestazioni, evidenziando e sollecitando modalità operative sempre più consone e convenienti per l'ottimizzazione degli sforzi e dei risultati.

Curano anche i rapporti con le famiglie per attuare un aggiornamento e una collaborazione reciproca della situazione.

Saltuariamente vi è la collaborazione con i Tirocinanti e gli Obiettori di coscienza, che si avvicendano nei laboratori, rappresentando così positive occasioni di relazione ed integrazione con il tessuto sociale.

Inoltre collabora, fin dagli inizi della gestione dell'attività, un esperto in tempi e metodi di lavoro, che valuta le modalità lavorative più opportune, le fasi e le variabili delle lavorazioni più complesse, applica i cicli di lavorazione indicati dalle aziende, consiglia gli strumenti e le attrezzature più adeguate.

VERSO UNA FILOSOFIA

Scopo principale della Cooperativa "I Tigli 2" è inquadrare il lavoro in un ambiente improntato alla solidarietà e alla collaborazione che aiuti gli utenti a superare l'ansia e la paura dei rapporti sociali, sviluppando nuove abilità e nuove opportunità di lavoro, quindi di autonomia e di benessere personale e familiare.

Gli obiettivi principali infatti sono improntati a valorizzare e promuovere le capacità personali e le abilità sociali degli utenti stessi, a recuperare-sviluppare le capacità progettuali individuali, a rinforzare il senso di appartenenza e adeguatezza nei confronti della comunità sociale e produttiva ed infine ad incrementare le abilità sviluppando attitudini individuali specifiche. Inoltre per incrementare nei soggetti il senso di consapevolezza, condivisione e autostima vengono organizzati gruppi di auto-mutuo-aiuto, che hanno evidenziato un netto miglioramento delle capacità relazionali e di autoefficacia di ciascun partecipante.

E' chiaro che in questo contesto la produttività diventa un obiettivo secondario, tuttavia non possono essere sottovalutate le difficoltà di natura finanziaria della cooperativa, rappresentate innanzitutto dalla bassissima resa economica e dalla discontinuità delle commesse di lavoro fornite dalle aziende del comprensorio e zone limitrofe. Va sottolineato che la realtà delle aziende locali è notoriamente rivolta soprattutto all'est Europa, dove i costi di produzione sono molto bassi, in aggiunta a ciò, va evidenziato anche che esiste una larga fascia di lavoro sommerso di tipo "familiare".

Pertanto la gran parte dei lavori della cooperativa producono una resa tra le £10.000 e le 12.000 l'ora, i pagamenti sono a 60-120 giorni e a queste condizioni la permanenza sul mercato è estremamente difficile.

Va sottolineato poi il problema riguardante quella quota di pazienti che stanno terminando la formazione, che magari si sono ben integrati sul piano socio-relazionale migliorando la qualità di vita personale e familiare,

che presentano però ancora livelli di produttività bassi, da rendere problematica la loro assunzione sia in aziende esterne, sia come soci-lavoratori svantaggiati all'interno della stessa cooperativa.

L'obiettivo però è quello di poterli assumere progressivamente, nonostante le difficoltà produttive, come soci lavoratori, in quanto se venissero dimessi non avrebbero la possibilità di trovare occupazione altrove e se invece rimanessero in formazione ancora a lungo oltre a togliere possibilità ad altri pazienti di iniziare un percorso formativo, si riproporrebbe per loro una situazione ghetizzante. Per il raggiungimento di tali scopi e per il consolidamento di quanto è stato fatto fino ad oggi, è indispensabile che le Amministrazioni Comunali collaborino con i Servizi e le Associazioni promuovendo lo sviluppo della "Formazione" e di una "Cultura" che valorizzi le cooperative e gli operatori del sociale. All'Ente Pubblico inoltre è chiesto un sostegno dal punto di vista finanziario e della ricerca di lavoro presso le locali realtà produttive, ma soprattutto la stipulazione di convenzioni dirette con le cooperative sociali di tipo B, partecipando così attivamente alla implementazione della formazione e degli inserimenti lavorativi dei propri cittadini con disagio psichico.

GLI ESITI

E' necessario innanzitutto precisare che la maggior parte delle persone che frequentano l'area formativa, presentano lunghi trascorsi di malattia aggravati spesso da una insufficienza mentale di vario grado, con situazioni familiari il più delle volte difficili, con alle spalle esiti negativi di precedenti inserimenti nel mondo del lavoro, o con anni di estraniamento dalla propria realtà sociale e lavorativa. Nonostante ciò, si è potuto registrare in ognuno:

- un miglioramento nella capacità organizzativa relativa alla propria mansione,
- una tenuta al lavoro e una continuità complessivamente buona,
- una capacità di attenzione e di concentrazione sensibilmente migliorata,
- una acquisizione del significato del ruolo di lavoro, in ambito sociale, familiare e personale.

E' chiaro però che l'inserimento di tali soggetti in cooperative B o in aziende esterne, deve essere oggetto di particolare valutazione ed eventuale programmazione per interventi territoriali coordinati in quanto i livelli di produttività sono ancora bassi.

COME ANDREMO AVANTI

Dall'analisi critica del lavoro svolto nell'ultimo triennio, appare necessario applicare modalità più articolate ed efficaci per migliorare e sviluppare gli interventi nell'area della formazione e dell'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici gravi.

Si sarebbe infatti individuata una procedura che dovrebbe garantire l'utente da pericolosi e frustranti inserimenti impropri, che non tengono conto della complessità e molteplicità dei bisogni del soggetto, ma rappresentano solo un disegno preconstituito degli operatori o una aspettativa della famiglia. Tale procedura prevederebbe:

- ❑ una lettura attenta dei bisogni, delle richieste e delle aspettative della persona da inserire;
- ❑ colloqui preliminari di preparazione, di informazione e motivazione con l'assistente sociale del C.S.M. e del Comune;
- ❑ un colloquio con la famiglia per valutarne le aspettative e le riserve;
- ❑ visita alla cooperativa da parte dell'utente effettuata con una figura di riferimento (es. assistente sociale), per un primo contatto con gli operatori e per una presa in visione della globalità e delle eventuali mansioni lavorative;
- ❑ presentazione dei colleghi e degli operatori che interagiscono, delle attività organizzate e del regolamento della cooperativa;
- ❑ colloquio di rielaborazione ed accordi per i trasporti;
- ❑ avvio dell'inserimento part-time con l'obiettivo di raggiungere il tempo pieno;
- ❑ verifiche periodiche dell'assistente sociale con i familiari soprattutto quando sia necessario attuare un rinforzo nel nucleo familiare e nei periodi di crisi e demotivazione degli utenti.

Successivamente, dopo i primi tre mesi di prova, è necessario stilare assieme all'utente un vero e proprio contratto di lavoro riconoscendogli il ruolo di lavoratore, sollecitandolo costantemente ad una partecipazione attiva e responsabile in tutte le fasi del proprio progetto riabilitativo, rendendolo così consapevole del valore dell'integrazione in un contesto sociale, economico e produttivo all'interno del quale ri-costruire la propria identità e il proprio ruolo sociale.

“IL CAMPIONE RECLUTATO PER LA RICERCA VISTO DA DENTRO”

(dialogo a due voci)

M. Donatello, R. Munaretto: Coop. Soc. L'Incontro, Castelfranco Veneto.

Presentare un proprio progetto è rischioso se non si oggettivano i dati che lo possono esprimere.

Infatti, il nostro fare non può restare in sospeso o consumarsi nell'immediato, deve poter essere letto discusso, elaborato, criticato, puntualizzato, analizzato e possibilmente misurato.

Questo percorso descrive quali sono gli obiettivi ma soprattutto i risultati del prendersi cura di utenti “psichiatrici”, per avviarli ad un inserimento lavorativo.

La consapevolezza che si matura ad affrontare una simile esperienza porta a considerare molto soggettivamente gli esiti della stessa. Soggettivamente in questo caso significa avere la presunzione di leggere sempre ciò che accade come fosse una storia a sé stante.

Tuttavia strutturare e misurare sono azioni che non limitano la creatività dell'operare, piuttosto la decodificano in base a termini e riferimenti accessibili a tutti coloro che si accostano ad un evento.

D'accordo, ogni vicenda vissuta con persone ha risvolti intimi, sembra destinata (lo è) ad essere esclusiva, pur essendo consapevoli che dietro a queste vicende non si è soli, ma accompagnati dal lavoro e da storie di molti altri colleghi e da una organizzazione.

Per rendere condivisibile e fruibile una esperienza è necessario comunque un intervento di filtraggio che lasci trapelare gli aspetti salienti, concreti e oggettivi, tralasciando invece le componenti soggettive.

Gli esiti e il decorso che proviamo a considerare coinvolgono molti (più di 200) soggetti e raccontare che un quarto circa di loro ha superato la prova finale è decisamente gratificante.

Possiamo attribuire valore agli esiti di un percorso anche quando, messi da parte l'emozione e il sentimento che ne derivano, si aprono nuovi modi di intendere e considerare.

Sembra però quasi un esito già previsto, quasi fisiologico, ma dall'interno acquisisce un valore inestimabile, diviene un volano che permette di superare tutti gli ostacoli e le delusioni che per i tre quarti dei soggetti rimanenti permangono.

Certamente lo scarto tra esiti positivi e numero dei soggetti coinvolti nella ricerca diviene terreno di ulteriori ricerche per trovare nuovi modi di operare ritenendo che i "non esiti positivi" non sono fallimenti ma per l'appunto "non ancora esiti".

L'obiettivo principale non è solo l'inserimento lavorativo, è anche l'aumento del benessere di ogni persona inserita, è la diminuzione dei ricoveri, è l'aumento delle autonomie, è la creazione di nuovi bisogni.

La ricerca per raggiungere tutto questo, parte dalla creazione di un clima adeguato alla proposta che viene fatta a ciascun soggetto che si avvicina al "laboratorio" (Centro Occupazionale Diurno), si deve creare cioè una situazione naturale di fabbrica, senza interessi che non siano rivolti alle attenzioni per ciò che succede in termini di produzione, in valori aziendali, in rapporti tra persone che contribuiscono a raggiungere un obiettivo minimo per garantire la continuazione della esperienza.

L'assillo della produzione non deve essere una preoccupazione, ma ciascuno è chiamato a rispondere di quanto sta facendo: esistono le scadenze, le consegne, il cartellino, i riti del lavoro perché questo significa essere in una Azienda.

Questa è la traduzione linguistica di un preciso disegno sperimentale: ogni proposizione costituisce una variabile da mettere in correlazione con le altre così che non sfugga nulla di significativo, ma il tutto concorra al raggiungimento dell'esito finale sperato. Le variabili non sono tutte dello stesso peso; alcune emergono come primarie altre come secondarie

affinché il “non perdere nulla” non diventi “confondere il tutto”.

Dichiariamo quindi di omettere consapevolmente parti “cliniche” o “riabilitative” in linea con lo spirito che muove l'intervento all'interno del Centro.

Tutto ciò che si fa può essere letto con chiavi diverse e può anche essere interpretato, noi vogliamo agire da operai, da persone che solo “al bisogno” affrontano lo star male delle persone al loro fianco, ma non vogliono evitare loro

ESITI DELLA FORMAZIONE E DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO DI UTENTI PSICHIATRICI SVOLTA NELLE AZIENDE U.L.SS. N.8 E N.9 DEL VENETO

M. Barracano (1), C. Bellio (2), G.L. Bianchin (3), M. Cristofoli (2), M. Donatello (4), L. Liguori (1), P. Michielin (1), A. Michielon (4), G. Pullia (1), A. Righetti (1), V. Vendramin (5), G. Vidotto (6)

(1) D.S.M. Azienda ULSS n. 9 - Treviso; (2) Cooperativa Tigli 2; (3) D.S.M. Azienda ULSS n. 8 - Asolo (TV); (4) Cooperativa L'Incontro - Castelfranco V.to (TV); (5) Cooperativa Sol.Co. - Treviso; (6) Facoltà di Psicologia - Università di Padova

Linea di ricerca: *“Predizione degli esiti dell’inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici”* del Progetto Nazionale Salute Mentale (convenzione n. 96/Q/T67 tra I.S.S. e ASL n. 9 del Veneto)

INTRODUZIONE

Le ricerche condotte sulla cosiddetta “riabilitazione professionale” dei pazienti psichiatrici hanno considerato principalmente le esperienze dei laboratori protetti, del supporto lavorativo, degli impieghi di transizione (nei paesi anglosassoni) e della formazione e dell’inserimento lavorativo in cooperative sociali (nel nostro paese) (Righetti e Rotelli, 1990; Casagrande, 1991; Saraceno, 1995).

I risultati indicano che tali interventi sono efficaci nel permettere al paziente di trovare un lavoro (con tassi di impiego che vanno dal 15 al 55%, ma con problemi di durata nel tempo) e che l’esito è condizionato dal livello globale di funzionamento del paziente e dall’assistenza socio-sanitaria che continua a ricevere.

Altre ricerche hanno dimostrato la relativa inefficacia delle esperienze “occupazionali”, non effettivamente legate al mondo del lavoro, e la

rilevanza della retribuzione quale fattore motivazionale e terapeutico (Lieberman e altri, 1998; Bell e altri, 1996).

Le “Linee guida per il trattamento della schizofrenia” formulate dall’A.P.A. concludono che “prima di cominciare la riabilitazione professionale è importante eseguire una valutazione completa delle condizioni psichiatriche del paziente e del grado di capacità lavorativa, che comprenda anche la discussione con i pazienti delle varie opzioni disponibili” (in relazione agli interessi, alle aspettative, ai livelli di funzionamento e alle precedenti esperienze di lavoro) (American Psychiatric Association, 1999). Mentre sono state condotte ricerche per individuare le componenti essenziali (e la sequenza nel tempo) dei programmi di inserimento lavorativo (Trochim e altri, 1994), meno attenzione hanno ricevuto le relazioni tra le variabili anagrafiche, socio-economiche, cliniche, di trattamento, cognitive, attitudinali, di curriculum formativo e lavorativo, di supporto familiare e comunitario del paziente e l’esito dell’inserimento lavorativo.

Il documento preparatorio della 1° Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale dedicato a “L’integrazione sociale e sanitaria” riconosce che “le cooperative di produzione e lavoro per l’inserimento lavorativo di persone svantaggiate sono forse la cosa più importante e utile che il tessuto sociale abbia pressoché autonomamente prodotto in favore dei pazienti psichiatrici e non solo”. Restano aperte numerose questioni, sia di carattere economico, giuridico e normativo che relative alla filosofia di questo grande “esperimento di integrazione sociale” (Braca e altri, 2000).

Il documento preparatorio conclude che “la collaborazione con i servizi per individuare e valutare gli inserimenti, con protocolli e procedure concordate, costituisce un’importante garanzia di appropriatezza ed efficacia degli inserimenti”. Anche a questo proposito, mancano informazioni su quando, come e perché nella pratica si propone al paziente l’inserimento presso una cooperativa sociale e su come tale opportunità si integra in un progetto più globale di cura, riabilitazione e inserimento sociale.

OBIETTIVI

Obiettivi dello studio sono:

- 1) descrivere le caratteristiche anagrafiche, socio-economiche, cliniche, di trattamento, cognitive, attitudinali, di curriculum formativo e lavorativo, di supporto familiare e comunitario dell’intero gruppo di pazienti di una provincia in formazione-lavoro presso cooperative

- sociali, analizzare l'appropriatezza dell'invio, il modo in cui è stato preparato dai servizi e l'atteggiamento dei familiari;
- 2) valutare gli esiti della formazione lavoro, in termini di miglioramento delle abilità lavorative, di presenza, continuità e produttività sul lavoro, di inserimento lavorativo, di Q.d.V del paziente;
 - 3) valutare l'impatto della formazione e dell'inserimento lavorativo sul numero di ricoveri psichiatrici e sulle giornate di ricovero;
 - 4) esplorare le relazioni tra un'ampia gamma di variabili indipendenti, di tipo personale, clinico e sociale, e le variabili relative all'abilitazione lavorativa e all'inserimento;
 - 5) costruire uno strumento che stimi a priori la possibilità di abilitazione e di successo lavorativo e consenta di preparare programmi di formazione-inserimento maggiormente individualizzati, più appropriati ed efficaci.

METODO

Il lavoro è iniziato nel giugno 1996 ed ha richiesto un'intensa fase preparatoria con le cooperative sociali che, sulla base di una convenzione con le 2 Aziende ULSS, operano per la formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici in provincia di Treviso; tale preparazione ha permesso di arrivare ad un grado accettabile di uniformità nelle procedure, nelle modalità di intervento e negli strumenti di valutazione.

La formazione lavoro riguarda principalmente attività, più o meno complesse, di assemblaggio di minuterie metalliche o plastiche, cablaggi elettrici, montaggio di utensili e lampadari (con un'organizzazione che non è comunque di catena di montaggio); le opportunità di inserimento lavorativo riguardano le stesse attività, nella stessa cooperativa (come soci lavoratori) o in aziende private; la formazione e l'inserimento lavorativo in attività di manutenzione del verde o artigianali sono percentualmente meno rilevanti (circa il 20%). Si tratta di un complesso di attività simile a quello della maggior parte delle altre esperienze italiane.

L'inserimento in formazione viene proposto dallo psichiatra dell'U.O. Territoriale e deciso da un'Unità Valutativa che segue, seppure in modo flessibile, criteri sufficientemente formalizzati; con il consenso del paziente, alla cooperativa viene fornita una scheda socio-anagrafica con gli obiettivi dell'intervento e alcune indicazioni clinico-abilitative.

Lo studio longitudinale ha preso in considerazione tutti i casi in formazione lavoro presso le cooperative nel periodo giugno 1996-giugno

1999; sono stati esclusi solamente i pazienti che hanno interrotto la formazione entro i primi 3 giorni (n = 7). Il numero totale dei reclutati è di 229.

Prima dell'inizio della formazione-lavoro per ciascun soggetto sono stati raccolti i dati anagrafici, clinici, di trattamento, di sostegno familiare e ambientale, le esperienze formative e lavorative precedenti, la capacità reddituale, l'eventuale invalidità.

La diagnosi è stata codificata secondo l'ICD-9; per il "carico farmacologico" è stato calcolato un indice approssimativo, e in parte arbitrario, che risulta dalla somma dei diversi psicofarmaci prescritti, in cui ognuno vale 1 se prescritto al dosaggio medio consigliato (0.5 se prescritto a metà del dosaggio medio).

Le caratteristiche e l'appropriatezza dell'invio da parte dell'équipe psichiatrica e l'atteggiamento dei familiari nei confronti della formazione e dell'inserimento lavorativo sono stati valutati con strumenti appositamente costruiti.

La qualità di vita è stata studiata con il questionario "Valutazione degli aspetti poco soddisfacenti della propria vita", adattamento del QLS-100 di Skantze fatto da Roncone e Morosini. Le dimensioni psicologiche rilevanti nelle scelte professionali sono state studiate con l'MPRI - test per l'orientamento scolastico e professionale di Vidotto e Marchesini (1996).

Il gruppo di 229 soggetti è composto da 158 maschi (69%) e 71 femmine (31%).

L'età media è 33.92 anni (D.S.= 8.67, gamma 18-58); la durata media del disturbo psichiatrico è di 95.85 mesi (D.S.= 61.5, gamma 1-240).

I dati relativi alla diagnosi principale sono: schizofrenia = 141 (61.5%) (semplice = 10, ebefrenica = 27, paranoide = 52, altri tipi o non specificato = 52), altre psicosi o non specificate = 23 (10%), psicosi affettive = 7 (3%), stati paranoidi = 8 (3.5%), disturbi nevrotici = 6 (2.6%), disturbi della personalità = 26 (11.3%), oligofrenie = 8 (3.5%), altri disturbi = 4 (1.7%), mancanza di diagnosi = 6 (2.6%). Il "carico farmacologico" medio è 2.13 (D.S. = 1.34, gamma 0-6.5).

La percentuale di invalidità riconosciuta è: dal 35 al 70% per 25 pazienti, dal 75% al 95% per 75 pazienti, 100% per 30 pazienti; 4 persone hanno la patente A, 73 la patente B, 3 la patente C, mentre a 16 la patente è stata revocata.

Il titolo di studio posseduto è: nessuno 1 (0.4%), licenza elementare 35 (15.5%), licenza media 131 (58.2), diploma professionale 28 (12.4%), diploma media superiore 26 (11.6%), laurea breve 1 (0.4%), laurea 3 (1.3%).

L'esperienza lavorativa precedente ha una durata molto variabile, con una media di 73.6 mesi (D.S.= 86.4, gamma 0-444); la distanza temporale dall'ultimo lavoro è in media di 63.7 mesi (D.S.= 63.1, gamma 0-348).

All'inizio e ogni 6 mesi è stato misurato il livello di abilità lavorativa attraverso una scheda di osservazione appositamente costruita, composta di 26 item (punteggi: abilità non posseduta = 0, abilità posseduta parzialmente = 1, abilità posseduta completamente = 2) raggruppati in 4 aree (pre-requisiti: 8 item, ad esempio, puntualità o lasciare in ordine il posto di lavoro; interpersonale: 8 item, ad esempio, interagire con il compagno o accettare la supervisione; produttiva: 6 item, ad esempio, mostrare autonomia, iniziativa o mantenere i ritmi produttivi; motivazionale: 4 item, ad esempio, richiesta di guadagnare di più o partecipare alle riunioni e alle assemblee); è stata inoltre stimata la produttività, espressa in percentuale rispetto ad un lavoratore "normale" capace.

Al completamento della formazione-lavoro o, se la formazione non era completata, al termine del periodo di studio (giugno 1996) sono stati nuovamente valutati: il livello di abilità lavorativa e la produttività, la condizione lavorativa (cessazione della formazione, continuazione della formazione, inserimento in cooperativa come socio-lavoratore, lavoro esterno temporaneo, lavoro esterno a tempo indeterminato) e la qualità di vita. Mentre tutte le altre valutazioni sono state svolte dagli operatori della cooperativa, queste ultime sono state svolte da osservatori indipendenti.

Il numero di ricoveri psichiatrici, e i giorni complessivi di ricovero, sono stati calcolati per il periodo di formazione e per il periodo di identica durata immediatamente precedente la formazione. Una parte del gruppo ha compilato anche la Verona Service Satisfaction Scale di Ruggeri e Dall'Agnola. Nel giugno 2000, ad un anno dal termine dello studio, è stata nuovamente registrata la condizione lavorativa.

RISULTATI

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'invio da parte dell'équipe psichiatrica:

- nel 27,6% dei casi la formazione lavoro è pensata "del tutto" come inizio o prosecuzione di un percorso abilitativo specificamente orientato al lavoro, piuttosto che come occasione di socializzazione, di impiego del tempo (26,2% "abbastanza", 31.7% "solo in parte", 13.6% "per nulla");

- solo nel 9% dei casi l'utente e i suoi familiari sono "del tutto" coinvolti nella preparazione del progetto, nelle decisioni e nelle verifiche (52.5% "abbastanza", 29.9% "solo in parte", 8.1% "per nulla");
- nel 45.7% il paziente è stato specificamente seguito e preparato dall'équipe psichiatrica in vista dell'inizio della formazione lavoro (34.8% "abbastanza", 15.4% "solo in parte", 4.1% "per nulla").

Il 69% dei familiari ritiene che la formazione e l'inserimento lavorativo siano "molto importanti" per la salute e il benessere del congiunto, il 25.5% "abbastanza importanti", il 5.5% "per nulla".

La durata media della formazione lavoro, fino alla sua conclusione o fino al termine dello studio, è stata di 22.5 mesi (D.S.= 15.7, gamma 1-72).

Gli esiti in termini di inserimento lavorativo sono:

- a conclusione dello studio (giugno 1999): formazione interrotta 58 (25.4%), formazione in corso 143 (62.7%), inseriti come soci lavoratori 14 (6.1%), inseriti in un lavoro esterno stabile 5 (2.2%); 5 pazienti deceduti;
- ad un anno dalla conclusione (giugno 2000): formazione interrotta 55 (24.2%), formazione in corso 109 (48%), inseriti in un lavoro esterno temporaneo 4 (1.8%), inseriti come soci lavoratori 37 (16.3%), inseriti in un lavoro esterno stabile 9 (4%); altri 4 pazienti deceduti.
- I punteggi iniziali della scheda di osservazione delle abilità lavorative sono: sottotale parte pre-requisiti (punteggio min= 0 max= 16) = 8.87; parte interpersonale (min= 0, max= 16) = 8.93; parte produttiva (min= 0 max=12) = 4.22; parte motivazionale (min= 0 max=8) = 4.07; totale (min= 0 max= 52) = 26.09. I punteggi al termine della formazione o dello studio sono: sottotale parte pre-requisiti = 10.12; parte interpersonale = 10.10; parte produttiva = 5.62; parte motivazionale = 4.55; totale = 30.39.

La percentuale di produttività passa da una media iniziale di 29.36% (D.S.= 17.76, gamma 5-100) ad una media finale di 35.6% (D.S.= 20.93, gamma 5-100).

Analizzate con il t di Student tutte le differenze prima-dopo risultano significative (vedi tabella).

Il numero dei ricoveri nel periodo precedente la formazione è in media di 1.28 (D.S.= 2.93, gamma 0-28), per una durata complessiva media di 32.4 giorni (D.S.= 95.6, gamma 0-703); nel periodo della formazione è in media di 0.48 (D.S.= 1.14, gamma 0-9) per una durata complessiva media di

7.54 giorni (D.S.= 25.42, gamma 0-251); le differenze sono significative (vedi tabella). Per interpretare questi dati, ricordiamo che il periodo di formazione, e di conseguenza il periodo immediatamente precedente considerato, ha una durata media di 22.5 mesi.

Il punteggio totale del questionario sulla QdV, che riflette il numero totale di aspetti ritenuti poco soddisfacenti, evidenzia una riduzione, statisticamente non significativa, tra prima (media= 18.72, D.S.= 13.09) e dopo (media= 17.16, D.S.= 12.88).

I punteggi nelle scale dell'MPRI - test per l'orientamento scolastico e professionale sono risultati paragonabili a quelli del campione normativo relativamente alle dimensioni: resistenza alla frustrazione (media= 29.95), propensione al cambiamento (media= 31.04), leadership (media= 28.14), lavoro in autonomia (media= 28.02), aspirazione al successo (media= 30.13), capacità di realizzazione (media= 35.95), ordine e precisione (media= 31.51), irritabilità (media= 28.49); nella dimensione instabilità emotiva il punteggio (media= 31.78) è superiore di una D.S. a quello del gruppo normativo, nella dimensione socievolezza (media= 30.03), invece, inferiore di una D.S.

Le principali variabili che hanno mostrato una correlazione significativa ($p < 0.01$) con l'esito in termini di inserimento lavorativo sono quelle misurate dalla scheda iniziale di abilità lavorativa, e in particolare: subtotale parte pre-requisiti ρ di Spearman = 0.26; parte interpersonale ρ = 0.16; parte produttiva ρ = 0.22; parte motivazionale ρ = 0.32; totale scheda ρ = 0.32.

Correlazioni più modeste, ma ugualmente significative, con l'esito in termini di inserimento lavorativo hanno: l'atteggiamento dei familiari (ρ = 0.20, $p < 0.01$), le caratteristiche dell'invio da parte dell'équipe (ρ = 0.22, $p < 0.01$), la durata della formazione (ρ = 0.14, $p < 0.05$); di segno negativo sono le correlazioni con la durata del disturbo (ρ = -0.13, $p < 0.05$) e con i chilometri di distanza dal lavoro (ρ = -0.13, $p < 0.05$).

La diagnosi psichiatrica, il "carico farmacologico" e la valutazione di invalidità non mostrano relazioni con l'esito finale. Infine, l'analisi discriminante con la tecnica stepwise ha messo in luce le capacità predittive principalmente del livello iniziale di abilità lavorativa e del tempo di formazione.

Anche le dimensioni psicologiche indagate dall'MPRI non presentano correlazioni significative con l'esito in termini di inserimento lavorativo; solo la dimensione aspirazione al successo mostra una correlazione significativa, di segno negativo, con l'esito in termini di livello finale di

abilità lavorativa. Si consideri che un alto punteggio in tale dimensione caratterizza i soggetti che hanno come principale motivazione professionale il conseguimento di una posizione di alto livello e il raggiungimento di un tenore di vita particolarmente elevato.

Infine, i punteggi medi rilevati al Verona S.S.S. mostrano un'alta soddisfazione sia globale che riferita alla facilità d'accesso al servizio; mentre meno positivamente vengono valutati il coinvolgimento dei familiari e l'informazione (vedi tabella n. 2).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La formazione lavoro nella nostra provincia ha interessato prevalentemente maschi (69%), mentre la popolazione assistita dai DSM è prevalentemente femminile (55.5%).

Le variazioni riscontrate tra il prima e il dopo sono in linea con le ipotesi che la formazione lavoro migliori le abilità lavorative, la produttività e riduca la necessità di ricovero psichiatrico.

Il dato globale del mancato miglioramento della Q.d.V. è meglio comprensibile se si vanno ad analizzare item per item le risposte al questionario. Al termine della formazione i pazienti rilevano maggior soddisfazione nei seguenti aspetti: condizioni e aspetto della casa, fare la spesa, igiene personale, rapporti con i genitori, denaro a disposizione, risparmi, autonomia nel gestire il denaro e le attività fuori casa, essere sereno, provare piacere, essere capace di controllare la rabbia e gli impulsi, sentirsi autorealizzato, sentire affetto e amore, stare in compagnia, e tutti gli aspetti connessi al lavoro. Nel contempo rilevano minor soddisfazione in questi altri aspetti: tranquillità, inquinamento, sicurezza da furti, violenze e incidenti, disponibilità di trasporti pubblici, disponibilità di libri, possibilità di frequentare scuole e corsi, rapporti con i figli, mancanza di autonomia per i lavori di casa, stato dei denti, leggere libri, fare sport o esercizio fisico. Sembra esservi una variazione, in direzione "normale", delle aspettative e delle valutazioni dei pazienti; in particolare risulta forte, e forse sottovalutata, la richiesta di ulteriore formazione culturale, scolastica e professionale.

L'esito in termini di inserimento lavorativo sembra legato principalmente al livello di abilità lavorativa registrata all'inizio e alla durata della formazione; nei limiti temporali dello studio, non emergono effetti negativi derivanti dall'eventuale protrarsi di tale durata (in realtà, i pazienti tendono a restare indefinitamente in formazione-lavoro quando non

riescono ad inserirsi come soci lavoratori). Non sembra, invece, esserci relazione tra l'esito e le principali variabili di tipo clinico. Nell'elaborazione dei dati relativi alla diagnosi, probabilmente si sconta l'elevato numero di diagnosi non specificate e la presenza di diagnosi poco frequenti; analizzando i dati si nota la tendenza dei pazienti con schizofrenia paranoide, con disturbi nevrotici e con disturbi della personalità ad avere un minor numero di abbandoni della formazione e dei due ultimi gruppi a mostrare un miglior esito in termini di inserimento lavorativo, rispetto a tutti gli altri gruppi.

Altri fattori che sembrano condizionare favorevolmente l'esito sono un atteggiamento della famiglia che dia importanza alla formazione lavorativa, un atteggiamento dell'équipe che la consideri un percorso chiaramente orientato al lavoro, piuttosto che un'occasione di socializzazione o di impiego del tempo, e una minor distanza della cooperativa dall'abitazione.

Ulteriori fattori sembrano essere legati ad un modo di operare dell'équipe che coinvolga l'utente e i familiari nel progetto e nelle verifiche, che prepari e segua continuativamente la formazione; modo di operare che, peraltro, corrisponde alle raccomandazioni di buona pratica clinico-abilitativa.

In conclusione, sembra che non emergano elementi per ritenere che sulla base di specifiche caratteristiche del paziente si possa prevedere con una qualche certezza un esito negativo; sembra, inoltre, più utile esplorare il valore predittivo dei dati che si possono raccogliere nella primissima fase della formazione-lavoro anziché di quelli che si raccolgono prima dell'inizio della stessa.

Lo studio, con carattere pre-sperimentale (disegno con un solo gruppo con pre-test e post-test), ha analizzato un'ampia gamma di variabili indipendenti e di esito della formazione lavorativa con lo scopo di formulare una serie di ipotesi più specifiche per ulteriori ricerche, metodologicamente più rigorose.

1. Tabella 1. Principali esiti della formazione lavoro

Variabili	Media		Deviazione standard		T- test	Significatività(due code)
	Prima	Dopo	Prima	Dopo		
Scheda abilità: parte pre-requisiti	8,87	10,12	4,57	3,98	-4,748	,000
Scheda abilità: parte interpersonale	8,93	10,10	3,92	3,55	-4,631	,000
Scheda abilità: parte produttiva	4,22	5,62	3,41	3,48	-7,506	,000
Scheda abilità: parte motivazionale	4,07	4,55	2,24	2,39	-3,316	,001
Scheda abilità: totale	26,09	30,39	10,98	10,73	-6,775	,000
Parte produttiva	29,36	35,55	17,76	20,93	-6,299	,000
Numero di ricoveri	1,27	0,48	2,98	1,14	3,829	,000
Giorni di ricovero	34,06	8,45	97,72	27,05	3,497	,001

Tabella 2. Punteggi medi ai fattori del Verona Service Satisfaction Scale di Ruggeri e Dall'Agnola

Fattore	Punteggio min.	Punteggio max	Media	Deviaz. standard
Soddisfazione globale	1	5	4.06	.97
Competenza e comportamento professionale	2.5	4.75	3.73	.56
Informazione	1	5	3.38	1.20
Facilità d'accesso	1	5	3.95	.88
Efficacia	2.0	4.75	3.53	.75
Tipi d'intervento	2.25	4.83	3.59	.59
Coinvolgimento dei parenti	1	5	3.26	1.34
Globale	2.25	4.64	3.65	.54

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1999). Linee guida per il trattamento della schizofrenia. Milano: Masson.
- BELL M., LYSAKER P. e MILSTEIN R.M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizofrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 51-67.
- BRANCA P., CASTELFRANCHI C., CERRI M. (2000). Insetto "Dall'inserimento lavorativo all'integrazione sociale". *Animazione sociale*, 3: 25-56.
- CASAGRANDE D. (1991). Dall'ergoterapia alle cooperative integrate. In *Il lavoro tra alineazione e liberazione*. Da Rin (a cura di). Venezia: Marsilio.
- LIBERMAN R.P., WALLACE C.J., BLACKWELL G., KOPELOWICZ A., VACCARO J.V. e MINTZ J. (1998). Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for persons with persistent schizofrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155: 1087-1091.
- RIGHETTI A., ROTELLI F. (1990). Le cooperative: imprese sociali tra solidarietà e produzione. *Fogli di Informazione*, 150: 29-32.
- SARACENO B. (1995). La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano: EtasLibri.
- TROCHIM W., COOK J. e SETZE R. (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of supported employment program for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62/4: 766-775.
- VIDOTTO G., MARCHESINI C. (1996). MPRI - Test per l'orientamento scolastico e professionale. Modena: Edizioni Comune di Modena.

MANUALE DELLA SCHEDA DI OSSERVAZIONE DELLE ABILITÀ LAVORATIVE

M. Barracano (1), E. Di Giorgi (3), M Donatello (2), L. Liguori (1), P. Michielin (1), A. Michielon (2), V. Vendramin (4).

(1) D.S.M., Azienda ULSS n.9 Treviso; (2) Cooperativa sociale L'Incontro Castelfranco Veneto; (3) Distretto socio-sanitario n.2; (4) Cooperativa sociale Sol.Co.

CARATTERISTICHE

La scheda è nata nel 1985 all'interno dell'ampio pacchetto di schede di osservazione elaborate da E. Di Giorgi e P. Michielin come strumenti di valutazione, di guida e di verifica nella riabilitazione psico-sociale dei pazienti psichiatrici.

Inizialmente era composta da un numero circa doppio di item ed era stata pensata per l'osservazione del livello di abilità lavorative di pazienti inseriti in Cooperative sociali di produzione o, attraverso il S.I.L., in tirocini lavorativi presso aziende.

Nel corso degli anni gli item sono stati riformulati per adeguarsi al linguaggio comunemente usato dagli operatori, migliorare la concordanza tra valutatori e la sensibilità ai cambiamenti nel tempo.

Alcuni item sono stati, sempre sulla base dell'esperienza, accorpati tra di loro ed altri, raramente utilizzati, sono stati eliminati.

Di conseguenza, la scheda è diventata più specifica e si presta ad essere utilizzata nella formazione e inserimento di pazienti psichiatrici, attraverso le Cooperative sociali o il S.I.L., per i lavori ed i contesti più comuni: mansioni e lavorazioni industriali e artigianali non particolarmente complesse e qualificate, a contenuto tecnologico basso o medio, senza un'organizzazione propriamente di catena di montaggio oppure attività agricole o di manutenzione del verde, che ugualmente non richiedono un'alta qualificazione; in tutte queste attività si presuppone la necessità di lavorare in gruppo o insieme ad almeno un'altra persona.

Non è stata, ad esempio, utilizzata e probabilmente non è indicata per i lavori impiegatizi o per lavori artigianali di manutenzione (ad es. idraulico od elettricista).

La scheda può essere compilata da qualsiasi persona che venga adeguatamente preparata, possa fruire di un supporto e una supervisione e possa dedicare il tempo necessario all'osservazione; la preparazione degli operatori sanitari ed educativi è più breve ed agevole di quella dei soci-lavoratori che si dedicano alla produzione o dei compagni di lavoro che svolgono la funzione di tutor.

L'unico precedente di questa scheda che si può trovare nella letteratura internazionale è il WBI-Work Behavior Inventory (Bryson G.J., Bell M.D., Lysaker P.H., Zito W.; *The WBI. Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 1997). Esso è uno strumento di valutazione delle abilità lavorative specificamente preparato per i pazienti psichiatrici gravi.

La costruzione si è basata sia su principi teorici che su criteri pratici ed ha portato ad un inventario di 36 item con cinque scale: Cooperatività, Abitudini lavorative, Qualità del lavoro, Abilità sociali, Modo di presentarsi (igiene e cura della persona). Ognuna è composta da sette item che si valutano su un continuum da 1 (prestazione nettamente inferiore) a 5 (prestazione nettamente superiore); di conseguenza il punteggio della singola scala può andare da 7 a 35; la somma dei punteggi a ciascuna scala fornisce il punteggio totale. La valutazione viene svolta dopo un'osservazione comportamentale del paziente durante il lavoro della durata di almeno 15 minuti e una breve intervista con il suo tutor o supervisore.

COMPOSIZIONE DELLA SCHEDA

Nella versione originale di 26 item, utilizzata per la ricerca sanitaria, la scheda era divisa, in base al contenuto degli item e ad una naturale sequenza di raccolta delle informazioni, in 4 parti: pre-requisiti (8 item), relazioni interpersonali (8 item), abilità lavorative (6 item), motivazione (4 item). Ordinando tutti gli item in base ai punteggi medi ottenuti nella somministrazione iniziale della scheda, si ottiene una interessante graduatoria dei relativi comportamenti/abilità, cominciando da quelli più presenti nel campione esaminato e terminando con quelli mediamente molto carenti:

- accetta il compagno proposto, accetta di cambiare compagno (media= 1.37),
- accetta le istruzioni e gli ordini (1.29),
- rispetta le pause definite dall'organizzazione (es: per fumare o per prendere il caffè) (1.28),

- è motivato a guadagnare di più (1.25),
- accetta il tipo di lavoro proposto, accetta di cambiare lavoro (1.21),
- accetta la supervisione (1.2),
- dialoga e interagisce con il compagno (1.17),
- (*non*) anticipa l'orario di temine (anche di qualche minuto) (1.16),
- è motivato al percorso lavorativo (1.16),
- (*non*) ritarda (anche di qualche minuto) (1.14),
- accetta le osservazioni e le critiche costruttive (1.13),
- mostra un livello minimo di igiene personale (corpo, indumenti) (1.12),
- mostra un livello minimo di cura della persona (capelli, barba, abbigliamento,...) (1.11),
- lascia in ordine e puliti i servizi (bagni, mensa, ...) (1.1),
- in caso di necessità o di difficoltà chiede aiuto (0.99),
- lascia in ordine e pulito il posto di lavoro (0.94),
- lavora con adeguata perizia (0.92),
- partecipa ad attività extralavorative organizzate dalla cooperativa (0.89),
- in caso di assenza avverte per tempo (0.88),
- partecipa attivamente alle riunioni sul luogo di lavoro (0.85),
- mantiene nel tempo i ritmi lavorativi (0.81),
- mantiene nel tempo la concentrazione (0.77),
- “vede il lavoro”, è indipendente nel suo lavoro ed ha iniziativa (0.63),
- in caso di necessità, aiuta di sua iniziativa gli altri (0.56),
- svolge con autonomia compiti di organizzazione e controllo (0.55),
- svolge mansioni tecnicamente complessa (0.55).

VALIDITA'

Validità rispetto a criteri - I dati raccolti per la ricerca sanitaria hanno consentito di evidenziare una correlazione significativa (al 0.01) e sufficientemente alta tra i punteggi della scheda finale (ultimo mese di valutazione) e le principali variabili che definiscono il successo lavorativo (produttività - rho di Spearman = 0.57 e inserimento lavorativo - rho di Spearman = 0.40). Il punteggio alla scheda compilata all'inizio della formazione lavoro si è rivelato il miglior predittore dell'inserimento lavorativo (rho di Spearman = 0.33) e, dunque, del successo della formazione lavoro.

Sempre la ricerca ha mostrato la sensibilità dello strumento, somministrato ogni 6 mesi nel periodo di formazione lavoro, nel rilevare i cambiamenti nel tempo del livello di abilità lavorative.

Validità fattoriale - L'analisi fattoriale, condotta con il metodo delle componenti principali con rotazione Quartimax (vedi tab. 1), ha estratto tre fattori che spiegano il 50% della varianza; essi si possono descrivere come "Pre-requisiti e abilità lavorative" (item 1-17), "Accettazione di regole interpersonali" (item 18-23), "Partecipazione ed iniziativa interpersonale" (item 24-26).

Rispetto all'originaria organizzazione della scheda, è dunque risultato opportuno accorpare i pre-requisiti con le abilità specificamente lavorative e con alcuni item riferiti alla motivazione; le abilità interpersonali vengono divise tra quelle che potremmo definire "passive", di accettazione di regole, e quelle "attive", che comportano partecipazione e iniziativa.

La nuova organizzazione della scheda ha richiesto una sequenza meno naturale di raccolta delle informazioni.

FEDELITÀ

L'alfa di Cronbach è risultato di .90, evidenziando una consistenza interna della scheda, e cioè una omogeneità degli aspetti considerati, persino più alta delle attese.

Questo è probabilmente dovuto alla modalità di compilazione nel corso della ricerca, modalità che si basava sulla discussione e sull'accordo tra due valutatori. E', invece, opportuno che a compilare la singola scheda sia un unico operatore, se ha potuto acquisire informazioni sufficientemente ampie e complete.

RIPRODUCIBILITÀ

Sulla base dell'esperienza, sono stati messi a punto criteri di attribuzione dei punteggi. Sono state analizzate 80 valutazioni condotte sugli stessi utenti da due osservatori indipendenti, che hanno potuto utilizzare questi criteri di attribuzione dei punteggi. Per verificare l'accordo fra i valutatori i punteggi totali alla scheda sono stati classificati in 5 categorie: molto inferiore (punteggio inferiore a 21), inferiore (da 21 a 27), nella media (da 28 a 32), superiore (da 33 a 39), molto superiore (superiore a 39). Sono state considerate concordanti le valutazioni che assegnavano l'utente alla stessa categoria. La concordanza è risultata pari all'85 %. L'indice k è risultato di 0.81; un valore dell'indice superiore a 0.80 è indicativo di una riproducibilità molto buona.

Matrice di concordanza dei giudizi valutatori indipendenti					
Livello abilità lavorativa	Molto inferiore	Inferiore	Nella media	Superiore	Molto superiore
<i>Molto inferiore</i>	9	1			
<i>Inferiore</i>	1	14	3		
<i>Nella media</i>		2	13	1	
<i>Superiore</i>			1	15	1
<i>Molto superiore</i>				2	17

USO

La scheda deve essere compilata dall'operatore più vicino all'utente, cioè da quello che più frequentemente lavora accanto a lui. Il periodo di osservazione normalmente utilizzato si riferisce ai 30 giorni precedenti la data di compilazione della scheda. L'uso dei criteri per l'attribuzione dei punteggi è fortemente raccomandata per migliorare la concordanza tra valutatori.

Per ciascun item indicare, apponendo una crocetta sulla relativa colonna, se l'utente ha presentato nel mese precedente quel comportamento, quell'abitudine o ha mostrato di possedere quell'abilità:

“sì”

“parzialmente”

“no”.

La colonna “n.p.” - non pertinente va segnata quando quel comportamento/abilità non è, nella specifica situazione di formazione lavoro, richiesto.

CALCOLO DEI PUNTEGGI

Alla valutazione “sì” corrisponde il punteggio 2, a quella “parzialmente” il punteggio 1, a quella “no” corrisponde il punteggio 0; gli item 2 e 8, che descrivono una disabilità, hanno il punteggio invertito.

Il punteggio a ciascun fattore risulta dalla somma dei punteggi ottenuti ai singoli item che lo compongono; il punteggio totale dalla somma dei punteggi a tutti gli item.

Nella tabella 2 sono presentati i dati normativi, calcolati sul campione della ricerca, e distinti a seconda che la valutazione sia quella iniziale o durante la formazione lavoro.

Il modo più adatto per normalizzare i punteggi, è quello di calcolare il punteggio Z.

Esso risulta dalla formula:

punteggio Z = (punteggio ottenuto dall'utente - media) / deviazione standard.

Un punteggio Z = 0 significa che il soggetto ha ottenuto un punteggio nella media, un punteggio negativo è indicativo di valori inferiori alla media, positivo di valori superiori alla media.

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

1. In caso di assenza avverte per tempo

2 – sì: avverte sempre lui personalmente, salvo eccezioni motivate in cui comunque fa avvertire da altri (es. in caso di crisi, di contrattempi o di impegni improvvisi)

1 – parzialmente: avverte solo alcune volte personalmente, le altre volte o non avverte o fa avvertire da altri (senza giustificato motivo)

0 – no: non avverte mai lui personalmente

n.p.: non fa assenze

2. Ritarda l'arrivo sul posto di lavoro o l'inizio del lavoro (anche di pochi minuti)

2 – no: inizia il lavoro sempre in orario, salvo eccezioni determinate da ritardo dei mezzi pubblici, da intasamenti del traffico o da altre circostanze eccezionali

1 – parzialmente: inizia il lavoro in ritardo meno di una volta su tre

0 – sì: almeno una volta su tre inizia il lavoro con un ritardo di almeno 2 minuti, generalmente non determinato da ritardi dei mezzi pubblici o intasamenti del traffico

n.p.: da non utilizzare

3. Mostra un livello (almeno) minimo di cura igiene personale

2 – sì: non emette odori e non ha l'alito sgradevole, ha la barba e i capelli in ordine; all'inizio del lavoro non ha tracce di sporco sul corpo; prima dei pasti si lava le mani

1 – parzialmente: non emette odori sgradevoli, ha i capelli o la barba in disordine oppure qualche traccia di sporco (es. unghie nere) non dovuta al lavoro sul corpo

0 – no: già al mattino emette odori sgradevoli (anche per uso eccessivo di profumi o deodoranti) oppure ha tracce di sporco (non dovute al tipo di lavoro) o di muco sul corpo

n.p.: non utilizzare

4. Mostra un livello (almeno) minimo di cura della persona

2 – sì: ha un abbigliamento adatto alla situazione e al tempo meteorologico, sufficientemente pulito, non strappato o fuori taglia (se non per moda) e cambiato con regolarità; non considerare l'abbinamento dei colori e la necessità di adeguamento alla moda

1 – parzialmente: abbigliamento non adatto per una sola delle condizioni (inadatto alla situazione o al tempo, sporco, strappato...)

0 – no: abbigliamento non adatto per più di una condizione

n.p.: non utilizzare

5. Rispetta le pause definite dall'organizzazione

2 – sì: interrompe il lavoro solo per il preciso periodo delle pause stabilite dall'organizzazione o per esigenze giustificate (es. colloquio con lo staff); qualche volta va in bagno fuori dalle pause

1 – parzialmente: qualche volta (ma meno di una volta all'ora) interrompe il lavoro per fumare, bere il caffè, mangiare o

chiacchierare fuori dalle pause oppure va al bagno con elevata frequenza

0 – no: interrompe il lavoro per fumare, bere il caffè, mangiare o chiacchierare fuori dalle pause oppure va al bagno con eccessiva frequenza (più di una volta all'ora)

n.p.: non utilizza le pause

6. Lascia in ordine e pulito il posto di lavoro

2 – sì: alla fine della sua giornata lavorativa lascia gli attrezzi, il materiale e gli scarti in ordine

se la pulizia è affidata a tutti, lascia pulito o pulisce il posto di lavoro; se è svolta a turni, rispetta l'impegno

1 – parzialmente: presenta con costanza un solo problema specifico relativo all'ordine o alla pulizia oppure qualche volta è inadeguato per vari aspetti

0 – no: spesso si mostra inadeguato per vari aspetti

n.p.: non utilizzare

7. Lascia in ordine e puliti i servizi e i luoghi comuni (bagni, mensa, angolo ristoro...)

2 – sì: lascia il bagno pulito e in ordine; rispetta il suo turno di pulizia del bagno e di altri ambienti comuni; lascia puliti e in ordine gli altri ambienti (ad es. riconsegna il vassoio in mensa, getta i bicchieri del caffè nei contenitori, non getta i mozziconi di sigaretta per terra)

1 – parzialmente: qualche problema di ordine o di pulizia degli spazi comuni oppure qualche volta non rispetta il turno di pulizia

0 – no: spesso sporca o lascia in disordine gli spazi comuni oppure non rispetta il turno di pulizia

n.p.: non utilizzare

8. Anticipa l'orario di termine (anche di pochi minuti)

2 – no: termina il lavoro sempre in orario, salvo eccezioni determinate da motivate esigenze

1 – parzialmente: termina il lavoro in anticipo (anche di qualche minuto) meno di una volta su tre

0 – sì: almeno una volta su tre termina il lavoro con un anticipo di almeno 2 minuti

n.p.: da non utilizzare

9. Lavora con adeguata perizia

2 – sì: è in grado di svolgere le sue mansioni senza commettere, se non eccezionalmente, errori o approssimazioni; ha una sufficiente coordinazione e destrezza motoria e la capacità di pianificare le fasi del lavoro

1– parzialmente: una volta su tre si riscontrano errori o imperfezioni nelle lavorazioni eseguite

0 – no: più di una volta su tre si riscontrano errori o imperfezioni nelle lavorazioni eseguite

n.p.: non utilizzare

10. Svolge mansioni tecnicamente complesse

2 – sì: è in grado di svolgere correttamente e in tempi adeguati mansioni tecnicamente complesse

1– parzialmente: è in grado di svolgere correttamente mansioni tecnicamente complesse, ma non in tempi ragionevoli e sotto la stretta supervisione; in alternativa è in grado di svolgere mansioni complesse solo per alcuni aspetti; in alternativa svolge mansioni complesse in tempi adeguati ma con una certa approssimazione qualitativa

0 – no: non è in grado di svolgere correttamente e in tempi adeguati mansioni tecnicamente complesse

n.p.: non deve mai svolgere mansioni tecnicamente complesse

11. “Vede il lavoro”, è indipendente nel suo lavoro ed ha iniziativa

2 – sì: almeno due volte su tre è in grado di rendersi conto di quali siano le priorità del lavoro da svolgere, di fornirsi del materiale, di prendere iniziative efficaci al raggiungimento degli obiettivi produttivi tenendo presente il contesto e le persone

1– parzialmente: una volta su tre è in grado di rendersi conto di quali siano le priorità del lavoro da svolgere, di fornirsi del materiale, di prendere iniziative efficaci al raggiungimento degli obiettivi produttivi tenendo presente il contesto e le persone;

in alternativa è totalmente indipendente solo in alcune lavorazioni, non in altre

in alternativa è indipendente nel suo lavoro una volta assegnatogli ma non ha iniziativa o viceversa ha delle buone iniziative ma in linea generale non sa essere autonomo nel proprio lavoro

0 – no: meno di una volta su tre è in grado di rendersi conto di quali siano le priorità del lavoro da svolgere, di fornirsi del materiale, di prendere iniziative efficaci al raggiungimento degli obiettivi produttivi tenendo presente il contesto e le persone;

n.p.: non utilizzare

12. Svolge con autonomia compiti di organizzazione e controllo

2 – sì: è in grado di organizzare autonomamente il proprio lavoro e quello di altri se ne ha l'incarico, suggerendo strategie che ottimizzino i tempi di esecuzione, disponendo nel modo migliore materiali e attrezzi; è in grado di controllare la corretta esecuzione della lavorazione e di correggere gli eventuali errori

1– parzialmente: solo per alcuni tipi di lavorazione è in grado di organizzare autonomamente il proprio lavoro e quello di altri e di svolgere compiti di controllo;

in alternativa svolge con autonomia compiti di organizzazione ma non di controllo e viceversa svolge con autonomia compiti di controllo, è in grado di correggere eventuali errori ma non sa svolgere compiti di organizzazione

0 – no: non è in grado di organizzare autonomamente il proprio lavoro né quello di altri

n.p.: non utilizzare

13. In caso di necessità, aiuta di sua iniziativa gli altri

(N.B. includere anche le situazioni in cui l'utente non fornisce aiuto perché non si rende conto delle difficoltà di chi lavora accanto a lui)

2 – sì: la maggior parte delle volte che se ne presenta l'occasione aiuta di sua iniziativa il compagno in difficoltà dandogli suggerimenti, spiegazioni, dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere, aiutandolo nel rifornimento del materiale o nella sistemazione degli attrezzi

1– parzialmente: in caso di necessità, una volta su tre, aiuta di sua iniziativa il compagno in difficoltà dandogli suggerimenti, spiegazioni, dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere, aiutandolo nel rifornimento del materiale o nella sistemazione degli attrezzi

0 – no: in caso di necessità, meno di una volta su tre, aiuta di sua iniziativa il compagno in difficoltà dandogli suggerimenti, spiegazioni, dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere, aiutandolo nel rifornimento del materiale o nella sistemazione degli attrezzi

n.p.: non utilizzare

14. Mantiene nel tempo la concentrazione

2 – sì: è in grado di mantenere un livello adeguato di attenzione e concentrazione sul lavoro per tutta la giornata e per tutto il periodo dell'osservazione

1– parzialmente: presenta nel corso della giornata o del periodo variazioni evidenti del livello di attenzione e concentrazione sul lavoro che non interferiscono, però, in maniera rilevante sulla capacità produttiva

0 – no: presenta variazioni molto consistenti del livello di attenzione o concentrazione sul lavoro che interferiscono in maniera rilevante sulla capacità produttiva

n.p.: non utilizzare

15. Mantiene nel tempo i ritmi lavorativi

2 – sì: nel periodo di osservazione mantiene il suo ritmo lavorativo e il suo livello di produttività, che devono raggiungere il minimo accettabile, cioè ritmi e livelli non subiscono fluttuazioni e si mantengono costanti nel tempo

1– parzialmente: ha delle variazioni evidenti del ritmo lavorativo che consistono nella diminuzione dei pezzi prodotti o nell'aumento del tempo necessario per portare a termine un compito; il suo ritmo, pur costante, è molto inferiore alla media (inferiore al 20% di un lavoratore normale)

0 – no: mostra delle variazioni molto forti del ritmo lavorativo; il suo ritmo pur costante, è bassissimo (inferiore al 10% di un lavoratore "normale")

n.p.: non utilizzare

16. E' motivato al percorso di formazione e inserimento lavorativo

2 – sì: considera la formazione lavoro un importante percorso abilitativo specificamente orientato all'acquisizione di competenze lavorative; la motivazione si desume attraverso il colloquio con l'utente e dalla percentuale di presenza (almeno il 90 % nel periodo della valutazione).

1 – parzialmente: considera la formazione lavoro un percorso abilitativo orientato all'acquisizione di competenze lavorative ma anche all'impiego del tempo e alla socializzazione; la motivazione si desume attraverso il colloquio con l'utente e dalla percentuale di presenza (tra il 70 e il 90 % nel periodo della valutazione).

0 – no: Considera la formazione lavoro esclusivamente un modo per impiegare il tempo e per socializzare; o è interessato all'acquisizione di specifiche competenze lavorative ma senza alcun interesse per il passaggio ad una posizione di socio-lavoratore o all'inserimento in aziende esterne; la motivazione si desume attraverso il colloquio con l'utente e dalla percentuale di presenza (tra il 70 e il 90 % nel periodo della valutazione).

n.p.: da non utilizzare

17. E' motivato a guadagnare di più

2 – sì: è motivato ad aumentare la sua capacità produttiva per ottenere un riconoscimento sul piano economico

1 – parzialmente: verbalmente esprime la motivazione a guadagnare di più ma non aumenta la sua capacità produttiva o il suo impegno orario per ottenere un riconoscimento sul piano economico

0 – no: non è interessato all'aspetto economico del lavoro

n.p.: da non utilizzare

18. Accetta il compagno proposto, accetta di cambiare compagno

2 – sì: accetta sempre il compagno di lavoro proposto ed eventualmente accetta di cambiare compagno esprimendo verbalmente la sua accettazione e dimostrando un atteggiamento collaborativo nei suoi confronti.

1– parzialmente: nel periodo di osservazione dimostra scarsa accettazione del compagno meno di una volta su tre o non più di una volta alla settimana

0 – no: nel periodo di osservazione dimostra scarsa accettazione del compagno più di una volta su tre; chiede o pretende di lavorare sempre con una stessa persona o con poche persone selezionate

n.p.: utilizzare se la persona lavora esclusivamente isolata dagli altri per necessità legate all'attività produttiva

19. Accetta il tipo di lavoro proposto, accetta di cambiare lavoro

2 – sì: accetta sempre il tipo di lavoro proposto ed eventualmente accetta di cambiare lavoro esprimendo verbalmente la sua accettazione e dimostrando impegno nell'attività.

1– parzialmente: nel periodo di osservazione rifiuta il tipo di lavoro proposto meno di una volta su tre o non più di una volta alla settimana

0 – no: nel periodo di osservazione rifiuta il tipo di lavoro proposto più di una volta su tre

n.p.: utilizzare se la persona è impegnata esclusivamente in una unica lavorazione

20. Accetta le istruzioni e gli ordini

2 – sì: accetta le istruzioni e gli ordini manifestando un atteggiamento di ascolto attento e comportandosi secondo le istruzioni ricevute, chiedendo eventualmente spiegazioni in caso di incomprendimento

1– parzialmente: non più di una volta su tre manifesta scarsa considerazione delle istruzioni e degli ordini, perseverando nella propria modalità di esecuzione dell'attività

0 – no: più di una volta su tre manifesta scarsa considerazione delle istruzioni e degli ordini, perseverando nella propria modalità di esecuzione dell'attività

n.p.: utilizzare nel caso in cui la persona non sia soggetta a nessun tipo di istruzione o ordine

21. Accetta le osservazioni e le critiche costruttive

(N.B. accertarsi che le osservazioni e le critiche siano costruttive, e cioè si riferiscano al comportamento della persona e non a quello che è, propongano un comportamento alternativo e non risultino, nei contenuti o nel tono offensive o provocatorie)

2 – sì: fa tesoro delle osservazioni e delle critiche costruttive degli operatori e dei compagni di lavoro rispettando le indicazioni e assumendo sempre un atteggiamento accogliente; non si sente offeso da esse ed è in grado di comprenderne il significato

1– parzialmente: non più di una volta su tre manifesta scarsa considerazione delle osservazioni e delle critiche perseverando nella propria modalità di esecuzione dell'attività, assumendo un atteggiamento di rifiuto e travisandone il significato

0 – no: più di una volta su tre manifesta scarsa considerazione delle osservazioni e delle critiche perseverando nella propria modalità di esecuzione dell'attività, assumendo un atteggiamento di rifiuto e travisandone il significato

n.p.: non utilizzare

22. Accetta la supervisione

(N.B. anche in questo caso prestare attenzione all'appropriatezza con cui viene svolta la supervisione)

2 – sì: accetta che l'operatore o chi ne ha la facoltà, verifichi la correttezza dell'esecuzione del lavoro, dia dei suggerimenti e faccia delle valutazioni rispetto ai tempi e alla qualità del lavoro svolto, tale accettazione si esprime attraverso un atteggiamento di disponibilità e ascolto

1– parzialmente: non più di una volta su tre rifiuta la supervisione, manifestando scarsa disponibilità a lasciare che il lavoro svolto venga valutato, cercando giustificazioni, assumendo atteggiamenti di chiusura e di difesa

0 – no: più di una volta su tre rifiuta la supervisione, manifestando scarsa disponibilità a lasciare che il lavoro svolto venga valutato, cercando giustificazioni, assumendo atteggiamenti di chiusura e di difesa

n.p.: non utilizzare

23. In caso di necessità o di difficoltà, chiede aiuto

(N.B. includere anche le situazioni in cui l'utente non chiede aiuto perché non si rende conto di essere in difficoltà)

2 – sì: la maggior parte delle volte che ne ha la necessità chiede spontaneamente che gli siano dati suggerimenti, spiegazioni, dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere; si rivolge sia all'operatore che al compagno di lavoro; non tergiversa inutilmente temendo di essere inopportuno e di disturbare

1– parzialmente: una volta su tre che ne ha la necessità chiede spontaneamente che gli siano dati suggerimenti, spiegazioni, dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere; si rivolge sia all'operatore che al compagno di lavoro; non tergiversa inutilmente temendo di essere inopportuno e di disturbare

0 – no: meno di una volta su tre che ne ha la necessità chiede spontaneamente che gli siano dati suggerimenti, spiegazioni,

dimostrazioni pratiche del lavoro da svolgere; si rivolge sia all'operatore che al compagno di lavoro; non tergiversa inutilmente temendo di essere inopportuno e di disturbare
n.p.: non utilizzare

24. Dialoga ed interagisce con il compagno di lavoro

(N.B. la valutazione è riferita al tempo del lavoro; sono escluse dalla valutazione le interazioni che avvengono durante le pause o al di fuori dell'orario di lavoro)

2 – sì: dialoga e interagisce ogni giorno con il compagno di lavoro, chiunque egli sia.

1 – parzialmente: dialoga e interagisce con il compagno di lavoro, solo alcune volte nel periodo di osservazione e/o dialoga e interagisce solo con alcuni compagni di lavoro

0 – no: non dialoga né interagisce con il compagno di lavoro o scambia qualche parola con lui esclusivamente per necessità legate all'attività che si sta svolgendo.

n.p.: utilizzare se la persona lavora esclusivamente isolata dagli altri per necessità legate all'attività produttiva

25. Partecipa attivamente alle riunioni sul luogo di lavoro

2 – sì: se presente al lavoro partecipa a tutte le riunioni alle quali è invitato; durante le riunioni interviene spontaneamente per esprimere la propria opinione, dimostra interesse per le opinioni degli altri anche se diverse dalle sue, è propositivo

1– parzialmente: è presente a meno di due riunioni su tre; durante le riunioni manifesta solo uno degli atteggiamenti che seguono: intervenire spontaneamente per esprimere la propria opinione, dimostrare interesse per le opinioni degli altri, essere propositivi

0 – no: è presente a meno di una riunione su tre; durante le riunioni non manifesta alcuno degli atteggiamenti che seguono: intervenire spontaneamente per esprimere la propria opinione, dimostrare interesse per le opinioni degli altri, essere propositivi;

attribuire punteggio 0 se l'eventuale assenza dal posto di lavoro è legata al fatto di non voler partecipare alla riunione

n.p.: utilizzare nel caso in cui non siano previste riunioni sul luogo di lavoro

26. Partecipa ad attività extralavorative organizzate dalla

Cooperativa

(N.B. considerare sia le attività extralavorative – gite, escursioni, soggiorni, cinema, pranzi, partecipazione a manifestazioni sportive...

- organizzate dalla cooperativa sia le attività organizzate spontaneamente da utenti e operatori e a cui la persona sia stata invitata; lo stesso se la persona è in tirocinio lavorativo in azienda)

2 – sì: partecipa ad almeno la metà delle attività extralavorative organizzate dalla Cooperativa nel periodo di osservazione

1– parzialmente: partecipa ad almeno una attività organizzata nel periodo di osservazione

0 – no: non partecipa ad alcuna attività

n.p.: utilizzare nel caso in cui la Cooperativa non si occupi di organizzare attività extralavorative e non vi siano nemmeno attività organizzate spontaneamente.

Di seguito riportiamo la “Scheda di osservazione delle abilità lavorative” e, nella pagina dopo, la tabella di corrispondenza con la “Scheda di osservazione I.S.S.”.

Nome dell'utente			
Data dell'osservazione			
Osservatore			
Segnare se l'utente nel mese precedente ha presentato i comportamenti o le abitudini indicate e/o se ha mostrato di possedere la specifica abilità	si	parz	no
1. in caso di assenza avverte per tempo	2	1	0
2. ritarda l'arrivo sul posto di lavoro o l'inizio del lavoro (anche di pochi minuti)	0	1	2
3. mostra un livello (almeno) minimo di igiene personale	2	1	0
4. mostra un livello (almeno) minimo di cura della persona	2	1	0
5. rispetta le pause definite dall'organizzazione	2	1	0
6. lascia in ordine e pulito il posto di lavoro	2	1	0
7. lascia in ordine e puliti i servizi (bagni, mensa)	2	1	0
8. anticipa l'orario di termine (anche di pochi minuti)	0	1	2
9. lavora con adeguata perizia	2	1	0
10. svolge mansioni tecnicamente complesse	2	1	0
11. "vede il lavoro", è indipendente e ha iniziativa	2	1	0
12. svolge con autonomia compiti di organizzazione e controllo	2	1	0
13. in caso di necessità, aiuta di sua iniziativa gli altri	2	1	0
14. mantiene nel tempo la concentrazione	2	1	0
15. mantiene nel tempo i ritmi lavorativi	2	1	0
16. è motivato al percorso di formazione e inserimento lavorativo	2	1	0
17. è motivato a guadagnare di più	2	1	0
Punteggio del fattore "Pre-requisiti e abilità lavorative"			
18. accetta il compagno di lavoro proposto, accetta di cambiare compagno	2	1	0
19. accetta il tipo di lavoro proposto, accetta di cambiare lavoro	2	1	0
20. accetta le istruzioni e gli ordini	2	1	0
21. accetta le osservazioni e le critiche costruttive	2	1	0
22. accetta la supervisione	2	1	0
23. in caso di necessità o di difficoltà, chiede aiuto	2	1	0
Punteggio del fattore "Accettazione di regole interpersonali"			
24. dialoga ed interagisce con il compagno di lavoro	2	1	0
25. partecipa attivamente alle riunioni sul luogo di lavoro	2	1	0
26. partecipa ad attività extra lavorative organizzate dalla Cooperativa	2	1	0
Punteggio del fattore "Partecipazione e iniziativa interpersonale"			
Punteggio totale "LIVELLO DI ABILITA' LAVORATIVE"			
Orario settimanale concordato: h _____			
Orario settimanale effettivamente prestato: h _____			
Giorni di assenza in % _____			
Rispetto agli standard di un lavoratore normale, la capacità produttiva assoluta (non considerando mansioni non adatte o non gradite, richieste di flessibilità, diminuzioni legate al temporaneo aggravarsi della psicopatologia) è del _____%			

Tabella di corrispondenza con "Scheda di osservazione I.S.S"	VECCHIA DENOMINAZIONE
1. in caso di assenza avverte per tempo	Pre-requisiti 1

2. ritarda l'arrivo sul posto di lavoro o l'inizio del lavoro (anche di pochi minuti)	Pre-requisiti 2
3. mostra un livello (almeno) minimo di igiene personale	Pre-requisiti 3
4. mostra un livello (almeno) minimo di cura della persona	Pre-requisiti 4
5. rispetta le pause definite dall'organizzazione	Pre-requisiti 5
6. lascia in ordine e pulito il posto di lavoro	Pre-requisiti 6
7. lascia in ordine e puliti i servizi (bagni, mensa)	Pre-requisiti 7
8. anticipa l'orario di termine (anche di pochi minuti)	Pre-requisiti 8
9. lavora con adeguata perizia	Abilità 4
10. svolge mansioni tecnicamente complesse	Abilità 3
11. "vede il lavoro", è indipendente e ha iniziativa	Abilità 1
12. svolge con autonomia compiti di organizzazione e controllo	Abilità 2
13. in caso di necessità, aiuta di sua iniziativa gli altri	Relazioni 8
14. mantiene nel tempo la concentrazione	Abilità 6
15. mantiene nel tempo i ritmi lavorativi	Abilità 5
16. è motivato al percorso di formazione e inserimento lavorativo	Motivazione 1
17. è motivato a guadagnare di più	Motivazione 2
18. accetta il compagno di lavoro proposto, accetta di cambiare compagno	Relazioni 2
19. accetta il tipo di lavoro proposto, accetta di cambiare lavoro	Relazioni 3
20. accetta le istruzioni e gli ordini	Relazioni 4
21. accetta le osservazioni e le critiche costruttive	Relazioni 5
22. accetta la supervisione	Relazioni 6
23. in caso di necessità o di difficoltà, chiede aiuto	Relazioni 7
24. dialoga ed interagisce con il compagno di lavoro	Relazioni 1
25. partecipa attivamente alle riunioni sul luogo di lavoro	Motivazioni 3
26. partecipa ad attività extra lavorative organizzate dalla Cooperativa	Motivazioni 4

Successivamente presentiamo, in tabella 1 l'analisi fattoriale e in tabella 2 le norme di riferimento.

TABELLA 1: Analisi fattoriale

La varianza totale spiegata è pari al 50%.

Matrice dei componenti ruotata^a

	COMPONENTE		
	1	2	3
Pre-requisiti 1 (1)	,496		
Pre-requisiti 2 (2)	,465		
Pre-requisiti 3 (3)	,481		
Pre-requisiti 4 (4)	,523		
Pre-requisiti 5 (5)	,589		
Pre-requisiti 6 (6)	,720		
Pre-requisiti 7 (7)	,647		
Pre-requisiti 8 (8)	,460		
Relazioni 1 (24)			,416
Relazioni 2 (18)		,534	
Relazioni 3 (19)		,478	
Relazioni 4 (20)		,767	
Relazioni 5 (21)		,676	
Relazioni 6 (22)		,787	
Relazioni 7 (23)		,419	
Relazioni 8 (13)	,498		
Abilità 1 (11)	,705		
Abilità 2 (12)	,731		
Abilità 3 (10)	,692		
Abilità 4 (9)	,795		
Abilità 5 (15)	,679		
Abilità 6 (14)	,663		
Motivazione 1 (16)	,683		
Motivazione 2 (17)	,637		
Motivazioni 3 (25)			,569
Motivazioni 4 (26)			,606

Metodo estrazione: analisi componenti principali.

Metodo rotazione. Quartimax con normalizzazione di Kaiser.

La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 6 iterazioni.

n.b. la numerazione e la denominazione degli item è quella della scheda originaria, utilizzata per la ricerca sanitaria; tra parentesi è riportata la numerazione dell'item nella versione definitiva presentata qui.

TABELLA 2: Norme di riferimento

Somministrazione all'inizio della formazione lavoro

	<i>FATTORE PRE REQUISITI E ABILITA'</i>	<i>FATTORE ACCETTAZIONE DI REGOLE</i>	<i>FATTORE PARTECIPAZIONE E INIZIATIVA</i>	<i>TOTALE</i>
Media	15,97	7,21	2,91	26,1
Dev. Standard	8,03	3,23	1,86	11

Somministrazione durante la formazione lavoro				
	<i>FATTORE PRE REQUISITI E ABILITA'</i>	<i>FATTORE ACCETTAZIONE DI REGOLE</i>	<i>FATTORE PARTECIPAZIONE E INIZIATIVA</i>	<i>TOTALE</i>
Media	19,28	8,02	3,45	30,39
Dev. Standard	8,38	2,86	1,87	10,73

BIBLIOGRAFIA

Bryson, G.J., Bell, M.D., Lysaker, P.H., Zito, W. The WBI. Psychiatric Rehabilitation Journal, 20, 1997.

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE

M. Donatello (1), P. Michielin (2), V. Vendramin (3).

(1) Cooperativa sociale L'Incontro, Castelfranco Veneto; (2) D.S.M. Azienda ULSS n. 9 - Treviso; (3) Cooperativa sociale Sol.Co.

CARATTERISTICHE

La scheda nasce dall'esigenza di comprendere quale sia la vera adesione al progetto che viene proposto all'utente, come egli vive i diversi momenti e le richieste che gli vengono fatte.

È una proposta per iniziare soprattutto un confronto, partendo da dati che fotografano una situazione nota, un momento che rompe le versioni personali dei fatti.

Non è una misurazione e quindi non viene vissuta come giudizio, diventa un appuntamento di verifica degli obiettivi concordati tra utente e operatore, la ri-definizione e la messa a fuoco dei principali indicatori che sottolineano il "come sto" senza particolari indagini sulla "intimità".

Troviamo coerente che gli item riguardino soprattutto il lavoro e lo stare con gli altri per continuare a sottolineare come il rapporto all'interno della realtà cooperativa sia tra persone che perseguono obiettivi comuni, con una propria contrattualità e una cittadinanza consolidata.

Scopo finale è che ogni utente cominci ad interrogarsi, a riflettere per singoli "capitoli" a non ingolfarsi solo di sensazioni.

Sarebbe un grosso limite considerare la scheda autovalutativa come strumento rivolto esclusivamente ad un certo tipo di utenza, noi siamo convinti che la proposta può essere estesa, anche solo per un confronto, a tutti gli operatori.

Non riteniamo poi di dover forzare i passaggi ed arrivare a pubblici faccia a faccia, ci sembra sufficiente suggerire a tutti di leggere in prima persona il questionario.

Scopo finale è che ogni operatore cominci ad interrogarsi, a riflettere per singoli "capitoli" a non ingolfarsi solo di sensazioni.

Scheda di autovalutazione				
di M. Donatello P. Michielin V. Vendramin				
Centro:		si	no	talvolta
1	Arrivo all'ora prestabilita?			
2	in caso di assenza avverto per tempo?			
3	in caso di ritardo provvedo ad avvisare?			
4	Rispetto i turni e i compiti che mi sono Assegnati (pause, pulizia, ecc.)			
5	Lascio in ordine e pulito il posto di lavoro?			
6	Ascolto le indicazioni del responsabile di linea dove lavoro?			
7	Chiedo in che fase collocarmi?			
8	Verifico se c'è l'occorrente per la fase di lavoro assegnatami?			
9	Chiedo dove reperire le cose che mi mancano?			
10	Sono autonomo nel rifornirmi del materiale Mancante?			
11	Avverto il responsabile dell'eventuale Carenza di scorte?			
12	Sono capace di lavorare senza la supervisione dell'operatore?			
13	Sono attento nello svolgere il mio lavoro?			
14	so controllare se quello che faccio è corretto ?			
15	se parlo con qualcuno, interrompo il lavoro?			
16	Aiuto di mia iniziativa il compagno di lavoro?			
17	Verifico la mia produzione in rapporto a quanto Stabilito?			
18	la mia produzione è superiore mediamente al 50% di quanto stabilito?			
19	Partecipo alle attività della cooperativa fuori Dell'orario di lavoro (soggiorni, feste, ecc.)?			
20	Sono motivato a guadagnare di più?			
Eventuali idee, consigli e proposte:				
Nome:				
Data:				

PROPOSTE DELLE ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI SULLA FORMAZIONE E L'INSERIMENTO LAVORATIVO

T. Corona: Referente Regionale Associazione Familiari.

Intervento al Convegno: "La formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici" del 15 giugno 2001, villa "Franchetti" Preganziol (Treviso).

Le ricerche effettuate confermano il limite delle pratiche sanitarie imperniate sul farmaco, sul ricovero e sul contenimento e dimostrano l'efficacia di un intervento integrato che risponde ai bisogni di normalità delle persone: bisogno di relazione, d'amicizia, di partecipazione e ruolo gli ostacoli di natura economica e sociale che si frappongono alla pienezza dei diritti di uguaglianza.

Il sociale, bisogno e diritto alla riabilitazione cioè alla capacità di esercitare i diritti alla casa, al lavoro, all'uguaglianza.

Anche la nostra Costituzione assegna come obiettivo quello di rimuovere lavoro rappresenta un mezzo di acquisizione di fiducia in sé, di apprendimento, di ruolo e di contrattualità sociale ed economica. Non è ammessa quindi nessuna estraneità fra i soggetti chiamati ad attuare una politica ed una programmazione di forte integrazione socio- sanitaria. Il governo ha prodotto una legge che ha lo scopo di attuare e promuovere una politica di cultura e inclusione sociale grazie alla quale la regione può istituire il fondo regionale autonomo e definire efficacemente la responsabilità dei soggetti obbligati. Le aziende sanitarie hanno come missione il conseguimento della salute e della qualità della vita dei cittadini e devono oculatamente vagliare i progetti di area e verificare l'operato dei servizi.

Il dipartimento di salute mentale ha come obiettivi primari quelli indicati dal "progetto obiettivo regionale": la risposta all'intera domanda di salute mentale e lo sviluppo di metodi di provata efficacia che favoriscano l'autonomia e la crescita personale del singolo individuo. L'ente locale attraverso i piani- zona deve delegare e programmare servizi a beneficio dei propri cittadini senza trascurare o escludere alcune categorie deboli, procedendo alle necessarie verifiche sull'operatività del soggetto erogatore

di servizi; le associazioni, le cooperative e il volontariato hanno compiti di tutela, informazione, di solidarietà, di promozione di un cambiamento di mentalità, di stile di vita, di superamento del pregiudizio e dello stigma.

I cittadini utenti e i loro familiari devono uscire dalla loro condizione di passività, vergogna e sottomissione e pretendere a gran voce il rispetto dei diritti di cittadinanza, in particolare il recupero delle abilità sociali.

Negli anni passati l'assenza dei comuni ha prodotto una totale "sanitarizzazione" della salute mentale: ne è esempio la chiusura degli ospedali psichiatrici avvenuta attraverso una delega alle ULSS. e ai privati profit e non profit, le persistenti situazioni di istituzionalizzazione all'interno del nostro territorio; la scarsa incisività dei piani di zona, soprattutto nella fase di verifica e di controllo con una delega totale che non salvaguarda né la qualità delle prestazioni, né i diritti degli utenti e dei lavoratori stessi.

I comuni devono impegnarsi ad attuare una politica che favorisca processi di inclusione delle persone con disagio psichico, di promozione dei diritti di cittadinanza, di concreto sostegno e di implementazione delle Cooperative Sociali di tipo B attraverso l'affido di commesse pubbliche ma soprattutto avviando i patti territoriali per la salute mentale già previsti dal progetto obiettivo nazionale.

Anche il nuovo consiglio di dipartimento nella formula prevista dal progetto obiettivo regionale, che comprende le rappresentanze degli enti locali (i distretti) dovrà promuovere responsabilità, strategie di superamento delle deleghe e delle "separatezze".

Solo attraverso questo cambiamento culturale è possibile passare dall'assistenzialismo all'investimento sulla riabilitazione raggiungendo così un obiettivo non solo etico, ma anche aziendale. Così facendo ci si impegna per salvaguardare la dignità della persona, la sua emancipazione, l'autonomia, la qualità della vita della persona stessa e del suo nucleo familiare con la successiva riduzione dei costi socio- sanitari.

In base alle ricerche effettuate è stato rilevato che la qualità della vita della persona, o della sua famiglia è strettamente correlata alla qualità dei servizi offerti ad essa e non alla gravità "clinica".

Il punto di partenza del progetto obiettivo regionale è la formazione-lavoro "generica" e "in situazione". Questa deve essere accessibile a tutti coloro che ne fanno richiesta, sostenuta e motivata: il lavoro non deve rappresentare un disegno preconstituito dagli operatori, oppure un'aspettativa della famiglia alla quale il servizio ritiene di dover dare esito.

Per questo si ritiene importante che nel programma terapeutico personalizzato di ciascuno sia previsto, un percorso relazionale e

propositivo che sviluppi aspettative sociali ed economiche della persona e della famiglia. Questo percorso deve essere concordato con l'utente e con familiari nei suoi tempi e modalità. L'approccio all'ambiente di lavoro deve essere guidato da un educatore di riferimento che deve seguire l'utente in tutto questo percorso soprattutto nei momenti di difficoltà, verificando continuamente aspettative e riserve.

La gamma di proposte lavorative deve essere ampia e diversificata. Una componente altrettanto essenziale per l'utente è il clima che si instaura all'interno dell'ambiente di lavoro, che deve essere nel contempo protettivo e stimolante ed in grado di sviluppare rispetto, solidarietà, affettività e condivisione all'interno della vita quotidiana. Si può dire che il gruppo di auto- mutuo aiuto si è dimostrato uno dei mezzi più efficaci per il raggiungimento di questi ultimi obiettivi.

Una considerazione: il godimento di un reddito non lavorativo per molte persone è un forte disincentivo al lavoro e, paradossalmente, causa invalidante, soprattutto per i più giovani con presumibili capacità lavorative, perché poche persone sono disposte a rinunciare alla pensione di invalidità, benché modesta per affrontare le difficoltà e le ansie che il lavoro comporta.

Una proposta potrebbe essere quella di assegnare a tutti coloro che intendono intraprendere il percorso formativo una pensione di invalidità trasformata in incentivo al lavoro che sia erogata per tutta la durata della formazione lavoro fino all'assunzione o all'inserimento nelle cooperative ad integrazione di una borsa- lavoro che rappresenti soltanto un rimborso spese.

LAVORO, AUTONOMIA E FINALITA' ESISTENZIALE

Salvatore Corea: Comunità "Al Castelletto", Darfo Boario Terme (BS), Psichiatra.

Lidia Rivelli: Studio "Steiner Corea Ravelli", Bergamo, Psicologa.

All'inizio del terzo millennio sembra proprio che ogni percorso riabilitativo in Psichiatria debba transitare dalla stazione del lavoro.

Idea peraltro non nuova, ma sulla quale vale la pena di puntualizzare alcuna differenze sostanziali rispetto al passato.

Nel trattamento asilare e morale di Pinel manca la contrattualità del paziente lavoratore: l'occupazione è nei fatti "elargita" più o meno caritatevolmente, e la stessa è funzionale alla conservazione dell'istituzione in cui viene attuata.

L'ergoterapia di Simon può oggi essere letta come una manovra oggettiva di "intrattenimento", del tutto chiusa a reali sbocchi riabilitativi

L'esperienza post-bellica anglosassone della "terapia industriale" non riafferma una piena autonomia del paziente-lavoratore che viene sottopagato per prestazioni professionali realmente inserite peraltro nel mercato.

Nell'attualità resta l'impresa sociale l'unica a tutelare la visione della persona con disturbi mentali al di fuori dello stigma e a riaffermarne una più o meno completa autonomia.

Nondimeno è stato da più parti ricordato come la riabilitazione lavorativa sia per forza connessa con la geografia e con la temporalità economica.

Ma a questo punto ci chiediamo: se il Nord-Est si trovasse in un futuro al di fuori del baricentro produttivo, o se una crisi economica lunga lo attraversasse finirebbe l'interesse o quantomeno la possibilità di attuare progetti lavorativi.

Pur concordando che l'attuale momento economico pone le risorse previdenziali in secondo piano, e che il ricorso ad esse sia naturalmente l'ultima scelta lavorativa, ci chiediamo, sulla scorta di esperienze e di casi riabilitativi da noi seguiti in prima persona se non sia giunto il momento di tornare ad una visione individuale ed esistenziale delle vicende dei nostri pazienti, e di accettare, a volte, che la "produzione" possa anche non dare ritorno economico diretto a chi già lo ottiene dalla previdenza sociale o da altre fonti, ma che dal lavoro trae comunque soddisfazione e autostima.

I bisogni biologici, psicologici e relazionali connessi con il lavoro a volte si disconnettono dal guadagno.

Un'eccezione, certo.

Ma ogni regola per essere valida, deve averne.

UNA TESTIMONIANZA

Maria Sellan: Cooperativa I Tigli 2.

Intervento al Convegno: "La formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici" del 15 giugno 2001, villa "Franchetti" Preganziol (Treviso).

A 17 anni avevo cominciato ad avere frequenti crisi, raccontavo delle cose che erano frutto della mia fantasia, ma non era realtà, mi sentivo disperata, delusa e spaventata di ciò che dicevo. A volte piangevo per ore e ore.

Sei anni fa ho iniziato a frequentare il Centro Sociale "I Tigli" a Oderzo. Ogni pomeriggio facevamo sempre tante cose, ma soprattutto mi trovavo bene perché c'era tanta disponibilità a dialogare, ascoltare e soprattutto stare insieme con gli altri.

Poi ho frequentato per due anni il Centro di Lavoro Guidato e infine sono entrata a far parte della Cooperativa. All'inizio non volevo di inserirmi nel mondo del lavoro, perché avevo paura di non farcela e soprattutto di non essere a parità con gli altri. Poi con l'aiuto dei miei genitori, e degli amici del Centro Sociale sono riuscita a vincere queste paure. Così con la buona volontà e il massimo impegno sono entrata in Cooperativa.

Adesso sono socia lavoratrice e lavoro a tempo pieno, tutti i giorni, dal lunedì al venerdì. Da gennaio mi hanno aumentato lo stipendio. Attualmente sono più tranquilla e molto soddisfatta del lavoro che svolgo e della mia vita privata.

Non sono più la Maria di una volta, sto bene e spero di continuare così per sempre.

I miei progetti per il futuro sono tanti; però ce ne sono due importanti: essere autonoma e formarmi una famiglia.

L'OZIO E IL NEGOZIO

A.Righetti: dipartimento di salute mentale di Treviso.

Intervento al Convegno: "La formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici" del 15 giugno 2001, villa "Franchetti" Preganziol (Treviso).

I disabili sono delle persone che hanno, per ragioni definite, ma non conosciute, un "mancato funzionamento sociale".

In base alle ricerche effettuate, è stato rilevato che gli aspetti definitivi non danno ragione né della ripresa, né del mancato funzionamento sociale: le variabili descrittive cliniche non hanno potere esplicativo rispetto al funzionamento sociale.

Una cosa importante da rilevare è che non ci stiamo occupando di handicap particolari, ma di disabilità sociali e di persone che senza potere definitorio predittivo di quello che dovrà avvenire si trovano in una condizione di non poter esercitare i loro diritti (vivere, lavorare, abitare in un luogo da loro scelto) a causa delle loro menomazioni fisiche, per la loro storia personale, per i loro legami familiari che non ci sono stati o sono stati dannosi, per tante altre ragioni le quali non cambiano il panorama e l'orizzonte all'interno del quale ci stiamo muovendo.

La disabilità non è un attributo delle persone, perché non esistono persone handicappate: gli handicap sono delle condizioni esterne che impediscono/rendono difficile l'esercizio dei diritti e sono elementi sui quali non devono essere accettate deroghe.

Queste organizzazioni sociali e istituzionali sono oggi molto probabilmente le "punte" più avanzate in Italia nell'elaborazione di politiche attive rispetto al diritto al lavoro, alla casa e alle trasformazioni istituzionali; perché nelle altre regioni del Nord gli inserimenti lavorativi e quelli in casa (attraverso accordi con gli I.A.C.P.) sono solitamente nulli.

Qui lo strapotere delle comunità protette per anziani o per altri soggetti sono la regola, quindi "contrabbandare" una cosa per un'altra è molto difficile.

Il lavoro attivo di integrazione sociale, lavorativa e abitativa di persone con disabilità psichica e mancato inserimento sociale viene svolto in poche parti d'Italia.

I problemi fin qui analizzati sono giuridici: la legge 68 e la legge 381 contengono nel loro interno degli elementi nocivi dovuti a mediazioni politiche e a pregiudiziali, che non hanno niente in comune con il lavoro

professionale che gli educatori si trovano a fare, questo ovviamente causa una confusione di termini.

La distinzione tra disabilità psichica e intellettiva si colloca nel desiderio e nella spinta soprattutto da parte di alcuni gruppi italiani che si sono impegnati per riuscire a inserire i disabili psichici nell'attività lavorativa, anche affrontando il rischio di un tentativo di eliminazione di queste persone: bisogna sempre diffidare quando si parla di inserimenti "speciali" per persone "speciali".

I malati psichici sono cittadini come gli altri e va rivendicato il loro diritto all'integrazione lavorativa e sociale, se questo presenta delle difficoltà, significa che queste persone devono essere maggiormente aiutate.

Il mancato funzionamento sociale necessita di un livello cognitivo assiduo, costante e vero.

Il problema che ci troveremo ad affrontare è un problema sia di natura giuridica, che di natura culturale, in quanto bisogna cominciare a prevenire la "solidarietà" attraverso una seria politica di diritti, attuando una prevenzione costante e decisa nei confronti della "solidarietà".

Questo è un dovere etico di un operatore pubblico, perché quando si parla di solidarietà finiscono i diritti della persona e cominciano "le risse dei buoni sentimenti", perché è impensabile continuare a mantenere delle strutture come le Cooperative di assistenza che non hanno nessuna utilità sociale, e assolvono semplicemente l'istituzione pubblica dal doversi far carico.

E tutto a prezzi più alti per alcune lavorazioni, che se fossero affidate ad altre strutture esterne a prezzi bassi provocherebbero lo sfruttamento delle persone.

Questo fatto è comprensibile al Sud dove c'è moltissima disoccupazione, non può essere fatto al Nord dove c'è bisogno di qualità e professionalità.

Non si può convincere una persona disabile che il suo destino sia di versare metà dei contributi, e prendere 1.200.000 – 1.300.000 al mese e non sapere se in futuro lavorerà.

La legge 68 è una legge sbagliata, perché annulla l'effettiva volontà di operare a favore dell'integrazione sociale lavorativa e abitativa delle persone disabili, ha destinato somme ingenti non per sostenere la mancata resa, o per aiutare le imprese che veramente attuavano l'inserimento lavorativo dei disabili, ma per concedere delle lavorazioni di basso contenuto assistenziale e favorire il controllo sociale.

E questo è importante perché le Cooperative di tipo B, se le cose rimangono invariate, non potranno mai fare inserimenti lavorativi se non grazie a "l'eroismo di alcune persone".

Non è possibile che lo Stato investa in media dai 150 ai 350 milioni, per la disoccupazione presente nel Sud e non investa niente per favorire gli inserimenti lavorativi delle persone disabili: non debbono più esserci due mondi, quello economico e quello assistenziale.

Nella legge 68 è previsto che una industria privata possa investire in una organizzazione di produzione di lavoro di utilità sociale, su commesse di lavoro, così come avviene in altri paesi europei; ma se non intende assumere le persone disabili deve restituire i soldi che le sono stati dati come incentivo per questo progetto, così facendo si adeguano alla legislazione europea.

E' evidente che esistono due tipi di economia: una di accumulo planetario e finanziario e una di luoghi che salvaguarda i rapporti, le tradizioni locali, l'economia che non pone il denaro al primo posto.

L'obiettivo dell'economia del primo tipo è il godimento, mentre l'economia del secondo tipo, definita economia del dono, ha come obiettivo quello di investire sui legami familiari, su quelli dei soggetti, sul loro protagonismo.

L'economia su cui si deve lavorare è basata sul dono, sulle relazioni interpersonali, non sull'accumulo o su aspetti esclusivamente tecnici di salarialità del lavoro.

Operando in questo senso la flessibilità può essere accettata senza diminuzione del reddito, cioè deve essere coperta comunque dal sistema di "sussidiarietà pubblica" scelto dai soggetti.

I problemi delle istituzioni sanitarie e sociali sono il bisogno di interrompere la spirale delle privatizzazioni dei servizi pubblici sia sul versante educativo, che su quello della disabilità psichica.

Questi servizi sono invalicabili per i disabili psichici perché appartenenti ad una fascia di persone dove la contrattualità è minima e le forme private sono forme di sfruttamento.

E' evidente che la presa in carico dei disabili psichici deve essere fatta sia in base alle variabili cliniche, che in base a quelle di funzionamento sociale.

PER CONCLUDERE

G.L. Bianchin: Dipartimento di salute mentale, Azienda U.L.SS. n.8.

A conclusione di questa eterogenea e stimolante raccolta di materiale, propongo alcune osservazioni che, nello spirito “aperto ed interlocutorio” del testo, si presentano come altrettanti punti di riferimento concettuale ed operativo per una ricerca di fatto appena iniziata.

1. E' oggi largamente acquisito alla cultura psichiatrica il concetto per cui il paziente psicotico necessita, ad integrazione e completamento dei programmi di trattamento medico e psicologico, di interventi di tipo “riabilitativo” che hanno come finalità la riacquisizione di tutte quelle competenze relazionali, sociali, espressive, occupazionali compromesse o perdute a causa della grave patologia di base.
2. Le strategie di riabilitazione sono varie, in ordine all'area disfunzionale cui sono rivolte ed anche in ordine ad approcci diversi verso una singola area problematica. Al di là della loro complessità e della loro validazione in relazione ai risultati che consentono di raggiungere, esse sono comunque provviste di intrinseca validità, in quanto si propongono di riattivare funzioni deficitarie non standardizzabili quanto a livello di efficienza né paragonabili quanto a livelli disfunzionali. Sulla base di questa caratteristica assolutamente soggettiva e “qualitativa” del lavoro riabilitativo e tenendo conto che esso si rivolge a pazienti gravi, ogni contributo ed ogni piccolo risultato sono incommensurabili.
3. Ci sembra peraltro difficilmente discutibile l'idea che un autentico percorso riabilitativo possa ritenersi completo solo se il cittadino-paziente riesca a recuperare una accettabile competenza lavorativa. E' infatti piuttosto evidente come nella nostra organizzazione socio-economica l'assunzione di un ruolo occupazionale rappresenti un formidabile ed imprescindibile fattore di identità sociale: restituire a pieno titolo il cittadino-paziente alla propria comunità di appartenenza significa in primo luogo reintegrarlo nel suo ruolo di cittadino-lavoratore. Ci pare che ogni altro approccio riabilitativo, fondato ad esempio sulla preminenza di attività espressive e creative, rischi di tradursi di fatto, al di là dei nobilissimi intenti che lo animano e del valore intrinseco che possiede, in una sorta di alienazione ulteriore per i pazienti i quali si trovano a dover produrre e riprodurre senza fine (ed anche senza inizio) materiale artigianale o “artistico” che non appartiene a loro, sia perché fisicamente rimane

- nei laboratori dei Centri Diurni, sia perché non ha mercato se non nella forma della beneficenza occasionale.
4. Alle origini della cultura occidentale Esiodo ha pensato per primo il nesso essenziale che lega le “opere ai giorni” (èrga kai emèrai). Separati dalle opere, i giorni non sono più tali, ma diventano “chrònos” (tempo) in senso astratto, che ricorda da vicino il tempo istituzionale, inoperoso e come sospeso nella sua tautologica ed afinalistica “cronicità”. D'altra parte separate dai giorni le opere non sono più tali, ma divengono mero “poièn” (fare) in senso materiale che si risolve nella fattualità ripetitiva e riproduttiva, inutilmente affaccendata e ripiegata su sé stessa in una circolarità senza fine. Fare riabilitazione significa non fare né “crono terapia” né “poieto terapia”, ma in senso non solo etimologico “ergoterapia”.
 5. La gravità e le complessità delle patologie psicotiche rende talora così difficile concludere un percorso di riabilitazione con l'inserimento lavorativo, che questo obiettivo può apparire agli stessi addetti ai lavori un esito privilegiato ed occasionale della riabilitazione stessa: i risultati del nostro impegno pluriennale documentano una realtà assai diversa e decisamente più incoraggiante.
 6. Ci sostiene oltremodo nel perseguire tenacemente questo tipo di approccio alla riabilitazione del paziente psicotico, l'osservazione più volte ripetuta in letteratura che la clinica non correla con la prognosi relativa alla disabilità sociale: la gravità in termini psicopatologici non costituisce infatti un fattore predittivo degli esiti riabilitativi. E' dunque importante estendere l'accesso ai programmi di riabilitazione ad ogni paziente, indipendentemente dal giudizio di gravità della patologia e dall'entità della risposta alla terapia medica e psicologica. In altre parole: ogni paziente psicotico è virtualmente riabilitabile sino all'inserimento occupazionale.
 7. Ci sostiene inoltre l'osservazione che spesso l'efficacia del processo riabilitativo si misura in tempi molto lunghi:devono dunque essere assolutamente riviste quelle strategie di riabilitazione occupazionale che puntano sul breve e medio periodo, perché può accadere che si realizzino nel corso degli anni risultati del tutto imprevedibili all'inizio e sorprendenti nello stesso momento del loro verificarsi. In altre parole: nessun paziente psicotico può essere con colpevole leggerezza “perso per strada”.

8. Ci aiuta poi l'osservazione dei pazienti- naturalmente con sensibilità, tempi e percorsi i più disparati- si affeziono all'ambiente di lavoro, che per loro è prima ancora di ogni ragione produttivistica- luogo di sperimentazione relazionale e di condivisione di progetti, di momenti di grande impegno personale, e di intermezzi ludici, di appartenenza ad un gruppo e di valorizzazione individuale. In altre parole: i pazienti psicotici sentono la forza e la verità del progetto lavorativo.
9. Purtroppo solo una parte dei pazienti riesce a completare il percorso riabilitativo ed a raggiungere una occupazione effettiva. Di questi pazienti inoltre solo alcuni ottengono l'inserimento in Aziende; la maggior parte viene inserita in Cooperative di tipo "B". E' dunque fondamentale che l'intera comunità si faccia carico di favorire l'espansione e la sopravvivenza delle Cooperative Sociali di "tipo B" e l'accoglienza dei pazienti nelle strutture produttive presenti nel territorio. Al di là infatti di qualunque facilitazione normativa (peraltro ovviamente essenziale) è solo la comunità nel suo complesso che può favorire l'affermarsi di una cultura della riabilitazione, dell'accoglienza, della solidarietà intese non come estensione della logica assistenziale (pure necessaria per i pazienti più gravi e refrattari), ma come autentica integrazione del cittadino-paziente nelle attività produttive del territorio.
10. Affermare la necessità di interventi essenziali pseudoriabilitativi quali ad es. il c.d. "salario di cittadinanza" o comunque forme di contribuzione pubblica alle Aziende perché assumano i pazienti indipendentemente dalla loro capacità produttiva significa a nostro avviso eludere la strada assai più incerta e faticosa della riabilitazione vera, mascherandola con illusorie ed astratte affermazioni di principio che, oltre ad essere difficilmente accettabili in termini economici, suonano inautentiche agli stessi pazienti, ben consapevoli dei propri limiti anche quando sembrano annullarli radicalmente con la fuga nella megalomania o con il ritiro nella inaccessibilità dell'arroccamento narcisistico,
11. La strada della riabilitazione autentica ha tutte le caratteristiche di una sfida. Essa infatti si basa sul tentativo di raggiungere un buon controllo comportamentale, una soddisfacente remissione sintomatica ed un accettabile grado di motivazione in pazienti spesso problematici sul piano comportamentale, spesso portatori di sintomi cronicizzati, spesso evitanti ed elusivi sul versante dell'impegno personale nelle relazioni e nei compiti più elementari della quotidianità.

- Ma oggi riteniamo di disporre di strumenti terapeutici che facilitano notevolmente il lavoro clinico su questi obiettivi.
12. Il resto richiede l'impegno di tutti.