

L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale

Buone pratiche, ricerca empirica
ed esperienze innovative
promosse dalla rete AIRSaM

A cura di
Raffaele Barone,
Simone Bruschetta,
Marco D'Alema

PSICOLOGIA

*Studi
e ricerche*

FrancoAngeli



L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale

Buone pratiche, ricerca empirica
ed esperienze innovative
promosse dalla rete AIRSaM

A cura di
Raffaele Barone,
Simone Bruschetta,
Marco D'Alema

Con contributi di: *C. Bagnoli, A. Battaglia,*
M. Bertelloni, G.L. Bettoli, R. Bracco, S. Cacciola,
G. Cardamone, S. Cecchi, A. Felice, F. Fioramanti,
A. Fioritti, E. Fornasier, A. Gaddini, A. Lalli,
N. Magnani, A. Malinconico, G. Malinconico,
A. Martinelli, V. Mattia, F. Maurano, R. Mezzina,
T. Mola, I.S. Pannella, P. Ridente, B. Pinkus,
M. Rinaldi, M.C. Rodante, P. Rucci, G. Salluce,
A.M. Sapienza, E. Zanello

FrancoAngeli

Studi e ricerche

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione	pag.	11
Introduzione , di <i>Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Marco D'Alema</i>	»	13
Parte prima Clinica della partecipazione		
1. Il lavoro e la cultura nella salute mentale. Principi di ancoraggio metodologico per le strategie di inclusione socio-lavorativa e le politiche partecipative , di <i>Marco D'Alema, Giuseppe Salluce</i>	»	27
2. L'inclusione socio-lavorativa nel processo di guarigione dalla grave patologia mentale. Psicoterapia di comunità, partecipazione sociale, sviluppo locale , di <i>Raffaele Barone, Simone Bruschetta</i>	»	36
Teorie e dispositivi		
3. L'auto-mutuo-aiuto dei pazienti, l'associazionismo e la cooperazione per l'inclusione socio-lavorativa. La Rete Regionale Toscana Utenti Salute Mentale , di <i>Mariagrazia Bertelloni</i>	»	47
4. La legge 68/1999, la disabilità mentale e il lavoro. La normativa e lo stato dei servizi in Italia , di <i>Augusto Battaglia</i>	»	51
5. Cooperazione sociale e comunità locale: sinergie ed integrazione. La cooperativa sociale come gestore di servizi per la salute mentale , di <i>Bruno Pinkus</i>	»	56

6. **La legge 381/1991 dimostra tutti i suoi anni. Svantaggio e disabilità: è possibile uscire dal caos normativo?**, di *Gian Luigi Bettoli* pag. 63
7. **L'Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana. Ricerca e prassi di collocamento lavorativo e sostegno individualizzato per pazienti gravi**, di *Angelo Fioritti, Miles Rinaldi, Simone Bruschetta* » 73
8. **I dispositivi gruppoanalitici per l'inclusione socio-lavorativa dei pazienti con grave patologia mentale. L'esperienza del Laboratorio di Gruppoanalisi di Catania**, di *Simone Bruschetta, Raffaele Barone* » 83

Esperienze e progetti

9. **Percorsi lavorativi nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti di Grosseto. L'integrazione tra i servizi per l'impiego ed i servizi di salute mentale**, di *Nadia Magnani, Stefania Cecchi, Giuseppe Cardamone* » 97
10. **Un'esperienza di politica attiva a favore del mantenimento occupazionale di lavoratori disabili. Un intervento nelle aziende della Provincia di Torino con la legge 68/1999**, di *Evandro Fornasier* » 104
11. **La riflessione psicologica al servizio della riabilitazione. Figure professionali a doppia matrice nelle esperienze di inserimento lavorativo nel Basso Molise**, di *Innocenza Silvana Pannella, Antonio Lalli, Gilda Malinconico, Carmelina Bagnoli, Angelo Malinconico* » 111
12. **Non c'è lavoro senza riabilitazione, non c'è riabilitazione senza lavoro. La riabilitazione psicosociale di "Città solidale" a Brindisi**, di *Tommaso Mola* » 127
13. **Le fattorie sociali e la costruzione di un welfare di comunità. Esperienze di rete in Sicilia**, di *Salvatore Cacciola* » 132
14. **Il Progetto IPS Sicilia. TIPS Sicilia – Un servizio comunitario di inclusione socio-lavorativa del paziente con grave patologia mentale**, di *Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Marco D'Alema, Maria Concetta Rodante, Anna Maria Sapienza* » 144

Ricerche e indagini

15. **In salute mentale chi lavora nella cooperativa sociale di tipo B? Un'esperienza napoletana**, di *Fedele Maurano* pag. 161
16. **Rapporti tra DSM ed impresa sociale. Una fotografia della cooperazione in due realtà regionali: Treviso e Matera**, di *Alessandro Martinelli* » 166
17. **Il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale nella formazione e nell'inserimento al lavoro di persone con problemi di salute mentale. Un primo quadro nazionale fornito dalla ricerca Pil – Per l'inserimento lavorativo**, di *Renata Bracco, Roberto Mezzina, Pina Ridente, Paola Rucci, Elisa Zanello per il Gruppo Pil* » 171
18. **Il Progetto Pil “Per l'inserimento lavorativo” della Regione Lazio. Una valutazione dei modelli in uso nei DSM**, di *Andrea Gaddini, Fabio Fioramanti, Valentina Mattia* » 194
19. **Pro.P.: un programma nazionale per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico. L'ISFOL e la Conferenza Stato-Regioni per l'inclusione lavorativa in salute mentale**, di *Alessandra Felice* » 212
20. **Evidenze scientifiche sull'utilizzo del sostegno all'impiego nell'organizzazione dei servizi per la grave patologia mentale e nel trattamento degli esordi psicotici in adolescenti e giovani adulti. Una review qualitativa su tre ricerche recovery-oriented della rete scientifica IPS-SE**, di *Simone Bruschetta* » 220

Parte seconda Politiche di salute mentale

21. **Salute mentale come bene comune. Buone prassi comunitarie per lo sviluppo della salute mentale**, di *Simone Bruschetta, Raffaele Barone* » 239

Documenti nazionali e internazionali

22. **Documentazione europea sulle politiche partecipative. L'empowerment: from exclusion to inclusion**, a cura di *Simone Bruschetta* » 255

Documento 1. L'empowerment degli utenti in salute mentale – WHO 2010	pag. 257
Documento 2. Dall'esclusione all'inclusione. La via da seguire per promuovere l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale in Europa – MHE 2008	» 267
Documento 3. Salute mentale e inclusione sociale nei programmi nazionali di riforma – MHE 2011	» 277
23. L'inclusione lavorativa nella programmazione della salute mentale in Italia. La normativa promossa dall'AIRSaM, a cura di Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Marco D'Alema	» 280
Documento 4. L'inclusione socio-lavorativa nelle linee di indirizzo per la salute mentale in Italia – Ministero della Salute 2008	» 281
Documento 5. L'inclusione socio-lavorativa nel Piano Strategico per la Salute Mentale della Regione Sicilia – 2012	» 284
24. L'inclusione lavorativa nella documentazione congressuale AIRSaM, a cura di Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Marco D'Alema, Giuseppe Salluce	» 288
Documento 6. Carta dei presupposti alla buona cooperazione – Congresso AIRSaM 2008	» 290
Documento 7. Il Microcredito gruppale e il Supported Employment individualizzato per il recovery delle persone con grave patologia mentale – Symposium AIRSaM – WAPR 2012	» 292
Strumenti di lettura e approfondimento	
Glossarietto ragionato dell'inclusione socio-lavorativa in salute mentale. Principali termini tecnici e riferimenti normativi, a cura di Giuseppe Cardamone, Nadia Magnani, Simone Bruschetta	» 295
Bibliografia di riferimento, a cura di Simone Bruschetta	» 313
Curriculum vitae associativo dell'AIRSaM – Associazione Italiana Residenze/Risorse per la Salute Mentale, a cura di Giuseppe Salluce	» 327
Gli autori	» 331

*“Il primo fondamento del sacrificarsi o adoperarsi per gli altri
è la stima di sé medesimo e l’aversi in pregio,
siccome il primo fondamento dell’interessarsi per altrui
è l’aver buona speranza per se medesimo”.*

G. Leopardi

“L’Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro”.

Articolo 1

Costituzione della Repubblica Italiana

Prefazione

Questo libro rappresenta una guida operativa ed una raccolta scientifica, un manuale di orientamento metodologico e normativo, e contemporaneamente una aggiornatissima indagine sulla realtà italiana dell'inclusione socio-lavorativa per gli utenti dei servizi di salute mentale.

La sua realizzazione è stata possibile grazie al supporto della rete scientifico-professionale costruita dall'Associazione AIRSaM su tutto il territorio nazionale.

Esso si rivolge oltre che ai medici ed agli psichiatri, agli psicologi, agli psicoterapeuti, ai sociologi, agli educatori, ai tecnici della riabilitazione ed agli assistenti sociali, anche a tutti quegli operatori clinico-sociali impegnati sul campo, ai cooperatori ed agli imprenditori sociali, ai datori di lavoro ed ai sindacalisti, ai politici ed agli amministratori locali, e non ultimo ai ricercatori ed agli stessi utenti interessati a questa problematica.

La prospettiva che lo ispira e che accomuna tutti i contributi qui raccolti è quella rappresentata dalla teoresi della "partecipazione" intesa come quella dinamica psichica che sta alla base alle nuove pratiche di salute mentale orientate alla recovery e focalizzate sul lavoro di comunità.

La libro si divide in una prima parte, dove vengono presentati le teorie, i modelli ed i dispositivi più diffusi sul territorio italiano, ma anche i progetti e le esperienze più innovative in questo settore, nonché una serie di indagini e ricerche scientifiche utili ed interessanti, ed in una seconda parte, dove trova spazio la più recente documentazione normativa nazionale ed internazionale sul settore.

La disposizione dei capitoli e la suddivisione in sezioni, nonché alcuni strumenti di aiuto alla lettura, come un ricco e ragionato glossario sulla terminologie tecnica, rendono questo libro uno strumento di facile consultazione anche per approfondimenti nei settori specifici del lavoro clinico e psicoterapeutico, dell'amministrazione e dell'organizzazione dei Servizi, o della rappresentanza politica per le questioni etiche, economiche e giuridiche che riguardano l'inclusione socio-lavorativa in salute mentale.

Nella speranza di un sempre maggiore e comune impegno in questo settore, gli autori vi augurano una buona lettura.

Introduzione

di Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Marco D'Alema

Questo libro racconta esperienze e sollecita riflessioni critiche sul tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone affette da grave patologia mentale. Esplora le connessioni e le sinergie tra le esperienze attivate nei servizi di salute mentale e le risorse disponibili e potenziali nelle comunità locali. Vengono presentate le pratiche e le metodologie più diffuse che le reti dell'Associazione AIRSaM, con i suoi soci, ha attivato sul territorio nazionale dal Nord, al Centro e al Sud. Emerge che le più significative esperienze sono rappresentate dalle borse-lavoro, dalla cooperazione sociale di tipo B, dal microcredito nella sua originaria forma gruppale e comunitaria, dal sostegno all'impiego soprattutto attraverso l'approccio IPS-SE e dalle fattorie sociali. Per la comprensione del reale impatto che tali prassi hanno avuto nella effettiva occupabilità bisogna considerare due aspetti per certi versi contrastanti: la storica insufficienza della legge sul collocamento obbligatorio per i pazienti con grave patologia mentale e il nuovo fermento che attraverso l'associazionismo degli utenti della salute mentale grazie alle influenze del movimento della recovery.

Vogliamo così proporre una riflessione ragionata sull'efficacia delle metodologie applicate fino ad oggi, a partire dai risultati della ricerca scientifica, da valutazioni empiriche e dalle esperienze sul campo, così come presentate nel Congresso AIRSaM di Frascati (Roma) 2011.

Fin dalla sua costituzione, a Bergamo nel 1994, il confronto dentro l'AIRSaM è stato basato prevalentemente; sull'inclusione sociale intesa come *residenzialità e domiciliarità*, cioè la "casa e l'abitare" nella dinamica della comunità locale; sulla *partecipazione* alla vita della collettività; sui processi di *programmazione socio-politica* per la salute mentale e infine, sull'*inserimento lavorativo e sostegno all'impiego*. A distanza di circa 20 anni, il Congresso di Frascati ha permesso di riflettere su come si sono evolute queste problematiche nelle prassi di salute mentale sul territorio nazionale e soprattutto come i soci AIRSaM hanno sviluppato e promosso il confronto su di esse a livello locale e come hanno messo in pratica quanto elaborato.

Questo libro intende anche essere un contributo di idee ed una risposta operativa alle domande rimaste (fecondamente) ancora aperte o (fortunatamente) ri-aperte da questo confronto.

Il movimento delle residenzialità dell'AIRSaM è nato con la ricerca di forme alternative al manicomio, ha proposto il modello della "casa fra le case" ed ha visto il proliferare, in tutta Italia, di residenze terapeutiche, comunità alloggio, case famiglia, gruppi appartamento ed esperienze di sostegno domiciliare, nelle quali il tema del lavoro è sempre stato centrale, in quanto ha rappresentato per tutti gli utenti una prospettiva evolutiva ed per alcuni versi risolutiva della condizione di disagio mentale. Le promozione di forme di partecipazione sociale alla vita collettiva promosse ancora oggi dall'AIRSaM si è sviluppata soprattutto con il movimento delle associazioni polisportive, dal quale è poi nata l'Associazione nazionale ANPIS che oggi vede associati migliaia di persone e registra il proliferare di molte altre associazioni ed iniziative in tutta Italia. Queste polisportive vedono impegnati ogni giorno utenti dei servizi di salute mentale, volontari, familiari, operatori, i quali si confrontano costantemente con il tema, trasversale a tutte le loro attività, dell'inclusione sociale e del desiderio di partecipare anche alla produzione di servizi e prodotti utili e "solidali" sul mercato nazionale. L'AIRSaM in questi ultimi anni ha anche sostenuto, silenziosamente e discretamente, la nascita di molte associazioni di familiari ed utenti dei servizi di salute mentale. La Rete Nazionale degli Utenti della Salute Mentale si è finalmente costituita come Associazione nazionale collocandosi nel panorama italiano come punto di riferimento centrale del dibattito culturale, con rappresentanze in quasi tutte le Regioni dell'Italia. Il movimento delle cooperative sociali, anch'esso una delle componenti fondative e fondamentali dell'AIRSaM, oggi rappresenta una realtà economica e sociale importantissima per la tenuta economica e democratica del nostro paese, contribuendo al suo sviluppo sostenibile e ai processi d'inclusione sociale. Alcuni soci dell'AIRSaM hanno infine contribuito a redigere le Linee di indirizzo per la salute mentale in Italia, del Ministero della Salute. Questi indirizzi se opportunamente attuate dalle Regioni attraverso i Piani Strategici Regionali per la salute mentale potrebbero sviluppare e innovare i servizi ponendo la tematica dell'inclusione socio-lavorativa al centro degli interventi.

La nostra riflessione si è focalizzata sulle metodologie e sulle esperienze più efficaci che hanno incrementato le pratiche dell'inclusione lavorativa e soprattutto su come rimuovere gli ostacoli che, nel tempo si sono presentate per promuovere ulteriori sviluppi a partire da ciò che ha meglio funzionato. Sicuramente abbiamo capito che i servizi di salute mentale fortemente orientati alla salute mentale di comunità e ampiamente collegati alle dinamiche socio-economiche dei territori facilitano l'accesso al lavoro delle persone con grave patologia mentale. I servizi che utilizzano i gruppi come modalità di cura e partecipazione favoriscono l'uscita dall'isolamento dei singoli pazienti e delle famiglie, promuovendo inclusione lavorativa e processi di guarigione. Ci riferiamo, ad esempio, ai gruppi psicoterapeutici, ai gruppi di auto-mutuo-aiuto, ai gruppi multifamiliari, ai gruppi di microcredito, ai gruppi psico-educazionali, ai gruppi di conversazione nei reparti SPDC, ai

gruppi per uditori di voci e ai gruppi di espressione artistica e culturale. Ciò presuppone un cambiamento culturale nei servizi che, senza trascurare le cure farmacologiche e il trattamento psicoterapeutico, metta al centro le scelte dei pazienti, il sostegno all'empowerment ed i processi di recovery.

Storicamente, alle persone con problemi di salute mentale è mancata una voce. Né loro né i loro familiari sono stati coinvolti nei processi decisionali dei servizi di salute mentale, mentre, ancor oggi, continuano a essere a rischio di esclusione sociale e di discriminazione in tutte le sfaccettature della vita sociale, economica e politica. Sostenere l'empowerment degli utenti vuol dire elevare il loro livello di scelta, di influenza e di controllo sugli eventi della propria vita. La chiave per l'empowerment è infatti la rimozione delle barriere formali o informali e la trasformazione dei rapporti di potere tra individui, comunità e servizi. Essere inclusi nella società in cui si vive è vitale per l'empowerment materiale, psicosociale e politico che sta alla base del benessere sociale e di una salute sostenibile. Come la salute è un diritto umano fondamentale, l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari, è un compito sociale che pone una sfida radicale a tutte le comunità, ai datori di lavoro, ai sindacati, alle scuole, alle università, alle organizzazioni di volontariato.

Queste nuove modalità operative per i servizi di salute mentale presuppongono una presa in carico attenta agli aspetti individuali, focalizzandosi soprattutto sulla prevenzione del rischio di isolamento e solitudine, e contemporaneamente agli aspetti gruppali con riferimento soprattutto alla creazione di gruppi allargati, come ad esempio i gruppi mediani, che la ricerca ha dimostrato elettivi per l'elaborazione delle dinamiche comunitarie. Secondo la teoria delle reti sociali, infatti, i gruppi mediani facilitano la creazione di una resistente area di legami intermedi tra la rete primaria dei legami forti con la rete secondaria dei legami deboli. Prendersi cura dei legami sociali vuol dire lavorare su quell'elemento connettivo specifico per le reti sociali, rappresentato dalla partecipazione sociale ai contesti culturali, politici ed economici di vita sviluppando quel sentimento di appartenenza ed identità sociale, detto appunto "cittadinanza". In questo senso le crisi e le fasi di malessere dalle quali emerge la sintomatologia psicopatologica, devono ricevere dai servizi che se ne prendono carico, oltre che una lettura individuale anche una lettura di contesto, sia familiare che comunitario, ma anche una lettura relazionale rispetto al rapporto ed alle alleanze di lavoro che si costruiscono tra utenza, operatori, committenza e gli altri stakeholder. Queste nuove modalità presuppongono quindi una lettura antropologica complessa e una pratica clinica orientata alla recovery, e si propongono come obiettivo fondamentale della presa in carico l'inserimento socio-lavorativo degli utenti.

1. Per una salute mentale orientata allo sviluppo locale

La riflessione sulla salute mentale orientata all'inserimento lavorativi può prendere spunto anche degli scritti e del pensiero di economisti, come ad esempio Krugman (2009; 2012), Latouche (2011; 2012), Roubini e Mihm (2010), Yunus

(2008; 2010) e Sen (2006; 2007; 2010), che hanno sviluppato una particolare attenzione agli aspetti culturali e sociali delle interpretazioni delle fasi di crisi economica, elaborando costrutti operativi che possono orientare la pratica clinica e la presa in carico della sofferenza degli individui e delle popolazioni e, rispettivamente, alla distribuzione della ricchezza e dell'occupazione come modo per affrontare le crisi, della decrescita, all'adattamento alle crisi come fenomeni ricorrenti, alla funzione dei gruppi nel dare fiducia e speranza alle persone povere, al concetto di identità multipla e alla capacitazione come sviluppo dell'individuo. In questo senso riportiamo alcuni concetti che ci possono aiutare nella nostra pratica sul campo.

Sen (2010) ha trattato in maniera approfondita il tema dello sviluppo degli individui nei termini di "espansione della libertà reali" nella sfera privata come in quella sociale e politica. La sfida dello sviluppo per Sen coincide nell'eliminare i vari tipi di illibertà come la fame e la miseria, la tirannia, l'intolleranza e la repressione, l'analfabetismo, la mancanza di assistenza sanitaria, di tutela ambientale e della libertà di espressione. Illibertà che limitano o negano a uomini e donne l'opportunità di agire e di vivere come preferiscono. Ne deriva che le libertà non coincidono soltanto con il fine dello sviluppo, ma ne sono anche i mezzi, laddove esse risultano interconnesse in modo tale che il raggiungimento dell'una (la libertà politica, o quella di accesso al credito e al mercato, per esempio) contribuisce al miglioramento dell'altra (la libertà di essere istruito, per esempio), in una sinergia moltiplicativa.

Per Latouche (2011), l'utilizzo della parola d'ordine della decrescita ha soprattutto come fine il segnare con fermezza l'abbandono dell'obiettivo insensato della crescita per la crescita, obiettivo il cui movente non è altro che la ricerca sfrenata del profitto per i detentori del capitale. Evidentemente, non si prefigge un rovesciamento caricaturale che consisterebbe nel raccomandare la decrescita per la decrescita. La decrescita, cioè, non è la crescita negativa. Si sa che il semplice rallentamento della crescita sprofonda le nostre società nel disordine con riferimento alla disoccupazione e all'abbandono dei programmi sociali, culturali e ambientali che assicurano un minimo di qualità della vita. Non c'è cosa peggiore di una società lavoristica senza lavoro e, peggio ancora, di una società della crescita senza crescita. La decrescita è dunque auspicabile soltanto in una "società di decrescita". Ciò presuppone tutt'altra organizzazione in cui il tempo libero per le relazioni umane e per il benessere è valorizzato al posto dello stress lavorativo, dove le relazioni e le comunità sociali prevalgono sulla produzione e sul consumo dei prodotti inutili o nocivi. La riduzione drastica del tempo dedicato al lavoro, proposta per assicurare a tutti un impiego soddisfacente, è una condizione preliminare. Ispirandosi alla carta su "consumi e stili di vita" proposta al Forum delle Ong di Rio de Janeiro già nel 1992, è possibile sintetizzare il tutto in un programma di otto "R": rivalutare, ricontestualizzare ristrutturare, rilocalizzare, ridistribuire, ridurre, riutilizzare, riciclare.

Per una decrescita conviviale durante i cicli di crisi è necessario rivedere i valori in cui crediamo e in base ai quali organizziamo la nostra vita, modificando il contesto concettuale ed emozionale della situazione economica, o il punto di vista secondo cui essa è vissuta, così da mutarne completamente il senso. Bisogna soste-

nere nuovi adattamenti in funzione del cambiamento sistemico dei valori delle strutture economico-produttive, dei modelli di consumo, dei rapporti sociali, degli stili di vita, così da orientarli verso una società in decrescita. I consumi, sia di prodotti che di servizi dovranno essere riorientati verso aziende ed agenzie locali, per sostenere l'economia della comunità e garantire a tutti gli abitanti l'accesso alle risorse naturali e ad un'equa distribuzione della ricchezza, assicurando un lavoro soddisfacente e condizioni di vita dignitose.

Le pratiche di inclusione socio-lavorativa che si sono sviluppate maggiormente nel campo della salute mentale in questi ultimi 15 anni, sembrano tutte essersi poste in un'ottica di partecipazione allo sviluppo locale, adattando di volta in volta i loro dispositivi alle fasi di crescita o di crisi che il contesto economico ha attraversato. Tali pratiche possono essere differenziate tra quelle mirate alla creazione di nuove e/o protette opportunità lavorative, ad esempio come le borse lavoro, i tirocini lavorativi, la cooperazione sociale di tipo B e le fattorie sociali, e quelle centrate sul sostegno alle abilità personali degli utenti, come il microcredito gruppale e il sostegno all'impiego.

2. Le borse-lavoro e i tirocini formativi

Rispetto a questa pratica, il primo chiarimento da fare, è che questa specifica modalità d'inserimento lavorativo permane sempre nell'ambito della formazione anche quando vengono stipulati veri e propri contratti e il lavoro prevede la partecipazione ai processi produttivi di una azienda. Questo aspetto non è di poco conto, in quanto spesso raggiunge gli obiettivi della formazione e dell'inclusione sociale ma non quelli del vero e proprio inserimento lavorativo. Nel migliore dei casi, la ricerca empirica e la nostra esperienza sul campo dimostrano che finito il progetto o la borsa lavoro, l'inserimento in azienda non supera il 20%. Non si può non sottolineare però che progetti di inclusione socio-lavorative che utilizzano questi strumenti svolgono un'elevata funzione evolutiva, tanto per gli utenti dei servizi che per i servizi che in essi sono coinvolti. Questi strumenti, infatti, aumentano la motivazione lavorativa, forniscono occasioni per relazionarsi con gli altri, sviluppano le competenze sociali, aiutano a progettare il futuro, incentivano l'instaurazione di nuovi rapporti e nuove amicizie, servono a fare esperienze professionali, sviluppano la fiducia in se stessi e negli altri, stimolano la collaborazione con gli altri e il lavoro gruppo, attivano il confronto con il mercato del lavoro e la conoscenza di diverse realtà lavorative.

Questa tipologia di intervento risponde sia allo sviluppo di beni tangibili come migliorare la propria condizione socio-economica, sia a quelli di tipo intangibile come lo sviluppo di varie *capabilities*: riconoscere ed accettare i propri limiti, confrontarsi con le difficoltà imprevedibili, relazionarsi con gli altri, rendersi autonomi, rapportarsi con il mondo del lavoro, costruire relazioni sul lavoro, credere maggiormente in se stessi e nelle proprie capacità. Il limite è che, seppure favoriscono l'inclusione sociale, questi progetti sono spesso a tempo limitato, rientrando quindi

fra le tipologie della formazione senza porsi mai in un rapporto di causa-effetto con il vero obiettivo finale di un programma di inclusione socio-lavorativa, che rimane sempre quello di un contratto di lavoro sul mercato competitivo, negoziato tra il soggetto e l'impresa.

3. Il sostegno all'impiego "Individual Placement & Support" (IPS-SE)

Il sostegno all'impiego realizzato attraverso la metodologia dell'IPS si fonda sull'inversione dei tempi dell'inserimento lavorativo. Invece di formarsi al meglio per trovare poi un buon posto di lavoro, è importante trovare prima una occasione di lavoro e subito formarsi per svolgerla al meglio. Il metodo è concettualmente rivoluzionario: persone con disturbi mentali gravi (schizofrenia e disturbi bipolari *in primis*) possono accedere a un lavoro competitivo, fuori dalla rete dei benefici sociali pur garantiti dallo Stato. Se i percorsi protetti di inserimento lavorativo, dopo una lunga fase di formazione, raramente portano a un'assunzione vera e propria, il programma IPS mira a ottenere un ingresso diretto nel mondo del lavoro basandosi sul sostegno individuale e su una valutazione concreta delle abilità della persona.

La responsabilità dell'inserimento lavorativo e della ricerca di una posizione professionale non grava più sull'ente pubblico, che fino a oggi si è fatto carico dell'accoglienza di persone svantaggiate nel mondo del lavoro con borse lavoro, tirocini, inserimenti in cooperative di tipo B e vari meccanismi collegati alla legge 68/99. Il metodo IPS motiva l'utente, non lo connota come paziente ma come persona, con delle preferenze, dei desideri e delle ambizioni, e lo mette in grado di raggiungere posizioni che ne sanciscono l'inclusione sociale, con innegabili benefici per la sua salute mentale, la famiglia e la società. I tassi di occupazione raggiunti dai progetti italiani, se pur con variazioni annuali, sono sempre stati molto elevati, nell'ordine del 50%, superando fortemente i risultati occupazionali raggiungibili con gli altri approcci utilizzati nell'area in questione. Il collocamento ed il sostegno individualizzato non rappresenta semplicemente un nuovo tipo di intervento, ma una metodologia di intervento basata ormai su robuste evidenze scientifiche. Tutti i risultati delle ricerche condotte hanno infatti dimostrato in modo consistente che l'IPS è 2-3 volte più efficace degli approcci tradizionali basati sulla riabilitazione sociale, sulla formazione professionale o sull'orientamento lavorativo.

4. Le cooperative sociali di tipo B

Le cooperative sociali di tipo B sono nate con lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini in condizione di svantaggio, attraverso lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo: agricole, industriali, artigianali, commerciali o di servizi. Per le persone con disagio mentale grave questo tipo d'impresa è stata quel-

la che meglio di altre forme ha favorito ciò che era previsto nella legge istitutiva delle cooperative sociali (381/91), individuandole come strumento privilegiato e specialistico per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati fra i quali tossicodipendenti, portatori di disagio psichico e/o malattia mentale. Per tali soggetti la cooperativa di tipo B svolge un servizio di formazione professionale "sul campo", mirando alla piena integrazione sociale e favorendo il loro successivo avviamento lavorativo anche esterno alla cooperativa. La cooperazione sociale si sta affermando come una delle espressioni più interessanti e originali dell'interpretazione italiana del cosiddetto terzo settore. Pur con tutti i problemi di ricerca di una compiuta definizione, all'interno di un quadro normativo ancora troppo incerto, le cooperative sociali stanno sperimentando un'efficace crescita generalizzata in tutte le Regioni, seppure con dinamiche diverse da area ad area. Tra luci ed ombre, il modello della cooperativa sociale, soprattutto se sviluppato attraverso l'articolazione tra consorzi di cooperative, cooperative di tipo A e cooperative di tipo B, sembra comunque funzionare. Le cooperative di servizi sociali hanno oggi esteso il loro intervento soprattutto nel settore dei nuovi servizi alla persona, svolgendo così anche una efficace lotta dello stigma del disagio mentale. I servizi alla persona, per la loro economicità gestionale e per la loro personalizzazione sui bisogni dei clienti, si prestano meglio di altre tipologie di servizi a funzionare secondo le normali regole del mercato competitivo. Molte cooperative di tipo B stanno infatti investendo e ristrutturando la propria organizzazione al fine di poter intrattenere rapporti diretti con i cittadini consumatori, anche se risulta ancora grande ed indispensabile la parte svolta dai finanziamenti garantita dalla pubblica amministrazione.

Un'altra forma organizzativa che sta emergendo nel panorama delle cooperative di tipo B, è la compresenza nella stessa organizzazione di diverse tipologie di soggetti svantaggiati. Assieme alle persone con disagio mentale è possibile fare lavorare, senza alcuna ghettizzazione sociale, ma al contrario contribuendo alla lotta allo stigma, disoccupati di lungo periodo, giovani in cerca di prima occupazione, adulti con qualifiche obsolete. Si sono infine molto diversificati anche i dispositivi di inserimento lavorativo, affiancando al semplice strumento di partecipazione come socio-lavoratore del soggetto svantaggiato, la promozione e la gestione di lavori socialmente utili, l'accompagnamento al lavoro, i tirocini formativi, la formazione sul campo e alcune prime esperienze di servizi privati per il collocamento. Molte Regioni d'Italia hanno approvato norme per la promozione e lo sviluppo delle cooperative sociali determinando un rinnovato interesse per queste nuove modalità di occupazione, per lo sviluppo di nuove professioni e di nuove modalità di fare impresa nel territorio. Che si tratti di cooperative produttrici di servizi alla persona o finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, le cooperative crescono, in numero e in addetti e cercano soluzioni più avanzate d'efficienza tramite il ricorso a modelli organizzativi complessi, di tipo consociativo e consortile.