

## RIFLESSIONI, IDEE, PROPOSTE DI AGCI, CONFCOOPERATIVE, LEGACOOP

di **Stefano Golini, Pietro Segata,  
Maurizio Gozzi, Alberto Alberani\***

Grazie per l'invito che ci permette di fornire un contributo alla Conferenza connesso alle numerose attività che realizziamo negli ambiti della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della neuropsichiatria infantile. Dagli anni 70 in poi la cooperazione sociale accompagna persone che esprimono malattie o disagio in percorsi di riabilitazione, inclusione, integrazione collaborando con i servizi pubblici, i familiari e intervenendo con capacità organizzative, flessibilità, innovazione. Abbiamo contribuito in questa Regione (e non solo) alla chiusura degli ospedali psichiatrici e delle scuole speciali e aperto i primi servizi di riabilitazione e di integrazione, promuovendo percorsi di inserimento lavorativo in un'ottica di imprenditori sociali che grazie al lavoro di persone che operano nelle cooperative sociali coniugano la forma cooperativa con qualitative risposte sociali..

Cooperazione sociale significa oggi non solo imprese che forniscono mano d'opera alla Pubblica Amministrazione come purtroppo molti vorrebbero inquadrarci, ma soggetto politico attivo sul territorio che interpretando i bisogni espressi dai diversi stakeholders promuove innovative risposte grazie a percorsi di coprogettazione in un ottica di sussidiarietà orizzontale.

Abbiamo apprezzato il percorso che ci ha portato qui oggi dopo le giornate di Castel S. Pietro che hanno evidenziato una reale voglia di realizzare quel sistema integrato dei servizi che necessita, a livello regionale, di partecipazione, coinvolgimento di tutte le istanze e le componenti che concorrono alla promozione della salute, così come, sui singoli territori, di strumenti adeguati come i Piani sociali di zona e i Piani per la Salute. Ci dispiace sentire voci che ritengono che i piani sociali di zona possano essere uno strumento di pianificazione svincolato da precisi impegni temporali. Se si concorda che uno strumento deve essere realizzato in un triennio e adeguatamente verificato, non si capisce perché ogni tanto si ipotizzano slittamenti o realizzazioni annuali. In relazione ai Piani sociali di zona inoltre ci auguriamo che la prossima programmazione 2008, 2009, 2010 veda in ogni Distretto presente ai tavoli welfare o tematici referenti dei servizi di salute mentale.

Abbiamo fornito il nostro costruttivo contributo alla realizzazione del Piano attuativo 2007-2009 nei mesi passati condividendo in particolare la tesi che per perseguire gli obiettivi del piano è necessario far interagire il sistema di cura e il sistema di comunità, ma vorremmo in questa tavola rotonda anche ricordare cinque argomenti per noi prioritari:

- 1) Dare maggiore risalto al sistema di comunità. La comunità non deve essere intesa dal Sistema dei Servizi in modo residuale, da coinvolgere cioè solo laddove i Servizi non riescono ad arrivare, e in particolare laddove la Psichiatria non può arrivare: la casa, il lavoro, il reddito sociale, ecc. Neppure è sufficiente –per quanto necessario- evocare il sistema di comunità per iniziative “spot” di prevenzione e promozione.

Un'azione coordinata tra sistema socio-sanitario e comunità sociale è invece necessaria tanto per le esigenze culturali e sociali della promozione di stili di vita più adeguati alla tutela della salute, della lotta allo stigma, della comunicazione sociale, quanto per i bisogni di cura, riabilitazione ed integrazione/inclusione sociale.

Qui entra in gioco il concetto, e ancor più la pratica di una **sussidiarietà orizzontale** intesa in senso corretto: il principio secondo il quale le istituzioni pubbliche, nella programmazione e realizzazione dei servizi pubblici destinati ai cittadini, riconoscono, promuovono ed incentivano ("sussidiandole") le iniziative che i cittadini stessi auto-organizzano attraverso formazioni sociali di partecipazione attiva e democratica. Peculiarità degli interventi realizzati da queste Organizzazioni è di attivare risposte innovative, ma ancor più partecipate, rispetto ai bisogni, stimolando i servizi esistenti ad una proficua evoluzione verso il rispetto dei principi di centralità dell'utente e della sua soggettività, empowerment e responsabilizzazione e protagonismo dell'utente attraverso percorsi di coprogettazione.

In questo campo la cooperazione sociale, in quanto "impresa sociale di comunità" ha forti potenzialità non solo in ordine alla prevenzione e promozione, ma anche nella cura, riabilitazione ed integrazione sociale. Ciò in quanto la cooperazione sociale associa non solo, come generalmente si è portati a credere, operatori e professionisti (soci lavoratori), ma anche utenti e familiari (soci fruitori), soci volontari, finanziatori (soci sovventori), imprese, organizzazioni dell'economia e del sociale. In breve, la cooperazione sociale è nello stesso tempo "Sistema Integrato dei Servizi" e "Sistema di Comunità": ha la peculiarità tutta sua di coniugare e fare sintesi al proprio interno di tali sistemi, offrendo perciò una importante opportunità di sperimentazione, sinergie, integrazione.

- 2) Investire sulla **residenzialità e semiresidenzialità**, scommettendo sul privato sociale per migliorare la riabilitazione, ma anche per il trattamento della post-acuzie. Già oggi la cooperazione sociale è molto presente nelle Residenze Socio-Riabilitative (intravediamo però rischi di marginalizzazione e dispersione di un importante patrimonio di competenze maturato negli anni, oltre che rischi di dismissione *tout court* nell'obiettivo di trasformare la gran parte di queste residenze in strutture socio-assistenziali: su questa indicazione occorre approfondire il ragionamento e il confronto), ma può esprimere le medesime istanze "comunitarie" (professionalità coniugata con solidarietà; specializzazione dei servizi con radicamento nel territorio; qualità dell'organizzazione e degli interventi con non lucretività dei soggetti gestori) anche in strutture più marcatamente sanitarie. Riteniamo importante promuovere risposte residenziali, semiresidenziali o di tempo libero partendo dai bisogni individuali e dalle strutture già esistenti sul territorio. La **residenzialità**, sia **riabilitativa** che intensiva o protratta va considerata un intervento precoce che oltre a rispondere a specifici bisogni può anche svolgere funzioni di prevenzione secondaria o terziaria, prevenendo la cronicità e consentendo perciò di evitare importanti costi futuri. E' meglio investire oggi su interventi precoci, a termine, dotati di una effettiva progettualità in grado di riabilitare e reinserire le persone nella vita autonoma, piuttosto che essere costretti domani a interventi a tempo indeterminato, molto più costosi quanto inefficaci. E' questa una riflessione che crediamo debba essere rivolte non solo alle persone con problemi di salute mentale, ma anche alle persone con dipendenze patologiche siano essi adulti o minori e più in generale alle persone con doppia diagnosi o a quelle che esprimono nuovi disagi e bisogni che ci mettono oggi particolarmente in crisi- Coprogettare nuove residenzialità riabilitative per interventi a termine è

sicuramente una sfida che vorremmo affrontare insieme ai diversi stakeholders. ricordando che la capacità propria della cooperazione sociale di progettare e gestire innovazione ci ha portato oggi a gestire dormitori sociali, strutture sperimentali per “punk”, ecc ma anche a continuare l' importante lavoro svolto nei gruppi appartamento, nelle Comunità che accolgono tossicodipendenti o nella realizzazione di nuove strutture rivolte a persone con problemi di salute mentale realizzati anche grazie alla finanza di progetto strumento innovativo che dopo la sperimentazione nella costruzione gestione di asili nido si sta dimostrando uno strumento molto efficace.

- 3) Dare maggiore attenzione alla **domiciliarità** anche in salute mentale, passando dalla prevalente ottica di assistenza infermieristica a domicilio a quella di prossimità, di relazioni di comunità, di prevenzione e promozione. Da alcuni anni, anche in collaborazione con i diversi Servizi di salute mentale stiamo realizzando nuovi **interventi domiciliari** in particolare rivolgendoci a quelle persone che trovano nella propria residenza il migliore posto di vita. Per mantenere condizioni di vita autonoma oltre a garantire una buona qualità di vita a domicilio è necessario realizzare interventi educativi e di prossimità, oltre a servizi di colferaggio, consegna o produzione di pasti, e di supporto al disbrigo di piccole pratiche attraverso le proposte realizzate dalle cooperative sociali di tipo a e le cooperative sociali di tipo b in collaborazione con le Associazioni di volontariato e di promozione sociale. Sono esperienze da decenni realizzate in altre culture europee e che in questa Regione stiamo realizzando in particolare nei confronti delle persone anziane e che prevenendo gli alti costi delle residenzialità promuovono il più delle volte la migliore risposta a specifici bisogni.
- 4) Colmare i vuoti nel campo della **Formazione**. Le cooperative sociali realizzano interventi ed attività grazie all' importante lavoro svolto da soci lavoratori che dispongono di una formazione iniziale e di formazione permanente. Un importante capitolo dell' atto di indirizzo è rivolto al tema della formazione professionale e ci preme sottolineare:
  - a) la **carenza cronica delle figure professionali adeguate**: mancano educatori professionali con competenze specifiche nella riabilitazione, che da quando la competenza formativa è stata assunta dalle Università è quasi impossibile trovare; non centra i bisogni presenti nella salute mentale il personale assistenziale, che già con la figura dell'AdB prima e dell'OSS poi è sempre più focalizzato sull'assistenza ad anziani, a scapito delle competenze relazionali e riabilitative nel nostro settore.
  - b) l' importanza di realizzare **percorsi formativi integrati** che coinvolgano gli operatori che operano nelle Amministrazioni Pubbliche con gli operatori che lavorano nelle Organizzazioni del Terzo Settore. Riteniamo anche importante promuovere percorsi interdisciplinari e non solo specialistici che promuovano confronti fra diverse professionalità dei diversi ambiti sanitari, sociali, educativi, assistenziali
- 5) **Lavoro**. E' questo uno degli ambiti che vede da oltre trent' anni un importante ruolo della cooperazione sociale di tipo b. Molte cooperative nascono proprio attraverso percorsi di coprogettazione con i servizi e con psichiatri che comprendono che le attività lavorative realizzate nelle cooperative sociali possono costituire una effettiva opportunità di lavoro perciò di reinserimento sociale. Fin dalla deistituzionalizzazione percorsi di formazione, di borse lavoro, di inserimento in luoghi ordinari o di lavoro stabile all' interno delle stesse cooperative vengono realizzati evidenziando che la realizzazione di percorsi di integrazione e di inclusione sociale attraverso il lavoro non è un'illusione. Oggi, in una Regione che presenta tassi di disoccupazione

invidiabili in varie regioni europee, ancora molto presente all'interno delle liste del collocamento obbligatorio è il bisogno di lavoro espresso da persone che presentano problemi di salute mentale o di dipendenze patologiche in presenza di processi di globalizzazione che delocalizzando filiere produttive "semplici" richiedono abilità e competenze particolari. La cooperazione sociale di tipo b diventa quindi luogo privilegiato dove operar quei necessari percorsi di formazione/transizione ed è probabilmente questa la ragione per cui i servizi inviati premono quotidianamente per inviare "utenti" nelle cooperative sociali. Rileviamo però due importanti fattori di criticità:

- a) l'insufficienza delle risorse e degli interventi finalizzati all'accompagnamento al lavoro: troppo spesso i pazienti psichiatrici che i servizi propongono per un inserimento lavorativo non hanno una prospettiva occupazionale reale ed immediata, ma necessitano di formazione, supporto, accompagnamento, che spesso le cooperative B, necessariamente concentrate sulla produzione, non riescono ad offrire. Occorrono percorsi di formazione, tutoraggio, apprendimento (sia interni alle B che esterni) che richiedono la disponibilità di risorse quanto altri tipi di interventi terapeutico-riabilitativi;
- b) A fronte della richiesta di percorsi lavorativi operata dagli operatori sociali non si riscontrano coerenti percorsi di esternalizzazione di lavori e servizi che troppo spesso le Asl, i Comuni, le Province e la Regione affidano ad imprese che forse producono servizi di qualità ma non sicuramente adeguati percorsi di inserimento lavorativo, specificità propria della cooperazione sociale. **Crediamo sia giunto il tempo da parte delle Pubbliche Amministrazioni di dimostrare più coraggio** anche utilizzando le clausole sociali che timidamente si iniziano ad utilizzare, potenziando l'art.5 della legge 381, promuovendo convenzioni a norma dell'art.22 della legge 19 e quindi e evidenziando concretamente di credere che la cooperazione sociale può costituire un'importante risposta ai bisogni di inserimento lavorativo.

Infine riteniamo opportuno che anche grazie a questa Conferenza si rafforzi la promozione di una cultura che promuova percorsi di salute mentale e lotta allo stigma. Abbiamo oggi bisogno, dopo trenta anni di percorsi comuni di rilanciare con forza nelle nostre quotidianità **campagne di comunicazione che combattano i pregiudizi**, gli stigmi e anche i razzismi e le xenofobie sempre più in aumento specialmente nelle grandi città. E' necessario ribadire che coesione ed inclusione sociale si possono realizzare si garantendo maggiore sicurezza ai cittadini più deboli, ma anche proponendo alle persone a rischio di esclusione sociale adeguati sostegni preventivi da realizzare anche grazie ad una forte rete integrata dei servizi che veda i diversi protagonisti esprimere le proprie competenze.

Come cooperazione sociale siamo attivi in diversi ambiti, dai servizi rivolti a migranti, alle scuole, ai servizi rivolti ad anziani e disabili e collaborando anche con le altre espressioni del movimento cooperativo riteniamo sia giunto il tempo che le pubbliche amministrazioni, le imprese sociali, le diverse espressioni del terzo settore e delle attività produttive promuovano campagne di comunicazioni in particolare rivolte alle giovani generazioni che trasmettano quei valori e quei principi, che da sempre hanno evidenziato quella condivisa responsabilità sociale che ha contraddistinto l'Emilia Romagna.

\* *rappresentanti cooperative AGCI, CONFCOOPERATIVE, LEGACOOOP della Regione Emilia-Romagna*