

L'IMPRESA SOCIALE: PRATICA E ORIZZONTE DI TRASFORMAZIONE

Ilario Volpi - Presidente cooperativa sociale integrata "Il Grande Carro"-Roma

Riassunto: Il contributo sottolinea l'attualità delle pratiche e delle teorie che sottendono le esperienze di impresa sociale. Una parte dell'analisi è incentrata sulla descrizione degli strumenti e delle metodologie riferibili al versante dell'inclusione socio-lavorativa delle persone con sofferenza mentale. Com'è noto, infatti, esiste una convergenza abbastanza generalizzata nel ritenere fondamentali gli intrecci di variabili di tipo sociale con quelli di ordine biologico e psicologico nella determinazione delle condizioni di salute degli individui. Nel contempo esiste un notevole ritardo nella visibilità e nella formulazione teorica di tale blocco di variabili. Il contributo, inoltre, riporta alcuni dati di scenario sul fenomeno della cooperazione, sulla condizione occupazionale degli utenti dei servizi di salute mentale e su cosa fanno i servizi in termini di progetti complessi di presa in carico. Viene quindi, proposto un excursus sulle diverse forme di approccio e sulle diverse concettualizzazioni che si rintracciano in tema di impresa sociale e di inserimento lavorativo e vengono evidenziate le principali criticità e le straordinarie potenzialità trasformative delle esperienze esemplari nate in Italia nei trenta anni della legge di Riforma, anche in termini di nuove prospettive di tipo epistemologico.

Parole chiave: Impresa sociale, cooperazione sociale di tipo b, inserimento lavorativo, presa in carico evolutiva, qualità del lavoro, rottura epistemologica, trasformazione

1. Una necessaria premessa concettuale

A distanza di qualche decennio dalle prime esperienze e dalle prime formulazioni del concetto di impresa sociale nei nostri circuiti, risulta doverosa una ennesima puntualizzazione di carattere terminologico, che è anche evidentemente di tipo contenutistico. Troppe cose appaiono cambiate nello "spirito del tempo" ed attualmente, nel nostro stesso contesto, la tematica risulta di scarsa attualità, confusa e talvolta controversa e non adeguatamente considerata. Spesso l'impresa sociale sembra costituire un termine "passpartout" o uno di quegli assunti dati per acquisiti e scontati ma, in realtà poco analizzati e verificati. Oppure sembra di trovarsi di fronte a quelle chimere del passato ("l'abbiamo già fatto...!") sopravanzate da altre e più "moderne" idee guida: l'automutuoaiuto, l'empowerment, la libera scelta, la responsabilità della comunità locale, la rete, o ancora peggio la riabilitazione tecnocratica, il governo clinico, il collocamento mirato, ecc. Alcuni arrivano addirittura a sostenere il "fallimento" dell'impresa sociale e, come di frequente accade, si rimane con idee e progetti non svolti, si sposta l'asse del conflitto, si confonde la pervicace resistenza al cambiamento con l'errore strategico e si "butta il bambino con l'acqua sporca".

È un dato di fatto che attualmente, quando ci si riferisce all'impresa sociale si può intendere:

- a) il calderone indistinto del cosiddetto terzo settore (volontariato, cooperazione sociale, fondazioni, onlus, ecc. ecc.);
- b) la cooperazione sociale tout court, in quanto soggetto privato che persegue il bene della collettività. Alcune volte il termine viene riservato esclusivamente alle cooperative di inserimento lavorativo;
- c) imprese ordinarie o qualunque altro tipo di organismo che si dà "una sbianchettata" di responsabilità etica, di bilancio sociale, ecc. (è stata di recente emanata una specifica normativa al riguardo che contribuisce ad alimentare la confusione terminologica);
- d) una pratica ed una strategia che mette al centro della propria missione l'agire trasformativo del sistema di assistenza e del sistema produttivo. Che cerca di coniugare la presa in carico evolutiva delle persone con grave sofferenza mentale con processi produttivi significativi e di autoimprenditorialità. Suppone la definizione di patti integrati tra soggetti diversi (dsm, ente locale, cooperazione sociale, associazionismo, ecc.) e promuove attivamente lo sviluppo di economia sociale, in termini di modalità organizzative del lavoro, di settori, ecc.

Sulla linea della ultima accezione ritengo di estrema attualità l'argomentazione di alcuni autori fondamentali. Come sostengono De Leonardis, Mauri e Rotelli (1994 pag. 26): "... *Esiste il mercato dell'invalidazione' ed esiste il mercato della 'validazione'. Noi dobbiamo rovesciare questi due mondi: il mondo del welfare da un lato, e il mondo del mercato del lavoro dall'altro. Finché questi due mondi saranno separati, paralleli e lontani l'uno dall'altro sarà sempre un disastro per tutti: per chi lavora nei bunker del cosiddetto mercato del lavoro e per chi è assistito.... Parliamo di un cambiamento culturale profondo che deve avvenire nell'ambito del sistema di welfare(... Ci si potrebbe immaginare che quote rilevanti di questo sistema vengano impiegate per stimolare la gente, non per assisterla...*"

L'impresa sociale, quindi, non è equidistante. È espressione di una volontà di riorganizzazione complessiva della società civile, delle istituzioni politiche, delle forme reali di partecipazione, che vuole produrre giustizia sociale e benessere ripartendo dai più svantaggiati. Come sostengono ancora gli autori, l'impresa sociale "non è né l'impresa con un po' di sociale, né il sociale come impresa".(ibidem).

Occorre fare chiarezza su questo punto. Ritengo che la scarsa considerazione nei confronti della cultura dell'impresa sociale abbia radici complesse, che riguardano anche quanti di noi in questi ambiti più direttamente operano. Il nostro mondo e le nostre concezioni economiche, scontano da tempo l'incapacità di tradursi in proposta culturale e politica. A fronte di un lavoro e di una fatica quotidiana non misurabili da parte di migliaia di uomini e donne (operatori e utenti, soci svantaggiati e soci non diagnosticati, familiari e amministratori, intellettuali e gestori) debole appare la fisionomia, la visibilità e la credibilità del nostro settore sulla scena della proposta politica e delle

scelte che devono orientare lo sviluppo dei nostri territori. Troppo spesso prevale la frammentazione, la guerra tra poveri, le divisioni (tra dsm e cooperative, tra cooperative di tipo a e di tipo b, tra professionals e non professionals tra settori di attività, tra territori, ecc.). Troppo spesso, pressati dall'emergenza quotidiana, non siamo in grado di produrre riflessione e trasformazione sociale. Troppo spesso il rapporto con la politica si riduce a "portare acqua" al candidato maggiormente disponibile, o a mendicare qualche appalto.

Per questo occorre ribadire a noi stessi che **l'impresa sociale non è politicamente neutra**. L'impresa sociale:

- o agisce esplicitamente per la trasformazione del sistema assistenzialistico, **o non è**;
- o agisce esplicitamente per la trasformazione dei processi produttivi e del mercato del lavoro che fa ammalare le persone, **o non è**;
- o moltiplica democrazia nel possesso dei mezzi di produzione e delle idee, o è una sorta di "frabbichetta" e **non è**;
- o prefigura modelli alternativi di convivenza civile, **o non è**;
- o intacca interessi consolidati e redistribuisce ricchezza, **o non è**;
- o cambia realmente la sorte dei più deboli, **o non è**.

In sostanza e schematizzando, nella nostra visione, le caratteristiche fondamentali dell'impresa sociale sono che :

- implica azioni combinate da parte di diversi protagonisti istituzionali e non (enti locali, cooperazione sociale, associazionismo, mercato, ecc.);
- mette al centro del proprio interesse il valore della persona svantaggiata, della sua qualità del lavoro, della sua autonomia possibile, anziché altri obiettivi (es. profitto, competitività, consumi, ecc.);
- teorizza ed agisce esplicitamente per una trasformazione giusta del mercato del lavoro e dell'assistenzialismo: è cioè "il terzo sistema" (cfr. Ruffolo, 1995) che non somma i sistemi della produzione e della riproduzione sociale, ma li trasforma entrambi¹.

2. Un po' di storia e la "vendetta" della psichiatria

Lo straordinario movimento che ha portato allo smantellamento delle strutture manicomiali muoveva da alcuni assunti fondamentali di portata rivoluzionaria dal punto di vista culturale e scientifico che come tali hanno incontrato e incontrano inevitabili resistenze. Con la prima riforma sanitaria 833/78, che istituiva le Unità sociosanitarie locali, si cercava di tradurre in politiche, in modelli organizzativi ed operativi alcune acquisizioni decisive sul concetto di salute:

- la sofferenza/malattia di una persona è collegata alle condizioni socio-ambientali;
- un sistema centrato sull'ospedale dimostra minore efficacia rispetto a sistemi di trat-

¹ Come d'altronde insegna un principio fondamentale della psicologia della gestalt : se ad esempio sommo il rosso e il giallo ottengo un colore che è diverso dalla somma delle 2 parti ed è l'arancione!

tamento diffusi nella comunità locale ed in grado di mantenere la persona nel proprio contesto; le condizioni di istituzionalizzazione e di isolamento nulla hanno a che vedere con la salute;

- il modello di intervento italiano si caratterizza per: la forte frammentazione dell'offerta (prestazioni scollegate); la presenza contemporanea di fenomeni di assistenzialismo/dipendenza e di fenomeni di abbandono di consistenti fasce di popolazione; la netta predominanza di attività riparative e medicalizzanti sorretta da un roccioso apparato di potere fatto di baronie universitarie e di parassitismi vari.

Sorgevano in questo alveo le prime esperienze di impresa sociale, si dava lavoro agli internati contrastando la vergogna dell'ergoterapia e si scoprivano storie fantastiche nel passaggio di ruolo da "malato" a "socio lavoratore": l'esercizio di un diritto si traduce in salute² (Gallio, 1997).

Ma l'avvicinamento del sistema sanitario alla salute come diritto fondamentale di tutti non si concludeva con la legge 833. Il processo riformatore avviato, anzi, incontrava ostacoli pesantissimi tant'è che come è noto il Primo Piano Sanitario Nazionale (ed il primo progetto-obiettivo salute mentale) che doveva essere lo strumento fondamentale di applicazione della Riforma, vedeva la luce 16 anni dopo, quando erano stati nel frattempo emanati i D.D.L.L. 502/92 e 517/93 (pochi ricordano che si tratta della cosiddetta Riforma "De Lorenzo"!). Tale controriforma di fatto annientava molti dei presupposti della legge 833/78 ed i suoi effetti nefasti (burocratizzazione, medicalizzazione, ecc.) solo in parte sembrano poter essere contrastati dall'opera incisiva dell'ex Ministero Bindi (legge 229/98) che almeno parzialmente provava a restituire possibilità di partecipazione democratica e di controllo da parte dell'Ente Locale.

2.1. Stile di lavoro e carenza di progetti di presa in carico

Nella cornice piuttosto desolante dei servizi alla persona, il movimento riformatore della psichiatria ha rappresentato un modello di riferimento eccezionale ed avanzato anche per altri settori di intervento. Il laboratorio di una moltitudine di pratiche innovative che hanno fatto da precursori riguardo non solo alle tematiche dell'impresa sociale, ma anche nei confronti di numerosi altri aspetti quali: l'organizzazione dipartimentale, la multidisciplinarietà e la centralità dell'équipe, l'animazione del territorio ed il lavoro di rete, la relazione e la creazione di luoghi di trattamento aperti alle contraddizioni, ecc.

Ma, a mio avviso, è proprio l'aziendalizzazione del sistema sanitario che, come già sottolineato, rischia di mandare incontro i servizi di salute mentale (e più in generale quelli ad "alta integrazione" socio-sanitaria) verso una preoccupante involuzione. Spalancando la porta ad una esasperante concorrenzialità (anche tra figure professionali) e ad un imperante neo-corporativismo. Pur nella difficoltà di generalizzare, non c'è dubbio che osservando oggi i servizi di salute mentale troppo spesso sembra di assistere

² È in questa direzione che si può collocare anche la famosa frase di F. Basaglia: " ..*Chi non ha non è!*"

ad una vera e propria vendetta della medicina e del modello biologico. Troppo spesso si riscontra la preminenza della diade malattia/eliminazione del sintomo nel minor tempo possibile, rispetto a qualunque altro investimento progettuale o prestazione, così come il generale impoverimento del versante territoriale rispetto a quello ospedaliero. Troppo spesso il tema della partecipazione viene ridotto a quello della compliance, il tema dei diritti e della restituzione di contrattualità a quello di poter scegliere il proprio curante! Troppo spesso torna alla mente la distinzione basagliana dell'umanità tra gli "inventori di contraddizioni" (coloro che si sporcano le mani, che cercano di capire non arrendendosi di fronte alle difficoltà e che cercano di agire la trasformazione) e i "narratori" (coloro che passano il loro tempo a descrivere, commentare, raccontare, categorizzare) e troppo spesso la distinzione assomiglia a quella tra gli utenti (uniti agli operatori di minore forza contrattuale che a contatto con i matti ci stanno) e gli altri operatori, maggiormente garantiti dal sapere/potere professionale, che passano il tempo a fare riunioni tra di loro, a discutere delle pastoie burocratiche o dei meccanismi incentivanti che possono "strappare" all'Azienda.

D'altra parte la resistenza del modello medico-biologico, dopo la fine dell'ospedale psichiatrico, sembra non più essere affrontabile sul suo stesso terreno (quello sanitario): se in passato ha avuto un valore riportare la psichiatria all'interno della medicina, di frequente oggi l'operazione da fare sembra ricondursi a come sottrarre i cittadini dai circuiti di servizi psichiatrici burocratici e passivizzanti e dagli specialismi che propinano. È in questa luce che può essere letto quanto sostenuto efficacemente anche da Benedetto Saraceno nel 1995: *"...La psichiatria si perpetua e autoriproduce intuendo la propria insufficienza terapeutica e arricchendosi di frammenti di saperi e di operatività di eterogenea provenienza disciplinare. C'è da chiedersi se questo furto continuo testimoni della costruzione di una disciplina complessa o più semplicemente di una disciplina inesistente, anche perché non sembra che tutto questo arricchimento abbia arricchito i pazienti della psichiatria..."*

Contemporaneamente, nel processo di privatizzazione dei servizi, il cosiddetto "terzo settore" si presenta come l'interlocutore più dignitoso, ma troppo spesso la crescita del fenomeno appare condizionata unicamente dalle esigenze di contenimento della spesa piuttosto che da quelle del miglioramento dell'efficacia dell'intervento. In questo quadro "antichi pirati e nuovi mercanti" percorrono il mercato socio-sanitario, senza troppo distinguerlo dal mercato ortofrutticolo! È evidente che in questa situazione occorre declinare il discorso dell'impresa sociale in maniera nuova, ma ribadendo alcuni presupposti fondamentali che consentono di stare all'erta di fronte alle nuove forme di istituzionalizzazione e di sfruttamento e di non buttare all'ortica quel po' di trasformazione culturale e pratica che nel corso degli ultimi decenni è stato prodotto nel campo della salute mentale. Per il movimento antistituzionale l'orizzonte privilegiato di costruzione di un programma non può che continuare ad essere quello dei diritti di cittadinanza, del diritto all'abitare, della qualità del lavoro, della contrattualità sociale

delle fasce deboli come motore di cambiamento e non come massa di dissidenti da silenziare.

3. Impresa sociale e inclusione lavorativa

La questione del lavoro continua a rappresentare, (e deve continuare a farlo), il terreno privilegiato di azione e di riflessione dell'impresa sociale. Ritengo necessario al riguardo avanzare alcune considerazioni di sfondo che consentono di definire lo scenario con il quale oggi le tematiche dell'inclusione socio lavorativa devono confrontarsi.

Una prima serie di osservazioni ruota attorno al fenomeno della cooperazione. Aldilà delle opinioni e dei giudizi di merito sui contenuti e sugli effetti della legge, occorre sottolineare che la legge 381/91, ha prodotto un vero e proprio boom della cooperazione sociale. Come si vede infatti, la gran parte delle Cooperative in Italia è stata costituita dopo il 1991 (anno di emanazione della normativa) e ciò risulta particolarmente vero per le Cooperative di tipo b (finalizzate all'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati) che per circa $\frac{3}{4}$ appaiono nate in epoca più recente. Da questo punto di vista, quindi, si può rilevare che sulla scena delle politiche e delle azioni nel campo socio-sanitario, la cooperazione sociale costituisce un soggetto di recente evoluzione e si configura realmente come uno dei "nuovi protagonisti". Ancora un dato di estremo rilievo riguarda la distribuzione della tipologia di cooperative in relazione alle diverse aree del Paese. Al proposito è interessante rilevare che la cooperazione sociale nettamente prevalente è costituita dalle cooperative di tipo a (quelle che gestiscono servizi sociosanitari o educativi) che costituiscono oltre il 60% dell'universo; ma fa eccezione il Lazio. Il Lazio, infatti, è l'unica Regione nella quale le cooperative sociali finalizzate all'inserimento lavorativo sono in numero superiore (il 42%) a quelle di tipo "a" (40%) e quindi il fenomeno sembra contraddistinguere e qualificare specificamente questa realtà locale. Com'è ovvio, numerose sono le ragioni alla base di questa particolarità. Sicuramente pesa ad esempio la consistente presenza storica delle cooperative del circuito della disabilità fisica che ha anche riscontri sul piano di una normativa regionale (legge regionale 9/87) sulle cosiddette cooperative "integrate" che è preesistente alla normativa nazionale e tuttora vigente.

Vi sono però, a mio avviso, anche almeno due ulteriori fattori che contribuiscono a determinare questa significativa presenza in questa realtà regionale e che attengono specificamente alle tematiche e agli assetti dei servizi per la tutela della salute mentale regionale ed alle modalità dei loro sviluppi.

Mi riferisco, in particolare:

a) al dettato del Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale 1998/2000 che include tra le priorità di obiettivi dei DSM quella "...del sostegno alla nascita ed al funzionamento delle cooperative di tipo b..."

b) all'esperienza dei centri diurni romani che hanno dato un impulso significativo alla nascita di cooperative di tipo b ed allo sviluppo di iniziative e strategie di impresa

sociale.

Ulteriori considerazioni di sfondo possono essere riferite alla perdurante e pesante esclusione delle persone con sofferenza mentale dai circuiti del mercato del lavoro. Nel Lazio, a titolo esemplificativo, se si raffrontano i dati relativi alla condizione occupazionale di questa fascia di cittadini con quelli riscontrati nella popolazione generale si riscontra, infatti, che le percentuali di soggetti in situazioni di non lavoro sono decisamente impressionanti: questi costituiscono oltre il 61% degli utenti dei servizi di salute mentale (a fronte del 28,5% rilevato nella popolazione generale) ed addirittura circa il 95% se il setting di osservazione è riferito agli utenti dei Centri Diurni (Regione Lazio, 2007). Di fronte ad un quadro di questo genere, pur essendo legittime posizioni e chiavi di lettura interpretativa di più varia natura (anche quelle a maggiore tasso di pregiudizio tipo: *“le persone con sofferenza mentale non sono in grado di lavorare”, devono essere “lasciate in pace” con la loro vena artistica”, ecc.*), alcuni dati di fatto appaiono incontrovertibili:

- a) le dimensioni dell'esclusione sono da vera e propria “emergenza sociale” e di fronte ad essa le istituzioni (e tutti coloro che hanno a che fare con la materia) hanno il dovere di prenderne atto e di farci i conti;
- b) gli strumenti e le strategie messi in campo fino ad oggi appaiono palesemente insufficienti e forse talvolta inadeguati.

È evidente, in ogni caso, che fronteggiare l'esclusione socio lavorativa delle persone con sofferenza mentale non può essere il compito esclusivo di singoli comparti (quello sociale, quello sanitario, ecc.), o di singoli soggetti (le agenzie per l'impiego, la cooperazione, i DSM, ecc.), ma richiede azioni di sistema che necessitano di adeguate chiavi di regia, magari valorizzando esperienze puntiformi, che pure nella realtà regionale si sono andate sviluppando.

Appare quindi di notevole interesse tentare di esaminare cosa ad esempio fanno i Dipartimenti di Salute Mentale su questi versanti. Sia i dati di una recente indagine condotta presso i Dipartimenti di salute mentale del Lazio (Regione Lazio, 2007), che quelli derivanti da una indagine su un campione nazionale di DSM, (Università dell'Aquila, 2005) testimoniano in sostanza i seguenti risultati:

- a) C'è una difficoltà notevole a reperire informazioni ed a renderle confrontabili (alcuni intendono tout court le assunzioni vere e proprie, altri includono ogni tipo di iniziativa in tema di lavoro);
- b) Meno della metà dei DSM dichiara di svolgere una attività di monitoraggio degli inserimenti (anche quando trattasi di tirocini formativi); nella maggioranza dei casi, comunque, si tratta di verifiche “a distanza”, quasi del tutto assenti le risorse attivate come tutor in situazione;
- c) L'attività nettamente prevalente dei DSM, concerne l'utilizzo di provvidenze economiche per l'attivazione di tirocini, borse lavoro e simili (svolti soprattutto presso cooperative sociali e in subordine presso Enti locali) che rappresentano oltre l'80% di

quanto realizzato;

d) La nettissima maggioranza delle assunzioni avviene proprio all'interno della cooperazione sociale di tipo b, che interviene in oltre il 75% dei casi. Il che conferma un ruolo insostituibile di questo soggetto in materia.

È evidente che sulla base delle precedenti osservazioni non è possibile fare inferenze definitive sullo stile di lavoro e sulla "cultura dell'inserimento lavorativo" da parte dei DSM. Di sicuro emerge un quadro frastagliato nel quale "ognuno fa quel che può", data la complessità della materia, la frequente assenza di altre agenzie significativamente coinvolte, la carenza di risorse (è noto ad esempio il sistematico depauperamento dei servizi sociali dei DSM), la scarsa coerenza ed applicazione delle normative, ecc. In base alla letteratura e all'esperienza diretta, tuttavia, è possibile identificare alcuni pattern operativi che consentono di avanzare una sorta di classificazione sui diversi approcci all'inserimento lavorativo delle persone con sofferenza mentale. Anche se è possibile al riguardo confrontarsi con numerose strategie e soluzioni operative, non date una volta per tutte e che possono anche presentarsi contemporaneamente in un determinato ambito territoriale, può essere descritta una tipizzazione schematica, dove entrano in ballo fattori diversi e che sostanzialmente rimanda non solo a situazioni differenti, ma anche a diversi modelli organizzativi ed a diverse filosofie di intervento ed in definitiva a diversi orizzonti politici.

A mio avviso si possono riscontrare quattro approcci diversi:

1. "L'eterna premessa". È il modello che rimanda alla pratica maggiormente ricorrente e che si concretizza nella conduzione di esperienze che per lunghissimo tempo conducono le persone a stazionare nei circuiti che "ruotano attorno" al mercato del lavoro (borse lavoro, laboratori preformativi, passaggi di tirocinio in tirocinio, ecc.) e che non si traducono mai in lavoro vero ;

2. "La bassa manovalanza". È questo l'ambito che rimanda al fenomeno sempre più diffuso che prevede l'utilizzo della cooperazione sociale nei processi di esternalizzazione di servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni. Si tratta di un circuito perverso che alimenta quella che alcuni chiamano l'"hamburger economy", vale a dire il precariato, l'insicurezza, le logiche del massimo ribasso, ecc.;

3. "Il bravo lavoratore tacitato". È la persona con sofferenza mentale che deve rinunciare alla propria carica di rifiuto e di trasformazione e adeguarsi passivamente alle regole dei processi produttivi, del mercato, della divisione del lavoro, ecc. È all'interno di questo approccio che spesso rischiano di indirizzarsi ad esempio alcune rare esperienze di applicazione della legge '68/99³ ed occorre quindi a mio avviso estrema cautela rispetto

3 È questo apparentemente un paradosso se si considera che uno dei principi ispiratori della legge '68 è proprio quella di un collocamento "mirato" nel quale è il posto di lavoro che si adegua alle persone e non viceversa. Ma se questo può essere facilmente comprensibile ed anche di relativa facile realizzazione quando si tratta di un adeguamento per ottimizzare le performance (es. ausili tecnici, abbattimento di barriere architettoniche, ecc.), diventa molto più complesso di fronte a disabili con problematiche psichiatriche in cui in discussione non è la capacità di performance, ma la continuità nella prestazione e l'idea stessa del lavoro come regola eterodiretta.

ad aspettative fuorvianti che ne possono derivare.

4. “L’impresa sociale”. È l’unico modello in cui inserire non significa “collocare e lasciare lì”, ma un processo evolutivo sistematico di presa in carico e di attenzione alla qualità della vita.

Come ampiamente sottolineato è l’approccio che considera l’inserimento socio-lavorativo delle persone con sofferenza mentale la strada maestra per promuovere attivamente azioni trasformative, l’affermazione di percorsi di emancipazione individuale e collettiva.

4. Esperienze significative

Pur all’interno dello scenario complesso e difficile che si è tentato di descrivere precedentemente non si può non fare menzione alle numerose straordinarie esperienze di impresa sociale che nel corso di questi decenni anni sono fiorite e si sono consolidate in Italia e che non di rado sono divenute punto di riferimento e modello a livello europeo e mondiale. Si tratta di esperienze esemplari che testimoniano quotidianamente la possibilità di coniugare presa in carico della grave sofferenza mentale, autoimprenditorialità, giustizia sociale, qualità del lavoro. Pur ancora nella scarsità di analisi e studi dettagliati, una lettura avveduta di queste significative esperienze consente di ipotizzare che il loro spessore possa essere riconducibile ai seguenti fattori:

- rapporti molto stretti tra servizi pubblici di salute mentale e cooperazione sociale. Non di rado, in linea anche con le normative vigenti, alcune cooperative di tipo b sono nate proprio dai servizi stessi e, caso abbastanza originale nella dinamica pubblico/privato, la salute mentale sembra essere uno dei pochi ambiti in cui le cooperative sono state storicamente “più forti” laddove più forti sono stati i servizi pubblici ed orientati in senso riformatore;
- radicamento territoriale ed alleanza con ulteriori soggetti (in particolare con l’associazionismo dei familiari e degli utenti);
- capacità di tenuta nel tempo e di investire per lo sviluppo;
- capacità di rendere originale il prodotto e di esplorare/inventare nuovi ambiti di “mercato”;
- capacità dinamica di rapporto col “mercato” e non semplice inseguimento di appalti (a volte miseri) dalla Pubblica Amministrazione;
- grande attenzione alla qualità dei processi produttivi (personalizzazione degli inserimenti, capacità di assorbire la discontinuità delle prestazioni, lavoro “in brigata”, promozione dell’identità della compagine, ecc.);
- capacità di riflessione e documentazione delle esperienze (pubblicazioni, tesi di laurea, adesione a reti europee, ecc.);
- consistenza anche numerica degli inserimenti effettuati e della popolazione coinvolta.

5. **Impresa sociale e trasformazione dei paradigmi**

Il dibattito sull'impresa sociale (e ancor di più sul fenomeno della cooperazione sociale di tipo b non poggia su dati conoscitivi sufficienti, né si avvale di strumenti di analisi adeguati per quanto concerne le implicazioni dal punto di vista delle politiche socio-sanitarie o da quelle di più stretta rilevanza terapeutico-riabilitativa. Tranne rare eccezioni (cfr. ad es. Castelfranchi et al.: "L'invenzione collettiva", 1995), non si è in grado di cogliere e valorizzare gli elementi critici (dei saperi delle discipline e dei relativi poteri professionali) che il fenomeno dell'impresa sociale può rappresentare. Troppo spesso l'impresa sociale viene considerata una "praticoneria" o la semplice sovrapposizione di un po' di cultura d'impresa con un po' di sensibilità ai problemi del sociale. L'impresa sociale, come la concepiamo noi, è una metodologia e si basa su alcuni presupposti "scientifici" che, per quanto provvisori e scarsamente teorizzati, rompono paradigmi rassicuranti, dilatano le gabbie disciplinari e non possono essere banalmente ridotti ad una delle tante ipotesi o delle tante tecniche al servizio delle discipline più forti e tradizionali. Operare per consolidare "strategie di impresa sociale" e per la ricerca di nuovi paradigmi epistemologici suppone il rispetto di alcuni assiomi fondamentali che nelle pagine precedenti si è cercato di rappresentare. Anche se non è senza significato modificare le condizioni in cui il lavoro si svolge e solo trasferendo risorse e facendo funzionare la passione è possibile coniugare il bilancio economico con il bilancio sociale e non perdere il pensiero della mutualità dietro al denaro.

Un ragionamento sensato su questi argomenti, in ogni caso, non può eludere una apertura di riflessione su quanto attiene il problema della formazione degli operatori di salute mentale. Se già ci si lamenta del fatto che i percorsi universitari fanno acqua da tutte le parti per quanto concerne le nostre professioni tradizionali, abbiamo il dovere di chiederci se l'apertura di qualche nuovo corso di laurea (fortemente specialistico) serva più alle esigenze degli equilibri accademici dei docenti che ai fabbisogni formativi delle nuove generazioni o alla risoluzione dei problemi della gente. D'altra parte non sono molti i dati conoscitivi che ci consentono di comprendere quale impatti e quali ricadute hanno in termini di inserimenti lavorativi dei soggetti svantaggiati la miriade di iniziative formative (dai corsi bocconiani a quelli legati a fondi comunitari) sui temi del management e dell'impresa sociale.

Partendo dalla mia esperienza, ovviamente soggettiva, non è facile incontrare tra gli operatori una serie di competenze essenziali per il lavoro nei nostri contesti quali:

- lavorare in gruppo,
- avere sensibilità interdisciplinare,
- conoscere il proprio contesto,
- agire "glocal",
- avere aspettative favorevoli anche nelle situazioni di maggiore gravità,
- dosare l'impotenza e l'onnipotenza,
- credere di cambiare un po' il mondo,

- la mediazione istituzionale e l'attivazione di risorse, ecc.

Forse stiamo parlando di capacità che sono troppo aspecifiche e legate alle disposizioni individuali o come sostengono gli psicanalisti per la psicanalisi non si insegnano e non si imparano, ma possono solo essere "vissute", ma allora è meglio esplicitarlo fino in fondo, trarre le opportune conseguenze e promuovere meccanismi premianti nei confronti dell'apprendimento per esperienza. Mi pare che molto ci sia da lavorare su questo terreno in termini di programmazione formativa, contenuti, metodologie, riconoscimenti dei titoli, ecc.

È un dato di fatto che, se nel lavoro di salute mentale, non sapremo costruire e valorizzare nuove professionalità a partire dalla inadeguatezza del paradigma medico finiremo per dibattere se fa più salute il moditen o saper scrivere un preventivo approvato dal cliente, partecipare al gruppo di terapia o all'assemblea dei soci della cooperativa, ecc. Appare di nuovo calzante quanto sostenuto da Saraceno (1995) : "... *Uno dei prodotti più importanti dell'impresa sociale è la sua funzione competitiva con la cultura asfittica della psichiatria dei servizi, la funzione di far capire alla psichiatria la differenza tra riproduzione (autoriproduzione) e decostruzione...*".

6. Note conclusive

Il rischio di deriva tecnicista e iperspecialistica dei servizi di salute mentale può essere ridotto attraverso il sostanziale rafforzamento delle iniziative che riguardano gli inserimenti lavorativi e le strategie di impresa sociale. Questo attualmente appare l'orizzonte concettuale, operativo e politico che può consentire di rivoluzionare le categorie concettuali tradizionali (Stato- Mercato, pubblico – privato, ecc.) e, ripartendo dai più svantaggiati, di agire per la trasformazione del sistema di assistenza e della qualità del lavoro. Molto è stato fatto in questa direzione, ma molto rimane ancora da fare perché la tutela e la promozione della salute vengano collegate allo sviluppo locale intelligente, sostenibile e giusto.

Numerose sono le criticità, tra le quali :

- Permanenza di separazione tra assistenza e lavoro (emblematico l'esempio dei limiti di reddito da lavoro per gli invalidi fino al 99% che attualmente è di circa 4.200 euro l'anno lordi)
- Insufficienza degli strumenti di sostegno pubblico al funzionamento delle coop. di tipo b (che svolgono di solito almeno 5 funzioni : formazione, accompagnamento al lavoro, inserimento lavorativo, produzione, mantenimento degli inserimenti. L'unico sostegno riguarda gli sgravi fiscali per gli svantaggiati assunti). Scarso riconoscimento del ruolo sociale che svolgono, ecc.
- Per certi versi inadeguatezza della legge 381/91 e comunque sua scarsa conoscenza e applicazione (protocolli di intesa, assegnazione diretta di lavori, riserva di appalti almeno per la fornitura di beni e servizi, ecc.). Nel contempo occorre sostenere, valorizzare e "mettere a modello" le esperienze maggiormente significative, in particolare sul ver-

sante dell'inclusione sociolavorativa, che nel corso di questi decenni si sono affermate: come la battaglia per l'abbattimento delle barriere architettoniche non serve solo alle persone con handicap (ma anche alle mamme coi passeggini, ai ciclisti, ecc.) così una battaglia specifica per il diritto al lavoro delle persone con sofferenza mentale (modifica dei contesti produttivi, diritto alla discontinuità, ecc.) è una battaglia per la qualità del lavoro di tutti

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia F.: "Conferenze brasiliane", Centro di Doc. di Pistoia Ed., 1984
- Castelfranchi C., Henry P. e Pirella A.: "L'invenzione collettiva" ed. Gruppo Abele, 1995
- Castelfranchi C.: "I micro/macro vortici sociali e la loro resistenza" in Piccione R. (a cura di) "Prevenzione e salute mentale", Carocci, 1998
- Coluzzi M. e Ruda A.: "La finanza etica e l'economia sociale", 1997
- De Leonardi O., Mauri D., Rotelli F.: "L'impresa sociale", Anabasi, 1994
- De Salvia D.: "Dalla epidemiologia della malattia a quella dei servizi" in *Quindicinale Note e commenti*, Roma Censis n. 8, 1985
- Frattura L.: "*Monografia sulle coop. b.*" In *Lettera* (2002)
- Gallio G.: "Io, la clu. Conversazioni sull'essere e diventare cooperativa". Ed. E, Trieste, 1997
- Hollingshead A. e Redlich F.: "Classi sociali e malattie mentali", Einaudi, 1965
- Innocenzi V.: "Il futuro della cooperazione sociale di tipo B. Analisi degli scenari della provincia di Roma, 2006" ; Tesi di Laurea al Corso di Laurea Magistrale in Management del Servizio Sociale ad Indirizzo Formativo Europeo-MA.S.S.I.F.E- Facoltà di Scienze della Formazione, Università Roma Tre
- Isfo : *Progetto Pro.p.* (in corso di realizzazione)
- Labos: "Rapporto sulla Povertà e l'emarginazione in Italia", 1994
- Ruffolo G.: "Occupazione, qualità sociale e sviluppo del terzo sistema" in *Animazione Sociale* n. 8/9, Gruppo Abele, 1995
- Regione Lazio: materiali dalla "Prima Conferenza regionale sulla Salute mentale" (10 ottobre 2007)
- Saraceno B.: "La fine dell'intrattenimento" (1995)
- Università de l'Aquila: progetto "*Psiche enterprise*" (2005)
- Volpi I.: "Misericordia e salute mentale" in "L'obbligo di prendersi cura" (A.A. V.V.), Edizioni interculturali, Roma 2001;
- Volpi I.: "L'arrocco. Impresa sociale contro resto del mondo" (2002)
- Volpi I., Loggi G., Rocchini C.: "*Attualità e senso del lavoro d'equipe*" (in corso di pubblicazione)