MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale per le Politiche
per l'Orientamento e la Formazione

3
STRUMENTI *PER*

INCLUSIONE PARTECIPATA NELLA SALUTE MENTALE
DALLE RETI COME ESIGENZA ALLE RETI COME ESPERIENZA

ISFOL
ISTITUTO PER LO SVILUPPO DELLA
FORMAZIONE PROFESSIONALE
DEI LAVORATORI

3
STRUMENTI *PER*

L'**Isfol**, Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, è stato istituito con D.P.R. n. 478 del 30 giugno 1973, e riconosciuto Ente di ricerca nel 1999 ed è sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'Istituto opera nel campo della formazione, delle politiche sociali e del lavoro al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione ed al miglioramento delle risorse umane. L'**Isfol** svolge e promuove attività di studio, ricerca, sperimentazione, documentazione, informazione e valutazione, consulenza ed assistenza tecnica. Fornisce un supporto tecnico-scientifico al Ministero del Lavoro, ad altri Ministeri, al Parlamento, alle Regioni e Province autonome, agli Enti locali, alle Istituzioni nazionali, pubbliche e private, sulle politiche e sui sistemi della formazione ed apprendimento lungo tutto l'arco della vita, del mercato del lavoro e dell'inclusione sociale. Fa parte del Sistema Statistico Nazionale. Svolge inoltre il ruolo di assistenza metodologica e scientifica per le azioni di sistema del Fondo sociale europeo, è Agenzia nazionale Lifelong Learning Programme - Programma settoriale Leonardo da Vinci.

Dove siamo
Via G. B. Morgagni, 33
00161 Roma
Tel. + 39 06445901

Riferimenti
Web: www.isfol.it
Presidente: **Sergio Trevisanato**
Direttore Generale: **Aviana Bulgarelli**

La Collana
La collana *Strumenti per* raccoglie contributi a carattere tecnico/informativo con specifiche finalità operative a supporto degli operatori. La Collana *Strumenti per* è curata da Isabella Pitoni.
Coordinamento editoriale: Valeria Cioccolo, Loretta Pacini, Paola Furfaro.

ISSN: 2038-6370

MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale per le Politiche
per l'Orientamento e la Formazione

ISFOL

INCLUSIONE PARTECIPATA NELLA SALUTE MENTALE

DALLE RETI COME ESIGENZA ALLE RETI COME ESPERIENZA

ISFOL
ISTITUTO PER LO SVILUPPO DELLA
FORMAZIONE PROFESSIONALE
DEI LAVORATORI

Il volume presenta i risultati della Linea di Azione dedicata alle Reti interistituzionali, sviluppata nell'ambito del *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P*, promosso e finanziato dalla D.G. POF del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e curato dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol. Il Programma Pro.P coinvolge diverse regioni e questo volume presenta i risultati raggiunti in collaborazione con il Piemonte, la Puglia e la Toscana.

Il volume è a cura di Alessandra Felice e Luisa D'Agostino

Sono autori del volume:
per l'Isfol: Alessandra Felice (Introduzione), Luisa D'Agostino (cap. 1), Alessandro Chiozza (cap. 2), Valerio Levi (par. 5.1; par 6.1 e 6.4), Nadia Sgaramella (par 7.1), Lucia Chiurco (Allegato). Per il Piemonte: Emanuele Montorfano (cap. 4), Luca Vaglio (par. 5.2), Caterina Corbascio (par. 5.2), Chiara Marinelli (par. 5.3). Per la Puglia: Marisa De Palma (par. 6.2); Domenico Semisa (par. 6.3). Per la Toscana: Paolo Pini (cap. 3), Marzia Fratti (par. 7.2), Mario Serrano (par. 7.3).

Si ringraziano i referenti degli Assessorati alla Sanità regionali che hanno promosso l'iniziativa sul territorio e collaborato con l'OIS nel coordinamento dei lavori regionali; in particolare:
Eleonora Artesio e Caterina Corbascio (Regione Piemonte); Fulvio Longo e Marisa De Palma (Regione Puglia); Galileo Guidi e Marzia Fratti (Regione Toscana)

Un ringraziamento particolare a tutti i partecipanti ai gruppi di lavoro regionali che hanno messo a disposizione il proprio tempo e la propria esperienza, collaborando all'elaborazione dei documenti approvati dalle Giunte regionali.

Testo chiuso: maggio 2010

Copyright © [2010] [ISFOL]
Questa opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons Attribuzione – Non Commerciale – Condividi allo stesso modo 2.5. Italia License.
(http://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.5/it/)

Il Programma Pro.P

Nel 2007 l'Osservatorio sull'Inclusione Sociale (OIS) dell'Isfol ha avviato il *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P*, finanziato e promosso dalla Direzione Generale per le Politiche dell'Orientamento e della Formazione (D.G. POF) del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Il Pro.P. è finalizzato alla identificazione, al rafforzamento ed alla diffusione di modelli di intervento a supporto dei percorsi di inserimento sociale e lavorativo delle persone con disturbo psichico, a partire dalle esperienze già consolidate a livello territoriale.
Nella prima fase, che si è sviluppata tra il 2007 ed il 2008, il Programma è stato dedicato alla sola regione Lazio, ma successivamente (seconda fase, 2008-2009) è stato allargato alle regioni Piemonte, Puglia, Toscana ed Umbria, selezionate in collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale sulla Salute Mentale della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.
Nate da una collaborazione tra l'Isfol e gli Assessorati alla Sanità, alle Politiche Sociali, al Lavoro e alla Formazione delle cinque regioni interessate, le ricerche-azione del Pro.P si configurano quali azioni di sistema "trasversali", con l'obiettivo di intervenire su aspetti nodali per agevolare e rendere più duraturo l'inserimento delle persone con problemi psichici.
Le attività del Pro.P si sono sviluppate in maniera differenziata nelle regioni, tenendo conto delle specificità e delle diverse esperienze territoriali; tuttavia si sono delineate alcune linee prioritarie comuni di intervento, schematizzabili nelle seguenti Aree tematiche:
- sviluppo delle reti interistituzionali;
- formazione degli operatori;
- cooperazione sociale e percorsi di inserimento.

Inoltre, in tutte le regioni è stata realizzata un'indagine sui Centri Diurni per la salute mentale che rileva le caratteristiche, le risorse e le attività di apprendimento informale e non formale che tali servizi realizzano con i propri utenti.
Dai lavori regionali sono scaturiti risultati importanti, sia dal punto di vista culturale, sia in termini di Accordi di Programma, ossia di strumenti di programmazione negoziata tra enti territoriali diversi, formalizzati anche a livello istituzionale.
Alle riflessioni scaturite dal Pro.P ed ai risultati territoriali sono dedicati i seguenti volumi:
"Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni del Lazio" – Primo volume;
"Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni di Piemonte, Puglia, Toscana ed Umbria" – Secondo volume;
"Manuale delle competenze sociosanitarie trasversali in salute mentale";
"Inclusione Partecipata nella Salute Mentale. Dalle Reti come esigenza alle Reti come esperienza";
"Competenze e operatori per l'inclusione attiva nella salute mentale".

_Indice

PREMESSA 9

INTRODUZIONE 13

PARTE PRIMA
L'INTERPRETAZIONE CHE NASCE DALL'ESPERIENZA **19**

1_ LA DECLINAZIONE DEL PROGRAMMA PRO.P 21
1.1. L'integrazione tra i servizi e una metodologia partecipata come riferimenti di fondo 21
1.2. Una differenziazione di modalità, ma una convergenza di Aree tematiche 22

2_ DALLA PROGETTAZIONE ALLA GESTIONE CONDIVISA: VANTAGGI E RISCHI DELLE RETI DI STAKEHOLDERS 27
2.1. Percorsi e risultati: le Reti di Pro.P 27
2.2. Le Reti come atto volontario 29

3_ LA RETE COME RISORSA ATTIVA PER L'UTENTE, OVVERO: "... PARLATE CON ME E NON DI ME ..." 33
3.1. L'impoverimento delle relazioni sociali delle persone con disturbo psichico 33
3.2. La necessaria ricostruzione delle reti sociali 34
3.3. Il duplice valore, funzionale e identitario, dell'esperienza degli utenti-ricercatori 36

4_ UN RUOLO MULTIDIMENSIONALE PER L'OPERATORE DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE SOCIO-LAVORATIVA 39
4.1. Il rischio di far prevalere l'ansia di compimento 39
4.2. L'inevitabile responsabilità di soggetto-in-relazione 41
4.3. L'esigenza di una duplice mediazione 43
4.4. L'inevitabile (e proficua) tensione dialettica tra gli attori della rete 45

PARTE SECONDA
LE ESPERIENZE DI RETE SVILUPPATE DAL PROP.P NELLE DIVERSE REALTÀ TERRITORIALI **49**

5_ IL CASO DEL PIEMONTE 51
5.1. I riferimenti istituzionali fondamentali 51
5.2. Le caratteristiche della collaborazione istituzionale 54
5.3. La filosofia ed il percorso seguito 57
5.4. Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali 63

5.4.1. D.G.R. 60-12707 del 30-11-2009 63
5.4.2. Schema di Protocollo ASL-Provincia 66
5.4.3. Mappa dei flussi 69

6_ IL CASO DELLA PUGLIA 71
6.1. I riferimenti istituzionali fondamentali 71
6.2. Le caratteristiche della collaborazione istituzionale 75
6.3. La filosofia ed il percorso seguito 78
6.4. Le sperimentazioni di Progettazione Integrata Locale in sei Ambiti Territoriali 83
6.5. Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali 89
6.5.1. D.G.R. 471 del 23-02-2010 89
6.5.2. Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici (All. A DGR 471 del 23-02-2010) 93
6.5.3. Schema di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici (All. B DGR 471 del 23-02-2010) 120

7_ IL CASO DELLA TOSCANA 129
7.1. I riferimenti istituzionali fondamentali 129
7.2. Le caratteristiche della collaborazione istituzionale 135
7.3. La filosofia ed il percorso seguito 138
7.4. Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali 144
7.4.1. D.G.R. 1154 del 14-12-2009 145
7.4.2. Modello di Convenzione tra Province e Aziende USL - Società della Salute e/o Conferenza zonale dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo dei disabili psichici ai sensi della Legge 68/99 (All. A DGR 1154 del 14-12-2009) 147

ALLEGATO
Selezione di progetti dedicati alla disabilità nell'ambito dell'Iniziativa Comunitaria EQUAL 153

BIBLIOGRAFIA 171

_Premessa

In merito al "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P" mi sembra importante evidenziare alcuni punti:
- intanto sottolineo che il percorso finanziario di questa iniziativa è atipico, in quanto normalmente il Fondo Sociale Europeo fa da traino e da volano a nuove esperienze e a sperimentazioni innovative perché la logica è quella di sperimentare prima attraverso il Fondo Sociale e successivamente mettere a sistema i risultati con risorse e prospettive ordinarie . Ma in questo caso assistiamo al percorso inverso, in quanto questa è una iniziativa nata piccola ma con risorse nazionali, mentre adesso sta crescendo ed entra a pieno titolo nella programmazione ufficiale del Fondo Sociale Europeo. Questo offre il senso di una duplice intenzione: da un lato di far crescere l'iniziativa e creare un raccordo via via sempre più ampio con maggiori territori, con il coinvolgimento della maggior parte o di tutte le Regioni; dall'altra parte di darle un respiro europeo, di sottolineare ed evidenziare quello che i fondi strutturali consentono, cioè di offrire un respiro europeo a quanto normalmente le risorse nazionali supportano. Questo primo elemento positivo di intenzionalità è quindi che questa esperienza non abbia solo un respiro nazionale.
- Vorrei precisare inoltre che probabilmente i risultati positivi di questa iniziativa sono anche legati al fatto che sia nata piccola e senza una volontà eccessivamente ambiziosa, mentre si sta ampliando progressivamente in tappe successive. Dato il *target group*, data la difficoltà di coinvolgere più partner, se si fosse partiti ponendosi fin dall'inizio degli obiettivi eccessivamente ambiziosi forse adesso non potremmo parlare di quelli che, invece, si possono definire dei successi, e ci sono concrete e tangibili dimostrazioni che questo progetto acquisisce risultati effettivi. Questo è ciò che sta avvenendo ed è anche un po' la raccomandazione che scaturisce da questa esperienza: crescere, ma crescere avendo sempre in mente la fattibilità di questa crescita. Perciò, poiché la programmazione del Fondo Sociale Europeo consente anche un respiro piuttosto lungo e una programmazione pluriennale, non creando vincoli temporali e particolarmente limitativi, la raccomandazione è quella di crescere piano, mantenendo il grande presidio e la grande regia. Finora le esperienze fatte sono andate bene perché c'è stata anche chiaramente la fatica personale e l'impegno di una struttura che è piccolina (quella sì dovrebbe un po' crescere) però perché c'è stato sempre continuamente un forte presidio dei risultati che mano a mano si raggiungevano e quindi questo può essere un secondo elemento importante da sottolineare.
- Un terzo elemento è la modalità in cui sono state sviluppate le attività. Uno dei presupposti e delle condizioni di questo successo e di questo genere di progetti è quello di mantenerli strettamente collegati a una dimensione reale e concreta di territorio. Gli interventi calano su quella specifica realtà, tuttavia le sperimentazioni, che nascono locali e che coinvolgono reti di attori locali, vengono accompagnate mantenendo sempre un'ottica che, come minimo, deve essere quella di contaminazione, di disseminazione, di scambio di esperienze, sia a livello intra-regionale che a livello interregionale. Ad esempio, chi è arrivato prima ad adottare formalmente delle linee guida ha fatto già un pezzo di strada che forse non dovrà essere replicata in maniera identica da altre parti, ma sicuramente costituirà già una base di partenza per altre esperienze. Quindi la dimensione di azione di sistema (fortemente voluta dal Ministero del Lavoro, ma credo anche da tutti gli attori

coinvolti in quanto vogliono lavorare in un' ottica che colga la necessità di dare pari opportunità a tutte le persone che sono coinvolte da questo tipo di disagio), non può essere raggiunta se non attraverso le singole iniziative, le singole esperienze, tipicizzate nei territori dove avvengono, e questo consente sia di rispettare le specificità, ma anche di rispettare le diverse velocità dei territori. L'adesione vera a questi tipi di progetto e a questi tipi di attività, quella che implica lavoro, lavoro spesso gratuito, anche lavoro volontario, è avvenuta per step successivi, quindi probabilmente anche vedendo che da altre parti l'intervento andava bene e funzionava; questo chiaramente ha invogliato altri attori (abbiamo visto il numero delle regioni sempre crescente) ad aderire a questa iniziativa, ognuna con le sue velocità, ognuna con le sue tipicità, ma beneficiando molto delle acquisizioni e delle esperienze già fatte dagli altri.

- Un altro aspetto importante è l'integrazione; non solo fra attori, ma anche fra politiche diverse, e non perché conseguono obiettivi diversi, ma perché sono materie che spesso fanno capo a competenze di amministratori diversi: le politiche della salute, le politiche sociali, le politiche occupazionali. La presenza di varie amministrazioni (quelle che a livello centrale hanno interesse e titolarità a partecipare a questa iniziativa) dimostra che, comunque e al di là della ripartizione amministrativa delle responsabilità, c'è la consapevolezza totalmente internalizzata che i risultati si ottengono se queste politiche, se questi attori, risorse umane, strumentali e così via, convergono verso medesimi obiettivi. Mi interessa sottolineare soltanto un aspetto, cioè già oggi si discute di prospettive future, di nuove caratterizzazioni da dare alla Strategia di Lisbona rinnovata, all'Europa del 2020, alle programmazioni comunitarie dei fondi che sostengono alcune di queste politiche. Se ne discute diversamente da come era avvenuto qualche anno fa, quando, in condizioni anche di contesto completamente diverse, l'accento era fortemente posto sulla competitività, sullo slancio in avanti dell'Europa e la dimensione sociale era - si può dire tranquillamente – un tema un po' arretrato e comunque non considerato il *core business* di queste politiche. Adesso invece stiamo assistendo, nelle discussioni che già sono in atto, alla nascita di politiche integrate che mostrano la consapevolezza che la dimensione sociale e quella lavorativa vanno di pari passo, vengono considerate insieme e prese in carico come fattori che intervengono sullo stesso piano. Solo una nuova impostazione di politiche integrate consentirà poi la vera competitività e la vera coesione economica e sociale, oppure assisteremo, come oggi, a situazioni in cui sopravvengono crisi economiche, occupazionali e sociali e noi abbiamo degli strumenti un po' "spuntati", che non agiscono fino in fondo, comunque degli strumenti che invece erano stati pensati per tutt'altro...

Non significa che questo progetto possa rispondere a tutte le sfide e a tutte le criticità che problematiche di questo genere comportano, però è interessante poter vedere come, attraverso un'esperienza come questa, si possono integrare livelli diversi per conseguire risultati importanti. Dal punto di vista del Ministero che rappresento, interessa quanto più possibile l'occupazione, l'inclusione attiva e lavorativa di queste persone che sono oggettivamente ai margini, ma anche interessa riflettere sulla focalizzazione su questo *target group* specifico: un intervento di questo tipo significa dover dare risposte precise e concrete, risposte veramente su misura, cioè non possono valere le strumentazioni generali, le logiche generali che riguardano *target group* un po' più indistinti. Questo

è sicuramente un fattore che stimola a lavorare sul concreto, ma è anche vero che ci si deve chiedere quanto poi ci insegna, quanto poi è replicabile, quanta di questa esperienza può essere veramente un valore per altri *target group* e non necessariamente per i *target* del solo svantaggio sociale.
Una prima risposta c'è, e questo volume sulle reti ne è la testimonianza, in quanto se da queste riflessioni è possibile fare una generalizzazione, mi sembra che, almeno sul piano dell'integrazione delle *policy* e dell'integrazione degli attori, delle lezioni importanti e positive possono scaturire anche per interventi che riguardano altri *target group* e altri settori.

Alessandra Tomai
Dirigente Divisione VII
D.G. per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

_Introduzione

La salute mentale è uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le sue capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, può lavorare in modo produttivo e con esito ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità

(Organizzazione Mondiale della Sanità)

L'interesse per l'integrazione sociale e l'inserimento nel mondo del lavoro delle persone con gravi malattie mentali, soprattutto di quelle con una diagnosi di schizofrenia, sta crescendo in modo significativo in Europa. E' un interesse che si sviluppa sul versante sociale, come componente dei programmi di riabilitazione promossi in molti paesi europei, declinandosi in interventi specifici all'interno di programmi di sostegno all'occupazione dei gruppi svantaggiati o come parte dei programmi di cure sanitarie e assistenziali nella salute mentale.
Il necessario riconoscimento dello status sociale delle persone con disturbo psichico e la sua collocazione all'interno delle politiche del lavoro è accompagnata dall'attivazione di reti complesse di interventi e servizi basati sul lavoro di squadra e sulla partecipazione dei diversi operatori territoriali. A questo proposito, in numerosi paesi europei (Gran Bretagna, Spagna, Germania, ...) si stanno costituendo gruppi interprofessionali e comunità professionali specificamente dedicate alle persone con gravi problemi di salute mentale che nei loro interventi tengono conto sia della dimensione di tipo biologico e psicosociale delle persone, sia degli aspetti relativi all'inserimento socio-lavorativo. Nonostante importanti diversità connotino la costituzione e l'operato di questi gruppi, le reti che si attivano adottano significative regolamentazioni comuni che riguardano in particolare le interconnessioni tra i servizi socio-sanitari e quelli deputati al lavoro.
Queste interconnessioni sono presenti in numerose normative comunitarie, sia nelle normative dedicate alla salute mentale, sia in quelle emanate in altri ambiti: lavoro, formazione, inclusione sociale. Ricordiamone solo alcune.
La prima Risoluzione del Consiglio d'Europa[1] dedicata alla salute mentale è del 1999 e sottolinea che i problemi di salute mentale sono spesso legati, fra altri fattori, alla disoccupazione, all'emarginazione e all'esclusione sociale, alla mancanza di una fissa dimora ed all'abuso di droga ed alcool, auspicando il rafforzamento dei partenariati e l'avvio di interventi integrati da parte degli attori territoriali. Tutta la normativa in materia, emanata successivamente dal Consiglio e dalla Commissione, consolida questa impostazione.
Nel 2007 è stata pubblicata un'importante Comunicazione della Commissione[2] che indica le strategie generali per facilitare il coinvolgimento attivo delle persone ai margini del mercato del lavoro, tra le

1 Risoluzione del Consiglio di Europa del 18 Novembre 1999 sulla promozione della salute mentale (2000/C 86/01), che raccoglie le indicazioni della Raccomandazione del Consiglio, del 24 giugno 1992, in cui si definiscono i criteri comuni in materia di risorse e prestazioni sufficienti nei sistemi di protezione sociale (92/441/CEE)
2 Commissione delle Comunità Europee, Ammodernare la protezione sociale per un rafforzamento della giustizia sociale e della coesione economica; portare avanti il coinvolgimento attivo delle persone più lontane dal mercato del lavoro, COM(2007) 620.

quali vengono citate anche le persone con problemi di salute. La Comunicazione è un documento-quadro, scaturito dopo un importante processo di consultazione degli stati membri, che afferma che **l'inclusione sociale e la partecipazione al mercato del lavoro marciano di pari passo.** Afferma, inoltre, che il sostegno da offrire alle persone ai margini del mercato del lavoro proviene da un'ampia gamma di servizi sociali. Oltre ai servizi sanitari, ai regimi obbligatori previsti dalla legge e ai regimi complementari di protezione sociale, i servizi sociali di interesse generale comprendono altri servizi essenziali prestati direttamente al cittadino, i quali svolgono un ruolo preventivo e di coesione sociale, facilitano l'inclusione nella società e garantiscono il godimento di diritti fondamentali. Tra questi servizi sociali figurano sia "l'assistenza ai cittadini confrontati a difficoltà personali o a momenti di crisi (ad esempio disoccupazione, sovrindebitamento, tossicodipendenza, disgregazione del nucleo familiare)"; sia "le attività volte a garantire che gli interessati possano essere completamente reinseriti nella società e nel mercato del lavoro (es. riqualificazione, formazione linguistica per gli immigrati, formazione e reinserimento professionali) e ad assicurare l'accesso a servizi per l'infanzia a prezzi ragionevoli"; così come "le attività che favoriscono l'integrazione delle persone con problemi di salute o disabilità a carattere cronico"; nonché "l'edilizia popolare".
L'attenzione alle problematiche insite nell'integrazione delle persone ai margini del mercato del lavoro e l'attivazione di servizi sociali dedicati non deve mancare nemmeno dopo l'inserimento della persona in un posto di lavoro. "Può accadere che le persone svantaggiate che hanno trovato un lavoro abbiano bisogno di un sostegno continuativo, ad esempio sotto forma di formazione sul posto di lavoro e di opportunità di apprendimento permanente, e anche di un'adeguata organizzazione flessibile del lavoro: ciò può aiutare i soggetti emarginati a conciliare il lavoro con gli sforzi per superare lo svantaggio sociale (quale la mancanza di un'abitazione adeguata, le responsabilità familiari e i problemi di salute). In altre parole il processo di reinserimento sociale non si ferma alle porte dell'impresa".

Partecipazione e integrazione di tutti gli attori interessati[3]

Dalle risposte alla consultazione è emerso anche in modo chiaro che il successo delle politiche di coinvolgimento attivo dipende dalla partecipazione e dalla cooperazione di vari attori. I governi nazionali e locali hanno una responsabilità fondamentale nell'elaborazione, nel finanziamento e nella gestione delle politiche volte a garantire l'integrazione delle persone più lontane dal mercato del lavoro. Nell'attuazione di queste stesse politiche a livello locale è essenziale il ruolo svolto dagli erogatori dei servizi, che possono essere privati, pubblici o misti. Le organizzazioni della società civile rappresentano e assistono i beneficiari degli interventi. Infine, per una maggiore efficacia delle politiche pubbliche sono necessari il coinvolgimento, la consultazione e la responsabilizzazione *(empowerment)* delle stesse persone svantaggiate. Troppo spesso questi attori operano in comparti non comunicanti delle politiche sociali e del lavoro. Per il successo della strategia di coinvolgimento attivo è necessario promuovere un processo di attuazione integrato tra i diversi livelli politici – locale, regionale, nazionale e comunitario – e in tutti e tre i settori di intervento: reddito minimo, misure attive del mercato del lavoro e servizi sociali.

3 Commissione delle Comunità Europee, idem, p.4

In parallelo ed oltre alle indicazioni contenute in questi documenti di indirizzo, la programmazione europea dedicata alle persone più lontane dal mercato del lavoro in quest'ultimo ventennio ha stanziato numerosi fondi nella promozione di diversi Programmi di Iniziativa Comunitaria (PIC) che imponevano condizioni precise e davano indicazioni chiare sulla necessaria attivazione di reti di partenariati a sostegno delle attività che venivano finanziate per migliorare l'integrazione socio-lavorativa delle persone più sfavorite: da Employment (Horizon, Now, Youthstart, Integra) a Equal, a Progress.
Le reti ed i partenariati interservizi e interistituzionali caratterizzano la maggior parte di questi progetti, molti dei quali destinati a sostenere l'integrazione delle persone con disturbo psichico. E' disponibile in allegato una selezione dei progetti Equal finanziati e realizzati dal 2000 al 2007, dalla quale emerge chiaramente come l'attenzione alle categorie più lontane dal mercato del lavoro sia accompagnata da interventi che promuovono reti di servizi e di operatori, anche ed in particolare nell'ambito della salute mentale.
I partenariati, quindi, rappresentano una *conditio sine qua non* per l'attuazione di efficaci politiche d'integrazione sociale nell'ambito della salute mentale e questa indicazione viene ratificata anche nell' ultimo documento diffuso dalla Commissione a fine 2009. La Direzione Generale per l'Occupazione, gli Affari Sociali e le Pari Opportunità della Commissione Europea ha distribuito un report, concluso a settembre 2009, sulla transizione dalle cure istituzionali alle cure comunitarie[4], chiarendo che, anche se in genere il quadro legislativo e la ricerca accademica adottano approcci diversi per le quattro categorie di utenti di servizi (persone con disabilità, anziani, bambini e persone con problemi di salute mentale), lo scopo del rapporto è quello di fornire un approccio trasversale a tutti e quattro i *target*, anche se si riconosce che le soluzioni proposte devono poi essere adattate alle diverse esigenze delle quattro categorie.

Nei "Principi comuni di base per la transizione da una cura istituzionale ad una cura comunitaria" , quinta parte di questo volume, vengono indicati dieci principi, dei quali ne riportiamo due, dedicati alla necessità di costruire servizi comunitari basati su reti e partenariati di supporto all'inclusione di queste persone:
"3. **La creazione di servizi basati sulla comunità**: Deve essere costruita una gamma di servizi alla portata di tutti e di alta qualità nella comunità, che sostituiscano l'assistenza istituzionale. Questi servizi dovrebbero partire dalle esigenze e preferenze personali dei singoli utenti. Essi dovrebbero fornire un sostegno per la famiglia e assistenza informale: il loro obiettivo è di prevenire ulteriori ricorsi all'assistenza istituzionale, oltre che per fornire altre soluzioni per le persone attualmente in istituzioni e anche a beneficio di coloro che vivono in comunità (con le loro famiglie o altro), ma senza un adeguato sostegno".
9. **Un approccio olistico**: Le questioni relative al passaggio dall' istituzionale alla cura basata sulla comunità devono essere affrontate in tutti i settori politici pertinenti, quali l'occupazione, l'istruzione, la sanità, la politica sociale e gli altri. Tale approccio olistico dovrebbe garantire il coordinamento e la coerenza politica tra i vari settori di governo così come la continuità della cura, ad esempio, tra l'infanzia e l'età adulta[4b].

4 European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.* (Manuscript)
4b Idem, parte V

In linea con i documenti comunitari, sia nelle 'Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale' emanate dal Ministero della Salute nel marzo 2008, che nel recente 'Rapporto sulla Salute Mentale', diffuso alla fine del 2009 dallo stesso ministero, sono presenti alcune indicazioni per la programmazione italiana di interventi efficaci in favore delle persone con disturbi mentali che rafforzano le indicazioni della Commissione.
In particolare, vengono indicati come interventi prioritari i partenariati e gli interventi integrati che contemplino:

- *il raccordo operativo tra tutte le aree sanitarie coinvolte, ed in particolare la collaborazione con i medici di Medicina Generale;*
- *l'attuazione di programmi mirati per l'inclusione sociale e la reintegrazione lavorativa delle persone con patologie mentali gravi, in collaborazione con i servizi sociali territoriali e con il privato imprenditoriale e sociale.*

I partenariati e le reti nel Programma Pro.P

Questa impostazione è presente già nel nascere del *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P.* Partendo dal presupposto che gli eventuali modelli di *partnership* tra gli attori ed i servizi locali devono partire da un approccio *bottom up* e tener conto della maturazione delle esperienze e degli assetti raggiunti sul territorio, le linee di lavoro del Programma dedicate alle reti istituzionali di supporto ai percorsi di integrazione delle persone con disturbo psichico sono state configurate in collaborazione con le regioni interessate e con gli attori territoriali.
Tutte le regioni coinvolte nel Pro.P hanno segnalato, tra le loro priorità, la necessaria attivazione di una regolamentazione della rete dei servizi socio-sanitari e del lavoro. Si parte da situazioni territoriali abbastanza diversificate: diversi sono i comportamenti e l'organizzazione istituzionale nelle regioni italiane, e mentre alcuni territori hanno un importante bagaglio di esperienze nate a partire dalla L.180/78 e successive normative collegate, altri territori hanno recepito le indicazioni nazionali sviluppando i servizi corrispondenti meno rapidamente. A questo, si aggiunge il fatto che in questi ultimi trent'anni le regioni hanno adottato provvedimenti formativi e lavorativi finanziati dal Fondo Sociale Europeo creando un circuito parallelo al sanitario, non intercomunicante con esso. Anche se nell'ambito della sanità possiamo riscontrare numerosi interventi formativi che toccano i principali aspetti socio-sanitari delle persone con disturbo psichico, solo in casi sporadici si rileva anche lo sviluppo di riflessioni e di percorsi formativi sulle problematiche della loro integrazione socio-lavorativa in connessione con i servizi del lavoro e con le politiche gestite dagli assessorati al lavoro
I percorsi paralleli e non comunicanti a livello di assessorati/dipartimenti/servizi regionali spesso non corrispondono alle pratiche territoriali, dove invece vengono rilevate interconnessioni e collegamenti interistituzionali, interservizi e di partenariati tra pubblico-privato-non profit.
Su queste tematiche sono intervenute le linee di lavoro regionali del Programma dedicate alle reti, al fine di auspicare e facilitare la formalizzazione delle connessioni tra i servizi territoriali e gli attori locali nei percorsi di inserimento sociale e lavorativo delle persone con disturbo psichico (Piemonte), ma anche al fine di identificare modalità standard di comportamento istituzionale e avviare l'implementazione di un'offerta di servizi simile su tutto il territorio regionale (Toscana e Puglia).
Queste tre regioni hanno prodotto, sulla base del lavoro svolto attraverso il Programma, documenti approvati dalle Giunte Regionali.

Già solo da una lettura incrociata emergono differenze sostanziali tra i documenti, che rispondono a livelli programmatori non coincidenti: il documento del Piemonte indica la necessaria partnership tra i soggetti territoriali, da svilupparsi in momenti successivi; il documento della Toscana agisce nelle connessioni tra i principali attori pubblici territoriali che intervengono nel raccordo sanità-lavoro, mentre le Linee Guida della Puglia danno indicazioni non solo per agevolare le connessioni tra i diversi servizi territoriali, ma anche per diffondere una linea culturale regionale caratterizzante tutti gli interventi territoriali e per indicarne le modalità di attuazione.
Il volume offre non solo i risultati di questi lavori territoriali, ma anche una serie di considerazioni sul lavoro fatto e sul significato di questi prodotti, nati da percorsi intrapresi assieme ad esponenti delle regioni e dei servizi pubblici e privati che operano sui territori e che hanno partecipato ai gruppi di lavoro. Sono riflessioni che sono scaturite o che hanno accompagnato il lavoro dei gruppi territoriali, introdotte da considerazioni di contesto, di metodo e di prospettiva.
Bisogna ricordare, per una maggior comprensione della metodologia generale adottata nell'attuazione del Programma Pro.P, che il lavoro sulle reti dei servizi territoriali (come d'altronde anche quello che ha riguardato le altre tematiche regionali) è stato realizzato attraverso la costituzione di due tipologie di gruppi di lavoro che anch'essi si sono trasformati in rete. Precisando meglio, in ogni regione sono state costituite due tipologie di gruppi di lavoro composti da membri che rappresentavano, a un diverso livello, i servizi interessati: il gruppo dei decisori politici e i gruppi degli attori-chiave, inserendo al loro interno anche associazioni di utenti dei servizi. Il lavoro condiviso e protratto nel tempo ha trasformato questi gruppi in reti che, in qualche caso, sono rimaste attive anche dopo la realizzazione del prodotti richiesti

a) Il gruppo-rete dei decisori politici *(policy makers)*

Stringere alleanze e condividere obiettivi, principi, metodi e criteri con le autorità regionali di gestione delle materie della salute mentale, dei servizi sociali, del lavoro e della formazione è stata la *conditio sine qua non* per l'avvio dei lavori. Prima di avviare una qualsiasi attività sul territorio, è stato necessario riconoscersi come soggetti che lavorano per raggiungere obiettivi che convergono ad uno scopo comune.
Questo riconoscimento reciproco, attraverso il quale si è giunti ad una chiara distribuzione di compiti e di ruoli, durante i lavori è stato rinnovato attraverso incontri ad hoc e ha facilitato, tra le altre cose, in particolare:

- la gestione condivisa dei collegamenti interistituzionali;
- la programmazione concertata degli imprevisti;
- la adozione dei risultati dei lavori di gruppo da parte di tutti i *policy makers*;
- la responsabilizzazione nella diffusione dei risultati stessi, in un'ottica di *mainstreaming* e di *benchmarking*

Molti degli eccellenti progetti realizzati attraverso i PIC, che abbiamo già citato e di cui è possibile consultare una selezione in allegato[5], pur avviando reti di servizi e di operatori a sostegno delle attività previste, non hanno avuto seguito in quanto i loro risultati non sono stati adottati dai *policy makers* e non sono stati tradotti in pratiche consolidate nei servizi coinvolti. E' l'annoso problema della "sostenibilità", criterio di valutazione che riguarda la probabilità che i benefici del progetto vengano mantenuti anche dopo la fine dello stesso. Senza una chiara responsabilizzazione dei decisori politici rispetto allo scopo che si persegue attraverso un progetto, ogni sostenibilità rimane un'ipotesi, quindi l'attivazione di una rete di *policy makers* diventa un elemento fondamentale per

5 Vedi pag 153 (PIC Equal),

assicurare non solo la realizzabilità dell'intervento, ma anche la tenuta dei suoi effetti dopo la conclusione delle azioni.

b) Il gruppo-rete degli attori-chiave *(stakeholders)* locali

La programmazione degli interventi sul territorio si è realizzata anche attraverso questa rete, sempre presente nelle fasi successive, in particolare nella implementazione delle azioni. Se i prodotti ed i risultati attesi devono rappresentare delle risposte a bisogni identificati in forma condivisa (e per questo i testimoni-chiave sono fondamentali nella fase di messa a punto del progetto) , anche lo sviluppo delle azioni è stato accompagnato da questa rete, i cui membri hanno dimostrato, attraverso il confronto con gli altri, una gran disponibilità a misurarsi con interessi e vincoli diversi dai propri, anche al fine di assicurare la circolarità necessaria nei servizi che si mettevano in rete.

Bisogna ribadire con forza l'innovatività e l'efficacia dell'esperienza avviata attraverso il lavoro delle reti degli *stakeholders* locali e dei gruppi territoriali che, pur avendo adottato metodi di lavoro simili, hanno elaborato prodotti diversi che, tuttavia, rispondono tutti all'esigenza di offrire un'organizzazione il più possibile standardizzata delle interconnessioni tra le *partnership* territoriali. Le riflessioni che si presentano di seguito sono per lo più dedicate ai lavori realizzati da quest'ultima tipologia di attori di rete.

_Parte prima

L'interpretazione che nasce dall'esperienza

1_La declinazione del Programma Pro.P

Nel processo di de-istituzionalizzazione dei manicomi avviato con l'emanazione delle legge 180/78, assume un ruolo centrale l'integrazione delle istituzioni e l'organizzazione dei servizi territoriali per poter sviluppare strategie di sostegno alla presa in carico, alla cura, alla riabilitazione e all'inserimento sociale delle persone con disturbo psichico.
Gli interventi nell'ambito della salute mentale, proprio perché rivolti ad un *target group* tra i più fragili, stigmatizzati ed a rischio di esclusione dalla vita sociale e dal mondo del lavoro, necessitano della connessione di strutture e programmi, di istituzioni e servizi che lavorino "in rete", per assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative. Devono coinvolgere attori, risorse e processi non limitati al settore sanitario-psichiatrico, ma anche referenti della rete sociale, formale ed informale, e della comunità in cui la persona vive (dalle istituzioni ai servizi, fino agli stessi utenti e alle loro famiglie).
Compatibilmente, ma comunque a prescindere, dalla natura del disturbo, è fondamentale garantire alla persona non solo la cura e l'assistenza, ma la possibilità di vivere la propria vita in modo dignitoso anche dal punto di vista abitativo, delle relazioni affettive e sociali, della crescita personale e professionale, migliorandone i livelli di autonomia e la possibilità di esercitare un ruolo attivo nel contesto sociale, anche attraverso forme più o meno protette e/o flessibili di inserimento lavorativo. Infatti, nei percorsi di riabilitazione ed inserimento sociale degli utenti dei servizi psichiatrici, il lavoro costituisce non solo una tappa verso l'autonomia economica, ma piuttosto uno strumento, un'opportunità di reinserimento nel contesto sociale della propria comunità, di solito respingente e stigmatizzante. Il lavoro restituisce dignità e diritti alla persona con problemi mentali, generalmente ridotta in condizioni di isolamento dal pregiudizio che ne condiziona negativamente il livello di autostima e gli sforzi di partecipazione alla vita sociale attraverso programmi di recupero e riabilitazione personalizzati.

1.1 L'integrazione tra i servizi e una metodologia partecipata come riferimenti di fondo

L'integrazione tra i vari servizi che operano nell'area dell'inclusione sociale (sanitari, sociali, di formazione e orientamento al lavoro, Servizi per l'Impiego, ecc.) è divenuta, pertanto, la strategia imprescindibile per contrastare i fenomeni di esclusione nell'ambito della salute mentale. Le istituzioni coinvolte ed i servizi preposti devono essere in grado di organizzarsi in rete e di relazionarsi con le reti di fatto esistenti, dotandosi dell'assetto istituzionale e degli strumenti di lavoro necessari. Le reti così create costituiscono organizzazioni trasversali di competenze e di 'potere' che condividono i medesimi obiettivi e che sono in grado di diffondere informazioni e cultura, oltre a rafforzare l'efficacia degli interventi.
Proprio per sottolineare l'importanza della collaborazione interistituzionale e del lavoro di rete come presupposti indispensabili per l'avvio di qualsiasi intervento con finalità di supporto all'inserimento socio-lavorativo del *target* beneficiario del Programma Pro.P, il requisito indispensabile

perché le regioni potessero presentare la propria candidatura a partecipare al Pro.P era l'esistenza di una collaborazione, anche minima ed informale, tra gli Assessorati principalmente coinvolti: Sanità, Politiche Sociali, Istruzione e Formazione Professionale, Lavoro.
Tutta la realizzazione del Programma Pro.P. ha visto poi l'adozione di un approccio ed una metodologia operativa di tipo partecipativo che garantisse il coinvolgimento della vasta gamma di attori coinvolti, il rispetto della molteplicità di esperienze e prospettive, nonchè la gestione di problematiche e processi complessi. Questa metodologia ha di fatto supportato lo sviluppo ed il rafforzamento delle reti territoriali già esistenti in tutte le diverse fasi del Programma; a partire dalla progettazione esecutiva, realizzata in ogni regione attraverso Tavoli interistituzionali di progettazione partecipata; passando per il coordinamento ed il monitoraggio *in itinere* dei progetti regionali, gestito da Comitati di Pilotaggio (in Piemonte e Toscana) o da Tavoli regionali di coordinamento (in Puglia ed Umbria); per finire con l'attuazione delle singole linee di azione regionali, realizzate a livello locale, da specifici gruppi di lavoro intersettoriali, ai quali hanno partecipato operatori esperti delle diverse realtà territoriali interessate.
In un'ottica di *mainstreaming* verticale[6], imprescindibile per l'Isfol e per il Ministero del Lavoro, non sono mancati momenti di confronto e condivisione, sia a livello interregionale, attraverso workshop e seminari tematici, sia a livello nazionale con l'organizzazione di convegni aperti alla partecipazione di tutte le regioni e gli organismi centrali, nonché a referenti di organismi comunitari qualificati per uno scambio di esperienze anche a livello internazionale.

1.2 Una differenziazione di modalità, ma una convergenza di Aree tematiche

Tra le Aree tematiche prioritarie che si sono consolidate nell'ambito del Programma Pro.P quella riguardante le reti interistituzionali di supporto, cui la presente pubblicazione è dedicata, è stata affrontata, seppur con modalità diverse, da tutte le regioni, ma è stata sviluppata in modo particolare in Piemonte, Toscana e Puglia, con l'attuazione di specifiche linee di azione ad essa dedicate. La Tabella 1 riassume la tipologia di intervento messo in atto nelle tre regioni per sviluppare le reti territoriali di supporto ai percorsi di inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici ed i prodotti scaturiti dai lavori regionali.
Tutte le regioni hanno seguito un approccio *bottom-up*, per capitalizzare le esperienze già esistenti sul territorio *(reti di fatto)*. Tuttavia, relativamente agli obiettivi prioritari ed al processo sviluppato, si riscontrano alcune differenze sostanziali da regione a regione.
La Regione Piemonte ha focalizzato il lavoro sui *processi* attraverso i quali si attivano e si realizzano i percorsi che conducono all'occupazione, e sugli *strumenti* che possono essere messi a punto per facilitare tali processi. Rispetto ad una logica di formalizzazione della Rete, è prevalso l'approccio alla valorizzazione delle *reti di fatto,* attraverso lo sviluppo di una normativa 'di processo' che pone l'attenzione prevalentemente sulle funzioni e sui funzionamenti di fatto, piuttosto che sulla definizione di ruoli formali.
La Regione Puglia ha dedicato tutti gli interventi realizzati nell'ambito del Pro.P allo sviluppo della collaborazione interistituzionale, sviluppando tre linee di azione che agiscono ciascuna ad un di-

6 Il mainstreaming verticale è definito, nel glossario dell'iniziativa comunitaria Equal, come il "Trasferimento di esperienze e integrazione di tutti o di parte dei risultati sul piano istituzionale, politico, regolamentare o amministrativo".

verso livello: programmatico/regionale (Linee Guida), organizzativo/territoriale (Protocollo) e sperimentale/locale (Progetti integrati d'Ambito territoriale).
L'esigenza di uniformare e valorizzare esperienze locali disseminate a macchia di leopardo e molto variegate per metodologia adottata, ha avviato, nella regione Puglia un processo che ha coinvolto gli alti livelli istituzionali al fine di definire delle linee di indirizzo e di programmazione strategica molto ampie. Il tema dell'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici è identificato come priorità dalla Regione che ne assume la regia condividendone col partenariato interistituzionale allargato tutti gli aspetti, dall'approccio culturale, alla definizione di un sistema di monitoraggio e valutazione, passando per l'organizzazione delle risorse, con relativa attribuzione di ruoli e responsabilità che rafforza anche la partecipazione del terzo settore (elemento innovativo importante per le associazioni delle famiglie, al momento ancora scarsamente coinvolte). Gli obiettivi condivisi attraverso le Linee Guida, trovano nello schema di Protocollo d'intesa uno strumento di formalizzazione esplicita e si perviene ad uno schema programmatico ed operativo condiviso, direttamente sperimentabile attraverso la progettazione integrata locale.

Tabella 1 – Interventi e prodotti realizzati dalle regioni nell'ambito del Pro.P sul tema delle Reti interistituzionali di supporto.

Regione	Linea di azione	Prodotti
Piemonte	**Costruzione di una Rete Integrata tra DSM, Cooperazione Sociale, Centri per l'Impiego e gli altri attori del sistema per l'inserimento lavorativo di persone con disturbo psichico**	**Delibera di Giunta regionale N. 60-12707 del 30-11-2009 che approva "Indicazioni relative alla realizzazione di progetti di inserimento lavorativo rivolti a persone con disturbo psichico"**
Puglia	Elaborazione di Linee Guida regionali per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici. Definizione di uno schema-tipo di Protocollo d'intesa tra ASL ed Enti Locali (Province ed Ambiti territoriali) per le azioni da attuare anche nell'ambito dei Piani di Zona. Sperimentazione di percorsi di progettazione integrata locale ispirata ai principi delle Linee Guida regionali ed allo schema organizzativo previsto dal Protocollo d'intesa	Delibera di Giunta regionale N. 471 del 23-02-2010 che approva il Testo delle Linee Guida regionali e lo Schema di Protocollo d'intesa. Sei progetti integrati, uno per ogni ASL pugliese, con finalità di sostegno all'inserimento socio-lavorativo di utenti dei servizi pubblici di salute attraverso la attivazione delle reti locali
Toscana	**Elaborazione di uno schema-tipo di Convenzione fra Province, Aziende UU.SS.LL., Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica ai sensi della Legge 68/1999.**	**Delibera di Giunta regionale N. 1154 del 14 dicembre 2009 che approva lo schema di Convenzione**

La Regione Toscana ha perseguito l'obiettivo prioritario della capitalizzazione delle esperienze consolidate a livello provinciale, attraverso la modellizzazione, la condivisione e la diffusione di un percorso istituzionale comune di inserimento al lavoro dei disabili psichici nell'ambito del Collocamento Mirato. La logica di processo adottata è quella della standardizzazione ispirata alla flessibilità, che ha portato alla definizione di uno strumento di formalizzazione delle reti estremamente adattabile alle specificità locali; esso mira *in primis* a promuovere un'efficiente collaborazione tra il Collocamento Mirato delle diverse realtà provinciali e le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (DMS) per la realizzazione dei progetti individualizzati di inserimento lavorativo. Altro principio ispiratore, non secondario in ordine di importanza, è quello dell'ampia partecipazione estesa a tutti gli attori che possano sensibilizzare le strutture deputate ad accogliere gli inserimenti lavorativi ed i tirocini; in questa direzione svolgono un ruolo importante le associazioni datoriali, ma soprattutto le associazioni dei familiari e degli utenti, la cui collaborazione al lavoro di rete è particolarmente consolidata in questa regione. È da rilevare, infatti, che in Toscana le associazioni dei familiari e degli utenti sono esse stesse datori di lavoro e attraverso i *facilitatori sociali* svolgono un importantissimo ruolo di mediazione e di tutoraggio a sostegno dei percorsi di inserimento sociale e lavorativo delle persone con disturbo psichico.

L'osservazione delle esperienze regionali permette di definire alcuni elementi di convergenza:

- la centralità della *partnership*, poiché serve fondamentalmente la "contaminazione" delle competenze tra operatori e decisori diversi;
- il coinvolgimento attivo dei vertici delle istituzioni, in assenza del quale gli operatori corrono il rischio di rimanere "appesi" (per scarsa conoscenza, scarsa copertura, scarso sostegno continuativo all'interno delle istituzioni);
- la valorizzazione delle esperienze maturate "dal basso"e, successivamente, la loro "risalita" sul piano normativo;
- il coinvolgimento delle associazioni degli utenti e delle loro famiglie, parte integrante attiva del processo (al quale partecipano, non lo subiscono passivamente);
- l'esigenza di dare continuità all'inserimento lavorativo e di superare il rischio della sua frammentazione, attraverso la messa a sistema di supporti stabili e personalizzati.

Infine, si possono identificare alcuni percorsi strategici molto importanti, suggeriti direttamente dalle esperienze maturate sul campo:

1) la centralità di una strategia che sappia mettere in equilibrio l'esigenza di formalizzazione (attraverso la normativa, le Linee-guida, ecc.) e la necessaria processualità che sale "dal basso";
2) l'esigenza di individuare e di perseguire una strategia attiva di Rete che tenga conto:
   - dell'esistenza di reti formali, ma anche di reti non formali (che sono altrettanto importanti);
   - dell'esigenza di fare presidio chiaro ed esplicito "dall'alto", ma anche di tener conto in maniera seria di tutti i *feed-back* che possono provenire dalle esperienze di base;
   - dell'esigenza di curare tutte le varie fasi che hanno a che fare rispettivamente con la creazione di una Rete, ma anche con la sua successiva manutenzione ed evoluzione nel tempo;
3) l'opportunità di sfruttare in maniera più estesa le risorse del territorio e in particolare le piccole imprese e le relative associazioni di rappresentanza che possono offrire ambienti più "accoglienti" nei confronti delle persone con disturbo psichico.

Nella seconda parte di questo volume vengono illustrati nel dettaglio i lavori realizzati in ciascuna regione ed i relativi prodotti.

In particolare, in ognuno dei tre capitoli dedicati alle singole esperienze territoriali, si illustra sinteticamente lo scenario delle politiche regionali sulla salute mentale e le prospettive di sviluppo a livello istituzionale nell'ambito dei quali si è attuata la linea di azione dedicata alle Reti. Successi-

vamente vengono presentati i prodotti finali approvati con Delibera di Giunta regionale, preceduto da una breve presentazione degli elementi innovativi che li caratterizzano, nonché della metodologia di lavoro adottata dal gruppo intersettoriale che li ha elaborati.

2 _Dalla progettazione alla gestione condivisa: vantaggi e rischi delle reti di stakeholders

2.1 Percorsi e risultati: le Reti di Pro.P

Se guardiamo alle caratteristiche specifiche di Pro.P, sia in termini di risultati raggiunti, sia, ancor prima, in termini di modalità di sviluppo e di gestione sul territorio dell'intera azione nei diversi contesti regionali, possiamo facilmente verificare che il tema delle reti, della partecipazione attiva di attori diversi per competenza istituzionale ed operativa, rappresenta uno degli elementi fondanti del percorso realizzato.
E' anzi fin da subito importante distinguere ancora meglio i due aspetti sopra citati: quello dei risultati, da quello delle pratiche espresse nei contesti locali.
Se dal punto di vista dei risultati può risultare più agevole cogliere quanto Pro.P è risuscito a produrre, in termini di linee guida, accordi, protocolli, indagini, sul versante delle pratiche può essere invece utile approfondire alcuni aspetti che, da un lato diano il senso della complessità e a volte della difficoltà di procedere al raggiungimento di risultati come quelli appena indicati, dall'altro per segnalare la stessa complessità e la medesima difficoltà a far permanere la pratica collaborativa e la tensione partecipativa dei diversi attori oltre il raggiungimento degli obiettivi.
Ciò appare importante per almeno tre buone ragioni:

- in primo luogo perché ciò rappresenta un riconoscimento dell'impegno del tutto volontario di quei soggetti e di quelle strutture che offrendo tempo e competenze hanno reso possibile la realizzazione di innovazione e cambiamento come esito del risultato raggiunto. In altre parole questi soggetti e queste strutture hanno interpretato la propria esperienza e la propria professionalità come supporto al territorio ed ai *target* di riferimento andando oltre i tradizionali confini dell'agire professionale;
- secondariamente perché la collaborazione sviluppata in questo lungo periodo di attività rappresenta essa stessa un risultato, non affatto scontato, che può (dovrebbe) rimanere a disposizione del territorio, come risorsa aggiuntiva a tutte le altre (professionali, conoscitive, umane, strutturali, finanziarie) che potranno essere messe a disposizione per favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti con disturbo psichico e, più in generale, per definire percorsi di crescita degli stessi ambiti territoriali;
- inoltre, perché se questo risultato può essere trasformato in una pratica riproducibile e trasferibile in altri contesti professionali, sociali, territoriali, è necessario comprenderne non soltanto gli elementi fondanti in termini di vantaggi che dalla collaborazione derivano, ma anche e forse soprattutto quali sono gli aspetti più critici che caratterizzano i percorsi di condivisione e di collaborazione.

I passaggi e la storia stessa della collaborazione promossa e sviluppata nelle aree regionali interessate dal Programma Pro.P sono già stati ripercorsi nelle pagine precedenti (cfr Introduzione e Cap. 1). Tuttavia ai fini del ragionamento sulle opportunità ed i rischi che caratterizzano un approccio condiviso ed anche per tornare a sottolineare la dimensione di vero e proprio risultato che questa collaborazione rappresenta, serve brevemente ricordare che questo processo di collaborazione si è sviluppato intorno a tre momenti fondamentali: quello della progettazione, quello della realizzazione, quello della gestione.

E' chiaro che questi tre momenti possono essere più facilmente distinguibili da un punto di vista cronologico che da un punto di vista operativo. Come è noto a chi si occupa di approcci collaborativi e di reti sociali, non sempre è possibile distinguere in modo preciso le tre fasi, che invece sono, in momenti diversi, intersecate e difficilmente separabili.
Ciononostante, la necessità di coglierne gli aspetti fondanti ed i rischi maggiori appare necessario considerarli, proprio da un punto di vista logico, separati.
In modo estremamente sintetico, dunque, possiamo distinguere come detto:

- la fase di progettazione, che si è sviluppata come vera e propria progettazione partecipata, tanto per gli aspetti metodologici che l'hanno caratterizzata, quanto per quelli emotivi che l'hanno sostenuta. Dal punto di vista teorico, sulla progettazione partecipata sono state elaborate molte definizioni che di volta in volta pongono l'accento su aspetti diversi, quali la tecnica di progettazione, il coinvolgimento dei soggetti tradizionalmente esclusi, l'unione dei diversi punti di vista, ecc. Fra tutte le possibili sottolineature, che facilmente è possibile rilevare in letteratura, volendo scegliere un'ottica di interpretazione per leggere il percorso partecipativo che ha caratterizzato lo svilupparsi del Programma Pro.P, può essere utile accentuare l'aspetto educativo che è alla base della condivisione. Si evidenzia in tal modo la conoscenza reciproca, la comprensione dei problemi degli altri, la costruzione di un concetto di comunità che è tanto più importante quando, come in questo caso specifico, il riferimento ultimo è l'inclusione socio-lavorativa di soggetti particolarmente esposti al rischio di marginalizzazione;
- la fase di realizzazione, che ha impegnato per larga parte del tempo disponibile gli attori che hanno partecipato alla definizione di accordi, protocolli, linee strategiche, indagini sul territorio. E' stata già questa una fase che ha consentito di mettere alla prova la volontà e la tensione alla partecipazione ed alla condivisione che può apparire più semplice e meno impegnativa rispetto alla fase di progettazione. Volendo utilizzare una frase di uso comune, quando è in atto la realizzazione di un'idea progettuale si può dire che i nodi vengono al pettine. E' in questa fase, infatti, che occorre dare luogo al volontario impegno alla produzione di quanto ideato e rispettare quei fondamenti educativi che sono alla base della progettazione;
- la gestione, o il governo, della partecipazione. Questa fase, in realtà, rappresenta la vera sfida che oggi Pro.P ha davanti. In termini processuali rappresenta una vera e propria evoluzione dalla progettazione partecipata e condivisa alla rete e, sebbene molti degli elementi fondanti e critici delle due fasi siano comuni, il passaggio alla rete rappresenta la vera e propria prova della capacità di tenuta dell'approccio collaborativo. Prima di approfondire con maggiore dettaglio gli aspetti che sarà necessario d'ora in avanti tenere in assoluta considerazione, si può semplicemente sottolineare come un cambiamento fondamentale che si sperimenterà sul territorio per la prosecuzione di quanto fin d'ora raggiunto mediante Pro.P sarà il passaggio da una condizione di supporto e in qualche modo di tutorato della partecipazione e del processo di costruzione della rete, ad una condizione di autonomia e di capacità di auto-gestione ed auto-determinazione dei percorsi e delle relazioni fra gli attori. Così come avviene in ogni percorso di sperimentazione, che sebbene si attua in una condizione di incertezza dovuta al suo stesso esplicarsi in assenza di un consolidato, può però godere di supporti aggiuntivi e di una regia esterna competente per definizione, anche in questo caso occorre fare tesoro delle esperienze positive e negative realizzate, ma anche colmare il vuoto che viene lasciato dall'assenza del supporto esterno e passare da una condizione di laboratorio ad una di sistema.

2.2 Le Reti come atto volontario

In questa breve descrizione delle diverse fasi che hanno caratterizzato il percorso collaborativo realizzato all'interno del programma Pro.P vi sono già contenuti gli aspetti che vanno approfonditi sia per rendere effettivo il governo delle reti create, sia per favorire trasferibilità e riproducibilità delle esperienze in altri contesti sia sociali che territoriali.
Per farlo, possiamo utilizzare due supporti avvalendoci da una parte del riferimento alla ormai classica definizione[7] che vuole la rete come un insieme di attori (i nodi) caratterizzati da un relativo grado di autonomia, che realizzano attività o scambi in funzione di un obiettivo comune (la *mission*) attraverso forme di collegamento (le relazioni) secondo modalità e strumenti definiti e condivisi (le proprietà operative); dall'altro (e forse un po' provocatoriamente) dell'affermazione "Credo che Sparta sia stata a lungo così fiorente non per la bontà di ciascuna delle sue leggi in particolare, giacché molte erano assai strane, e persino contrarie ai buoni costumi; ma perché uscite dalla mente di uno solo, tendevano tutte allo stesso fine"[8].
Da questi due contributi, così diversi, si possono trarre alcune considerazioni utili che, senza entrare in aspetti teorici legati alle reti, ma anzi prediligendo un ambito molto più operativo, possano rappresentare elementi di riflessione per il proseguo delle attività.
Derivano dalle due affermazioni citate, in primo luogo la consapevolezza che la rete presuppone una struttura ed una organizzazione. Ciò non vuol dire ovviamente che siano parimenti necessari alti livelli di formalizzazione, che anzi in alcuni casi possono rappresentare un vero e proprio ostacolo, ma comunque che senza il riconoscimento forte della presenza di altri soggetti che hanno caratteristiche proprie la rete non può esistere.
In secondo luogo, ridefinendo in termini di rete l'affermazione di Cartesio, emerge, peraltro in perfetta coerenza con quanto appena affermato, che decidere in gruppo è più difficile che decidere da soli, sia in termini di sforzo di conciliazione, sia per quel che può riguardare la coerenza delle decisioni prese. Lavorare in rete, cioè, è faticoso e a tratti può addirittura apparire come una perdita di tempo, per il moltiplicarsi degli incontri che sembrano portare via del tempo prezioso al lavoro che quotidianamente si svolge. Va detto però che nessuno può avere l'ambizione di risolvere da solo problemi complessi quale è quello dell'inclusione delle fasce deboli.
Operativamente dunque, la rete è un'opportunità quando vi è un'adeguata volontà di collaborare, perché difficilmente una norma, per quanto stringente, può portare a risultati effettivi. Creare formalmente una rete, in sostanza, non equivale a farla funzionare.
Un aspetto che assume dunque particolare rilevanza è quello di far leva sui vantaggi che derivano dalla cooperazione all'interno di un sistema relazionale fra soggetti.
Si può declinare questo aspetto in due modi, affidando le esplicitazioni a quanto indicato nella tavola successiva:

- il primo rimanda al vantaggio che deriva ai singoli nodi dalla partecipazione al *network*. Si tratta, dunque, per essere più espliciti, di vantaggi che interessano, in termini di immagine, di promozione, di radicamento sul territorio, ecc. direttamente la struttura che aderisce alla rete;
- il secondo è un vantaggio più direttamente ascrivibile alla rete nel suo complesso, in relazione agli obiettivi che sono stati fissati. In altri termini, si può dire che i beneficiari possono essere a seconda dei casi il territorio, gli utenti finali, ecc, più che i singoli nodi.

7 F. Butera, *Il castello e la rete*, Milano, F. Angeli, 2002
8 Cartesio, *Discorso sul metodo*, parte II

Certamente avendo messo in rilievo la presenza di criticità e di complessità, peraltro anche sperimentate nel corso del lavoro svolto nella realizzazione di Pro.P, occorre ricordare che la domanda "Ci sono davvero buone ragioni per non fare rete?" o, per meglio dire, "Vi sono situazioni in cui è bene scegliere di rinviare l'avvio di una collaborazione oppure di interromperla?" è sempre valida. La rete non è un fine ma un mezzo, uno strumento, anche quando, come in questo caso, la partecipazione è stata considerata come un vero e proprio risultato del Programma.

Tabella 2 – I vantaggi della rete. Alcune esemplificazioni

L'ottenimento di risorse	**Vi sono alcuni casi in cui per la presentazione dei progetti è posta come condizione necessaria la presenza di soggetti provenienti da contesti territoriali ed istituzionali diversi. In altre circostanze, invece, per l'accesso ad un finanziamento o la presentazione di un progetto, sono richieste competenze specifiche che possono non risiedere in un unico soggetto.**
La complementarietà di risorse	E' un vantaggio non particolarmente dissimile da quello appena evidenziato in merito all'ottenimento di risorse (anzi in qualche caso si possono anche sovrapporre), ma maggiormente orientato ai fini della erogazione di un servizio. La capacità di rispondere alle esigenze poste da un target è strettamente connessa alla presenza di soggetti che integrano competenze diverse.
La visione complessiva del processo	**In forte relazione con quanto appena osservato, va rilevato come una rete ben costruita, nella quale siano presenti tutte le tipologie di attori interessate dagli ambiti in cui si opera, consente fin da subito di avere una migliore rappresentazione del processo che si intende attivare.**
La moltiplicazione di risorse	Strutture diverse possono trarre vantaggio dalla collaborazione perché possono fruire di figure professionali di cui non dispongono direttamente. Ad esempio una struttura può disporre di un orientatore ed un'altra di un progettista ed un accordo di collaborazione fra le strutture può consentire ad entrambe di avvalersi di professionalità *aggiuntive*;
La responsabilità distribuita	**A volte, un'unica struttura non se la sente di assumersi la responsabilità di condurre un progetto o una attività, dal punto di vista finanziario, della mole di lavoro, dei risultati verso l'utenza o verso il territorio. Ciò può naturalmente comportare la perdita di opportunità, per i soggetti stessi, ma anche per l'utenza potenziale, di fruire di servizi o benefici. In questo caso, dunque, la collaborazione fra diversi soggetti, disponibili ad ammortizzare il rischio, può portare alla decisione di intraprendere l'iniziativa.**
L'efficienza economica	I servizi, come è noto, costano, e non sempre le strutture hanno sufficienti disponibilità economiche. Anche in questo caso, dunque, si corre un rischio della stessa natura di quello che abbiamo appena potuto illustrare al punto precedente: il rischio è che il servizio non possa essere acquisito con evidente disagio per la struttura o per l'utenza.

Occorre dunque riconoscere che lavorare con altri e gestire le relazioni sul territorio non sempre è facile ed è dunque assolutamente opportuno conoscere le insidie che possono essere più o meno

nascoste nelle *partnership*.
Fra queste possono essere indicate:

- *la mancanza di risorse*. Appare evidente che le reti hanno un costo. Richiedono cioè risorse, sia di tipo economico, sia di tipo professionale, sia di tempo. Ovviamente non sempre la rete promuove nuove risorse, a volte può invece richiederne in misura superiore a quelle che i singoli nodi sono disposti a dare o hanno la possibilità di offrire. Attivare una rete di relazioni senza aver opportunamente valutato questo aspetto può comportare il rischio di incorrere in grosse delusioni dovute al fatto che non si riescono a produrre risultati a fronte di un investimento realizzato;
- *gli obiettivi divergenti*. Si è già fatto riferimento al fatto che esistono vantaggi ed obiettivi della rete, ma anche dei singoli nodi che la compongono. Questi possono non essere sempre gli stessi, ma certamente devono fare riferimento ad un quadro coerente all'interno del quale tutti i *partner* si riconoscono. In caso contrario appare quasi inevitabile il crescere della conflittualità fra gli attori e il conseguente rallentamento (quando non un vero e proprio blocco) delle attività;
- *la competizione fra gli attori*. In aggiunta a quanto appena detto, occorre considerare la possibilità che all'interno di uno stesso gruppo di attori, due o più di essi si pongano in competizione o per affermare il proprio punto di vista in relazione ad uno specifico aspetto, o per avere maggiore visibilità rispetto ad altri. Anche questa circostanza può determinare sofferenza all'interno della *partnership* riducendone in modo notevole la sua efficienza;
- *le barriere istituzionali*. Può anche capitare che per ragioni *politiche* o per una precedente conflittualità, alcuni soggetti non siano disponibili a collaborare con altri. Tale aspetto, se è risolvibile nel caso in cui vi è una ricca offerta di attori sul territorio (un soggetto può essere sostituito con un altro con caratteristiche simili) diventa un problema particolarmente gravoso nel caso in cui il soggetto o i soggetti indisponibili non abbiamo alternative e siano per la loro rilevanza particolarmente importanti per il contributo che apportano. In tali casi, per tentare di superare il problema, è ovviamente opportuno far riferimento ai vantaggi che possono ottenere dalla collaborazione, ma anche cercare di progettare il lavoro in modo tale da assegnare a ciascuno compiti di eguale entità e che, possibilmente, siano *mediati* dal contributo di altri.

Vi è infine un ulteriore aspetto sul quale è opportuno soffermarsi anche per *sgombrare il campo* (se mai ce ne fosse bisogno) dall'idea che la rete sia la soluzione di ogni problema.
Già da queste annotazioni, del resto, ci si è potuti fare un'idea del fatto che gestire le relazioni con i soggetti del territorio può essere una cosa tutt'altro che semplice. Si è già detto, inoltre, che la rete ha dei costi.
Ne consegue che non necessariamente la collaborazione con altri soggetti produce necessariamente efficienza in tempi brevi. Si pensi ad esempio alla duplicazione delle attività che può verificarsi in un primo momento o al moltiplicarsi delle riunioni, o ancora a tutta la fase di costruzione della rete, che richiede energie non direttamente finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo operativo per cui si è deciso di attivare la collaborazione.
Che fare, dunque? Non c'è una risposta univoca, ma certamente l'esperienza che Pro.P ha mostrato lascia intendere che lavorare insieme è più che possibile, a patto che le condizioni di base vengano rispettate e l'approccio educativo precedentemente evocato venga assunto come carattere fondante dell'esperienza di partecipazione, senza dimenticare che, aldilà dei vantaggi propri, il lavoro viene svolto, in coerenza con la professionalità di ciascuno, a supporto di quelle fasce di soggetti nei confronti delle quali ognuno ha una propria responsabilità di azione.

3 _La Rete come risorsa attiva per l'utente, ovvero: "... Parlate con me e non di me ..."

3.1 L'impoverimento delle relazioni sociali delle persone con disturbo psichico

Nelle storie di vita delle persone che sono alte utilizzatrici dei sistemi di cura psichiatrici, emerge, con regolarità, la dimensione dell'impoverimento della rete sociale. Un tema di estremo interesse per tutti coloro che condividono un'idea di malattia e di guarigione di tipo bio-psico-sociale. L'analisi di rete aiuta, infatti, sia a descrivere lo stato di malessere di una persona con disturbo psichico che a valutare l'esito del suo percorso di cura e di inclusione sociale.
L'impoverimento può assumere molteplici forme. La restrizione dell'ampiezza della rete dovuta alla diminuzione del numero di persone significative conosciute dalla persona che si è ammalata (isolamento sociale). Ciò comporta la riduzione, se non l'annullamento, della rete di supporto intesa come l'insieme di attori sociali capaci di sostenere materialmente e moralmente un singolo individuo. L'impoverimento si registra, anche, nell'aumento della densità della rete della persona alta utilizzatrice dei servizi di salute mentale per cui i suoi riferimenti sociali sono tra loro tendenzialmente interconnessi (aumento del controllo sociale, strutturazione di un'identità totale). L'impoverimento si rileva pure dalla concentrazione, su specifici mondi vitali, degli attori appartenenti alla rete della persona alta utilizzatrice dei servizi di cura. Tendenzialmente, tali attori appartengono alla rete formale rappresentata dagli stessi sistemi di cura che hanno in carico il paziente o dai suoi familiari. Usando un linguaggio proprio dell'associazionismo degli utenti, si può dire che la persona alta utilizzatrice dei servizi arriva ad un punto in cui si trova o completamente sola, o accompagnata da persone che sono pagate per stare con lei. La rete, sia nel suo aspetto strutturale (supportivo), che in quello simbolico internazionale (identitario) si manifesta come estremamente polarizzata sulla malattia della persona. Il paziente, nel corso della sua frequentazione del sistema di cura, più ancora che nel decorso della sua malattia, rischia di identificarsi ed essere identificato solo con l'unica identità di utente. Per cui, anche le persone che costituiscono la sua rete di contatti, non si aspetteranno dalla persona malata altro che un comportamento da utente.
Le cause dell'impoverimento sociale sono fondamentalmente due e tra loro interconnesse. L'indebolimento sociale che scaturisce dalla malattia dell'individuo e l'indebolimento generato a livello comunitario dai processi di stigmatizzazione e di produzione dei pregiudizi. Mentre il livello soggettivo dell'isolamento viene superato grazie al trattamento del sistema di cura, quello collettivo tende a permanere anche quando la persona ha intrapreso con successo un percorso di guarigione. L'indebolimento prima ancora della restrizione della rete sociale si misura con la diminuzione della credibilità sociale della persona trattata dai servizi. Gli stereotipi più frequenti del malato psichiatrico sono l'imprevedibilità e l'inaffidabilità. Caratteristiche che, di per sé, spiegano l'indebolimento sociale della persona con problemi psichici. La diminuzione della propria credibilità avviene, però, anche dal semplice contatto con i servizi psichiatrici. L'utente viene costantemente "interpretato", durante il suo percorso di cura, spesso a discapito della posizione di ascolto che una persona con problemi si auspicherebbe di trovare all'interno della propria rete di sostegno. Tendenza all'isolamento dovuta alla malattia psichica, disistima, perdita di credibilità ed esposizione ai processi di

stigmatizzazione sono elementi che, sinergicamente, insistono sulla persona con problematiche mentali portandola a vedere ristretta ed indebolita la propria rete sociale.
La comunità scientifica si sta occupando dello studio della rete sociale riferita a persone con problemi mentali. La ricerca sociale ha evidenziato come i pazienti schizofrenici, a lungo trattati dai servizi, siano dotati di reti sociali molto simili le une agli altri. Reti poco ampie e molto dense dove i punti di riferimento degli utenti sono sovente persone afferenti ai sistemi di cura e alle famiglie di appartenenza. Nel 2009 il Dipartimento di sociologia dell'Università di Pisa ha condotto una ricerca di campo sulle reti sociali di un campione rappresentativo di utenti seguiti dal locale servizio di salute mentale. E' emerso che le reti risultavano poco ampie, rispetto alla media cittadina e che, proporzionalmente, sono più dense le reti di quei pazienti maggiormente seguiti dai servizi.

3.2 La necessaria ricostruzione delle reti sociali

Nell'ottica di facilitare una "ripresa" comunitaria dell'individuo, i servizi pubblici hanno il compito di favorire la costruzione o ricostruzione della rete sociale della persona in cura. L'azione di promozione viene svolta sinergicamente, sia a livello individuale favorendo i processi di scelta e di attivazione personale dell'individuo, sia a livello societario costruendo reti ad hoc di inclusione sociale. L'azione di promozione, in quanto essenzialmente innaturale, comporta molteplici conseguenze, a livello della persona in cura e a livello societario, che gli operatori pubblici e gli operatori del terzo settore devono ben conoscere, vista la potenza dello strumento "rete sociale". Questo, infatti, a seconda di come viene utilizzato, può rappresentare per il soggetto svantaggiato, o un'occasione di espressione della propria libertà, oppure di controllo e contenimento del proprio destino.
A livello del singolo individuo, l'opera di promozione della rete sociale viene svolta essenzialmente dai curanti. Questi, inevitabilmente, diventano depositari delle aspettative di guarigione dell'utente e della sua visione dello "stare" insieme agli altri. Quando il rapporto di cura non è basato esclusivamente sulla prescrizione farmacologica, il terapeuta può diventare il primo alleato, per favorire la realizzazione delle aspettative del suo paziente, partendo dai limiti rappresentati dalla malattia. Sono azioni di sprone, affinché l'utente acquisti il coraggio e l'abilità per interagire con gli altri, per lui potenzialmente significativi, e nell'interazione con gli altri possa trovare i reali limiti necessari alla strutturazione della sua identità sociale e alla realizzazione di una dimensione personale di libertà. L'azione di promozione individuale della rete sociale viene per lo più agita al livello del rapporto terapeutico.
Più articolata e complessa è l'azione di promozione svolta a livello comunitario a vantaggio di un singolo individuo. Questa può essere realizzata da una molteplicità di soggetti: i curanti, i familiari della persona col problema, i volontari e praticamente tutti i contatti di rete reali del paziente. L'azione di promozione a livello comunitario ha la particolarità di procurare effetti che in gran parte sono imprevedibili, in quanto l'azione anche su una sola parte della rete sociale, riferita al paziente, attiva reazioni potenzialmente in tutte le altre parti. L'azione ha lo scopo di agire sul contesto sociale per favorire un processo di "recovery" per la persona con disagio. Un'idea di recupero e guarigione che non è solo individuale ma anche sociale e si misura nella capacità di generare contesti sociali in cui anche le persone con problematiche psichiatriche possano trovare una collocazione significativa e rispettosa delle reciproche aspettative (*spendibilità sociale*). L'azione di promozione comunitaria, riferita al singolo individuo, ha due possibili effetti negativi: la *stigmatizzazione* della persona in cura e la costruzione di *reti di controllo* più che di supporto. Un effetto di stigmatizzazione si ha quando le informazioni, relative alla condizione di salute del paziente,

circolano nella sua rete di elezione senza il suo controllo. La rete, da supportiva, può diventare di controllo quando le sue parti tendono più ad interpretare i comportamenti e le comunicazioni del paziente che a interagire con lui con il conseguente rischio di sistematica triangolazione. Le azioni di inserimento mirato in ambiente di lavoro sono esempi di azione comunitaria svolta a vantaggio di un singolo individuo.

Azioni di promozione rivolte ai gruppi di auto aiuto. A partire dalla fine degli anni '80, anche in Italia, si è diffuso il fenomeno dei gruppi di auto aiuto per utenti della salute mentale. Con una certa lentezza e soprattutto in Toscana, i servizi pubblici hanno iniziato ad utilizzarli all'interno dei percorsi di ripresa dei loro pazienti. Non si affronta qui la complessa tematica relativa alla tipologia dei gruppi di auto aiuto, ma si sintetizzano alcuni elementi che hanno a che fare con la questione della rete sociale. Il gruppo di auto aiuto è lo strumento con cui un individuo con svantaggio può interagire con altre persone che hanno avuto un percorso simile. Si instaura un rapporto fra pari che facilita la comunicazione (anche empatica) e la presa di coscienza della propria storia di disagio. Per l'utente il gruppo rappresenta un'esperienza sociale assai particolare. E' il luogo in cui un'esperienza di disagio costituisce il requisito fondamentale per poter partecipare ed è potenzialmente il luogo in cui l'esperienza di malattia può, nella narrazione ripetuta, trasformarsi in nuova abilità. Abilità di comprendere meglio se stessi e gli altri, abilità di indurre in sé e negli altri un incremento dell'autostima e abilità di combattere l'isolamento. Il gruppo, specialmente se non è costruito per diagnosi e non si presenta come strumento terapeutico, porta alla presa di coscienza del percorso personale e alla costruzione di un'identità forte e sana proprio perché costruita sulla conoscenza reciproca dei limiti personali. La particolarità del gruppo di auto aiuto visto nell'ottica del suo essere una rete sociale è che ha un'ampiezza standard, nella maggior parte dei casi da 5 a 12 membri, e un'alta densità in quanto tutti i suoi componenti si conoscono vicendevolmente. Benché sia alto il livello di interconnessione dei partecipanti, il gruppo non esercita una funzione di controllo sociale verso la singola persona problematica. La riservatezza, a cui tutti i membri sono tenuti, garantisce che l'interazione agita all'interno del gruppo non sia comunicata all'esterno. Il gruppo di auto aiuto rappresenta, quindi, un tipo di rete sociale molto particolare. La sua chiusura è funzionale all'affermazione esterna di identità sociali non riconducibili necessariamente allo stato di persona con problemi mentali. Funziona, invece, come strumento di empowerment individuale per la persona con svantaggio. Il gruppo di auto aiuto ha, però, anche dei limiti. Nella maggior parte dei casi funziona come gruppo informale, quindi, tutta la sua azione è rivolta ai suoi membri. Non esiste una vera e propria capacità di progettazione esterna: cambiare i contesti circostanti o agire nella comunità. I gruppi, per la loro stessa conformazione, tendono a chiudersi in se stessi ed a isolarsi se non esiste un'azione di promozione di rete tra gruppi afferenti ad una medesima zona. Sovente, sono gli stessi servizi pubblici che direttamente, o tramite le associazioni competenti, favoriscono momenti di intergruppo sul tema dell'auto aiuto. I Servizi pubblici e le associazioni competenti ricoprono, inoltre, l'importante funzione di "invio" di nuovi membri ai gruppi di auto aiuto. E' questa una funzione fondamentale, sia per garantire il beneficio della partecipazione ad un alto numero di utenti e favorire indirettamente la gemmazione di nuove realtà, sia per vivacizzare la stessa quotidianità dei gruppi, che hanno bisogno periodicamente di nuovi ingressi, per riattivare ciclicamente la dinamica del racconto e dello scambio paritario di esperienza. Quest'ultima in letteratura viene descritta come la funzione del "nuovo venuto".

Azioni di promozione rivolte ad associazioni di salute mentale. Varie, soprattutto in Toscana, sono le ASL che si convenzionano con associazioni di utenti e familiari per realizzare progetti rivolti ai pazienti psichiatrici. Il fenomeno non è nato in modo naturale ma è stato indotto dallo stesso lavoro di animazione sociale di alcuni operatori della salute mentale che hanno individuato nel-

l'associazionismo lo strumento di elezione per favorire i processi di inclusione sociale delle persone con disagio mentale, soprattutto di quelle più problematiche. Rare sono le associazioni che nello statuto rievocano elementi custodialistici e di critica allo spirito della legge 180. Nella maggioranza dei casi, infatti, l'azione associativa prende le mosse dalla cultura dei gruppi auto aiuto. La centralità e la dignità della persona svantaggiata sono elementi costituivi delle associazioni. L'associazione rappresenta per la persona con svantaggio uno strumento di *empowerment* collettivo. Attraverso di essa si acquisiscono possibilità di accedere a risorse materiali ed umane di cui, singolarmente, l'individuo non potrebbe beneficiare per i limiti legati alla malattia o semplicemente alla condizione di fragilità sociale. L'associazione rappresenta anche uno strumento di organizzazione del lavoro (volontario e non) fondato sui principi solidaristici per cui i momenti di difficoltà che una persona può attraversare vengono compensati senza agire dinamiche di svalutazione ed allontanamento della persona temporaneamente in crisi. Le reti che fanno capo alle associazioni consentono di fornire al socio aderente un ampio spettro di ruoli sociali ricopribili. Una funzione di gran valore nel mondo della salute mentale che, sovente, rischia di appiattire l'identità della persona malata proprio sull'essere utilizzatrice di un sistema di cura. Ogni socio ha facoltà di autodefinire la propria identità: di utente, di volontario, di operatore sociale o altro facendo proprio il percorso di integrazione iniziato all'interno dei servizi di salute mentale. Nelle associazioni le persone si trasformano da utenti (destinatari passivi di un servizio) a coproduttori di beni e servizi per se stessi e per la comunità. Le associazioni, come i sistemi di cura pubblici, sono soggetti giuridici. Possono fare alleanze formali costruendo rapporti tra più associazioni e determinando così delle politiche di progettazione che partono dal basso: dai bisogni e dalle competenze degli individui coinvolti.

3.3 Il duplice valore, funzionale e identitario, dell'esperienza degli utenti-ricercatori

La rete sociale assolve a due importanti funzioni: rappresenta un reale strumento di supporto nella gestione di problemi legati al concreto vivere quotidiano e rappresenta pure il canale principale mediante il quale una persona definisce la propria identità. La prima funzione prende le mosse da un approccio economico strutturalista, la seconda da un approccio interazionista. Le due principali funzioni della rete sociale esistono insieme ed agiscono sinergicamente sugli individui.
E' necessario tenere conto dei due aspetti, sia quando si compie l'analisi di rete per rilevare lo stato di "salute sociale" di un individuo sia quando si agisce un'opera di promozione della stessa rete. Infatti, la persona con problematiche mentali non è solo a rischio di perdere delle opportunità concrete di supporto ma anche di vedersi costruita, nella stessa rete, la scomoda identità di malato mentale.
A questo proposito si segnala il lavoro di promozione che alcuni servizi di salute mentale ed alcune Università di scienze sociali hanno svolto in Europa negli ultimi anni per favorire la nascita della figura dell'utente ricercatore.
L'utente - ricercatore è una persona che ha una storia come paziente dei servizi psichiatrici e che dopo un lungo percorso formativo viene inserito in attività di ricerca o di valutazione commissionata da agenzie esterne. E' una figura particolarmente significativa, non solo dal punto di vista delle strategie di inserimento lavorativo, ma anche sul piano della produzione del sapere, in quanto utente-ricercatore. Le esperienze maturate in tal senso dimostrano come, durante il periodo di formazione, gli utenti, oltre che acquisire le tecniche quantitative e qualitative utilizzate usualmente dagli intervistatori, hanno modo di costruire due competenze estremamente particolari in quanto

legate all'esperienza di malattia. Il riconoscimento dei limiti legati alla propria fragilità e la presa di distanza dalla propria storia di sofferenza.

Il riconoscimento dei propri limiti avviene in un contesto formativo e non terapeutico. La persona analizza, con l'aiuto dei docenti, il modo in cui si pone in rapporto con l'altro e le personali modalità di comunicazione. L'apprendimento delle principali tecniche di conduzione dell'intervista e la correzione degli eventuali vizi comunicativi avviene in un *setting* in cui docenti e studenti hanno come scopo comune, non la cura, ma il potenziamento delle capacità speculative del futuro utente – ricercatore. La classe degli utenti – ricercatori si pone, quindi, come una microrete che svolge l'importante funzione identitaria di fornire all'utente un ruolo sociale di pregio che non nega la personale storia di malattia, ma che, anzi, la connota in positivo. A livello europeo, numerosi gruppi di studiosi che utilizzano la figura dell'utente-ricercatore si sono interrogati su quale sia il termine più corretto per nominarli. Si vorrebbe non stigmatizzare la persona, che ha una reale capacità speculativa, definendola "utente". Al tempo stesso, si vorrebbe enfatizzare la linea di continuità che va dallo stato di paziente a quello di ricercatore. Si segnala la soluzione proposta dal gruppo di ricercatori finlandesi, coordinati dal prof. Markku Salo, che nomina i ricercatori – utenti come "R.E.": ricercatori di esperienza. Il riconoscimento dei propri limiti, il superamento degli stessi e l'affermazione dell'identità di utente – ricercatore sono frutto della funzione identitaria dell'attività di rete: sia quella agita a livello di gruppo classe degli utenti – ricercatori in formazione, sia quella agita a livello internazionale tra i vari gruppi di ricerca che impiegano nella loro attività speculativa la figura dei "R.E.". Infatti, nell'interazione tra i vari gruppi nazionali ed europei si attiva un riconoscimento reciproco in base alla particolare funzione svolta.

La presa di distanza dalla propria storia di malattia. E' questa la seconda fondamentale competenza acquisita durante la fase di training. E' l'abilità che rende speciale il "R.E." da un punto di vista gnoseologico. La presa di coscienza del proprio percorso di disagio è l'elemento che facilita la comunicazione empatica con persone sue simili. Grazie alla formazione ed al lavoro di gruppo (costruzione dell'identità di ricercatore) l'aspirante "R.E." acquisisce la competenza di utilizzare con "distacco" i propri registri emotivi in modo da massimizzare la capacità di percezione profonda dell'altro e da minimizzare le distorsioni che avvengono quando soggetto e oggetto dell'attività conoscitiva si confondono. La capacità di essere empatici con distacco risulta fondamentale non solo sul piano della conoscenza, ma anche della relazione di aiuto tra persone che hanno problemi simili.

4 _Un ruolo multidimensionale per l'operatore dei processi di integrazione socio-lavorativa

«Io ho detto che non so cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita.»

Franco Basaglia[9]

4.1 Il rischio di far prevalere l'ansia di compimento

Quando parliamo di integrazione socio-lavorativa di persone con svantaggio derivato da disturbi psichiatrici, se abbiamo qualche esperienza in merito, non possono non esserci noti una serie di elementi critici: imprevedibilità degli esiti, discontinuità dei percorsi, necessità di contesti in grado di integrare aspetti comportamentali talvolta inusuali e quindi incomprensibili (col timore che questo può suscitare e i pregiudizi che può alimentare...), ecc. D'altra parte l'emersione di tali elementi, in termini di complessità, è direttamente proporzionale al grado di apertura a forme di *relazione d'aiuto*, esprimibile da parte dei servizi al lavoro e dagli operatori (anche quelli tipicamente non sanitari, come i Centri per l'Impiego) a vantaggio dell'utenza: lo sviluppo di modalità di lettura più articolate delle domande e la ricerca di modelli di intervento più mirati, implicano l'esercizio di forme di ascolto che favoriscono l'emersione di aspetti problematici a più livelli, nonché domande e aspettative diverse, da parte dell'utenza stessa e da parte di chi, a vario titolo, è implicato (servizi sociali, sanitari, famiglia...).
Nei servizi, si corre spesso il rischio di considerare tale complessità come una somma di problemi, di cui il soggetto sarebbe portatore – sintomatologia disadattante, mancanza di capacità, situazione economica grave, motivazione poco chiara...- i quali, in ultima istanza, si stagliano come ostacoli al perseguimento dell'obiettivo risolutivo e inequivocabile dell'inclusione lavorativa, talora associato ad un'esigenza di perseguimento a breve termine. Più precisamente, da un lato l'incontestabilità della funzione dell'inserimento lavorativo, dall'altro il peso di una complessità non riducibile e tale da produrre un frustrante attrito nello sviluppo pianificato dei progetti possono indurre nella "tentazione" di pensare che tale complessità sia fondamentalmente da affrontare su un piano "tecnico": l'idea implicita è quella di un soggetto definito da una somma algebrica di problemi, mentre l'am-

9 F. Basaglia, *Conferenze brasiliane* (a cura di F. Ongaro Basaglia e M. G. Giannichedda) Raffaello Cortina Editore, 2000.

bizione esplicita è quella di pensare all'intervento ideale come ad una somma algebrica di tanti interventi "specialistici" quanti sono i problemi, per rimuoverli uno ad uno.
Nel corso del lavoro nell'ambito del Programma Pro.P, durante *workshop* e momenti di confronto interregionale, tali argomenti sono emersi come rilevanti questioni di fondo comuni al dibattito di tutti i gruppi tematici[10]. Altrettanto chiara e condivisa è apparsa la consapevolezza dell'importanza di non ridurre troppo frettolosamente la portata di tali problemi e quindi di non indugiare solo nella definizione di una "sommatoria" esaustiva di competenze e dispositivi organizzativi per riportare alla prevedibilità e pianificabilità l'esito di percorsi che nella prassi non lo sono mai completamente; dunque, di cercare di non sfuggire all'esigenza di dare comunque un posto a quanto di irriducibile si presenta nell'incontro con il soggetto condizionato da disturbo psichiatrico, al fine di non compromettere la possibilità di relazione e di costruzione di legame sociale attorno ad esso.
Nella nostra esperienza riscontriamo spesso, come operatori, l'esigenza di sentirci dotati di "strumenti", di un'operatività trasformativa, in grado di generare *cambiamento*, che però spesso tende ad essere pensata *su* qualcuno o *su* qualche situazione. Questa tendenza sembra essere la conseguenza di una richiesta sociale sempre più pressante, all'operatore e ai servizi, di assumere una funzione di "controllori" di una marginalità sociale in espansione e "risolutori di problemi", funzione che spinge la definizione della professionalità quasi a coincidere con l'assunzione e l'esercizio di un sapere tecnico specialistico. Sembra innegabile che attualmente ci si trovi in una congiuntura in cui si assiste ad una moltiplicazione esponenziale delle *specializzazioni* nel lavoro sociale: mediatori di conflitti, familiari, educatori, educatori socio-sanitari... Se da un lato tutto ciò ha legittimamente a che fare con un aspetto di progresso necessario, è anche vero che tale evoluzione può tendere nella direzione di un modo di intendere il lavoro sociale come un dispositivo per far fronte a sintomi e disagi come *surplus* da eliminare attraverso riabilitazioni di autonomie perdute o mancanti, per colmare deficit, per far fronte alla diversità dell'altro nella relazione con un dato contesto, il quale, quando poi coincide con il mercato del lavoro, assume un livello di selettività talora pregiudizievole.
Intendiamoci, non si sta negando il valore del cambiamento, la componente formativa e trasformativa del lavoro sociale, tantomeno nell'ambito dell'inclusione socio-lavorativa; tuttavia, è altrettanto innegabile che, ad un'attenta osservazione della nostra pratica quotidiana, spesso può affiorare la tendenza prevaricante di un discorso *tecnicistico* che, più che *trasformativo*, rischia di divenire *oggettivante*, cioè rischia di trattare ciò che è irriducibile ad una "oggettività" come un resto il cui destino è quantomeno vago.
Castel in proposito scrive: «La mia critica riguarda anche un *eccesso di responsabilizzazione* del soggetto in difficoltà. Quando si parla [...] di far partecipare i soggetti alla loro riabilitazione, di stipulare con loro contratti, di responsabilizzarli, da un lato mi pare un discorso sensato, perché certamente far partecipare l'individuo è meglio che trattarlo con disprezzo, come faceva la vecchia assistenza. Dall'altro può esserci qui una tentazione. Nelle nuove tecniche o pratiche dell'intervento sociale, attraverso le nozioni di "progetto", "contratto", ci può essere la tentazione di chiedere molto a chi ha poche risorse e difficoltà di ogni genere [...] E se poi le persone falliscono in questi percorsi imprenditivi? Le si colpevolizza dicendo "non ti sei impegnato abbastanza, non meriti che ci si occupi di te"» [11]. A proposito dello specifico problema del lavoro, lo stesso autore è ancora più perentorio: «È all'opera una *morale del lavoro* che deve applicarsi a tutti indistintamente. Non ho

10 I riferimenti sono ai contenuti emersi dai lavori nell'ambito del Programma Pro.P., a cui l'autore ha partecipato per la Regione Piemonte, e che verranno illustrati nel seguito di questo volume.
11 Castel R. *Il ritorno dell'individuo per difetto in Animazione Sociale*, 2006 (36), 203, p. 9.

nulla contro il valore del lavoro, ma l'idea che bisogna contestare è che possiamo domandare la stessa cosa a tutti»[12].

In questo senso, dal mio punto di vista, mi sembra che i tratti comuni caratterizzanti il lavoro di tutti i gruppi[13] siano stati:

- L'assunzione degli aspetti critici dell'inserimento al lavoro in psichiatria: la non prevedibilità, i margini di non pianificabilità dei percorsi e degli esiti relativamente all'obiettivo di inclusione lavorativa;
- La necessità di non considerare tali aspetti solo come una complessità da ridurre tecnicamente, ma anche come espressione di un funzionamento del soggetto, che può essere irriducibile;
- La convinzione che tale funzionamento non possa essere considerato solo come "non conformità", o scarto dall'ideale al quale dovrebbero farci pervenire i nostri strumenti tecnici, relativamente alla finalità di inclusione lavorativa;
- La necessità che tale funzionamento non comprometta la qualità della relazione operatore/i – utente;
- L'idea che la qualità della relazione sia altrettanto importante quanto la qualità dei dispositivi tecnici a disposizione;
- L'idea che la qualità della relazione non sia solo una questione tecnica ma anche una questione di disponibilità e responsabilità soggettiva degli operatori;
- Il tentativo di tradurre, almeno in parte, questi assunti in indicazioni di tipo pratico e organizzativo che garantiscano di situare ogni intervento entro un quadro che includa sia le responsabilità di tipo tecnico (professionalità, competenze procedure...), che le responsabilità soggettive (mantenimento della relazione) di chi opera.

Detto in altri termini, mi sembra che tali punti assumano la necessità di non trascurare di situare il proprio paradigma metodologico, qualunque esso sia, e le conseguenti opzioni tecniche, nel riferimento anche ad una questione di responsabilità soggettiva di chi opera, relativamente alla qualità della relazione con il beneficiario della propria azione. Il riferimento è quindi al problema della responsabilità dell'operatore in merito alla sollecitazione del proprio desiderio nel rapporto con ciò che, delle persone per cui si opera, può non volerne sapere di cambiare, in base ai vari progetti educativi, di reinserimento sociale, di inserimento al lavoro e che resiste alle velleità trasformative delle nostre tecniche. Soprattutto in quelle situazioni in cui è presente una patologia psichica, se da un lato ciò non può e non deve costituire un alibi per nessuna forma di stigmatizzazione, dall'altro la stessa condizione non può essere solo aggredita con un armamentario di strumenti, tecniche, dispositivi... Ciò finirebbe col lasciare il campo a un ingegnerismo sociale, a un'ortopedia dell'altro, più funzionali per chi li agisce che per chi li subisce, in quanto fondamentalmente sollevano dalla difficoltà dell'incontro con la differenza, incarnata in chi abbiamo di fronte, laddove tale differenza altro non è che l'espressione dell'alterità, che esige innanzitutto riconoscimento e credito.

4.2 L'inevitabile responsabilità di soggetto-in-relazione

Lo stato di esclusione, cioè di deprivazione di quei bisogni per cui è predisposto l'intervento di inserimento al lavoro, può essere alleviato solo a condizione che chi chiede possa essere animato da un desiderio e che chi risponde, l'operatore, glielo supponga e riconosca.

12 IVI., p. 9.
13 Vedi nota 10.

Il riconoscimento del desiderio di chi domanda non è il frutto di un saper fare, ma piuttosto del saper tenere una posizione, da parte dell'operatore, in quanto soggetto, di fronte ad un altro soggetto: l'utente. Cosa significa questo? Significa resistere alla tentazione di tenere conto solo della complessità delle situazioni affrontate in quanto problematiche, soprattutto per poterle considerare per il fatto che esse interrogano tutte le dimensioni dell'esistenza perché parlano di ciò che non funziona, di ciò che non si riesce a spiegare completamente, di ciò che si oppone, di mancanze che al fondo sono irriducibili e al contempo strutturanti. Significa cioè, per l'operatore, poter stare anche nell'impossibilità di soddisfare completamente la domanda dell'utente considerando che è proprio questa incompletezza che consente di mantenere la relazione e che non è che dall'enunciazione attorno a questa incompletezza che può progredire l'unico sapere che sostiene il cambiamento per il soggetto. Il malinteso tecnicistico del lavoro sociale ha luogo proprio quando non si resiste alla tentazione di pensare che in fondo non si tratti che di una questione di intendere dove sia ciò che non funziona o che manca e, se ci si riesce, di rimuoverlo o colmarlo. Questione centrale è, piuttosto, quella di riuscire a pensare al cambiamento e all'incontro con il soggetto come due aspetti in una composizione che non è mai scontata e che connota la posizione dell'operatore come fortemente ancorata ad un rinnovo costante di presa di *responsabilità*, come si diceva sopra, rispetto ad ogni scelta, non delegabile ad alcun sapere tecnico. Significa fare posto, oltre che ad un "sapere fare", che ovviamente deve essere presente e competente, anche alla responsabilità dell'operatore, in quanto soggetto, nei confronti del proprio desiderio, e del proprio modo di ingaggiarlo, nel fare fronte alle sollecitazioni delle mancanze che gli vengono quotidianamente esibite, scritte attraverso il codice del lamento dell'utente, o attraverso quello di un sociale cattivo e emarginante[14].

D'altra parte occorre anche considerare che *l'esercizio corretto di tale responsabilità non può essere dato per scontato, in quanto implica specifiche difficoltà che, se da un lato sono connaturate alla complessità di questo genere di interventi, dall'altro non devono essere sottovalutate*.

Senza voler affrontare in questa sede una disamina esaustiva di tali difficoltà, è possibile comunque fare riferimento ad alcune considerazioni esemplificative:

- come si è già detto, un percorso di accompagnamento al lavoro è solo parzialmente standardizzabile, ciò espone inesorabilmente l'operatore all'incertezza e gli richiede di sostenere la progettazione attraverso una "tensione creativa" costante, nell'impossibilità del riferimento complessivo a procedure "preconfezionate";
- condurre una relazione d'aiuto comporta per l'operatore forti sollecitazioni sul piano personale, dovute all'assunzione di un ruolo ad alto contenuto relazionale;
- una parte significativa di queste sollecitazioni deriva dall'esposizione dell'operatore al ricorrere del "fallimento" (nella biografia dell'utente, nell'attuazione del percorso di accompagnamento), questione difficile da mentalizzare ed affrontare e che crea il rischio di far cadere nella delusione, nello scoraggiamento e quindi nella demotivazione.

Più in particolare, soffermandoci sulle difficoltà a carattere relazionale, possiamo raffigurarci la questione in questi termini: le persone che si rivolgono al servizio sono in una condizione di mancanza, e formulano (o spesso qualcuno per loro formula) una domanda di rimedio a tale mancanza;

14 Montorfano E., *Il mal-inteso dell'esclusione*, intervento nelle giornate di studio Psicoanalisi e domanda sociale. Educare all'impossibile? organizzate dall'Association lacanienne internationale e dall'Associazione freudiana di Torino, Torino, 2007.
<http://www.associazionefreudiana.org/dossier/dossier1/Il%20mal-inteso%20dell'esclusione_Montorfano.pdf>

questa domanda, come ogni domanda, si esprime in una relazione, vale a dire cerca e si appoggia ad un destinatario: l'operatore, il quale, nel momento in cui esercita una funzione di ascolto e di aiuto, volente o nolente, istituisce un vero e proprio spazio in cui la domanda si dispiega in tutti i suoi aspetti di problematicità e di richiesta. *È nell'esperienza quotidiana degli operatori il peso del sentirsi chiamati in causa quali risolutori di mancanze drammatiche (compreso il lavoro)*. D'altra parte questo è un aspetto ineludibile ma nello stesso tempo intricato e spinoso in quanto, se mal gestito, o peggio sottovalutato, rischia di *logorare* e *parzializzare* nello stesso tempo la funzione del lavoro dell'operatore stesso.

- *Logorare* perché l'adesione totale al ruolo di "risanatori di mancanze" pone, alla fine, di fronte a compiti impossibili, i quali, se presi alla lettera, demotivano l'operatore, entrando in risonanza con il suo modo di vivere la mancanza: senso di impotenza, oppure scoraggiamento nei confronti delle possibilità dell'utente ecc. È importante che la mancanza, la ripetizione del fallimento non finiscano per essere considerate come uno scarto imbarazzante dagli scopi trasformativi del servizio e/o del progetto e/o dell'operatore stesso, ma vengano colte anche come l'espressione di un'irriducibilità da ri-conoscere, che sostanzia comunque la soggettività dell'utente, evitando il rischio di cadere in una sua colpevolizzazione senza vie d'uscita.
- *Parzializzare* perché più ciò che manca è connotato d'importanza (il lavoro, l'occupazione) e più prende la scena, rischiando di mettere in ombra altri importanti elementi: se l'azione dell'operatore consiste nel mettere gli utenti nella condizione di affrontare il proprio problema, piuttosto che rimediare direttamente alla loro mancanza (impresa comunque impossibile) allora la domanda non può essere presa solo per ciò che reclama ma anche per ciò che rivela del modo che la persona ha di affrontare la propria mancanza: nella domanda c'è l'espressione della visione del mondo di chi domanda e ci sono le condizioni attraverso le quali la persona si accosta al problema che ci pone. Quindi, la domanda deve essere, anche nella mancanze più drammatiche, colta ed elaborata per ciò che dice di come la persona si pone nel rapporto con la mancanza stessa, quale condizione indispensabile per lo sviluppo corretto della relazione d'aiuto.

Tali aspetti richiedono all'operatore *lo sforzo di acquisire e mantenere costantemente, con equilibrio, un particolare tipo di posizione, nella relazione*: di ascolto ma non di identificazione troppo immediata nell'altro, che permetta di prendere in considerazione sia l'oggetto della mancanza sia la necessità di interessarsi del modo che l'utente ha di abitare la sua mancanza e conseguentemente il modo che ha di attivarsi per affrontarla.

4.3 L'esigenza di una duplice mediazione

Occorre, in prima battuta, considerare il rapporto tra due aspetti per raffigurarsi la peculiare condizione del beneficiario del servizio:

1. da un lato, la condizione di *disturbo psichico* a cui è sottoposto e i conseguenti vincoli di funzionamento che tale condizione comporta sia in fasi ordinarie sia in fasi patologiche acute;
2. dall'altro, il fatto che tale condizione può creare *svantaggio*, cioè può dare luogo ad una *incapacità di azione* relativamente a qualche aspetto implicato nel *compito di sviluppo* posto dal problema occupazionale, tale da comprometterne la soluzione immediata e in autonomia.

Se da un lato la definizione in 1 identifica più il problema dal lato del servizio sanitario e quella in 2 lo identifica più dal lato del servizio per il lavoro, d'altra parte 1 e 2 non si trovano in una relazione di causalità lineare, bensì di causalità circolare nel senso che 1 e 2 si possono determinare recipro-

camente. Questa relazione tra disturbo psichico e svantaggio nel compito di sviluppo che pone il problema occupazionale costituisce la complessità di base la cui considerazione è imprescindibile per la costruzione di percorsi in grado di fornire risposte adeguate ai problemi che pone.
Ma in cosa si sostanzia questa complessità? Ci occorre dire qualcosa di più della specificità del destinatario dell'intervento.
Immaginiamo di essere al nostro primo giorno di lavoro: nuova azienda, nuovi colleghi, nuovo ruolo, magari una mansione mai svolta prima... È altrettanto immaginabile come tutto ciò non possa non comportare una certa angoscia. Presumibilmente cominceremmo a tenere testa a questa angoscia facendoci delle domande: "Ce la farò? Sarò accettato dai colleghi? Mi aiuteranno se sarò in difficoltà?"Altrettanto presumibilmente cercheremmo di darci qualche risposta: "In fondo sono preparato..., in fondo non ho nessuna prova per dire che incontrerò gente ostile..., se non ce la faccio pazienza! Ricomincerò daccapo..." Ebbene se provassimo ad immaginare come si potrebbe trovare, poniamo a titolo esemplificativo, una persona il cui funzionamento sia intaccato dalla psicosi, vedremmo che le cose potrebbero porsi molto diversamente. Anche in questo caso la situazione potrebbe non escludere una certa angoscia. Ciò che potrebbe fare la differenza sarebbero tuttavia le possibilità di mediare con la stessa. Nella psicosi tutto quel lavorio diffuso di domande, risposte, pensieri che alla fine costituirebbero una mediazione la quale, certo non senza fatica e qualche sofferenza, renderebbe comunque vivibile l'esperienza, è significativamente in grande difficoltà. E allora potrebbe accadere che il soggetto, a fronte di questa angoscia, non possa fare di più che barricarsi e sostare in un modo assolutamente irremovibile nell'assunzione che il suo caporeparto ce l'abbia *realmente* con lui e in modo altrettanto perentorio si predisponga per difendersene, magari licenziandosi il giorno dopo. Oppure potrebbe succedere che l'angoscia sia ancora meno mediabile e il soggetto scappi via prima senza dire nulla, o non voglia nemmeno varcare la soglia del cancello del cortile della fabbrica senza poter dire perché.
Ora, questo esempio banale, relativo a situazioni che comunemente si incontrano e si incontreranno nei percorsi di inserimento al lavoro, ci permette comunque di trarre alcune considerazioni irrinunciabili per il nostro ragionamento:

- il rapporto con l'esperienza determinato dalla malattia mentale è mediato da *un ordine imposto al soggetto*[15], non scontatamente riducibile, tanto meno con i mezzi tipici formativi così come sono intesi generalmente nel mondo del lavoro, nel quale si vuole fare ingresso;
- di più, *la logica di questo ordine può* (in ambiti più o meno estesi) *non essere compatibile con la logica del processo a cui gli operatori si rifanno per ordinare le proprie azioni*; nel caso sopra, in quanto operatore avrei un bel dire nel sostenere: «È importante che non ti licenzi, è importante che inizi a lavorare: siamo arrivati fino a qui... abbiamo fatto formazione, tirocinio... e così si manda tutto all'aria!». È evidente che dall'altra parte le questioni importanti sono altre perché si è *dentro un'altra logica*[16].

Detto questo ovviamente non significa dire che l'inserimento al lavoro sia impossibile, anche perché è noto a tutti che sono anni che diversi servizi e diversi utenti vi riescano con successo. Ciò che è

15 In proposito si veda Recalcati M., *Follia e struttura* in J. Lacan, in *Aut Aut. Pensare la follia*, NIS, Firenze, 1998, pp. 285-286.
16 Indubbiamente le questioni che sollevano questi due punti richiederebbero un adeguato approfondimento che tuttavia, per gli scopi di questo lavoro, non è del tutto sostenibile. Basti qui, per argomentare minimamente quanto si accenna, il riferimento, per esempio, al concetto di struttura di personalità quale organizzatore strutturante e irriducibile del funzionamento psichico: «organizzazione permanente più profonda dell'individuo, a partire dalla quale si organizzano sia le sistemazioni funzionali dette "normali" sia le vicende patologiche» (Bergeret J, *La personalità normale e patologica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1984, p. 7).

importante dire è che è impossibile un inserimento lavorativo che si fondi solo su una logica esclusiva, ad esempio quella che guida l'operatore nella sua organizzazione dell'intervento e che si esprime nelle pur necessarie procedure che definiscono e includono la sua azione dentro un'organizzazione. L'esempio citato ci mostra che la logica di queste procedure può non essere sempre sostenibile nella logica del funzionamento implicata dalla patologia psichiatrica: un soggetto può essere formato, può essere assolutamente in grado di svolgere una determinata mansione, ma nel momento in cui incrocia lo sguardo del vicino di postazione può trovarvi qualcosa che determini per lui un'impossibilità, una ragione assolutamente imprescindibile per allontanarsi dal luogo di lavoro, e ciò in un modo che può essere del tutto imprevedibile e incomprensibile per l'operatore. Ma è proprio qui che è chiamata in causa la questione della sua responsabilità: nell'assumere le sollecitazioni soggettive che tale "mancanza di senso" gli comporta e nel farsi carico di una relazione che non sia riduttiva dell'altro, laddove tale relazione non è da confondere con la "buona relazione" cioè la relazione piana in cui c'è sempre accordo e identità di vedute, ma piuttosto una relazione nella quale l'operatore deve poter ammettere e riconoscere il funzionamento dell'altro, soprattutto in ciò che vi è di più irriducibile, e cercare, a partire da questo riconoscimento, punti di contatto e traduzioni possibili della logica del processo proposto, compatibili con l'ordine imposto nel quale si esprime il funzionamento del destinatario.
In questo senso il ruolo dell'operatore assume una forte connotazione di mediazione: di mediazione tra il soggetto svantaggiato e il compito di sviluppo che gli pone il percorso di inserimento. Tale mediazione è però su due livelli che si sostengono reciprocamente: una *mediazione tecnica* che ha l'obiettivo di *sviluppare la capacità di azione* del soggetto (con strumenti formativi, orientativi...) e una mediazione al *rapporto del soggetto con questo compito di sviluppo*, cioè una mediazione che permetta al soggetto di accedere ad una propria rappresentazione del valore dell'impresa che gli si pone e quindi di desiderare di affrontare tale compito, e ciò che comporta, attraverso una logica che non può che essere solo la sua.

4.4 L'inevitabile (e proficua) tensione dialettica tra gli attori della rete

Se le considerazioni poste sin qui sono condivisibili, quali sono le conseguenze nell'allestimento e la conduzione delle reti che realizzano il servizio di integrazione socio-lavorativa? Non si pretende qui di dare risposte esaustive a tale domanda, risposte che del resto verranno fornite dai contributi successivi, in modo più dettagliato e articolato in dispositivi organizzativi e tecnici. Si cercherà piuttosto di sottolineare alcune questioni generali che si pongono in modo trasversale rispetto alle soluzioni proposte.
Come si è sostenuto, la malattia mentale pone, nel suo funzionamento, un'irriducibilità che non può essere considerata come elemento da rimodellare entro una logica di soluzione di problemi e di applicazione di procedure. Lo sforzo di tenere in campo sia il valore dell'irriducibilità, sia il valore del cambiamento (l'apprendimento, l'adattamento che il mondo del lavoro richiede), connota la posizione dell'operatore in un necessario e costante riferimento ad un responsabilità soggettiva oltre che tecnica. Cioè la responsabilità del proprio desiderio a fronte delle sollecitazioni del funzionamento "altro" del malato di mente, che, in quanto tale, crea mancanza (di risultati, di linearità, di pianificabilità, di comprensibilità...), affinché tali sollecitazioni non compromettano il riconoscimento e una relazione non oggettivante con lo stesso. In questo modo responsabilità soggettiva dell'operatore e possibilità di riconoscimento, quindi possibilità di una relazione con l'altro in grado

di sostenerlo nell'impresa non facile di entrare nella logica del mondo produttivo, finiscono per costituire due aspetti irrinunciabili e inscindibili.
La sfida che si pone è quella di garantire la sostenibilità di questi aspetti nel funzionamento delle reti che si vengono a strutturare nel processo di realizzazione del servizio. Non è possibile ovviamente definire in modo univoco come realizzare queste condizioni perché i funzionamenti delle reti non sono mai univoci ma si esprimono sempre in azioni contestuali degli attori nella relazione con diverse configurazioni degli elementi che contraddistinguono il sistema dei servizi in un dato territorio: risorse a disposizione nel servizio, risorse della rete dei servizi, risorse e predisposizione individuale dell'operatore, dinamiche contestuali del mercato del lavoro...
D'altra parte credo si possano indicare almeno due questioni come qualificanti un buon funzionamento di rete:
1) la valorizzazione delle reti primarie e secondarie informali;
2) il funzionamento della rete dei servizi come *comunità professionale*.
Per quanto riguarda il punto 1 il riferimento è alle potenzialità della funzione di supporto della rete relazionale di appartenenza. Più precisamente, si sostiene che la *qualità* dell'attivazione di chi è alle prese con importanti compiti di sviluppo personale sia fortemente determinata anche dal tipo di rapporto con la rete di appartenenza *primaria* oltre che *secondaria*.
Affinché il beneficiario del percorso di inserimento al lavoro possa contare sulle proprie migliori condizioni di *attivazione* possibili deve poter fare riferimento ad un sostegno adeguato alla propria *motivazione*, deve poter essere messo nelle condizioni di *poter utilizzare al massimo le proprie risorse* e di poter ridurre tutte quelle interferenze che potrebbero essere da ostacolo alla loro implementazione.
A questo proposito vorrei soffermarmi in particolare sulla *famiglia*, in quanto nodo, a mio parere, ancora sottoconsiderato in ambito di inserimenti socio-lavorativi. Eppure la famiglia, in quanto *rete primaria*, cioè caratterizzata da un sistema di rapporti dai contenuti anche affettivi che rispetto ai propri membri svolgono importanti funzioni di protezione, sostegno e sviluppo dell'identità, può fornire un aiuto determinante all'individuo nel mobilitare le sue risorse psicologiche e nel gestire i problemi emotivi, nel fornire supporto di fronte a compiti particolari (quale può essere iniziare o riprendere a lavorare) o nel fornire risorse aggiuntive come beni materiali, strumenti, abilità, indicazioni di ordine cognitivo. In particolare questo assunto trova ulteriore fondamento nel riferimento al fatto che, molto spesso, le persone con qualche forma di svantaggio si trovano, giocoforza, in una relazione di particolare *dipendenza* da una rete primaria di relazioni, quando questa esiste. Diviene quindi necessario pensare a servizi alla famiglia che consentano di mobilitare al meglio tutte quelle risorse che permettono di sostenere il fronteggiamento del difficile *compito di sviluppo* che spetta all'individuo, ma anche al resto della famiglia, di fronte al percorso di acquisizione del lavoro, nel riferimento ai cambiamenti e ai conseguenti adattamenti che il perseguimento di tale obiettivo comporta nell'intero sistema familiare.
Oltre alla famiglia è necessario valorizzare, nell'ambito delle reti secondarie informali, anche quelle forme di aggregazione, ad esempio, come i gruppi di auto aiuto che possono fornire un valido supporto sotto forma di "supplenza" alle difficoltà di mediazione con l'esperienza descritte sopra che, nel disturbo psichico, in alcuni momenti possono raggiungere livelli compromettenti rispetto alla possibilità di tenuta della relazione con il contesto sociale.
Per quanto riguarda il punto 2 si può iniziare col dire che chiunque abbia esperienza di lavoro in reti che realizzano servizi complessi come quelli di integrazione socio-lavorativa sa benissimo che esiste una questione spinosa relativa alla divisione del lavoro: la divisione del lavoro in base alle professionalità dei diversi attori è cosa necessaria e indiscutibile, ma è altrettanto vero che tale di-

visione nell'operatività non sopporta mai un'eccessiva rigidità.
Si pone quindi il problema della condivisione dell'aspetto "diagnostico", del tipo di valutazione, del tipo di idea dell'altro che ogni attore interpone tra sé e il beneficiario del servizio. Ogni volta che una rete di servizi si mette in rapporto con un utente, i diversi attori operatori, in diversi ambiti (servizi sociali, servizi per il lavoro, servizi sanitari), ma anche gli *stakeholder* (datore di lavoro...) fanno una propria "diagnosi" dell'utente stesso.
Si tratta di una valutazione che trae inevitabilmente origine sia dalle caratteristiche della quotidiana operatività di ogni attore, sia dal tipo di sollecitazione che il particolare rapporto con l'utente pone all'operatore in relazione agli obiettivi del proprio ruolo. Tale valutazione è inevitabile in quanto è impossibile mettersi in relazione con qualcuno senza farsi un'opinione su di lui, senza collocarlo in una determinata posizione rispetto ai propri scopi di ruolo. È poi altrettanto immaginabile come tale valutazione, come tale sapere sull'altro, possano restare impliciti, cioè implicati nel proprio operare quotidiano, ma anche nel proprio modo di pensare personale, nelle proprie impressioni sull'altro, quindi difficilmente esplicitabili ed elaborabili. Infine tale valutazione è quella che, condizionando l'attore nel rapporto con l'utente, incide profondamente sull'organizzazione dell'intervento e del contesto relazionale attorno all'utente stesso[17].
Il problema che ci si deve porre all'interno della rete è dunque questo: dal momento che la comprensione della malattia psichica è un procedimento complesso e richiede un certo rigore nell'applicazione di conoscenze che non sono in dotazione a tutti gli attori all'interno della rete, dal momento che, per necessità, la rete dei servizi per l'integrazione socio-lavorativa è multi-attoriale e pluriprofessionale e che è inevitabile che ogni attore produca una propria "diagnosi" più o meno implicita dell'utente, come è possibile armonizzare tutti questi punti di vista senza depauperare la pluralità della rete, garantendo al contempo l'esercizio dei diversi punti di vista entro limiti invalicabili di adeguatezza e di correttezza nella considerazione della condizione dell'utente?
Una metafora utile per pensare ad una rete che tenga conto di tale questione mi sembra l'immagine del telone dei pompieri[18]. Se proviamo ad immaginare come un pompiere tenga il telone affinché la persona che si lancia dalla finestra per mettersi in salvo non si sfracelli, vediamo che il movimento necessario è che ogni pompiere tiri nella sua direzione, in direzione opposta all'altro di fronte: sono facilmente intuibili le conseguenze del movimento nel caso in cui ogni pompiere si muovesse in direzione dell'altro, verso il centro... Naturalmente questa tensione deve essere organizzata e coerente con lo scopo di spostarsi insieme per poter accogliere la persona nella caduta.
Mi sembra una metafora interessante per i nostri scopi in quanto da un lato include la funzione della differenza implicata nella multiattorialità della rete: è necessario che ognuno produca e metta in circolo un punto di vista proprio e non bisogna temere la tensione dialettica che ciò viene a generare; dall'altro è necessario che l'esercizio di questi diversi punti di vista sia organizzato attorno a capisaldi, nodi, vincoli (il telone) che gettino un ponte tra i diversi attori e ne permettano un movimento armonico (cogliere la persona in caduta) senza la riduzione della specificità professionale e soggettiva.
Un funzionamento di questo tipo mi sembra necessario in quanto costringe a far operare la rete sulla base dell'esercizio di un costante sforzo di osservazione critica, di argomentazione e di articolazione dei problemi che si presentano, preservando gli attori dal rischio di agire posizioni troppo

17 Si veda lo sviluppo di questa tesi relativamente al lavoro in équipe nei servizi psichiatrici in Gambini F. Freud e Lacan, Psichiatria, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, pp. 6-7.
18 Ibid.

implicite e come tali poco mediabili, oltre che non necessariamente utili per il destinatario.
Aldilà della suggestione dell'immagine, resta indubbiamente da capire come, nella pratica, realizzare le condizioni organizzative che rendano possibili tali requisiti. In proposito mi sembra di cogliere un suggerimento nell'espressione *rete come comunità professionale*, utilizzata da Adriana Luciano. Per quanto ho colto, con tale espressione si intende alludere alla necessità di investire sulla strutturazione, dentro le reti, di attività di sviluppo e condivisione di elementi culturali, non tanto e non solo di tipo strettamente tecnico, ma piuttosto tali da fornire un substrato, un "humus" attorno al quale la rete degli attori si possa riconoscere, aldilà delle proprie identità professionali. Elementi che quindi si avvicinerebbero a qualcosa di più simile a *competenze chiave trasversali* relative al servizio per cui la rete è predisposta. *Più generali* delle competenze puntuali che realizzano le diverse attività dei processi, e tali da acquisire, per il sistema professionale, un senso *che non risponda solo alla logica dei processi predisposti dai diversi servizi ma risponda anche alle aree problematiche precipue* emergenti nel processo di integrazione tra la specificità della condizione dell'utente con il contesto sociale lavorativo. Elementi quindi in grado di funzionare come il telone dell'immagine descritta sopra, tali da costituire una sorta di "cerniera" funzionale al legame tra professionalità diverse e a sostegno della dialettica necessaria per evitare una presa in carico oggettivante dell'utente.

_Parte seconda

Le esperienze di Rete sviluppate dal Pro.P nelle diverse realtà territoriali

5 _Il caso del Piemonte

Nella regione Piemonte è stata sviluppata una linea di azione dedicata alla costruzione di una Rete Integrata tra gli operatori dei DSM, della Cooperazione Sociale, dei Centri per l'Impiego e degli altri attori del sistema per l'inserimento lavorativo di persone con disturbo psichico.
Il prodotto di questa attività è la Delibera di Giunta regionale n. 60-12707 del 30-11-2009 che approva "Indicazioni relative alla realizzazione di progetti di inserimento lavorativo rivolti a persone con disturbo psichico".
I paragrafi seguenti descrivono il contesto normativo ed istituzionale nel quale si sono sviluppati i lavori, la metodologia adottata ed i prodotti ottenuti.

5.1 I riferimenti istituzionali fondamentali

L'esperienza pregressa ed il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010
Dopo il triennio 1997-1999, il Servizio sanitario regionale era rimasto privo di indispensabili strumenti di governo. Lo sviluppo del sistema socio-sanitario della regione Piemonte è stato fortemente condizionato dalla mancanza di:

- indicazioni programmatiche, formali ed organiche, che individuassero gli obiettivi strategici e le scelte organizzative e che promuovessero modalità di organizzazione del lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie e socio-assistenziali;
- integrazione con le specifiche politiche socio-assistenziali e, più complessivamente, con le politiche intersettoriali, determinando una serie di mancate opportunità e squilibri.

All'inizio del 2006, il Piano Socio-Sanitario regionale era in fase di avanzata elaborazione ed un primo compito è stato quello di redigere la parte di Piano sulla salute mentale. Per affrontare in maniera adeguata una nuova elaborazione che rispondesse alle esigenze dell'attuale realtà piemontese è stato costituito un gruppo di lavoro composto sia dai professionisti del settore che da delegati di cooperative e associazioni di utenti e famigliari e che ha avuto il compito di effettuare una prima analisi degli elementi più critici dell'attività dei servizi psichiatrici.
La maggiore criticità riscontrata nell'esperienza passata nella Regione Piemonte è stata la residenzialità psichiatrica. Infatti, la Regione ha conservato un circuito parallelo di posti letto psichiatrici in Case di Cura Private (700 posti letto). A questi posti letto si sono aggiunti, a partire dagli anni '90, più di 1000 posti generati dall'apertura di Comunità Terapeutiche gestite dal privato sociale e da quello imprenditoriale. I tempi di permanenza dei pazienti nelle Comunità Terapeutiche sono divenuti assai alti rispetto alla media nazionale: il 50% dei pazienti vi permane per più di 3 anni. Inoltre, il 20% di persone nelle Comunità è sottoposto a misure di sicurezza ed il 35% dei pazienti proviene da altre Regioni. Tale fenomeno è legato a scelte di politica sanitaria che hanno delegato in modo massiccio la cura dei pazienti più gravi a strutture private sottraendo così risorse economiche e umane ai servizi territoriali.
Tuttavia è opportuno ricordare che la Regione Piemonte, a partire dagli anni '80, ha intrapreso percorsi virtuosi mirati al pieno superamento degli Ospedali Psichiatrici. Sono state sperimentate soluzioni avanzate di supporto in alloggio a pazienti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico. La fase intermedia del processo di superamento è stata caratterizzata dalla creazione delle Aree Socio-Sanitarie (Collegno e Grugliasco), sedi di Ospedali Psichiatrici, che hanno portato alla trasformazione

dei reparti del manicomio in comunità terapeutiche, dentro le mura del vecchio ospedale, propedeutiche alla dimissione e all'inserimento delle persone in abitazioni sul territorio. L'aspetto qualificante di questa esperienza è stato che un gran numero di pazienti sono stati dimessi riabilitati e ricollocati in alloggi e non trans-istituzionalizzati come invece avvenuto in altre situazioni. L'attuazione del programma di superamento è avvenuta attraverso la riconversione della spesa storica dell'Ospedale Psichiatrico in risorse di personale e di strutture per l'apertura dei servizi territoriali, con la presenza in alcune USL, di *equipe* dedicate al supporto domiciliare di pazienti molto gravi.
Al superamento della criticità legata alla residenzialità psichiatrica si deve aggiungere la necessità sia di migliorare l'integrazione tra servizi all'interno ed all'esterno delle aziende sanitarie che di rilanciare le attività di inserimento sociale e lavorativo che avevano fortemente caratterizzato l'avvio del processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici.
Attraverso il monitoraggio dell'impiego delle risorse e delle attività dei servizi di salute mentale si è potuto constatare che, in quei servizi in cui la soluzione residenziale è stata una scelta prioritaria, è stato penalizzato l'investimento in altri percorsi, quali quelli di inserimento lavorativo. Inoltre, è noto che le persone inserite in strutture psichiatriche molto difficilmente hanno accesso alle opportunità presenti sul territorio sia a causa dei modelli teorici di riferimento che alla collocazione delle strutture le quali raramente sono in grado di curare in modo efficace i rapporti con l'esterno.
Attualmente, il nuovo Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 rappresenta un documento fondamentale per delineare esplicitamente le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività piemontese. Questo nuovo documento di pianificazione mira a rappresentare una decisa inversione di rotta su un percorso finora polarizzato sulla sola modulazione di offerta dei servizi sanitari, tracciando a grandi linee l'evoluzione a medio e a lungo termine del sistema, con un'attenzione particolare all'analisi dei determinanti, delle domande e dei bisogni socio-sanitari.
Dopo la fase di ricognizione della realtà piemontese ed in seguito all'approvazione del Piano Socio-Sanitario, sono stati elaborati obiettivi specifici per la salute mentale inseriti nei *Piani di Riqualificazione dell'assistenza e Riequilibrio economico-finanziario* delle Aziende Sanitarie Regionali.
Tra tali obiettivi specifici è stato formulato anche quello per incentivare gli inserimenti lavorativi in applicazione dell'art. 14 del d.lgs 276/2003. A seguito dell'approvazione delle *Linee di indirizzo per la salute mentale* nel marzo 2008, si è dato avvio, nelle Aziende Sanitarie, alla elaborazione dei Piani di zona per la salute mentale. Gli incontri sono stati promossi dall'Assessorato Tutela alla Salute e Sanità ed hanno visto la presenza degli operatori dei servizi e di tutte le agenzie presenti sui territori, tra cui la cooperazione sociale e le Associazioni di volontariato e di pazienti.
L'Assessorato ha, inoltre, promosso nelle Aziende la creazione di un registro di tutte le Associazioni con l'obiettivo di tutelare i diritti degli utenti e la loro partecipazione alla programmazione dei servizi di salute mentale.

Organizzazione e funzioni
Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio piemontese, che trovano la più recente e dettagliata articolazione all'interno del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*", comprendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale presso specifiche strutture, qui di seguito descritte nel dettaglio.

Distretti Sanitari
Le Aziende Sanitarie Locali piemontesi si articolano in 62 Distretti Sanitari, i cui ambiti territoriali sono nella maggior parte dei casi coincidenti con gli ambiti delle Unità Socio-Sanitarie Locali Preesistenti alla

L.R. 10/1995 e, quindi, mantenendone l'articolazione logistica diffusa sul territorio, con sedi sub-distrettuali e sportelli per i cittadini dislocati nei Comuni già sedi di distretto prima della riforma del 1995.
Nell'organizzazione del sistema sanitario regionale, il distretto rappresenta l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale che, ad un livello territoriale prossimo al cittadino, garantisce l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria e delle prestazioni socio-sanitarie.

Dipartimento della Salute Mentale (DSM)
In applicazione della normativa nazionale e regionale vigente (D.P.R. 7.4.94 "*Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96*", L.R. 61/1997 Piano Sanitario Regionale 1997/99, D.P.R. 10.11.1999 "*Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000*") l'assistenza psichiatrica in Piemonte è organizzata nei *Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)* presenti in tutte le Aziende Sanitarie. Il modello dipartimentale è quello risultato più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica dei servizi di salute mentale dell'età adulta. In tutto il territorio della Regione Piemonte sono stati istituiti 25 Dipartimenti di salute mentale.
Il D.S.M. è un dipartimento unico, in alcuni casi interaziendale (quando lo S.P.D.C. ha sede nell'Azienda Ospedaliera) ed è diretto da un Direttore il quale assicura il coordinamento fra le articolazioni organizzative (Moduli) ed è responsabile di tutte le attività svolte dal Dipartimento nonché della gestione delle risorse assegnate. Ciascuna unità modulare del D.S.M. è diretta da un dirigente medico, responsabile degli interventi erogati nell'ambito territoriale di riferimento.
Il DSM è costituito dalle seguenti strutture: Centri di Salute Mentale (CSM); Strutture semiresidenziali (Centro Diurno CD e Day Hospital DH); Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC); Strutture Residenziali (SR).

Centro di Salute Mentale (CSM)
Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza anche negli ospedali senza SPDC. Dovrebbe essere attivo 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. L'accesso può essere diretto dell'utente anche se per lo più i pazienti vengono inviati dai Medici di Medicina Generale. I CSM nella regione Piemonte sono 66 (2,3 ogni 150.000 abitanti).

Strutture semiresidenziali (Centro Diurno CD e Day Hospital DH)
Le strutture semiresidenziali[19], Day Hospital psichiatrico e Centro Diurno, sono destinate ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Attualmente i Centri Diurni sono 47 (1,7 ogni 150.000 abitanti), ed i *Day Hospital* sono 23 con 61 posti letto (0,1 posti letto per 10.000 abitanti).
Il *Day Hospital* è una struttura semiresidenziale in cui vengono attuati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine delineati dal C.S.M. E' aperto almeno otto ore al giorno ed è utilizzato da pazienti con psicopatologia sub-acuta aventi necessità di intervento farmacoterapico e psicoterapeutico-riabilitativo. Ha la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno nonché di limitarne la durata quando questi si rendano indispensabili. La sua configurazione strutturale deve perciò prevedere momenti di medicalizzazione dell'intervento e garantire la presenza di locali idonei ad accogliere pazienti che necessitino di terapie infusive e sedative. E' una struttura in cui possono essere ottimizzate pro-

19 Cfr. D.P.R. 7 aprile 1994, Approvazione del progetto-obiettivo Tutela della salute mentale 1994-1996.

cedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso descrittivo che in senso psicologico-clinico. Pertanto costituisce un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M.
Il *Centro Diurno* è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico) tese a prevenire e contenere il ricovero. E' aperto almeno otto ore al giorno. L'utenza del CD è costituita da soggetti i cui bisogni derivano da incapacità, o difetti gravi, nello stabilire validi rapporti interpersonali e sociali. Il CD configura uno spazio in cui *l'equipe* operante offre strumenti e opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere idonee modalità di contatto interpersonale nella forma di rapporti individuali e di gruppo. L'offerta comprende anche una gamma di programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in senso lavorativo, per le quali andranno individuate le risorse personali e le attitudini di ogni singolo utente e progettati per ciascuno programmi adeguati. Il CD può essere utilizzato da soggetti la cui sofferenza psichica è riferibile a cause diverse e iscrivibile in quadri psicopatologici molto differenziati.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
Il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* è collocato all'interno degli Ospedali Generali, in stretto collegamento con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) del Pronto Soccorso. Attualmente in Piemonte il numero dei posti letto in SPDC è di 0,7 ogni 10.000 abitanti. Tutti i DSM hanno un SPDC tranne le ASL 7 e 12 che si avvalgono dei posti letto rispettivamente delle ASL 6 e 11. Il SPDC è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti sanitari volontari e obbligatori (TSV o TSO) in condizione di ricovero; inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Gli SPDC presenti nel territorio sono 23 con una disponibilità di posti letto pari a 282 (0,66 per 10.000 abitanti).

Strutture Residenziali (SR)
La *struttura residenziale terapeutica* esplica le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7 Aprile 1994, per il trattamento di situazioni di acuzie e di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti. Per l'attuazione di programmi terapeutici-riabilitativi è necessario che vengano predisposti con il coinvolgimento del paziente, la famiglia e gli operatori della struttura ricevente progetti personalizzati concordati con il Dipartimento di Salute mentale inviante.

5.2 Le caratteristiche della collaborazione istituzionale

La necessità di una partnership formalizzata
Tutti abbiamo diritto ad avere un lavoro stabile e produttivo in condizioni di equità, sicurezza e dignità umana. E' noto che l'esercizio di questo diritto per le persone affette da patologie mentali è una vera sfida. Il tasso di disoccupazione per le persone affette da patologie psichiatriche è del 90% – per le altre disabilità è invece del 50%. Le persone affette da patologie mentali che desiderano avere un lavoro e giudicate in grado di lavorare sono l'80%, ma di queste solo il 10% ha un lavoro.
Risolvere questo problema è un impegno dal punto di vista etico quale difesa di un diritto, e un obbligo da un punto di vista sociale in quanto alti tassi di disoccupazione sono indice di esclusione sociale.

Non meno importante è il punto di vista clinico, in quanto il lavoro porta a un miglioramento aumentando la stima di sé, riducendo i sintomi e la dipendenza dai servizi.
Nella salute mentale il dibattito aperto sulla questione lavoro, generato negli anni '70-'80 dalle lotte anti-istituzionali, ha prodotto esperienze diffuse in tutto il Paese, sia nel campo dell'impresa sociale che in quello dell'inserimento lavorativo di disabili psichici nelle aziende. Sono oramai tutti d'accordo che avere un'occupazione è infatti considerato come una tappa fondamentale nel processo di guarigione/*recovery* dalla malattia mentale: si è così dimostrato nei fatti, attraverso le esperienze dirette dei pazienti, il superamento della dicotomia tra cura e riabilitazione. In quest'ottica le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale sono andate convergendosi e specializzandosi in quanto l'esercizio del diritto al lavoro attiene strettamente al discorso terapeutico-riabilitativo e a quello della restituzione al paziente psichiatrico dei diritti-poteri. Da questo ambito di azione è emersa, in maniera sempre più impellente, la necessità di prevedere meccanismi di regia e integrazione delle pratiche svolte dai vari tecnici facenti capo a istituzioni diverse. In questo contesto di azioni virtuose, sostenute a volte solo dalla volontarietà degli operatori, si è resa evidente la necessità di riconfigurare e stabilizzare l'operatività "in rete" in un contesto formalizzato, a livello istituzionale, prevedendo una *partnership* "obbligatoria" tra operatori dei Servizi per il lavoro, delle ASL e dei Consorzi Socio-assistenziali.

La programmazione regionale rivolta al collocamento delle persone disabili
Alla data del 2008 gli iscritti al collocamento mirato che si dichiarano disponibili a lavorare sono, in Piemonte, 18.142 con un incremento medio annuo (dal 2000 al 2008) di 750 unità.
Il collocamento mirato ex Legge 68 ha rappresentato un salto di discontinuità positivo rispetto ai risultati ottenuti dalla L. 482/68 infatti gli avviamenti al lavoro dal 2000 al 2008 sono 22.992 (una media annua di 2.554) a differenza degli avviamenti della 482/68 che contava una media di 300 avviamenti all'anno.
Il salto di qualità basato sulla costruzione di interventi personalizzati attraverso una rete diffusa di servizi territoriali di politiche attive del lavoro, rapporti di collaborazione e di servizio sempre più consistenti con le imprese e con la rete più ampia dei servizi sociali e sanitari ha condotto a risultati importanti di avviamenti al lavoro di persone disabili.
Possiamo senz'altro affermare che la Legge 68 e i nuovi servizi del lavoro hanno portato ad un miglioramento significativo dei risultati per le persone in termini di nuova occupazione.
I due principali strumenti finanziari che hanno consentito alla Regione Piemonte di attuare la programmazione delle politiche per l'occupazione sono:

- Il Fondo Nazionale per l'inserimento al lavoro dei disabili con una dotazione finanziaria dagli anni 2000 al 2008 pari a € 28.058.430,24;
- Il Fondo Regionale per l'inserimento lavorativo dei disabili (art.14 L.68/99; L.R. 51/2000) che ha visto la conclusione, nel primo semestre dell'anno il 31/12/2008, dei Piani Provinciali di Fondo Regionale per l'inserimento lavorativo dei disabili.

In generale si può affermare che questa esperienza ha visto un netto miglioramento del percorso di accompagnamento individuale all'inserimento lavorativo, una crescita della sensibilizzazione delle aziende rispetto all'accoglienza dei soggetti disabili, il rafforzamento e, spesso, la formalizzazione di una Rete tra i soggetti che intervengono, a vario titolo, nei processi di inserimento lavorativo.
Complessivamente si nota una crescita di credibilità da parte dell'utenza nei confronti dei Servizi di Collocamento Mirato. Infatti le imprese iniziano a vedere i Centri per l'Impiego come dei soggetti capaci di fornire il supporto e la consulenza adeguata anche attraverso la ricerca di soluzioni dei problemi connessi agli ambienti ed agli strumenti di lavoro e la predisposizione di forme di agevolazione e di sostegno economico. Anche per quanto concerne le persone con disabilità si nota una crescita di fiducia nei confronti dei Servizi, infatti costoro, che vedono rivalutate le proprie capacità

e competenze, iniziano ad avere una maggiore autostima che li aiuta ad affrontare in maniera più serena e più fiduciosa i percorsi di inserimento che vengono loro proposti.
Nel 2009 ha preso avvio il successivo Fondo Regionale per l'inserimento al lavoro dei disabili (programmazione 2008-2010 - DGR 73-10176 del 24 novembre 2008), con una dotazione finanziaria di € 12.406.263, che acquisendo le esperienze della precedente edizione, ha introdotto rilevanti elementi a supporto delle iniziative progettuali di inserimento lavorativo. A tale proposito è costituito, già da tempo, un gruppo di lavoro Regione/Province con il compito di affrontare e confrontarsi sulle problematiche che la Legge 68/99 pone ed in particolare su tutto ciò che attiene al collocamento mirato al fine di pervenire ad un programmazione condivisa delle attività.
Si è partiti, infatti, dall'esigenza di migliorare la finalizzazione di queste iniziative progettuali attraverso una migliore individuazione del fabbisogno specifico delle persone (la domanda alle politiche) e, poiché la costruzione della risposta delle politiche implica la costruzione di un progetto di inserimento lavorativo si è tentato di specificarne gli elementi sostanziali per la sua predisposizione:

- approfondendo le specificità e necessità di ogni singolo utente: in particolare sviluppando, dopo una prima sperimentazione in alcune aree del Piemonte, l'utilizzo della diagnostica ICF, che parte da un approccio alla disabilità di tipo bio-psico-sociale, ponendo attenzione non solo alle "capacità " generiche del soggetto, ma anche e soprattutto alla "performance" da lui fornita in ambiente reale, consentendo così di contestualizzare gli interventi, con la evidenziazione dei fattori ambientali positivi o delle situazioni negative e consentendo, inoltre, di definire un linguaggio comune tra i vari attori delle reti. (DGR n.28-8639 del 21.4.2008);
  d'altra parte la diagnostica stessa fa parte di un processo di presa in carica della persona per interventi di politica del lavoro che richiede una condivisione del progetto da parte dei servizi sociali e sanitari, tramite loro operatori specifici sviluppando ulteriormente quanto previsto dalla Legge 68 in materia di Comitato Tecnico.
- attivando la persona (per quanto possibile) nella corretta individuazione dei suoi problemi in modo da tradurli in obiettivi condivisi e perseguibili dall'intervento (il coinvolgimento del beneficiario finale in tutto il percorso progettuale consente di produrre interventi realmente personalizzati, efficaci e rispettosi delle effettive esigenze dei soggetti disabili);
- individuando i diversi attori provenienti da contesti differenti quali sanità, politiche sociali, lavoro, formazione (operatori del Centro per l'Impiego e Collocamento Mirato, tutor, operatori dei DSM e Ser.T, formatori, educatori, famiglia, imprese, volontariato, ecc.) che concorrono alla organizzazione ed alla realizzazione delle diverse articolazioni del progetto.

Il lavoro concertato tra questi diversi attori richiede un'attività di coordinamento e di regia della rete (nel caso degli interventi di politica del lavoro fa capo istituzionalmente ai CPI ed alla Provincia) che consenta un reale governo dell'agire della rete e delle risorse in essa disponibili, ferma restando la responsabilità progettuale specialistica di ciascun attore (per esempio la ASL sulla componente medico terapeutica e sugli ausili). Si tratta cioè di individuare una responsabilità tecnica – gestionale *(amministrativa*) riconosciuta da tutti i partner, che permetta di presidiare le connessioni tra i diversi attori e di coordinare le singole componenti dei progetti di inserimento lavorativo per le persone, "assemblando" e finalizzando al meglio i contributi di tutti gli attori coinvolti.
Questo referente tecnico-gestionale generale del progetto accompagna lungo tutto il percorso lo stesso utente e dunque assume, per la persona, la veste di referente primario e personalizzato che interviene nel garantire il collegamento con tutti gli altri attori interessati.
L'elemento di innovazione per i progetti di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici è quindi la costruzione di una base partenariale obbligatoria tra i soggetti coinvolti e cioè servizi sociali e sanitari nonché servizi per l'impiego.

Infatti, l'Assessorato al Lavoro, congiuntamente all'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, ha recentemente approvato una deliberazione (DGR n. 60-12707 del 30/11/2009) che stabilisce che tutti i progetti di inserimento lavorativo riguardanti soggetti disabili affetti da patologie psichiatriche devono prevedere una partnership obbligatoria tra i servizi provinciali del lavoro competenti (previsti dalla Legge 68/99), i servizi sanitari (ASL, Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze Patologiche) e solidarietà sociale (Comuni e Consorzi Socio-assistenziali) con compiti di definizione e supporto, ciascuno per le proprie competenze, nella progettazione e realizzazione delle attività.
Inoltre, è prevista la definizione di un patto di servizio poiché l'organizzazione mirata di progetti personalizzati richiede, per diventare operativa, che il progetto sia condiviso tra i diversi attori di servizio coinvolti, la persona e l'impresa.
In questo senso la persona acquisisce un potere negoziale diretto, quindi un diritto-potere, che lega la richiesta di aiuto ad una assunzione volontaria di responsabilità nell'accettare un progetto di intervento che ha contribuito a definire e che ha valutato.
In questa operazione di partecipazione, di valutazione e di accettazione, la persona, se lo richiede, può essere supportata da suoi riferimenti di fiducia che lo aiutano e lo sostengono nel rapporto con i servizi mettendone in evidenza esigenze e diritti.

5.3 La filosofia ed il percorso seguito

I presupposti e le linee di lavoro[20]

La Regione Piemonte ha aderito al Programma Pro.P con l'obiettivo di produrre un atto amministrativo di concerto fra l'Assessorato alla Sanità e l'Assessorato al Welfare e al Lavoro, orientato a creare le condizioni per far sì che i diversi soggetti coinvolti nei progetti di inserimento lavorativo, realizzino un raccordo efficace nella progettazione relativa a tale scopo.
Nell'ambito di questo obiettivo istituzionale il gruppo di lavoro ha operato per individuare:
1) *i processi* attraverso i quali si attivano e si realizzano i percorsi che conducono all'occupazione;
2) *gli strumenti* che possono essere messi a punto per facilitare i processi, realizzando una implementazione efficace della base partenariale fra i diversi soggetti preposti a questo compito.

Si è trattato quindi di un lavoro di *ricognizione, analisi e sistematizzazione* realizzato fra operatori che a vario titolo e con diversi ruoli, nelle comunità locali e nei servizi del territorio regionale, si occupano di integrazione socio-lavorativa di persone con svantaggio derivato da disturbi psichiatrici.
La normativa esistente (europea, nazionale e locale) contiene molte indicazioni sia di principio che operative sulla necessità di attivazione e raccordo della rete. Inoltre esistono a livello regionale molte esperienze, alcune delle quali consolidate, di partenariati che si sono dati modalità di fun-

20 I contenuti del documento si sono sviluppati all'interno del Gruppo di Lavoro "Rete Integrata"composto da :
Barbero Anna Maria- DSM ASL TO 4
Corona Guido – DSM ASL BIELLA
Liberti Tiziano – Provincia di Torino, Servizio Disabili
Papa Giuseppina – Provincia di Biella, Centro per l'Impiego
Sala Gabriella – DSM ASL ASTI
Martini Barbara – DSM ASL TORINO 1
Dutto Diego – Lega delle Cooperative
Perez Angelo – Confcooperative
Montorfano Emanuele - psicologo
Benghi Mita – Forcoop
Marinelli Chiara – Associazione Arcobaleno – coordinatrice del gruppo di lavoro

zionamento e strumenti formali per definire gli accordi fra i soggetti.
Si è scelto quindi di non soffermarsi sulla definizione di chi sono i soggetti e quali ruoli e ambiti di competenza hanno, ma di lavorare sulla *individuazione di condizioni e dispositivi organizzativi che sostengano e guidino i soggetti della rete nella pratica dei processi per l' integrazione lavorativa, salvaguardando e integrando le specificità di ogni contesto e delle identità professionali.*
Il confronto sui temi emersi nel gruppo di lavoro ha enucleato alcuni argomenti che si considerano rilevanti questioni di fondo e presupposti dell'analisi sviluppata:

1) La Rete è intesa come un *sistema complesso di soggetti,* alcuni dei quali imprescindibili, come il beneficiario, i Servizi per il Lavoro e i Dipartimenti di Salute Mentale, altri presenti all'interno del sistema in base alle caratteristiche delle esperienze locali (cooperative sociali di tipo B; associazioni di utenti e/o familiari; cooperative sociali di tipo A; agenzie formative;...)
2) Ogni sistema di soggetti definisce localmente un dato *funzionamento:* non ci si riferisce quindi ad un unico e rigido modello organizzativo, ma si riconoscono modelli diversi e quindi funzionamenti differenti in quanto connessi alle diverse configurazioni degli elementi che contraddistinguono il sistema dei servizi in un dato territorio (risorse a disposizione dei servizi, risorse e predisposizione individuale dell'operatore, dinamiche del mercato del lavoro,...)
3) In ogni sistema di soggetti è importante che siano riconosciute *funzioni e competenze chiave trasversali*, ovvero:
   - un sistema di azioni da garantire per qualificare un processo come percorso di inserimento lavorativo,
   - competenze che non sono specifiche di un ruolo professionale o di uno dei soggetti della rete, ma devono essere condivise e garantite da ogni soggetto del sistema.

   La definizione di queste competenze può permettere la *condivisione di elementi culturali* che sostengano l'intera comunità professionale, senza uniformare i diversi profili."Una competenza trasversale costituisce una sorta di nodo culturale, una cerniera che è funzionale al legame tra professionalità diverse; svolge un ruolo di substrato culturale che permette lo sviluppo e il mantenimento di una *comunità professionale*"[21]. Significa creare i presupposti per una lettura e rappresentazione condivisa dell'oggetto di lavoro.
4) E' necessario assumere la *specificità della malattia mentale* quando si affronta il tema dell' inserimento al lavoro di soggetti disabili; significa assumere la complessità del problema psichiatrico senza ridurla a un deficit da colmare. E' emerso infatti che l'inserimento al lavoro in psichiatria presenta aspetti critici:la non prevedibilità, la difficoltà a pianificare i percorsi e a procedere secondo modalità standard e fasi preordinate. La persona con disturbi psichiatrici si esprime in modo peculiare, ha un modo di funzionare che non conosciamo a priori ma dobbiamo conoscere e riconoscere nello svolgimento di tutto il percorso. Ciascun soggetto della rete deve quindi, nei diversi passaggi, tener conto di questo e investire sulla qualità della relazione operatore/utente per poter accogliere, leggere e integrare nel processo gli elementi portati dal beneficiario che non sono né lineari né prevedibili. Questa dimensione richiama ad una responsabilità soggettiva degli operatori che deve coniugarsi con le responsabilità di tipo tecnico che sono proprie di ogni profilo professionale coinvolto.

A partire da questi presupposti, il lavoro si è sviluppato su alcune linee:

1) Ricostruire la mappa di processo dell'inserimento lavorativo con l'individuazione delle macrofasi e degli attori coinvolti (vedi par. 5.4.3).
2) Raccogliere, confrontare e rielaborare esperienze realizzate in Regione sia attraverso i docu-

21 Vedere per questo punto quanto esposto da E. Montorfano nella parte prima (capitolo 4).

menti formali redatti (protocolli di intesa far DSM e CPI, determine dei DSM, convenzioni,...) sia attraverso testimonianze dirette degli operatori. Questo punto ha sostanzialmente permesso di mettere a fuoco l'opportunità di alcuni strumenti:

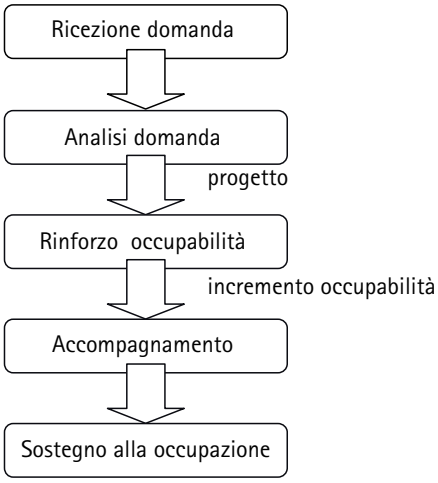
a) fornire un *articolato tipo* da utilizzare per regolare i rapporti fra DSM e CPI la cui interazione è individuata come elemento di criticità (vedi par. 5.4.2);
b) selezionare e indicare quali sono *le normative* che applicate, permettono di avviare e facilitare percorsi.

3) Dare visibilità e consistenza a quanto emerso dalla raccolta e analisi delle esperienze dei DSM: un ambito di attività proprie dei Dipartimenti che sono state definite " *azioni di sostegno alla occupabilità*", realizzate principalmente con risorse sanitarie, in modo molto disomogeneo fra DSM e DSM, e per lo più senza alcuna connessione con uno dei principali attori del sistema quale è il CPI.
4) Individuare i principali elementi di criticità dei sistemi di soggetti operanti;
5) Individuare i possibili strumenti e dispositivi organizzativi che possono sostenere l'attivazione dei sistemi di rete e la loro continuità di funzionamento.

Il processo generale dell'inserimento lavorativo

Nel paragrafo 5.4.3 si riporta la rappresentazione grafica del macroflusso di processo a partire dai tre attori principali del sistema: Dipartimenti di Salute Mentale, Centri per l'Impiego, Cooperative sociali di tipo B. Le macro fasi individuate sono funzioni operative che , definite dagli obiettivi che le fondano, sono condivisibili da tutti i servizi. Si è poi rappresentato un livello di articolazione del processo sott'ordinato alle macrofasi, nel quale si specifica la peculiarità del modo di interpretare ogni macrofase da parte dei singoli soggetti, per quanto riguarda gli obiettivi strumentali, le azioni, i criteri valutativi e i ruoli professionali implicati.

Si sono così messe in evidenza le connessioni che si profilano nello svolgimento del processo dando per quanto possibile visibilità alla complessità del sistema degli attori e della processualità che li coinvolge. Le fasi identificate sono da intendersi come fasi logiche e non cronologiche. Non sussiste infatti una sequenzialità ma è necessario tenere insieme la logica del processo di inserimento lavorativo, con il funzionamento della persona con disagio psichico. Questo nell'esperienza può determinare arresti, passi indietro, momenti di stallo, soste prolungate in una fase del percorso, salti di fase.



DSM e lavoro: azioni di sostegno alla occupabilità come azioni "oltre confine"

Il DSM è il soggetto della Rete che ha la responsabilità di lavorare per l'inclusione sociale dei cittadini con problemi di disturbo psichiatrico. L'occupabilità e l'occupazione sono parte integrante del processo di inclusione, quindi il DSM come soggetto titolare dei progetti riabilitativi e competente nel trattamento clinico e sociale della patologia psichiatrica, ha la responsabilità di creare le condizioni per favorire anche questo aspetto.

Ma occuparsi del lavoro non è trovare una occupazione alla persona , almeno non soltanto.

I DSM per realizzare il loro mandato hanno infatti la necessità di costruire percorsi e contesti che vanno nella direzione di verificare e incrementare capacità ed elementi motivazionali della persona che sono sostanziali per sostenere una occupazione. Tuttavia i percorsi non sono sempre immediatamente finalizzati a questo esito e soprattutto non possono procedere secondo tempi e processi standard ma richiedono una progettazione personalizzata.

Forse proprio per queste caratteristiche tali esperienze sono state nominate inizialmente come "oltre confine", dove il confine richiama lo standard, il previsto, il definito a priori, il considerare come esito possibile soltanto l'occupazione . Gli operatori psichiatrici esprimono la necessità di poter progettare azioni che permettano di tenere al centro la soggettività della persona, l'alterità del suo modo di funzionare, la possibilità di mantenere la flessibilità dei percorsi (ad esempio nella durata e nella articolazione delle fasi). Si sono quindi misurati nella progettazione di forme personalizzate di sviluppo e mantenimento dell'occupabilità per lo più senza riferimenti precisi e con assunzioni di responsabilità individuali non sempre direttamente legate al ruolo svolto. Ne è emersa una ricchezza di esperienze che si è ritenuto opportuno rendere visibile, valorizzare e sistematizzare per veicolare e fornire linee guida che orientino le pratiche in modo più omogeneo.

Facendo riferimento al flusso di processo , si è collocato il sistema di azioni "oltre confine" nella macrofase *Rinforzo alla occupabilità* e si sono quindi nominate come *azioni di sostegno alla occupabilità* , in quanto presidiano aree problematiche del suo incremento.

Si è ritenuto quindi necessario definire l'accezione di **occupabilità**, ovvero *una condizione in divenire, non statica, che si sviluppa nel rapporto fra più ambiti.* Non è una condizione che riguarda solo il singolo soggetto beneficiario avulso da qualunque situazione, ma una condizione complessa frutto del bilanciamento fra:

1) *la complessità della condizione del singolo che è definita da*
   - le caratteristiche sociali, culturali e biografiche del soggetto,
   - la sua condizione di disturbo psichico con i conseguenti vincoli di funzionamento
   - le caratteristiche del suo svantaggio
2) *Le caratteristiche del contesto in cui la persona è inserita*

Tutti questi elementi definiscono una *condizione complessa* in quanto sono fra di loro in una causalità non lineare ma processuale, nel senso che i vari elementi si combinano in modo da definire processi, e quindi possibili percorsi, non definibili a priori. Questo rende necessario un monitoraggio che sia orientato alla osservazione e comprensione di cosa sta avvenendo, alla sua elaborazione e alla sua restituzione al soggetto sia in termini di proseguimento e/o evoluzione del percorso, sia in termini di sospensione o chiusura dell'esperienza stessa.

Questa *condizione complessa* ha a che fare con il progetto terapeutico riabilitativo che è in capo al DSM . Laddove tale sistema di azioni raggiunge alcuni esiti e apre la strada dell'inserimento lavorativo e quindi dell'occupazione, coinvolge anche i Servizi per il Lavoro.

La mappatura e l'analisi di queste esperienze ha permesso di delineare:

1) *Con quali azioni pratiche* il soggetto DSM può occuparsi dei propri pazienti in relazione all'ambito lavoro: individuare o promuovere la costruzione per le persone di contesti pratici, che ab-

biano delle finalità produttive, delle caratteristiche organizzative individuate (luoghi, orari, compiti, ruoli), e prevedano delle modalità di accompagnamento della persona articolate anche su più funzioni e luoghi (tutor aziendale, operatore del DSM , monitore del contesto...).

2) *Con quali norme di riferimento può essere fatto*:
   - quali possono essere le cornici normative di riferimento ma anche quali opportunità discendono da tali cornici normative;
   - quali le caratteristiche necessarie a definire la tipologia dei diversi percorsi, in funzione della finalità che si vuole dare all'esperienza nel progetto riabilitativo complessivo di quella persona.
3) *Quali snodi di raccordo possono essere attivati in modo strutturato* in relazione a questo sistema di azioni, in modo da aumentare l'efficacia delle azioni stesse; in particolare:
   - creare le premesse per una progettazione integrata con i Servizi per il Lavoro già in queste fasi;
   - individuare modalità di interazione con i contesti di produzione che possono essere teatro di queste esperienze;
   - mettere a fuoco con le cooperative sociali e associazioni che collaborano con i DSM azioni e pratiche innovative pensate in funzione della specificità psichiatrica che siano strumento per queste fasi del processo.
4) *Quale può essere lo strumento amministrativo da attivare per orientare i DSM* così da capitalizzare le esperienze e promuovere conoscenza in questa direzione, nonché favorire una omogeneità di pratiche di lavoro pur nel rispetto delle singole esperienze territoriali.

Inoltre sono state individuate delle *tipologie* di percorsi che non sono in una sequenza logica ma sono opportunità che possono essere combinate in modi diversi.

Risulta importante avere chiare le *finalità* del percorso e garantire una continuità di rielaborazione da parte di ogni soggetto (beneficiario compreso) al fine di collocare l'esperienza stessa e i suoi esiti rispetto al piano più complesso della *condizione di occupabilità* e non soltanto del raggiungimento o meno della condizione di *occupazione*.

La *finalità* è l'elemento **c**he differenzia i percorsi e ne definisce le caratteristiche. Riguarda l'obiettivo che il DSM e il beneficiario concordano a seguito delle valutazioni messe a punto in base alla dimensione clinica, ai dati biografici della persona, alle precedenti esperienze, al tipo di opportunità a disposizione, alle aspettative che tutto questo produce.

Le principali *finalità* individuate sono:

1) <u>Terapeutico-riabilitativa</u>
   - l'esperienza è rivolta a persone che non hanno capacità sufficienti per sostenere una occupazione , ma per le quali un impegno in contesti in grado di accogliere persone svantaggiate e caratterizzati da attività di utilità sociale (circoli, associazioni, piccole realtà produttive, atelier...) è uno strumento del percorso riabilitativo che sostiene il ruolo sociale, le abilità residue, allarga la rete di relazioni, aumenta le capacità di autonomia.
   - L'attesa del DSM non è l'occupazione ma la possibilità di sostenere, stabilizzare e dare continuità ad una condizione di raggiunta autonomia. Per quanto riguarda le attese del beneficiario, si delinea il rischio di indurre aspettative di tipo occupazionale ed è quindi necessario aiutare la persona ad elaborare l'esperienza e a collocarla opportunamente nella sua vita.
   - La durata in questo caso è una variabile che sembra essere non soggetta a vincoli se non a quelli posti dalla possibilità di continuità del contesto e dalla disponibilità di risorse economiche da parte dei DSM per la borsa lavoro.

2) Osservazione delle abilità lavorative /formazione su specifiche competenze
   - serve per valutare le capacità del soggetto che non ha mai lavorato, o proviene da un periodo di lunga disoccupazione, magari iniziato con l'insorgere della malattia;
   - ci si aspetta che l'esperienza dica qualcosa sulla opportunità di andare avanti nel percorso verso una possibile occupazione o sulla capacità di risposta rispetto ad un incremento della occupabilità;
   - proprio per questo si ritiene che sia necessario un periodo sufficientemente lungo, anche un anno.

3) Propedeutica all'inserimento lavorativo
   - L'attesa è l'occupazione, a volte nella stessa situazione in cui avviene il tirocinio.
   - Aumenta l'attenzione sulle abilità e capacità necessarie a conoscere l'ambiente di lavoro, le tecniche produttive, il processo produttivo e le mansioni richieste rispetto a questo, pur in un contesto che pone attenzione alle modalità relazionali e all'accoglienza e all'integrazione dello svantaggio.
   - La durata massima prevista per questo percorso è di due anni, quindi un periodo lungo.

L'analisi ha infine evidenziato che il contesto in cui le esperienze si realizzano è una variabile determinante per gli esiti, in particolare per le loro caratteristiche di produttività, per l'oggetto della produzione, l' organizzazione del lavoro, le dimensioni, la dislocazione territoriale, la consuetudine alla integrazione di persone svantaggiate. Emerge quindi la necessità di un lavoro puntuale su alcune tipologie di contesti in modo da:

- Rinnovare il ruolo delle cooperative sociali di tipo B;
- Valorizzare il mondo associativo;
- Sondare il mondo delle imprese non soggette all'obbligo (quindi di piccole dimensioni).

Strumenti e dispositivi organizzativi

Nelle esperienze prese in esame, guardando al ruolo dei diversi attori, emerge che il DSM svolge diverse funzioni: attivazione della rete; incremento della occupabilità del paziente; reperimento di opportunità per tirocini e inserimenti lavorativi; consulenza ai contesti aziendali con i quali attiva collaborazioni.

I Servizi per il Lavoro entrano in campo prevalentemente nei percorsi che si collocano nell'ambito di un quadro normativo che non si esaurisce in quello sanitario, ma si riferisce alle leggi nazionali e regionali che sviluppano le politiche attive per il lavoro.

Ma quanto esposto in precedenza ha evidenziato che l'efficacia di funzionamento della Rete si lega alle condizioni per realizzare una comunità professionale che condivida presupposti culturali rintracciabili nelle competenze chiave trasversali.

È quindi auspicabile che in ogni territorio si instauri, con modalità strutturate, un rapporto fra DSM, Servizi per il Lavoro e gli altri soggetti del sistema, così da creare una *sede comune di lavoro (e quindi di pensiero),* in cui si possano mettere in correlazione il progetto di cura e il progetto di soluzione del problema occupazionale.

L'obiettivo degli operatori coinvolti diventa quello di creare riconoscimento e legame intorno ad un discorso di interesse comune a partire da posizioni diverse e definendo di volta in volta responsabilità e ruoli.

Come strutturare in chiave organizzativa la collaborazione e con quali tipologie di strumenti dipende dal funzionamento. Diversi tipi di funzionamento corrispondono a diversi tipi di collaborazione.

Il gruppo di lavoro ha provato a delineare alcune indicazioni sui possibili oggetti di interesse comune

e sulle modalità pratiche.
La collaborazione strutturata fra Servizi apre a diverse opportunità:
- garantire lo scambio di informazioni;
- sviluppare ruoli di consulenza reciproca fra DSM e Servizi per il Lavoro;
- realizzare una progettazione integrata sui diversi livelli:
  1) il livello delle politiche attive del lavoro tradotte nella specificità del livello locale;
  2) il livello relativo alla progettazione dei percorsi individuali;
  3) la programmazione relativa all'utilizzo di opportunità e risorse.

In relazione alle modalità pratiche le proposte sono:
1) un *protocollo di intesa* che regoli i rapporti fra DSM e CPI;
2) *linee guida* che diano l'indicazione ai DSM di realizzare pratiche per il sostegno alla occupabilità, costruendo le condizioni organizzative per la loro realizzazione (individuazione di un responsabile/referente; destinazione di risorse umane sulla attuazione dei percorsi; garanzia della presenza di competenze sociali per l'accompagnamento; coinvolgimento dei soggetti previsti dal protocollo di intesa fra DSM e CPI);
3) un *tavolo di lavoro tecnico* su base locale che veda al suo interno il responsabile del CPI per il Collocamento Mirato e il responsabile per il DSM della progettualità relativa al Lavoro con l'obiettivo di articolare un "*Programma territoriale integrato per l'incremento della occupabilita' dei cittadini con problemi di disagio psichico*";
4) un *tavolo di lavoro operativo* su base locale composto dagli operatori del Collocamento Mirato e dagli operatori dei Centri di Salute Mentale / Servizi di riabilitazione Lavorativa del DSM e dagli operatori con funzioni di accompagnamento e monitoraggio dei percorsi per la progettazione di percorsi individuali.

5.4 Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali

Il Gruppo di Lavoro "Rete integrata", coordinato dall'Isfol e dalla Regione Piemonte nell'ambito del Programma Pro.P, ha realizzato uno Schema di Protocollo tra Azienda Sanitaria Locale e Provincia basato sulla ricostruzione di una Mappa dei flussi che identifica attori, ruoli e connessioni dei processi attraverso i quali si realizzano i percorsi di inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico. La Deliberazione di Giunta Regionale n. 60-12707 del 30 novembre 2009 è l'atto amministrativo che formalizza i principali risultati del lavoro di gruppo sotto forma di indicazioni per la realizzazione di progetti di inserimento lavorativo di persone con disturbo psichico.
Di seguito si presentano i testi definitivi dei tre documenti.

5.4.1 D.G.R. 60-12707 del 30-11-2009

REGIONE PIEMONTE - BOLLETTINO UFFICIALE N. 49 DEL 10/12/09

Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2009, n. 60-12707

Indicazioni relative alla realizzazione di progetti di inserimento lavorativo rivolti a persone con disturbo psichico.

A relazione degli Assessori Migliasso, Artesio:
vista la l. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ed in particolare l'art.14 che prevede l'istituzione del Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili;

vista la L.R. 22 dicembre 2008 n. 34 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, della sicurezza e regolarità del lavoro" ed in particolare l'art. 34 "inserimento lavorativo delle persone disabili";
vista la DCR n. 137-40212 del 24.10.2007 che approva il Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte per gli anni 2007-2010 nel quale, all'interno delle "strategie generali di sviluppo", si pongono in evidenza alcune criticità tra cui "la scarsa integrazione tra servizi sanitari ed altri servizi" dando indicazioni in merito alla necessità di orientare l'assetto e l'operatività dei servizi nella direzione di una maggiore integrazione e coordinamento funzionale e nella valorizzazione delle esperienze delle imprese sociali e degli inserimenti lavorativi quali strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione;
vista la DGR 1–8611 del 16.4.2008 in particolare in merito agli obiettivi individuati dall' allegato A (punto 2 obiettivo 2) in applicazione della DGR n. 79-2953 del 22.05.2006 "Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli Enti Pubblici ed il Terzo Settore";
vista la DGR 54-8999 del 16 giugno 2008 (così come modificata e integrata dalla successiva DGR 70-12260 del 28 settembre 2009) "Reg. (CE) n. 1083/2006 D.G.R. 60-7429 del 12/11/2007: POR del Piemonte 2007- 2013- L.R. 41/98: "Atto di indirizzo interventi per l'occupazione rivolti agli occupati a rischio del posto di lavoro, alle persone in cerca di lavoro ed alle persone particolarmente svantaggiate. Bil. Pluriennale 2008/2010: Euro 53.000.000,000 di cui 17.666.666,66/08, 17.666.666,66/09, 17.666.666,68/10; in particolare in merito agli obiettivi che fornisce alla Direzione Istruzione formazione professionale -lavoro";
vista la DGR 73-10176 del 24 novembre 2008 **"**Atto di indirizzo programmatico alle Province Piemontesi relativo alle risorse del Fondo Regionale disabili per gli anni 2008-2010. Criteri di riparto alle Province Piemontesi, ambiti e modalita' di utilizzo delle risorse" che evidenzia, tra gli obiettivi programmatici, la necessità di individuare e coinvolgere i diversi attori impegnati nell'organizzazione e nella realizzazione di progetti particolarmente complessi rivolti a persone disabili in cerca di lavoro e di costituire una "base partnerariale obbligatoria" per quegli interventi che prevedono un forte coinvolgimento dei servizi sociali e sanitari;
considerato che, secondo la D.G.R. 73-10176 del 24 novembre 2008**,** la costruzione di un progetto di inserimento lavorativo, con riferimento alle persone particolarmente svantaggiate, deve rispondere pienamente al bisogno delle persone, richiedendo:

- la piena attivazione della persona per l'individuazione dei suoi problemi al fine di tradurli in obiettivi condivisi e perseguibili dall'intervento;
- una presa in carico globale dei bisogni espressi e l'individuazione di soluzioni adeguate alle specifiche esigenze rilevate secondo una logica integrata fra servizi;
- l'individuazione ed il coinvolgimento dei diversi attori impegnati nell'organizzazione e nella realizzazione delle diverse articolazioni del progetto, con competenze professionali e relazionali specifiche, provenienti da contesti differenti (operatori della sanità, delle politiche sociali, della formazione, del lavoro, famiglia,cooperazione sociale, imprese, volontariato);
- una attività di coordinamento e regia della rete operativa (che nel caso di interventi di politica attiva del lavoro fa capo istituzionalmente ai CPI ed alla Provincia, ferma restando la responsabilità progettuale specialistica di ciascun attore) che consenta un governo degli interventi e delle risorse in essa disponibili;
- l'individuazione di un referente tecnico del progetto (referente del caso) che presidi le connessioni tra i diversi attori, coordini le componenti dei singoli percorsi individuali di inserimento lavorativo e faccia da riferimento principale per la persona protagonista del progetto;
- una base partnerariale obbligatoria per i progetti rivolti a persone disabili, trattandosi di interventi che prevedono un forte coinvolgimento dei servizi sociali e sanitari;

- il progetto integrato dovrà individuare le modalità di partecipazione e le responsabilità attraverso la sottoscrizione di un patto di servizio tra tutti i soggetti che vi intervengono a diverso titolo: la persona, i servizi lavorativi, i servizi socio-assistenziali, sanitari, dell'istruzione, della formazione, del terzo settore, le società affidatarie di servizi, eventualmente imprese;

considerata la particolare difficoltà di inserimento lavorativo di soggetti con patologie psichiatriche iscritti al collocamento, si rende necessario provvedere al raccordo dei soggetti coinvolti nei progetti di inserimento lavorativo (in particolare i Dipartimenti di Salute Mentale e i Centri provinciali per l'impiego) al fine di ottimizzare la progettazione relativa a tale scopo;
vista la DGR n. 28-8639 del 21 aprile 2008 "Progetto ICF (*International Classification of Functioning)*, Piemonte. Adozione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e delle Salute (ICF) ai fini dell'accertamento della condizione di disabilità delle persone in cerca di lavoro" con la quale si promuove l'utilizzo della classificazione ICF nei processi di inserimento lavorativo delle persone disabili partendo dalla sperimentazione promossa dalla Regione e già in parte attuata nelle Province di Torino e Cuneo;
considerato che tale strumento consente una più corretta individuazione delle caratteristiche del soggetto disabile e dei fattori ambientali che favoriscono o fanno da barriera ad una positiva integrazione socio-formativa-lavorativa consentendo anche l'individuazione di un linguaggio comune condiviso per un più proficuo lavoro di rete;
visto il Progetto "*Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico*" (di seguito Pro.P,), che è stato approvato e finanziato con Decreto del Ministero del Lavoro del 20/11/2006 n.278/I/2006, che è tuttora in fase conclusiva ed è finalizzato alla razionalizzazione, allo sviluppo e alla messa a sistema dei processi di integrazione socio-lavorativa dei pazienti con disturbo psichico, attraverso lo studio delle attività, delle risorse e delle diverse variabili che influenzano il successo dei suddetti percorsi e alla predisposizione di un protocollo per la costruzione e la gestione della base partnerariale obbligatoria tra i diversi servizi (Servizi lavorativi competenti delle Province, Dipartimenti Salute Mentale delle A.S.L., Servizi sociali dei consorzi socio- assistenziali e dei Comuni) al fine di migliorare la capacità di organizzazione dei progetti di inserimento lavorativo;
vista la L.R.9/6/1994 n. 18 (modificata ed integrata con L.R. 22/10/1996 n. 76) Norme di attuazione della legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali";
vista la D.G.R. del 22 Maggio 2006 n. 79-2953 "Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli Enti Pubblici e il Terzo Settore: approvazione".
Tutto ciò premesso;
vista la L.R. 23/08 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale";
la Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

- di stabilire che tutti i progetti di inserimento lavorativo riguardanti persone con disturbo psichico devono prevedere una partnership, ai sensi della DGR 73-10176 del 24 novembre 2008, almeno tra i servizi provinciali del lavoro competenti (previsti dalla L 68/99), sanità (ASL, Dipartimenti salute mentale) e solidarietà sociale (Comuni e Consorzi socio-assistenziali) con compiti di definizione e supporto, ciascuno per le proprie competenze, nella progettazione e realizzazione delle attività;
- di stabilire che, in aggiunta a quanto già indicato nella DGR 73-10176 del 24 novembre 2008, le modalità di raccordo tra i servizi, il coinvolgimento nelle partnership di tutti gli altri soggetti interessati (disabili, famiglie, associazioni, cooperative sociali, imprese ecc.), le caratteristiche

che devono avere i progetti integrati di inserimento lavorativo delle persone disabili, le competenze degli operatori coinvolti, nonché l'eventuale utilizzo di ICF quale strumento a supporto della valutazione dell'occupabilità e quale "linguaggio" per il buon funzionamento delle reti, saranno ulteriormente specificati dalla Giunta Regionale con apposito atto, anche facendo propri i risultati più significativi del Progetto "programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico" (Prop.P.), finanziato con decreto del Ministero del lavoro e attualmente in fase di ultimazione;

- di promuovere sperimentazioni, anche attraverso il Fondo Regionale Disabili, riguardanti iniziative rivolte a questo target di popolazione che, tra l'altro, utilizzino l'approccio ICF e valorizzino il sistema della cooperazione sociale per la creazione di opportunità lavorative anche come luogo di transito verso l'inserimento in azienda.

Si dà atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio regionale.
La presente deliberazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

5.4.2 Schema di Protocollo ASL-Provincia

Protocollo di collaborazione organizzata sulle possibilità occupazionali di orientamento al lavoro e di formazione per persone con disabilità di tipo psichico22

TRA
L'Azienda Sanitaria Locale
e
La Provincia di
PREMESSO

che il D. Lgs. del 23 dicembre 1997 n. 469 ha riformato il sistema delle pubbliche funzioni in materia di mercato del lavoro, trasferendo alle regioni ed ai servizi per l'impiego le funzioni e i compiti relativi alle politiche attive del lavoro;
che la Regione Piemonte, nell'attuare il disposto del decreto legislativo di cui sopra, ha affidato, con la LR n. 41 del 14 dicembre 1998, alle province il compito di costituire e organizzare proprie strutture denominate Centri per l'impiego, al fine di erogare i servizi definiti dalla stessa legge (art. 15, comma 3°);
che la L . del 12 marzo 1999 n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha riformato la disciplina del collocamento dei disabili e introdotto il principio guida del collocamento mirato;
che in particolare l'art. 11 comma 5° della L . 68/1999, stabilisce che gli "uffici competenti, promuovono ed attuano ogni iniziativa utile a favorire l'inserimento lavorativo dei disabili anche attraverso convenzioni con altri soggetti pubblici e privati idonei a contribuire alla realizzazione degli obiettivi della presente legge";

CONSIDERATO

che le nuove norme per il diritto al lavoro dei disabili si collocano nel quadro della più generale riforma del collocamento e che in tale contesto la Provincia ha il compito di prevedere, in piena coerenza con il più generale sistema di servizi integrati per l'impiego, lo sviluppo di un servizio di

22 Il presente protocollo prende spunto dai diversi accordi che sono attivi in alcune Province della Regione.

collocamento mirato capace di rispondere efficacemente alla domanda di lavoro proveniente dalle persone con disabilità e alle esigenze dei datori di lavoro di realizzare inserimenti lavorativi proficui;
che, come citato nel PSSR 2008-2010, le politiche di riorganizzazione della salute e dei servizi sociali nel significato più ampio di politiche per la salute, identificano nel coinvolgimento del territorio il fattore strategico di successo;
che rientra negli obiettivi generali delle Aziende Sanitarie Locali contribuire alla realizzazione di politiche di inclusione e che esse devono tradursi in servizi di comunità, lavoro di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione;
che per quanto riguarda le politiche relative alla Salute Mentale, tra i principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale, sono previsti: la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale; la valorizzazione degli inserimenti lavorativi quale strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione;
che è ormai nota e condivisa la multifattorialità dei determinanti della salute e che il lavoro rappresenta un potente fattore protettivo di salute e di recupero della stessa;

TUTTO CIÒ PREMESSO E COSTITUENTE PARTE INTEGRANTE
DEL PRESENTE ACCORDO
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Le parti intendono, in quanto corrispondente alla realizzazione di un'offerta di servizi integrata e in un'ottica di miglioramento dei rispettivi servizi offerti alle persone / cittadini,

- istituire un raccordo tra le funzioni di organizzazione e gestione del servizio di collocamento dei disabili, di competenza della Provincia, con le iniziative a sostegno dell'occupazione degli invalidi psichici seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale – ASL ;
- favorire una collaborazione più precisa ed organizzata delle opportunità che il territorio offre rispetto alle possibilità occupazionali, di orientamento al lavoro e di formazione, per le cosiddette "fasce deboli";
- ottimizzare il sistema delle risorse messe in campo dai vari soggetti (Centro Impiego, DSM, privato sociale), con particolare attenzione alle competenze degli operatori addetti alle politiche di sostegno, ed alle risorse economiche utilizzabili;

attraverso le seguenti azioni:

- migliorare il sistema di condivisione delle informazioni e delle valutazioni;
- co-progettare un più strutturato ed integrato sistema di percorsi di avvicinamento al lavoro e di inserimento "supportato" per pazienti psichiatrici;
- promuovere percorsi individualizzati, diversificati e completi rispetto alle varie fasi della riabilitazione lavorativa.
- ottimizzare le risorse (finanziarie e di personale) che possono integrarsi in un ottica di miglioramento di efficienza e di efficacia del loro utilizzo.

perseguendo i seguenti risultati/obiettivi:

- Ampliare la tipologia dei percorsi di inserimento lavorativo.
- Ampliare i contesti di accoglienza delle borse lavoro e dei tirocini.
- Ampliare le tipologie delle mansioni lavorative e delle competenze professionali valorizzabili.
- Offrire un supporto psicologico ed educativo (monitoraggio) anche a soggetti avviati in tirocini promossi dal Centro per l'Impiego e che attualmente non ne prevedono la possibilità.
- Offrire alle aziende ospitanti i tirocini consulenze specialistiche per la gestione di situazioni di criticità, favorire i processi di mediazione, di solidarietà e di inclusione sociale.
- Garantire azioni di monitoraggio e sostegno anche dopo l'eventuale assunzione.

- Possibilità da parte del DSM, attraverso i propri Servizi di Riabilitazione Lavorativa, di prendere in considerazione, ai fini di azioni di supporto per l'occupazione, anche soggetti con patologie psichiatriche di media gravità.
- Aumentare le possibilità, per i soggetti iscritti nelle liste del collocamento obbligatorio e con disabilità di tipo psichico, di usufruire di percorsi che facilitino il loro inserimento lavorativo in aziende sottoposte all'obbligo di assunzione previsto dalla Legge 68/99.
- Aumentare il numero complessivo di inserimenti lavorativi a favore di soggetti con problematiche psichiatriche rispetto ad un analogo periodo precedente all'applicazione del protocollo di collaborazione.

Le parti danno atto che per la realizzazione del presente accordo di collaborazione saranno coinvolti i seguenti settori di pertinenza:

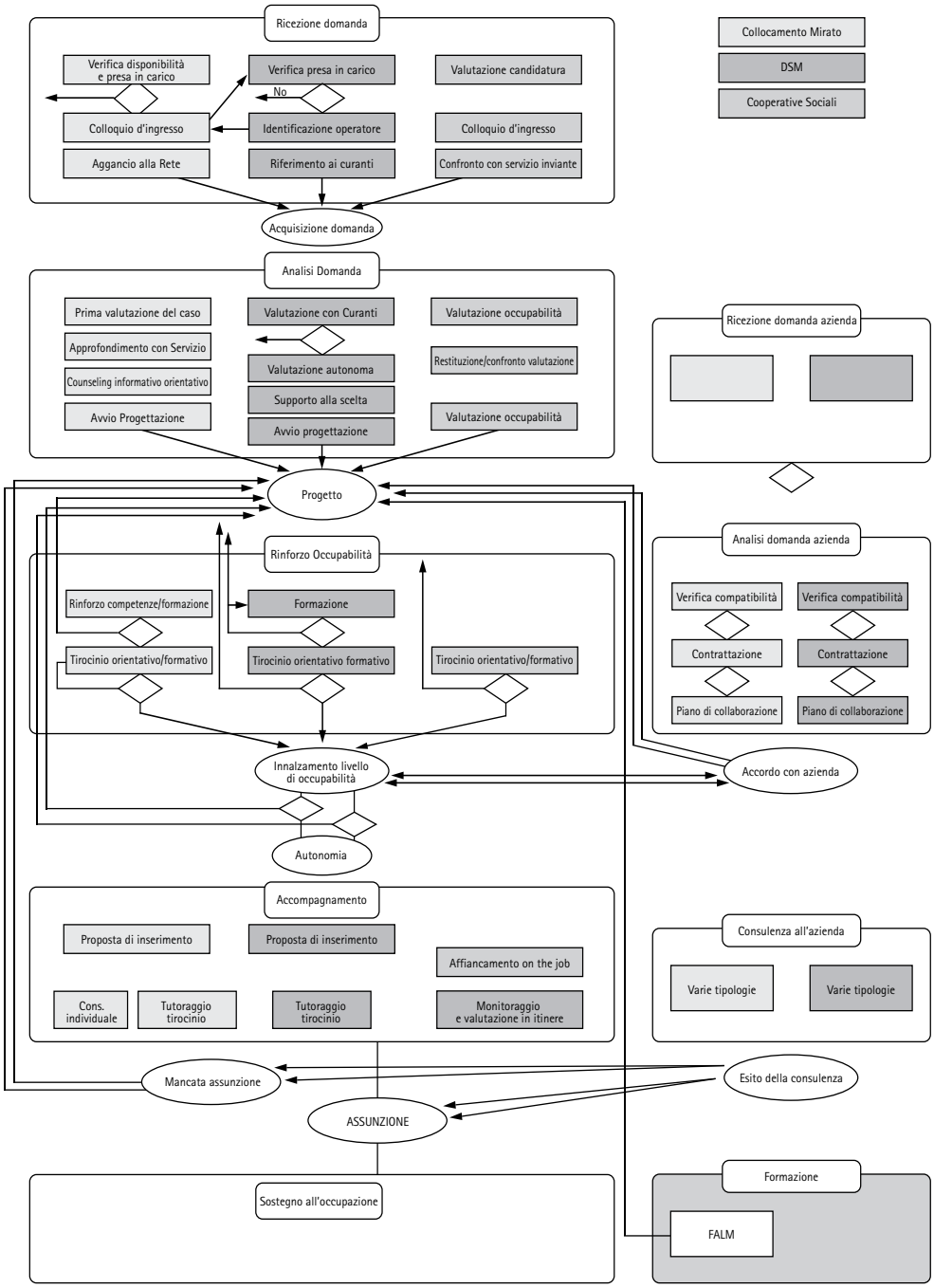
- Per l'Azienda Sanitaria Locale : il Dipartimento di Salute Mentale attraverso i Distretti/ Centri di Salute Mentale di ...
- Per la Provincia di **... :**

E verranno istituiti i seguenti gruppi di lavoro:

- un *Gruppo Tecnico* composto dai referenti dei due Enti, con compiti di progettazione, con definizione di un piano esecutivo annuale che individui obiettivi e linee operative, e di verifica dei risultati.
- un *Gruppo operativo* composto dagli operatori dell'Ufficio Collocamento Mirato, eventualmente integrato da altri operatori che si ritenessero necessari, e del Dipartimento di Salute Mentale / Distretti/Centri di Salute Mentale, comprensivi degli psicologi ed educatori delle agenzie sociali (Cooperative di tipo A/ di tipo B/ Associazioni) che collaborano con lo stesso.

Per l'Azienda Sanitaria locale di
Per la Provincia di

5.4.3 Mappa dei flussi



6 _Il caso della Puglia

Nella regione Puglia sono state sviluppate tre linee di azione finalizzate al rafforzamento delle reti di supporto ai percorsi di inserimento socio-lavorativo di persone con problemi psichici:

- la prima, dedicata all'elaborazione di Linee Guida regionali per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici;
- la seconda, alla definizione di uno schema-tipo di Protocollo d'intesa tra ASL ed Enti Locali (Province ed Ambiti territoriali) per le azioni da attuare anche nell'ambito dei Piani di Zona;
- la terza, finalizzata alla sperimentazione di percorsi di progettazione integrata locale ispirata ai principi delle Linee Guida regionali ed allo schema organizzativo previsto dal Protocollo d'intesa.

Le tre linee di azione hanno prodotto la Delibera di Giunta regionale N. 471 del 23-02-2010, che approva il Testo delle Linee Guida regionali e lo Schema di Protocollo d'intesa, e sei progetti integrati, uno per ogni ASL pugliese, finalizzati all'inserimento socio-lavorativo di utenti dei servizi pubblici di salute attraverso l'attivazione delle reti locali

I paragrafi seguenti descrivono il contesto normativo ed istituzionale nel quale si sono sviluppati i lavori, la metodologia adottata ed i prodotti ottenuti.

6.1 I riferimenti istituzionali fondamentali

La programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione Puglia si esplica nel documento di indirizzo del Piano Regionale di Salute (PRS) ed in base, principalmente, alle direttive delle seguenti leggi regionali:

- Legge Regionale 10 Luglio 2006, n. 19 "*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia*";
- Legge Regionale 3 Agosto 2006, n. 25 "*Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale*";
- Legge Regionale 9 Agosto 2006, n.26 "*Interventi in materia sanitaria*".

I principali strumenti di supporto al sistema salute sono:

1) Il *Piano Regionale di Salute 2008-2010*
2) Il *Piano di Zona*
3) Il *Piano Attuativo Locale*
4) Gli *strumenti della integrazione* dei livelli di governo del sistema sanitario pugliese

L'obiettivo del PRS e del sotteso processo di pianificazione sanitaria è quello di soddisfare i bisogni di salute della popolazione pugliese nella compatibilità delle risorse disponibili unitamente ad obiettivi di innovazione del sistema.

Il Piano Regionale di Salute 2008-2010

Il Piano Regionale di Salute (PRS) individua gli obiettivi di salute, le strategie e le azioni prioritarie d'intervento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) da raggiungere nel triennio di riferimento 2008-2010 e definisce la missione dei sistemi operativi del SSR e la distinzione dei ruoli e delle funzioni di governo e gestione; l'adeguatezza e l'appropriatezza allocativa delle risorse in funzione degli obiettivi di salute; gli interventi d'integrazione e coordinamento delle politiche della salute con le

politiche sociali, dell'ambiente, del bilancio e della programmazione economica; gli indirizzi per la stipula dei protocolli d'intesa tra Regione ed Università.
Inoltre il PRS individua le specifiche aree d'intervento quali, in particolare, assistenza territoriale e governo del sistema e descrive le scelte programmatiche e il processo dinamico di allocazione delle risorse in relazione ai servizi richiesti per raggiungere gli obiettivi di: (a) miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla protezione e alla cura dei soggetti deboli; (b) soddisfazione dei cittadini e loro partecipazione attiva al miglioramento della qualità dei servizi; (c) efficienza e sostenibilità tecnica, economica ed etica del sistema, secondo un ordine di priorità stabilito, che permetta di scegliere la soluzione ottimale fra diverse alternative possibili.

Il Piano di Zona[23]
Il Piano di Zona, in conformità con il piano regionale, definisce i servizi e gli interventi essenziali, prevede le modalità per far fronte alle situazioni di emergenza sociale ed assicura la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, secondo gli ambiti territoriali socio-assistenziali definiti dalla Regione. La gestione associata dei servizi socio-assistenziali è, di norma, esercitata dai Comuni appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario[24] di ciascun ambito territoriale.
Il Piano Sociale di Zona ha durata triennale ed è definito dai Comuni singoli o associati, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), sulla base delle indicazioni del Piano regionale e con la piena partecipazione dei soggetti che, attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del Piano.

Il Piano Attuativo Locale (PAL)
In base al PSR, il Direttore Generale della ASL, avvalendosi del collegio di direzione, propone alla Giunta regionale, sulla base degli obiettivi e degli indirizzi del piano regionale di salute, il piano attuativo locale (PAL) che costituisce lo strumento di pianificazione strategica dell'azienda e ha lo stesso periodo di vigenza del PRS.

Gli strumenti della integrazione dei livelli di governo del sistema sanitario pugliese
A sostegno delle sinergie interistituzionali che possano rispondere meglio alla realizzazione e gestione di un sistema di salute integrato, la Regione Puglia ha istituito le seguenti modalità e strumenti:
- la *Conferenza Permanente* per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, istituita dalla legge regionale n.25/2006, che verifica il rispetto delle priorità e la conformità al Piano di Salute degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse;
- il *Comitato Tecnico,* che affianca la Conferenza Permanente e concorre alla elaborazione sia degli strumenti di regolamentazione per l'organizzazione e la determinazione degli obiettivi che degli indicatori di monitoraggio e di valutazione dei risultati e degli impatti delle politiche sanitarie regionali;
- la *Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria*, istituita dalla L.R. n.19/2006, che cura l'elaborazione degli atti di indirizzo regionali in materia di integrazione sociosanitaria per gli Enti Locali e per le ASL;
- *gli Accordi di programma a livello di distretto/ASL*;

---

23 Legge Regionale 10 Luglio 2006, n. 19 "*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia* ".
24 Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL ed sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute (cfr. art. 14 L.R. 25/2006).

- il *coinvolgimento dei Comuni*, associati in Ambito territoriale, nei patti per la salute e nei conseguenti programmi attuativi, per il tramite delle Conferenze dei Sindaci;
- la *valorizzazione del distretto* come ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche per la promozione della salute.

Il Sistema della salute mentale

A fronte della situazione rilevata sul disagio psichico, la Regione Puglia ritiene che sia compito delle istituzioni *garantire servizi di salute mentale capaci di rispondere alla domanda di aiuto e di offrire un ventaglio di opportunità per la realizzazione di una piena cittadinanza dei pazienti* garantendo l'effettivo diritto dei pazienti ad accedere a ciò che è fondamentale nella vita di ogni persona: avere relazioni sociali ed affettive, abitare, lavorare. Pertanto la Regione per il triennio 2008-2010 ritiene necessario proseguire il processo di cambiamento ribadendo i principi che devono orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale[25]:

- non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva multiprofessionale e multidimensionale di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale;
- sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative;
- rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione, prevedendo programmi riabilitativi individualizzati che si applicano nel territorio nei contesti di vita delle persone, ridimensionando la residenzialità a vantaggio delle territorialità e della domiciliarità, definendo una diversa distribuzione di un budget economicamente insufficiente per due terzi mediamente rappresentato dal costo delle strutture residenziali gestite dal privato sociale e imprenditoriale;
- scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale.

Tali principi sono individuati anche a fronte delle *fragilità*[26] dell'assistenza alle diverse disabilità segnalate nel Piano Regionale Salute 2008-2010, tra le quali:

- la carenza di personale e l'orario ridotto della maggior parte dei CSM;
- il numero eccessivo di strutture residenziali psichiatriche;
- la grave carenza di strutture che eroghino prestazioni socioriabilitative per il recupero e il mantenimento dell'autonomia, nonché di strutture per pazienti stabilizzati ed in uscita dai percorsi terapeutico-riabilitativi;
- la scarsa attenzione all'inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici.

Attualmente il sistema della salute mentale è organizzato e prevalentemente curato dal *Dipartimento di Salute Mentale* (DSM) e dalle sue componenti operative: *Centro di Salute Mentale* (C.S.M.); *Servizio psichiatrico di diagnosi e cura* (S.P.D.C.), *Servizio di Psicologia clinica*, *Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.*

Il Dipartimento di Salute Mentale[27] *(DSM)*

Il DSM è una delle strutture operative della ASL, centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e delle attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale, ed opera nel rispetto del principio della continuità terapeutica.

---

25 Cfr PSR 2008-2010 § 2.4.10, *Le prestazioni sanitarie per persone con patologie psichiatriche.*
26 Cfr PSR 2008-2010 § 1.3.7.
27 L.R. 16 Dicembre 1998, n. 30 contente le *Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36".*

Il DSM è coordinato da un medico psichiatra di II livello dirigenziale, nominato dal Direttore Generale, individuato tra coloro che hanno scelto l'attività intra moenia ai sensi del DM 31 luglio 1997. Il Coordinatore è coadiuvato da un Consiglio di Dipartimento composto dai dirigenti responsabili delle Unità operative. Detto Consiglio è integrato, in occasione della preparazione delle relazioni di programma e di consuntivo, da un rappresentante per ogni categoria professionale designato dagli stessi operatori, da un operatore per ogni Ente accreditato e da un rappresentante per ogni Associazione di familiari e/o utenti e per ogni soggetto del privato sociale che collabori all'attività del DSM. attraverso atti formalmente assunti.

Il DSM svolge le seguenti attività:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale a livello ambulatoriale, domiciliare, territoriale ed ospedaliero per tutte le fasce di età;
- prevenzione del rischio attinente la salute mentale in età evolutiva;
- attività didattico formative, di aggiornamento professionale e riqualificazione degli operatori, nonché attività di ricerca;
- monitoraggio delle attività svolte e delle risorse impiegate, nonché promozione del processo di miglioramento continuo della qualità e del controllo di gestione;
- integrazione con le Unità operative ospedaliere, con i servizi socio-sanitari della ASL, con i servizi socio-assistenziali e con gli altri servizi presenti sul territorio.

Il Centro di Salute Mentale (CSM)

Il CSM, allocato in sede extraospedaliera, è punto di coordinamento dell'attività nel territorio. Fornisce assistenza medica, psicologica, sociale, infermieristica, educativa attraverso attività ambulatoriali, domiciliari e territoriali e deve essere attivo per dodici ore al giorno, per sei giorni alla settimana. In particolare, svolge le seguenti attività:

- prevenzione primaria, compresi gli interventi di sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati;
- accoglienza, informazione, prenotazione ad utenti e famiglie;
- interventi per le urgenze e le emergenze psichiatriche;
- attività specialistiche psichiatriche e psicologiche ed attività psicoterapeutiche;
- attività di servizio sociale, di centro diurno e di riabilitazione residenziale;
- attività in *day-hospital* ai sensi del DPR 14 gennaio 1997;
- attività di reinserimento lavorativo ai sensi della L.R. n. 381/91 attraverso la promozione di cooperative sociali.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

I SPDC, dotati di un numero di posti letto non superiori a quindici, sono parte integrante del DSM e sono ubicati nelle Aziende ospedaliere, nei Presidi ospedalieri di ASL con Pronto soccorso e nei policlinici universitari.

Erogano trattamenti psichiatrici in regime di ricovero volontario e di trattamento sanitario obbligatorio, esplicano attività di consulenza e di pronto soccorso, gestiscono direttamente o concorrono a gestire con il CSM *day-hospital* psichiatrico. I posti letto dei SPDC sono tendenzialmente uno ogni 12 mila abitanti.

Il Servizio di psicologia clinica

Il Servizio di psicologia clinica assicura le seguenti attività: psicodiagnosi; psicologia clinica (prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione); ricerca in campo psicologico e psicoterapico; psicoterapia.

Il Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Il Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

A completamento del sistema integrato dei servizi collegati alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici sono previste le seguenti strutture[28]:

- *Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica.* Struttura residenziale terapeutica riabilitativa per acuti e subacuti, con 14 posti letto h24, per utenti con elevata difficoltà nell'ambito relazionale o autonomie di base compromesse, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica;
- *Comunità alloggio.* Struttura residenziale socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale, con 8 posti letto h12, per utenti relativamente autonomi sul piano della soddisfazione dei bisogni di vita quotidiana e con abilità psicosociali sufficientemente acquisite;
- *Gruppo-appartamento.* Struttura residenziale socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale, per utenti già autonomizzati in uscita dal circuito psichiatrico riabilitativo, con 3 posti letto per gruppo-appartamento;
- *Centro Diurno.* Struttura strettamente integrata con i CSM. Accoglie giornalmente 20 utenti, è aperto per almeno 8 ore al giorno per sei giorni settimanali, svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese a impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero. Attualmente si contano 25 Centri Diurni pubblici e 18 CD gestiti dal privato sociale che operano in integrazione con il CSM del proprio ambito territoriale;
- *Casa per la vita.* Struttura residenziale a carattere prevalentemente sociale e a bassa intensità assistenziale sanitaria, per accoglienza temporanea o permanente, a carattere familiare, fino a 4 ospiti per ciascun modulo abitativo e fino ad un massimo di quattro moduli abitativi per struttura. L'accoglienza è riservata ad utenti con problematiche psicosociali, definitivamente usciti dal circuito sanitario/psichiatrico, che necessitano di sostegno nel mantenimento del livello di autonomia e nel percorso di inserimento o reinserimento sociale e/o lavorativo.

6.2 Le caratteristiche della collaborazione istituzionale

La "Tutela della Salute Mentale" è stato, dall'inizio, un settore nel quale le disposizioni programmatiche regionali hanno favorito processi di integrazione istituzionale finalizzati alla realizzazione di programmi di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti psichiatrici, attraverso la convergenza delle azioni di Province, Comuni, Regione ed, in seguito, USL, nonchè il determinante coinvolgimento del mondo dell'associazionismo e del volontariato (v. la L. n. 72/80 ed il Reg. Reg. n. 1/84).
Il complesso delle statuizioni regionali (DCR 181/97, DCR 244/97, L.R. 30/98, Reg. Reg. 7/02) sul quale, oltre un decennio fa, si è saldamente basato il processo di definitiva chiusura dei quattro Ospedali Psichiatrici presenti in Puglia (Libertini di Lecce, Villa Romatizza di Latiano, OO.PP. Casa della Divina Provvidenza di Bisceglie e Foggia) ha assunto, quale elemento essenziale, che i programmi riabilitativi individualizzati di presa in carico delle persone affette da patologie psichiatriche si realizzassero nel contesto di vita ordinario delle persone, attraverso la messa in reti dei servizi pubblici e privati territoriali ed il coinvolgimento di ogni altra risorsa locale.
Ma, la scarsità delle politiche intersettoriali, la carenza di servizi, le resistenze culturali all'utilizzo integrato delle risorse, hanno prodotto ancora risposte parziali e parcellizzate, perciò spesso inefficaci, quando non dannose.
Il Piano regionale Sanitario 2002-2004, la L.R. n. 13/2002, che ha previsto l'articolazione dei Comuni

28 Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n. 3 *"Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie"* e R.R. 18 Gennaio 2007, n. 4 *"Legge Regionale 10 Luglio 2006, n. 19 – Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"* e successive modifiche.

in ambiti territoriali sociali coincidenti con i distretti sociosanitari, il Piano regionale Sociale, approvato nel 2004, hanno costituito il primo assetto di norme finalizzate a dare un sia pur modesto impulso all'integrazione delle politiche di settore.
La vera svolta verso l'integrazione interistituzionale in Puglia è stata, comunque, realizzata dall'attuale Governo Regionale: basti soltanto considerare che, dal 2007, è stato avviato un processo di profonda riorganizzazione dello stesso modello istituzionale-organizzativo dell'Ente Regione, con l'istituzione di un nuovo assetto istituzionale denominato "Gaia: la Regione intelligente", procedendo a strutturare l'Ente per aree omogenee interattive, flessibili e permeabili, capaci di governare, mediante un'azione amministrativa fortemente integrata, le grandi politiche regionali.
Con la costituzione di otto Aree (l'Area Politiche per la Promozione della Salute delle persone e delle pari opportunità riunifica gli Assessorati Solidarietà e Politiche della Salute) sono state create le premesse per favorire l'osmosi tra le diverse azioni, evitando sovrapposizioni di competenze con inutile dispendio di risorse umane, economiche e strumentali.
Va poi sottolineato che l'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, abitative, educative, formative e politiche attive del lavoro ha assunto valore di concretezza, in Puglia, a partire dalla approvazione della legge regionale 10 Luglio 2006, n. 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia", della legge regionale 3 Agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale" e della L.R. 9 Agosto 2006, n.26 "Interventi in materia sanitaria".
A sostegno delle sinergie interistituzionali, la legislazione in questione ha individuato gli organismi che possono favorire la concertazione e la collaborazione tra i diversi livelli istituzionali (Regione, Province, Comuni), in particolare:

- *la Conferenza Permanente* per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, istituita dalla legge regionale n. 25/2006, che verifica il rispetto delle priorità e la conformità al Piano di Salute degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse nel rispetto della compatibilità finanziaria. Inoltre propone alla Regione l'approvazione del PAL presentato da ciascuna Azienda e IRCCS del Servizio Sanitario Regionale ed esamina il documento annuale contenente lo stato di salute della popolazione;
- *il Comitato Tecnico*, che affianca nello svolgimento dei suoi compiti la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria e che, in continuità con il lavoro svolto per elaborazione del Piano Regionale di Salute, concorre alla elaborazione degli strumenti di regolamentazione per l'organizzazione e la determinazione degli obiettivi, nonché per la elaborazione degli indicatori di monitoraggio e di valutazione dei risultati e degli impatti delle politiche sanitarie regionali;
- *la Commissione Regionale* per l'integrazione sociosanitaria, istituita dalla L.R. n.19/2006 e richiamata dalla L.R. n.25/2006, per la elaborazione degli atti di indirizzo regionali in materia di integrazione sociosanitaria per gli Enti Locali e per le ASL, quale luogo di coordinamento intersettoriale tra le strutture regionali che hanno le competenze per la elaborazione degli stessi atti di indirizzo regionali in materia di politiche sociosanitarie, per le iniziative volte alla diffusione ed alla promozione dei principi e degli obiettivi della integrazione sociosanitaria, per il monitoraggio dei processi di integrazione in atto in tutti i distretti/ambiti e per il sostegno allo scambio delle buone pratiche implementate.

Il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010 ed il Piano Sociale 2009 – 2011 promuovono, qualificano e sostengono l'integrazione socio-sanitaria, al fine di soddisfare in modo integrato i bisogni dei cittadini in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento socio-lavorativo e abitativo, oltre che di miglioramento delle condizioni di vita e di tutela della salute.
Si può affermare che l'adesione al "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P.", ha offerto la possibilità di sperimentare ed attuare la strategia della programmazione partecipata e dell'integrazione interistituzionale.

Sin dall'inizio, lo stile di lavoro adottato dal Tavolo di Coordinamento regionale è stato fortemente caratterizzato da un alto livello di integrazione sia fra le diverse strutture regionali coinvolte (Ass. alle Politiche della Salute, Ass. alla Solidarietà Sociale, Ass. al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale), sia fra la Regione, gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie, sia con tutti gli altri Soggetti, pubblici e privati, coinvolti nei percorsi di inclusione lavorativa, quali le Cooperative Sociali, Sindacati, Associazioni di categoria imprenditoriali (Confindustria, Confartigianato, Confapi, ecc.), Centri per l'Impiego, Associazioni per la Tutela della Salute Mentale, stabilendo modalità di collaborazione sinergica decisamente innovative.
L'approccio metodologico adottato per la realizzazione dei due obiettivi (Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici e Schema di Protocollo d'Intesa tra Asl ed Enti locali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici) ha consolidato la consapevolezza che la rete interistituzionale rappresenti la chiave di volta per valorizzare le sinergie, superando la frammentazione degli attori coinvolti, la variabilità delle metodologie adottate nell'inserimento lavorativo.
In particolare, lo schema-tipo di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per l'Inserimento Lavorativo delle persone con problemi psichici è lo strumento operativo delle Linee Guida, di cui riprende princìpi, finalità ed obiettivi e nel quale, sostanzialmente, si evidenzia che i Piani di Zona rappresentano lo strumento strategico per governare le politiche sociali e socio-sanitarie nel territorio e l'Ambito territoriale è il "luogo dell'integrazione" degli interventi e delle risorse.
Ciò a partire dal convincimento che la rete interistituzionale, la rete di più soggetti, più competenze, più punti di vista, più risorse, risulta la soluzione maggiormente rispondente a garantire strategie ed azioni capaci di governare la complessità, rappresentata dalla necessità di assicurare un lavoro continuativo nel tempo alle persone con problemi psichici.
Pertanto, i Documenti prodotti - Linee Guida, Protocollo d'Intesa e relativi allegati – costituiscono strumenti fondamentali e innovativi per accrescere le opportunità di occupazione stabile delle persone con problemi psichici, migliorando la qualità della loro vita in termini di autonomia, benessere psicofisico e relazionale, nonché per promuovere la responsabilità sociale, attraverso la definizione di modelli di intervento omogenei – ma anche flessibili - che superino la frammentazione delle esperienze ed ottimizzino l'utilizzo delle risorse.
Nel valorizzare la programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, si rende necessario che le ASL ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatoria, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del Distretto.
Si può affermare che, per consentire la stabilizzazione della rete interistituzionale, nelle Linee Guida si sono definite le regole del governo della rete stessa.
La modalità organizzativa che attiene alla rete interistituzionale (Regione, Province, Comuni) tra i settori della Regione, tra pubblico e il privato ha comportato la necessità preliminare di definire ruoli e responsabilità dei diversi attori coinvolti e di una puntuale definizione delle varie fasi del processo di lavoro (chi fa che cosa, a quale fine e con quali strumenti)
Si è inoltre pervenuti ad individuare, a livello istituzionale, momenti e sedi decisionali comuni per i soggetti coinvolti, definendo le modalità di relazione, attraverso accordi di programma, per definire:

- le procedure operative per una realizzazione omogenea sul territorio;
- le modalità di scambio delle informazioni con riferimento alle azioni e agli interventi previsti,
- il monitoraggio ed analisi degli esiti;
- la rilevazione delle criticità, al fine di migliorare le procedure e gli strumenti per il conseguimento degli obiettivi.

In tale logica vanno collocati i temi dell'accesso ai servizi, affinché il cittadino con problemi psichici possa

trovare un punto di riferimento unitario e omogeneo in grado di orientarlo nel percorso di costruzione del proprio progetto di vita e, quindi, nella ricerca delle risposte ai suoi bisogni d'inserimento lavorativo.
Vanno anche annoverati, tra i risultati, la condivisione dei principi sulla base dei quali sviluppare le iniziative di inserimento lavorativo:

- azioni condivise tra Istituzioni, erogatori di servizi, associazioni di famiglie, utenti e mondo del lavoro;
- qualità del processo d'inserimento;
- centralità della persona e dei suoi bisogni;
- adozione di un linguaggio comune;
- unitarietà nell'intervento ad evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni.

Tutto il lavoro svolto ha preso le mosse dalla consapevolezza di come la partecipazione ad un processo integrato impatti su una parte dell'organizzazione del lavoro dei singoli soggetti.
Quindi, lavorare insieme comporta necessariamente investire nei processi, superare le procedure e darsi regole nuove e condivise nelle relazioni e nelle collaborazioni.
Lavorare insieme comporta individuare anche nuovi "linguaggi" che superino quelli in uso nei singoli contesti organizzativi e istituzionali.
Si è ritenuta, altresì, fondamentale la necessità di integrare gli obiettivi di cura e di benessere, le reti di servizi e prestazioni con le risorse finanziarie, guardando insieme alle risorse comunitarie e nazionali per gli investimenti strutturali, alle risorse nazionali e regionali per la gestione e il consolidamento delle reti dei servizi sanitari e sociosanitari regionali.
Le possibilità di successo sono legate allo sviluppo di un sempre più efficace sistema di governance, che preveda lo sviluppo di una rete interistituzionale ai tavoli della programmazione locale, la circolazione delle informazioni, il monitoraggio e la valutazione degli esiti, con la rilevazione puntuale e tempestiva delle criticità per le conseguenti iniziative di miglioramento.

6.3 La filosofia ed il percorso seguito

Il Progetto della Regione Puglia
La Regione Puglia ha aderito al "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P.", promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, D.G. Politiche per l'Orientamento e la Formazione ed attuato dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'ISFOL, presentando un proprio Progetto che si è posto tre obiettivi:

a) definizione di Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici;
b) definizione di uno Schema di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per la Azioni da attuare nell'ambito dei Piani di Zona;
c) realizzazione, in ciascuna delle sei ASL Provinciali, di almeno un Progetto integrato sperimentale di inserimento al lavoro di persone con disturbi psichici, attuato coerentemente con quanto previsto dalle linee guida.

Secondo quanto si evince dalla letteratura scientifica, l'inserimento lavorativo di persone con problemi di natura psichiatrica è attività complessa e dai risultati ancora controversi. Il recente Progetto di ricerca SIEP DIRECT'S ha evidenziato come spesso all'impegno dei servizi di salute mentale nella valutazione dei bisogni e delle attitudini lavorative dei pazienti e nella promozione di attività formative e di avviamento al lavoro non corrispondano poi esiti soddisfacenti in termini di numero di pazienti realmente coinvolti ed inseriti in attività lavorative (Semisa *et al.*, 2008). Le attività di inserimento lavorativo non sembrano

ancora entrate nella pratica abituale dei Servizi italiani. Si conoscono diverse esperienze locali condotte in Servizi di varie regioni (Donatello e Michielin, 2003). Spesso però esse hanno carattere sperimentale o sono realizzate con modalità eterogenee ed in assenza di una metodologia standardizzata. Anche in contesti specificamente riabilitativi, programmi strutturati di inserimento lavorativo sono disponibili in un numero minoritario di strutture e coinvolgono una percentuale estremamente limitata di pazienti (De Girolamo *et al.*, 2004). Raramente vengono prodotti e pubblicati dati attendibili, ottenuti da una valutazione rigorosa degli esiti; generalmente ciò avviene solo in contesti di ricerca finalizzata, come ad es. nel Progetto EQOLISE cui partecipa il servizio di Rimini (Burns *et al.*, 2007; Catty *et al.*, 2008).
In Puglia esistono esperienze locali condotte da DSM o gestite autonomamente da cooperative sociali, caratterizzate nella maggior parte dei casi da una estrema variabilità riguardo la metodologia adottata, numero e tipologia di utenti, durata dell'inserimento, una scarsa chiarezza circa i ruoli ed i rapporti collaborativi tra i vari soggetti coinvolti, l'assenza di strumenti e modalità di valutazione standardizzata degli esiti che consentano di produrre e pubblicare dati attendibili, per cui i risultati riferiti risentono inevitabilmente di un grado significativo di autoreferenzialità.
Con questo Progetto di respiro regionale, la Regione Puglia identifica l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici come attività prioritaria e ne assume la regia, coinvolgendo in modo prevalente e fin dall'inizio tre propri Assessorati - Ass. alle Politiche della Salute, Ass. alla Solidarietà Sociale, Ass. al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale - e stabilendo tra essi modalità di collaborazione sinergica abbastanza innovative. L'impegno assunto dalla Regione è operativo e duraturo, come si evince dall'attivazione di tavoli di lavoro, coordinamento e progettazione che dovranno incontrarsi con periodicità prestabilita ed operare con modalità e compiti specificamente definiti.
Nella redazione delle linee guida e dello schema di protocollo, lo stile di lavoro adottato è fondato sulla promozione della partecipazione e la ricerca del più ampio consenso, riunendo ai tavoli di lavoro tutti i soggetti che, a vario titolo, possono giocare un ruolo significativo e apportare un contributo utile per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Si tornerà in seguito su questo.

Le Linee Guida regionali[29]

Le "Linee Guida regionali per l'Inserimento Lavorativo delle persone con problemi psichici" sono Linee Guida (LG) per lo più organizzative e gestionali fondate sul consenso. Sono state realizzate

29 I contenuti del documento si sono sviluppati all'interno del Gruppo di Lavoro "Linee Guida" composto da :
- Marisa De Palma e Antonio Damiani, Regione Puglia - Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione,
- Antonio Nappi, Regione Puglia – Servizio Programmazione e Integrazione,
- Pasquale Redavid, Regione Puglia - Servizio Lavoro e Cooperazione
- Emilio Balena, Regione Puglia – Servizio Formazione Professionale
- Domenico Semisa, ASL-DSM di Bari
- Michele De Michele, ASL Bari - Politiche Inclusione Sociale
- Emanuele Leggieri, ASL-DSM di Foggia
- Giuseppina Di Cesare, ASL-DSM di Taranto
- Luca Conserva, Provincia Taranto
- Antonello Zaza, Provincia Bari
- Anna Ricco e Ines Sgarra, Comune di Barletta
- Assunta Dell'Atti e Caterina Ingrosso, Comune di Nardò
- Giuseppe Di Cillo, Confindustria Bari
- Mariarosaria Scherillo, Confapi Bari
- Pasquale Cassano, CNA Bari
- Marco Natillo, Confartigianato Bari
- Rodolfo Vaccarelli, Legacoop
- Mauro Abate, Confcooperative
- Rosa Stano, Associazione Aurora
- Romeo Tuosto, CGIL

da un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione, oltre ai rappresentanti degli Assessorati regionali interessati, di diversi soggetti e diverse professionalità in esso rappresentati: Enti (Province, Comuni), ASL e Dipartimenti di Salute Mentale, Cooperative Sociali (tipo A e B) e Associazioni (ACLI), Sindacato, Associazioni di categoria imprenditoriali (Confindustria, Confartigianato, Confapi, ecc.), Centri per l'Impiego, Associazioni per la Tutela della Salute Mentale. Il gruppo ha lavorato alla stesura delle LG per circa 10 mesi mediante incontri periodici e discussioni in plenaria e produzione di contributi originali da parte di alcuni dei soggetti partecipanti e di sottogruppi costituiti su aspetti specifici del documento, sottoposti poi al vaglio e all'approvazione dell'intero gruppo di lavoro. Non si conosce altra esperienza precedente che abbia prodotto su questo tema Linee Guida da applicare su un territorio regionale, realizzate con una analoga metodologia ampiamente partecipativa e consensuale. Verranno presentati di seguito alcuni elementi caratterizzanti.

Il target. E' innanzi tutto da sottolineare la scelta esplicita di privilegiare l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici gravi ed in carico ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale, con un focus quindi diverso da quello della L.68/99 (che pure viene trattata per rinforzarne i principi e l'applicazione) che si occupa in senso più generale dell'inserimento al lavoro dei disabili.

Significato dell'inserimento lavorativo. All'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici gravi in carico al DSM viene attribuito un doppio significato. Infatti, oltre a rispondere ad esigenze di giustizia ed equità sociale nel senso di una particolare attenzione ed impegno in favore dei soggetti più deboli e svantaggiati (Sen, 1986; Nussbaum, 2002), ad esso viene riconosciuta una valenza terapeutica e riabilitativa. Se è scontata l'importanza del lavoro per il benessere e la qualità di vita di ciascuno, per la persona con problemi psichici il lavoro assume significati peculiari, poiché consente e favorisce una migliore strutturazione dell'identità personale ed una migliore vita di relazione, l'acquisizione e l'esercizio di specifiche competenze ed abilità, la produzione di un reddito, la riacquisizione di un ruolo sociale, il reinserimento attivo e partecipativo nel proprio contesto di appartenenza riaffermando il diritto di cittadinanza, il contrasto a qualunque forma di pregiudizio teso all'emarginazione e all'esclusione. Allora, l'inserimento lavorativo rientra a pieno titolo nel progetto terapeutico individuale messo a punto dal Centro di Salute Mentale (CSM) che detiene, nella sua realizzazione, una precisa responsabilità ed un ruolo di promozione, coordinamento e supervisione tale da garantire la compatibilità delle azioni di inserimento lavorativo con lo stato di salute ed i bisogni di assistenza del paziente, nonché la coerenza di dette azioni con gli altri interventi con finalità terapeutiche, riabilitative e di inclusione sociale previste dal progetto di cura individuale.

Tipologia del lavoro. Le opportunità di lavoro che le LG intendono promuovere non hanno niente a che vedere con altre esperienze del passato che consistevano di fatto in forme di assistenzialismo "camuffato", poiché finalizzate alla mera erogazione di contributi economici non collegati a reali obiettivi di reintegrazione produttiva. Un effettivo inserimento nei circuiti produttivi passa attraverso la conoscenza approfondita della realtà del territorio e del mercato del lavoro. E' poi fondamentale conoscere le caratteristiche, le competenze ed i bisogni delle persone da inserire, per costruire per loro e con loro percorsi di inserimento personalizzati, con una formazione che privilegi il modello "*place and support*" che sembra essere più efficace del modello "*train and place*" (Bond *et al.*, 1997; Bond *et al.*, 2001). Se da un lato si punta ad un lavoro realmente produttivo, dall'altro si richiede al lavoro una flessibilità organizzativa che consenta, per quanto possibile, un parziale adattamento del setting lavorativo e dello standard produttivo alle caratteristiche ed alle reali possibilità della persona inserita. Un sufficiente grado di "protezione" viene garantito dall'affiancamento di due figure significative: l' "operatore chiave", che è un esperto della salute mentale e conosce la persona inserita, ha il compito di sostenere il lavoratore rispetto allo stress ed all'impegno

personale e sociale derivante dalla nuova esperienza lavorativa; il "tutor aziendale", esperto del lavoro in questione scelto tra i lavoratori dell'azienda, ha il compito di favorire l'acquisizione delle specifiche competenze legate al lavoro da svolgere e l'adattamento al contesto lavorativo sul piano delle relazioni interpersonali. Inoltre un efficace supporto all'esperienza lavorativa viene garantito, oltre che da specifici interventi del CSM rivolti a paziente e famiglia, dalla rete collaborativa e solidaristica, costruita anche richiamando alla responsabilità sociale i datori di lavoro e riconoscendo le disponibilità acquisite mediante appropriati sistemi e strumenti incentivanti.

Ruoli e responsabilità. L'integrazione tra istituzioni e soggetti pubblici e privati e la modalità di lavoro in rete, di cui più diffusamente si parla altrove, non possono prescindere da una preliminare definizione di ruoli e responsabilità dei diversi attori coinvolti e da una altrettanto puntuale definizione delle varie fasi del processo di lavoro (chi fa che cosa, a qual fine e con quali strumenti), che vengono resi esplicitamente nelle LG; sono certo elementi innovativi del documento, di cui peraltro è stata sottolineata da tutti a più riprese la necessità. Si è in parte già detto del ruolo della Regione, di monitoraggio e valutazione periodica dell'efficacia delle politiche e delle iniziative attraverso il Tavolo di Coordinamento regionale e la Commissione Regionale interassessorile prevista per legge, oltre alla programmazione relativa ai Fondi strutturali. Il ruolo di programmazione e coordinamento del DSM e del CSM viene svolto, secondo quanto previsto dalle LG e dal Protocollo d'intesa con Provincia ed Ambito territoriale, anche grazie alla costituzione di Organi specifici: l'Unità di Inclusione socio-lavorativa del DSM ed il Gruppo Referente per il lavoro nel CSM. Tra gli altri contenuti di questa parte del documento, è da sottolineare il ruolo importante riconosciuto alla cooperazione sociale, grazie al *know how* acquisito per essere stata co-protagonista, a fianco dei servizi psichiatrici pubblici, nel processo di deistituzionalizzazione manicomiale ed impegnata nella gestione di strutture riabilitative psichiatriche, nonché all'impegno di alcune cooperative in esperienze pilota in questo campo, purtroppo non ancora valutate con metodi scientifici rigorosi. Un ruolo essenziale viene attribuito alle Associazioni di utenti e familiari, la cui presenza costituisce una irrinunciabile garanzia affinché le scelte strategiche ed operative siano quelle più funzionali alle aspettative, ai bisogni ed alle possibilità dell'utenza, piuttosto che di altri soggetti portatori di interessi magari altrettanto legittimi, ma secondari alla centralità che la persona sofferente deve mantenere nelle strategie e nel processo assistenziale. Tutti i soggetti che hanno partecipato ai lavori hanno contribuito con grande competenza a definire i propri ruoli e le responsabilità che erano in grado di assumersi. Da sottolineare come le Associazioni di imprenditori, coinvolte per la prima volta e fin dall'inizio con un ruolo da protagonisti, abbiano mostrato grande disponibilità nel condividere i valori ed i principi ispiratori e nell'assumersi impegni precisi per trasformare in azioni e comportamenti concreti quanto previsto dalle LG.

Organizzazione e risorse. Le LG indicano la necessità di "risorse" specifiche per promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo di persone con disturbi psichici, in termini economici (incentivi all'assunzione per le imprese, finanziamenti per i tutor aziendali) e di nuove opportunità (ampliamento delle opportunità di lavoro nelle pubbliche amministrazioni; convenzioni con i datori di lavoro per inserimenti efficaci, supportati e duraturi). Inoltre le possibilità di successo sono legate allo sviluppo di un efficace sistema di *governance* che preveda, tra l'altro: a) lo sviluppo di una rete interistituzionale ai tavoli della programmazione locale, anche mediante la promozione di forme di collaborazione innovative tra Agenzie e Servizi pubblici dell'ambito sociale, sanitario, della formazione professionale e del lavoro, Aziende, Cooperative Sociali ed Associazioni sindacali e di rappresentanza e tutela; b) la circolazione delle informazioni; c) il monitoraggio e la valutazione degli esiti, con la rilevazione puntuale e tempestiva delle criticità per le conseguenti iniziative di miglioramento.

La previsione ed il rinforzo di percorsi diversi (dal collocamento mirato ex L. 68/99 con le relative

convenzioni stipulate dalla Provincia con i datori di lavoro, al ruolo delle Cooperative Sociali di tipo B) l'individuazione di strumenti di facilitazione (corretta informazione sul disagio psichico rivolta al contesto sociale e lavorativo ed iniziative di lotta allo stigma) e di incentivazione alle imprese (formule di sgravio economico, ritorno di immagine, servizi di supporto), l'utilizzo integrato delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio e per la programmazione, puntano a definire un quadro articolato entro il quale più agevolmente costruire e realizzare progetti innovativi.

Monitoraggio e valutazione. La consapevolezza della difficoltà di valorizzare le esperienze che a "macchia di leopardo" si sono sviluppate nella Regione, spesso programmate, realizzate e valutate in modo soggettivo ed autoreferenziale, ha indotto a prestare particolare attenzione agli aspetti del monitoraggio e della valutazione, definendo in modo puntuale nelle LG i soggetti, l'oggetto della valutazione, tempi, strumenti, modalità e finalità. La valutazione avviene almeno a tre livelli. Il CSM si occupa della valutazione iniziale dello stato clinico e delle potenzialità lavorative della persona con disturbi psichici; poi, insieme con i soggetti che accompagnano la persona inserita nel percorso lavorativo, valuta le *performance* e l'andamento del progetto individuale; infine, insieme all'interessato e alla famiglia, valuta gli esiti in relazione allo stato complessivo di salute e benessere. L'Unità di Inclusione Sociale del DSM valuta complessivamente i risultati e le eventuali criticità dei progetti per l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici realizzati nel DSM stesso. Il Tavolo di coordinamento regionale valuta, sulla base di criteri definiti ed esplicitati nelle LG, il grado di raggiungimento degli obiettivi, i risultati e le eventuali criticità delle politiche regionali di inserimento al lavoro delle persone con problemi psichici, producendo report annuali utili per programmare azioni di miglioramento. Sulla base delle indicazioni fornite dall'attività di valutazione e dai relativi report anche le LG potranno essere periodicamente riviste ed aggiornate.

Il Protocollo d'Intesa[30]

Il "Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per l'Inserimento Lavorativo delle persone con problemi psichici" è lo strumento operativo delle Linee Guida, di cui riprende princìpi, finalità ed obiettivi. Si sottolineano di seguito alcuni aspetti principali.

Da segnalare come in premessa venga esplicitamente dichiarato che: a) i Piani di Zona rappresentano lo strumento strategico per governare le politiche sociali e socio-sanitarie nel territorio; b) l'Ambito territoriale è il "luogo dell'integrazione" degli interventi e delle risorse.

Il Protocollo viene sottoscritto dai principali soggetti interessati - Provincia, Ambito territoriale e Azienda Sanitaria Locale (specificamente il DSM, mediante il CSM territorialmente competente) - in relazione alle proprie competenze ed obblighi in materia e a quanto stabilito dalle LG. In particolare, la Provincia è titolare per legge delle competenze dirette per l'inserimento lavorativo dei disabili, l'Ambito territoriale è titolare di funzioni e compiti di programmazione locale e realizzazione

30 I contenuti del documento si sono sviluppati all'interno del Gruppo di Lavoro "Protocollo" composto da :
- Marisa De Palma e Antonio Damiani, Regione Puglia - Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione
- Vito Losito, Regione Puglia Servizio Sistema Integrato Servizi Sociali
- Vincenzo Capozza, ASL-DSM Brindisi
- Maria Luisa Marra e Maria Fontana, ASL-DSM Lecce
- Marilena Colucci, ASL-DSM BAT (Barletta, Andria, Trani)
- Giovanni Ramires, Provincia di Brindisi (CpI)
- Franco Lacarra e Anna Damiano, Comune di Bari
- Maria Vittoria Valoti, Comune di S.Severo
- Alfredo Cellamare, Comune di Castellaneta
- Filomena Colamussi, Cooperativa sociale l'Obiettivo
- Francesco Mongelli, ATSM (Ass. fam/utenti).

di interventi e servizi di carattere sociale, la ASL è titolare delle competenze del DSM in merito all'assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale in salute mentale nonché degli accertamenti sanitari e forme di sostegno per l'inserimento lavorativo dei disabili. Per ciascun soggetto vengono definiti i compiti, che diventano altrettanti impegni operativi con la sottoscrizione del Protocollo. Particolare attenzione viene riservata alla circolazione delle informazioni; alla semplificazione amministrativa; alla promozione di interventi innovativi; alle azioni di verifica, controllo ed incentivazione in merito all'assolvimento degli obblighi di legge di ciascun soggetto e dei datori di lavoro; all'ottimizzazione dell'uso di risorse professionali e finanziarie; allo sviluppo di un sistema a "rete" tra soggetti istituzionali e non, valorizzando il ruolo del partenariato; a strumenti e modalità di monitoraggio e valutazione dei progetti individuali e dei programmi territoriali di inserimento lavorativo; alla disseminazione delle buone pratiche.
Per il coordinamento delle azioni relative agli impegni assunti, vengono previsti specifici Tavoli di integrazione interistituzionale - Tavolo di Coordinamento Provinciale e Tavoli Operativi d'ambito - e, per ciascuno di essi, composizione, compiti, tempi e modalità di funzionamento.

Considerazioni conclusive

Si ritiene che il lavoro svolto ed i documenti prodotti - Linee Guida, Protocollo d'Intesa e relativi allegati - abbiano raggiunto una serie di obiettivi relativi alle criticità rilevate nel sistema. Tra gli obiettivi più significativi:

- ottenere maggiori opportunità di occupazione senza discriminazioni verso persone con problemi psichici, di cui vengono riconosciuti i diritti di cittadinanza ed il diritto al lavoro;
- promuovere la responsabilità sociale, creando intese e sinergie tra i soggetti interessati ed impegnandoli rispetto a specifiche responsabilità;
- promuovere la qualità dell'intervento di inserimento lavorativo, al fine di un effettivo miglioramento della qualità della vita e della salute delle persone con problemi psichici, definendo modelli omogenei di intervento che contengano espliciti obiettivi, azioni e criteri, modalità e strumenti di valutazione, per superare la parcellizzazione delle esperienze e rendere più attendibile ed agevole il confronto, la valutazione degli esiti, la produzione di evidenze convincenti e la generalizzazione di pratiche di provata efficacia.

Si ritiene, infine, che l'applicazione di quanto previsto nelle Linee Guida e nel Protocollo d'Intesa consenta di realizzare "un sistema integrato di progettazione e di intervento" ben strutturato ed adeguatamente governato, ma nel contempo agile e flessibile, abbastanza snello sul piano burocratico (riunioni, raccolta ed elaborazioni dati, produzione di report: giusto quanto serve!), aperto a diverse soluzioni operative e all'innovazione, orientato alla riflessione critica su se stesso finalizzata al miglioramento continuo e ad "apprendere dall'esperienza".

6.4 Le sperimentazioni di Progettazione Integrata Locale in sei Ambiti Territoriali

Con la Linea di Azione prioritaria n.3 del Programma Pro.P, la Regione Puglia ha sperimentato l'applicazione delle Linee Guida e del Protocollo d'intesa, oggetto delle linee di azione 1 e 2, con l'effettiva predisposizione, in ogni ASL, di almeno un Progetto integrato di adattamento e inserimento al lavoro di disabili psichici.
Come previsto dal progetto esecutivo regionale, le attività della linea d'azione si sono sviluppate a livello territoriale locale di ogni ASL. In particolare, al novembre 2009, sono state svolte le seguenti attività:

- costituzione di sei *Gruppi di progettazione partecipata (Nuclei interdisciplinari per la progetta-*

zione sulla salute mentale), uno per ciascuna delle sei ASL regionali;
- per ciascuno dei sei ambiti territoriali, incontri di progettazione partecipata a carattere formativo per l'identificazione ed il disegno del progetto integrato e la definizione del partenariato di progetto;
- progettazione esecutiva, a cura dei gruppi di progettazione, di ciascun progetto integrato e sua formulazione sulla base di un format predisposto dall'Isfol;
- redazione finale dei progetti integrati proposti.

I percorsi progettuali a livello locale sono stati sviluppati con il supporto dell'Isfol e con modalità partecipative e formativo/*on the job*. In particolare, sono state applicate metodologie comunitarie di *Goal Oriented Project Planning* (GOPP) e del *Project Cycle Management*, mirate a favorire l'acquisizione di competenze, in ottica di formulazione e presentazione di progetti nel quadro del POR Puglia (FSE) 2007-2013 e di altri strumenti di finanziamento comunitari, nazionali e regionali attivabili.
La realizzazione della Linea d'Azione 3, relativa ai progetti integrati da realizzare in ciascuna ASL, ha comportato complessivamente circa due mesi di attività, sulla base del calendario qui riportato.

PROVINCIA	AMBITO	Incontro iniziale di progettazione partecipata	Attività progettuali curate dal Gruppo di progettazione	Incontro di restituzione
LECCE	Nardò	24.09.2009	26/9-19/10	29.10.2009
BRINDISI	Mesagne	16.09.2009	17/9-11/10	21.10.2009
TARANTO	Martina Franca	17.09.2009	18/9-12/10	22.10.2009
FOGGIA	S.Severo	22.09.2009	23/9-17/10	27.10.2009
BAT	Barletta	23.09.2009	24/9-18/10	28.10.2009
BARI	Bari	25.09.2009	26/9-19/10	30.10.2009

Una lettura d'insieme dei progetti

Una lettura d'insieme dei progetti predisposti con modalità partecipate dai gruppi di progettazione locale permette di osservare alcuni elementi significativi in ordine all'applicazione ed alla sperimentazione sul campo delle Linee Guida regionali e del Protocollo d'intesa.
Le attività di progettazione partecipata sviluppata nei vari ambiti hanno portato, pur con l'utilizzazione da parte dell'Isfol della medesima procedura, alla identificazione di un ventaglio di progetti diversificato.
Come tipologia progettuale, tre dei sei progetti possono essere considerati come *azioni di sistema* in quanto sono focalizzati ad incidere sulle condizioni di contesto, a livello locale, dei processi e delle potenzialità di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici.
Gli altri tre progetti possono essere definiti come *puntuali*, in quanto non mirano ad incidere direttamente sul contesto ma a sperimentare l'approccio a rete come modalità innovativa per il successo degli inserimenti lavorativi.
I progetti presentano un'ampia gamma di obiettivi generali e specifici. In sintesi, il *focus* delle idee progettuali si concentra sulla sostenibilità e la stabilizzazione degli inserimenti lavorativi, sul contrasto dello stigma e sulla sperimentazione di modalità innovative di processo e di coinvolgimento degli attori.
Tra le caratteristiche significative dei progetti predisposti dai gruppi di progettazione, ha particolare rilievo il ruolo proattivo di *"pivot"*, nel partenariato e nelle attività di realizzazione, assunto da attori che non sono presenti nei tradizionali progetti di inserimento lavorativo di persone con problemi psichici (in generale i Centri per l'Impiego e, ancora più significativo rispetto ai progetti tradizionali,

le organizzazioni datoriali quali il CNA e la Confcommercio o professionali quale l'Ordine dei consulenti del lavoro).
Le modalità di progettazione partecipata hanno permesso di rendere evidenti i ruoli dei *partner* e li hanno condotti ad assumersi esplicitamente le responsabilità loro attribuite, anche quando queste sono già previste dalla legge e non ce ne dovrebbe essere bisogno.
I progetti prevedono una molteplicità di risultati attesi. Alcuni di tali risultati hanno caratteristiche di trasferibilità e fruibilità in altri contesti sia a livello di modelli d'intervento che a livello di strumenti (banche dati, protocolli con le imprese, accordi integrativi aziendali). Le caratteristiche di trasferibilità e fruibilità costituiscono il presupposto per trasformare tali prodotti in buone pratiche.

	Ambito di Bari	Ambito di San Severo	Ambito di Nardò	Ambito di Barletta	Ambito di Martina Franca	Ambito di Mesagne
Titolo del progetto	**St-abilmente insieme**	**La mente artigiana**	**Insieme per il lavoro**	**iolavoro.com**	**Rino, lavoro anch'io**	**Produttiva / mente**
Focus di progetto	Sostenibilità degli inserimenti	Sperimentazione botteghe artigiane	Sperimentazione *matching* domanda /offerta lavoro	Sperimentazione percorsi d'inserimento nel settore commerciale	Stabilizzazione lavorativa	Mitigazione dello stigma
Tipologia progettuale	**Sistema**	**Puntuale**	**Sistema**	**Puntuale**	**Puntuale**	**Sistema**
Partner Pivot	Comune	Confederazione Nazionale Artigianato	Centro per l'Impiego (CpI)	Confcommercio	CpI, Ordine provinciale consulenti del lavoro	CpI, Sindacato
I prodotti trasferibili	**Modello d'inserimento lavorativo in ottica di sostenibilità**	**Modello di accompagnamento al lavoro**	**Mappatura e database delle aziende disponibili**	**Documento strategia di comunicazione**	**Banca dati e documento domanda offerta**	**Protocolli con le imprese Accordi integrativi aziendali**

Appare importante anche sottolineare che tutti i Gruppi di progettazione, nella individuazione delle idee progettuali e nella loro stesura hanno tenuto pienamente conto della filosofia e dell'impostazione operativa delle Linee Guida regionali e del Protocollo d'intesa. Ciò testimonia la coerenza di tali documenti con le effettive esigenze del livello locale e la loro applicabilità nei progetti. Si cita, a titolo esemplificativo: il *Tavolo operativo d'Ambito*, la figura dell'*operatore chiave*, l'adozione di meccanismi di *monitoraggio e valutazione*, a livello di singolo utente e di progetto.
La predisposizione dei progetti ha rappresentato un *test* di rete a livello locale, praticamente non sperimentata in precedenza. Si è colta l'impressione che tra i partecipanti è maturata la consapevolezza di comunità di lavoro tra istituzioni, rappresentanze, operatori, utenti in un clima di rispetto e riconoscimento reciproco.
E' opportuno comunque sottolineare che le reti hanno bisogno di essere governate: il loro funzionamento (più o meno buono) dipende dalla presenza di un coordinamento realmente operativo e dedicato.

La composizione dei partenariati
La composizione dei sei partenariati attivati a livello locale sembra rispondere adeguatamente alle

indicazioni espresse a livello regionale con le Linee Guida ed il Protocollo d'intesa. L'amalgama degli attori locali appare variegata e rappresentativa, e permette di coprire i molteplici aspetti che riguardano l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici. Nei vari partenariati, il numero degli attori rappresentati varia da un minimo di 7 ad un massimo di 11. Tale numero appare sufficientemente ampio per assicurare efficacia, ma anche in grado di operare con efficienza.

Ambito di Bari	Ambito di San Severo	Ambito di Nardò	Ambito di Barletta	Ambito di Martina Franca	Ambito di Mesagne
St-abilmente insieme	*La mente artigiana*	*Insieme per il lavoro*	*iolavoro.com*	*Rino, lavoro anch'io*	*Produttiva / mente*
Ambito	**Ambito sociale Alto tavoliere**	**Ambito**		**Ambito**	**Ambito**
Comune di Bari	Comuni dell'Ambito	Comuni Copertino, Leverano, Porto Cesareo	Comune di Barletta	Comuni di Martina Franca e Crispiano	Comuni dell'Ambito
Centro per l'Impiego	**Centro per l'Impiego**	**Centro per l'Impiego**	**Centro per l'Impiego**	**Centro per l'Impiego**	**Centro per l'Impiego**
DSM		DSM Lecce	DSM	DSM Taranto	DSM
CSM	**CSM**	**CSM Nardò**	**CSM**	**CSM**	**CSM**
Cooperative sociali B	Consorzio e Cooperative sociali B	Cooperativa sociale B	Cooperativa sociale B	Cooperative sociali B	Cooperative sociali B
Associazione familiari	**Associazione famiglie "A.DA.SAM"**	**Associazione famiglie "Nuova speranza"**	**Familiari degli utenti**		**Associazioni familiari e di cittadinaza**
Sindacato		Sindacato		Sindacato	Sindacato
Associazione utenti				**Associazione utenti**	
Confindustria	CNA	Camera di Commercio di Lecce	Confcommercio		
Altre rappresentanze datoriali				**Rappresentanze datoriali**	
	Ente di formazione "Smile"			Ordine provinciale consulenti del lavoro di Taranto	

Oltre al DSM ed al CSM, i partner presenti in tutti i progetti sono i Centri per l'Impiego e le cooperative sociali di tipo B. L'Ambito è presente esplicitamente in 5 progetti su 6, anche se l'effettivo ruolo è funzione della struttura stessa dell'Ambito. Se l'Ambito è incentrato e gravita su un comune a consistente realtà urbana (Bari e Barletta) è il Comune stesso ad assumere il ruolo strategico territoriale, mentre nelle realtà con caratteristiche territoriali meno polarizzate l'Ambito svolge la funzione di raccordo tra i vari Comuni.

Anche se nei progetti è citato il possibile concorso di altre organizzazioni datoriali, gli impegni espliciti di partenariato sono stati assunti da Confindustria (Bari), CNA (San Severo), Camera di Commercio di Lecce (Nardò), Confcommercio (Barletta). Si può trarre come considerazione che, al contrario di quanto generalmente si ritiene e accade, le organizzazioni datoriali appaiono sensibili e possono essere proficuamente coinvolte nei percorsi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici.

Gli aspetti innovativi

Gli aspetti della realizzazione della Linea 3 del Pro.P in Puglia considerati maggiormente innovativi possono essere così sintetizzati:

- in termini di *processo,* si è trattato di una prima esperienza di progettazione partecipata a livello locale con il concorso di una pluralità di attori direttamente o indirettamente coinvolti nei processi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici;
- in termini di *strumenti di processo*, i percorsi di progettazione partecipata hanno permesso di attivare reti a livello locale e di testare la capacità di coordinamento e di operatività comune, in un quadro di complementarietà e sinergia tra gli attori;
- in termini di *ruoli nel partenariato*, i percorsi di progettazione partecipata hanno dato spazio ad attori generalmente assenti o coinvolti solo marginalmente;
- in termini di *strumenti operativi*, ha carattere di innovatività per il contesto locale la condivisione circa l'utilizzazione di data base *(matching)* domanda/offerta di lavoro e di sistemi di monitoraggio e valutazione sia dei progetti ideati e attuati in partenariato che dei singoli percorsi d'inserimento lavorativo realizzati;
- in termini di *relazioni con il sistema datoriale*, ha carattere di innovatività l'attenzione, già come premessa progettuale, mirata alla stipula di protocolli con le imprese e di accordi integrativi aziendali, specifici per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici.

La lezione dell'esperienza di progettazione integrata locale in Puglia

L'esperienza di progettazione partecipata al livello locale dei percorsi di inserimento al lavoro di disabili psichici nella Regione Puglia ha messo in evidenza che gli attori non si conoscono e sanno poco della rispettiva esistenza/esperienza. Tuttavia le persone sembrano pronte ad operare in logica di rete. Attualmente quindi le reti non ci sono o sono molto deboli ma dove non ci sono, possono emergere e, dove sono già presenti, si possono rafforzare.

L'utilizzo della progettazione partecipata ha permesso di promuovere e concretizzare la diretta ed effettiva interazione tra le persone *sul campo*, fino a giungere alla costruzione di una rete, a riprova che le reti non nascono a priori *sulla carta*.

La ridotta dimensione territoriale e demografica locale (quale, ad esempio, è l'Ambito in Puglia) sembra assicurare maggiore efficacia dell'azione di progettazione partecipata, in quanto gli attori del livello locale fanno parte della medesima realtà sociale, istituzionale ed economica; la comunicazione tra gli attori è più diretta e può essere meno formale; l'utente è una persona ben individuata, con la sua storia e con la sua famiglia; l'idea progettuale nasce meno teorica e maggiormente contestualizzata.

Le iniziative di progettazione partecipata per attivare sistemi a rete mirati all'inserimento lavorativo sviluppati in contesti territoriali circoscritti, quale l'Ambito, ed in particolare se localizzate in centri minori (e non, ad esempio, nei capoluoghi di Provincia), facilitano la costruzione di una buona pratica d'intervento più facilmente trasferibile ai contesti di maggiori dimensione.

Dai confronti partenariali di progettazione a livello locale, si è potuto osservare che gli attori si

rendono subito conto che ciò che li unisce e li accomuna è l'utente e che sul percorso di inserimento lavorativo che deve essere tracciato per l'utente, ciascuno di loro ha un ruolo ed un valore aggiunto da apportare.
Scambiandosi le idee in modo aperto e "partecipato", gli attori prendono coscienza che i "problemi" che hanno di fronte sono sostanzialmente i medesimi per tutti, ma i modi di affrontare e focalizzare tali problemi divergono. Tali difformità di approccio sono spesso causa di reciproche diffidenze/incomprensioni che portano a prassi operative talvolta contrastanti o in sovrapposizione, e quindi né integrate né sinergiche in ottica di efficacia degli inserimenti lavorativi di persone con disagio psichico.
Tali osservazioni non sembrano perdere di valore, anzi si rafforzano, nell'incontro delle tre prospettive chiave dell'inserimento lavorativo che paiono (e sono per consuetudine considerate) lontane: quella delle politiche attive del lavoro (CpI), quella riabilitativo-terapeutica (DSM-CSM) e quella datoriale.
Nell'esperienza di reti locali sviluppata in Puglia, gli attori sembrano aver maturato la convinzione che:

- le rispettive esperienze e *modus operandi* possono essere rese complementari grazie all'azione di rete;
- ciascun attore può trarre un vantaggio diretto dal concorso degli altri attori;
- per far concorrere gli attori è necessario condividere e cimentarsi su un'idea progettuale specifica;
- l'idea progettuale che nasce condivisa può portare/innescare agevolmente elementi innovativi;
- il ruolo che ciascun attore può avere nel progetto (innovativo) di inserimento lavorativo non è precostituito, ma deriva dall'idea progettuale stessa. Non c'è necessariamente un *princeps* in assoluto;
- l'approccio partecipato permette di ribaltare la logica da una posizione attendista e passiva ad una posizione propositiva ed attiva: da "*quando le risorse finanziarie saranno disponibili, potrò predisporre un progetto*" a "*ho predisposto un buon progetto che può attivare risorse, a chi posso presentarlo?*"

In particolare, in termini di valore aggiunto e di benefici che l'azione partenariale ed integrata può generare:

- i servizi riabilitativo-terapeutici hanno la possibilità di rafforzare l'inclusione sociale dell'utente che hanno in carico accompagnandolo ad un lavoro idoneo e rispondente alle sue possibilità ed esigenze;
- i Servizi per l'Impiego traggono, con il supporto specialistico del DSM-CSM e la disponibilità dell'impresa, la possibilità di effettuare - in coerenza con il mandato loro attribuito - un *matching* circostanziato tra domanda ed offerta di lavoro;
- la parte datoriale si sente meno isolata, più forte e potenzialmente meglio assistita nell'adempiere sia ad precetto normativo che anche ad una propria istanza di ruolo e bilancio sociale;
- le famiglie, gli utenti e le loro associazioni assumono un ruolo attivo e consapevole nel disegno dei progetti e dei percorsi individuali di inserimento;
- le cooperative sociali di tipo B trovano la possibilità di sviluppare le proprie attività, con ruoli molteplici, su nuovi modelli d'intervento.

Per consolidare le reti locali che si sono formate con l'azione di progettazione integrata e per promuovere ulteriormente la modalità di approccio sperimentata, appare opportuno:

- supportare e dare assistenza ai partenariati per la presentazione dei progetti ai potenziali finanziatori;
- aiutare i partenariati nella auto-valutazione dei progetti;
- sollecitare i partenariati a cimentarsi su nuovi progetti;
- portare le esperienze in altri contesti (ambiti);

- presentare e diffondere a livello provinciale e/o regionale, nell'ambiente di rispettiva appartenenza, il ruolo ricoperto localmente da particolari attori (es. Centri per l'Impiego, CNA, Confcommercio, Camere di Commercio);
- favorire riconoscimenti formali (menzioni interassessorili a livello regionale o provinciale) ai partenariati con le migliori *performance*;
- favorire riconoscimenti formali (menzioni interassessorili a livello regionale o provinciale) e premialità professionali (es. borse e viaggi di studio) a singole persone che abbiano svolto ruoli significativi.

6.5 Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali

I gruppi di lavoro pugliesi, coordinati dall'Isfol e dalla Regione Puglia, hanno elaborato due documenti: le Linee Guida regionali per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici ed uno Schema di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali che sono stati ufficialmente approvati con una specifica Deliberazione della Giunta regionale e sono presentati di seguito.

6.5.1 D.G.R. 471 del 23-02-2010

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

AREA: Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità
SERVIZIO: Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

Deliberazione della Giunta Regionale n.471 del 23 febbraio 2010

OGGETTO: Attuazione di percorsi integrati finalizzati all'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici. Approvazione Linee Guida regionali e Protocollo d'Intesa Istituzionale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, di concerto con l'Assessora alla Solidarietà, dott.ssa Elena Gentile e con l'Assessore al Lavoro e Formazione Professionale, dott. Michele Losappio, sulla base dell'istruttoria espletata dalle Dirigenti dei rispettivi Uffici e confermata dai Dirigenti del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, Servizio Politiche di Benessere Sociale e pari opportunità e Servizio Formazione Professionale, riferisce quanto segue: Il Piano regionale di Salute 2008-2010, in coerenza con quanto contenuto nelle Linee di indirizzo nazionali sulla salute mentale, individua tra gli obiettivi prioritari a favore dell'inclusione sociale la realizzazione di programmi mirati al re/inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici. Nell'evoluzione dei sistemi di welfare pugliese, anche il Piano regionale per le Politiche Sociali 2009 – 2011 ha previsto che " la progettazione dei Piani Sociali di Zona deve assicurare, altresì, d'intesa con i Centri di Salute Mentale e con i Centri per l'impiego provinciali, interventi mirati ad un effettivo inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici in carico ai Servizi, in conformità alle Linee guida regionali redatte a seguito dell'adesione della Regione ad un progetto nazionale finanziato dal Ministero del Lavoro e curato dall'Isfol".

Infatti, sin dal 2008, la Regione Puglia ha aderito al "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P.", promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, D.G. Politiche per l'Orientamento e la Formazione ed attuato dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'ISFOL, presentando un proprio Progetto, che è stato selezionato e finanziato.
Il Progetto si è articolato secondo tre linee di intervento:

1) definizione di Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici;
2) definizione di uno Schema di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per le Azioni da attuare nell'ambito dei Piani di Zona;
3) realizzazione, in ciascuna delle sei ASL Provinciali, di almeno un Progetto integrato sperimentale di inserimento al lavoro di persone con disturbi psichici, attuato coerentemente con quanto previsto dalle Linee Guida.

La proposta progettuale muove dalla constatazione che, in Puglia, esistono esperienze locali condotte da DSM o gestite autonomamente da cooperative sociali, caratterizzate nella maggior parte dei casi da una estrema variabilità riguardo la metodologia adottata, numero e tipologia di utenti, durata dell'inserimento, una scarsa chiarezza circa i ruoli ed i rapporti collaborativi tra i vari soggetti coinvolti, l'assenza di strumenti e modalità di valutazione standardizzata degli esiti che consentano di produrre e pubblicare dati attendibili, per cui i risultati riferiti risentono inevitabilmente di un grado significativo di autoreferenzialità.
Sin dall'inizio, il Progetto è stato fortemente caratterizzato da un alto livello di integrazione sia fra le diverse strutture regionali coinvolte (Ass. alle Politiche della Salute, Ass. alla Solidarietà Sociale, Ass. al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale), sia fra la Regione, gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie, sia con tutti gli altri Soggetti, pubblici e privati, coinvolti nei percorsi di inclusione lavorativa, quali le Cooperative Sociali, Sindacati, Associazioni di categoria imprenditoriali (Confindustria, Confartigianato, Confapi, ecc.), Centri per l'Impiego, Associazioni per la Tutela della Salute Mentale, stabilendo modalità di collaborazione sinergica decisamente innovative.
Lo stile di lavoro adottato si è fondato sulla promozione della partecipazione e la ricerca del più ampio consenso, riunendo ai tavoli di lavoro ben 27 Soggetti istituzionali, associativi e cooperativi. Il gruppo ha lavorato alla stesura delle Linee Guida per circa 10 mesi mediante incontri periodici e discussioni in plenaria, privilegiando l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici gravi ed in carico ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale.
Va evidenziato che le possibilità di successo, nell'applicazione delle allegate Linee Guida, sono legate allo sviluppo di un efficace sistema di *governance* che preveda, tra l'altro: a) lo sviluppo di una rete interistituzionale ai tavoli della programmazione locale; b) la circolazione delle informazioni; c) il monitoraggio e la valutazione degli esiti.
Inoltre, il Progetto ha previsto e realizzato l'allegato schema-tipo di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per l'Inserimento Lavorativo delle persone con problemi psichici: uno strumento operativo delle Linee Guida, di cui riprende princìpi, finalità ed obiettivi e nel quale, sostanzialmente, si evidenzia che: a) i Piani di Zona rappresentano lo strumento strategico per governare le politiche sociali e socio-sanitarie nel territorio; b) l'Ambito territoriale è il "luogo dell'integrazione" degli interventi e delle risorse.
Pertanto, i Documenti prodotti - Linee Guida, Protocollo d'Intesa e relativi allegati – costituiscono strumenti fondamentali e innovativi per:

- ottenere maggiori opportunità di occupazione senza discriminazioni verso persone con problemi psichici, di cui vengono riconosciuti i diritti di cittadinanza ed il diritto al lavoro;
- promuovere la responsabilità sociale, creando intese e sinergie tra i soggetti interessati ed impegnandoli rispetto a specifiche responsabilità;

- promuovere la qualità dell'intervento di inserimento lavorativo, al fine di un effettivo miglioramento della qualità della vita e della salute delle persone con problemi psichici, definendo modelli omogenei di intervento che contengano espliciti obiettivi, azioni e criteri, modalità e strumenti di valutazione, per superare la parcellizzazione delle esperienze e rendere più attendibile ed agevole il confronto, la valutazione degli esiti, la produzione di evidenze convincenti e la generalizzazione di pratiche di provata efficacia.

L'applicazione di quanto previsto nelle Linee Guida e nel Protocollo d'Intesa consente di realizzare "un sistema integrato di progettazione e di intervento" ben strutturato ed adeguatamente governato, ma nel contempo agile e flessibile.
Per quanto concerne la 3ª Linea di intervento, ovvero la sperimentazione, in ogni ASL, delle Linee Guida e del Protocollo, si sono svolti, anche grazie al supporto degli esperti dell'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol, due incontri di formazione alla progettazione partecipata in un Ambito per ogni Provincia e sono stati predisposti sei progetti integrati di reinserimento lavorativo di utenti in carico ai Centri di Salute Mentale.
La progettazione integrata finalizzata all'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico costituisce obiettivo prioritari del Piano regionale delle Politiche Sociali, che investe di tale adempimento tutti gli Ambiti sociali del territorio regionale.
Peraltro, i possibili canali di finanziamento per la realizzazione dei Progetti sono individuati dalle stesse Linee Guida regionali nelle seguenti risorse:
Fondi P.O. FESR 2007-2013 – Asse III "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale" Linea 3, dedicata all'integrazione e reinserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate;
Fondi P.O. FSE 2007-2013 – Asse "Inclusione Sociale", anch'esso mirato all'inserimento lavorativo delle persone in condizioni di svantaggio
Quote delle risorse finanziarie previste dal Piano regionale delle Politiche Sociali;
Quote del Finanziamento Sanitario Regionale appositamente vincolate;
Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità di cui alla Legge n. 68/1999.
Si propone, quindi, alla Giunta Regionale di approvare le Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, con l'accluso glossario, e lo Schema di protocollo di Intesa tra Provincia, ASL ed Ambiti territoriali, Allegati A) e B) quali parti sostanziali ed integranti del presente Atto.
"COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. n. 28/2001 e s .m. e i."
La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio P.A.P.T.
dott. Fulvio Longo

Il presente provvedimento rientra nelle specifiche competenze della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4, lettera K) della L.R. 7/97.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute, dell'Assessora alla Solidarietà, e dell'Assessore al Lavoro e Formazione Professionale,

- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dalle Dirigenti dei rispettivi Uffici e confermata dai Dirigenti del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, Servizio Politiche di Benessere Sociale e pari opportunità e Servizio Formazione Professionale, nonchè dal Direttore di Area,
- a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di approvare le Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, con l'accluso glossario, e lo Schema di protocollo di Intesa tra Provincia, ASL ed Ambiti territoriali, Allegati A) e B) quali parti sostanziali ed integranti del presente Atto;
- di dare mandato ai Dirigenti dei Servizi interessati di notificare, di concerto, il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, all'ANCI Puglia ed all'UPI Puglia, con l'obbligo di massima diffusione;
- di disporre, ai sensi della L. R. n. 13/'94, la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO
Dott. Romano Donno

IL PRESIDENTE
Dott. Nichi Vendola

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio a loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Dirigente dell'Ufficio n. 4 - d.ssa Maria De Palma
Il Dirigente dell'Ufficio n .2 – dott. Alessandro Cappuccio
Il Dirigente del Servizio Programmazione ATP - dott. Fulvio Longo
La Dirigente del Servizio Politiche Benessere Sociale – d.ssa Antonella Bisceglia
La Dirigente del Servizio Formazione Professionale – d.ssa Giulia Campanello
Il sottoscritto Direttore di Area non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di deliberazione osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt.15 e 16 del DPGR n.161/2008.

Il Direttore dell' Area Politiche per la promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità
Mario Aulenta

Gli Assessori proponenti:
prof. Tommaso Fiore
d.ssa Elena Gentile
dott. Michele Losappio

6.5.2 Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici (All. A DGR 471 del 23-02-2010)

Indice

Premessa
1. Impegno culturale
1.a Significati dell'inserimento lavorativo
1.b Riferimenti normativi
1.c Tutela del diritto al lavoro
1.d Integrazione tra azioni e risorse finanziarie diverse
2. Attori, ruoli e responsabilità
2.a Indirizzi delle azioni in rete
2.b Modalità d'intervento e contenuti
2.c Ruoli e responsabilità
3. Il sistema della governance
3.a Rete e organizzazione
3.b Processo d'inserimento socio-lavorativo: la rete dei servizi e le aree di competenza
4. Il mercato e le imprese
4.a Le azioni sul mercato e i rapporti con le imprese
4.b Il collocamento mirato
4.c L'utilizzo integrato delle risorse finanziarie
5. Il monitoraggio e la valutazione
5.a Il monitoraggio a livello di sistema regionale
5.b La valutazione a livello di sistema regionale
6 Allegati
A1) Schede di monitoraggio e valutazione
A2) Glossario

Premessa

La Regione Puglia, in coerenza con l'impianto complessivo delle politiche sociali del Governo regionale finalizzate al superamento degli interventi assistenziali e alla promozione della persona, condivide gli obiettivi del *"Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati d'inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico"* (Pro.P), promosso e sostenuto dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e attuato dall'Isfol.

Il Programma si caratterizza per lo scopo di facilitare la razionalizzazione, lo sviluppo e la messa a sistema dei processi di integrazione socio-lavorativa delle persone con problemi psichici, attraverso lo studio delle attività, delle risorse e delle diverse variabili che influenzano il successo dei percorsi d'inserimento.

A tal fine si ritiene utile sviluppare le Linee Guida regionali per l'inserimento lavorativo dei **pazienti in carico ai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dell'ASL** e lo schema di Protocollo d'Intesa tra Asl ed Enti Locali, per rafforzare la sinergia in merito alle azioni mirate all'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici da attuare anche nell'ambito dei Piani di Zona.

Le Linee Guida regionali sull'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici si propongono di:

- definire e realizzare una rete a *livello istituzionale,* verticale ed orizzontale, tra gli Enti Locali, fornendo indicazioni su un possibile assetto/modello di programmazione;

- fornire indirizzi per superare la frammentazione degli attori coinvolti, che si traduce in una frammentazione degli interventi, incidendo negativamente sull'efficacia e sull'efficienza delle politiche;
- favorire il consolidamento e l'ampliamento del mercato di riferimento per l'inserimento al lavoro delle persone con problemi psichici, dando soluzione alle difficoltà di comunicazione sulle opportunità di lavoro;
- favorire la responsabilità sociale da parte degli operatori economici attraverso formule di sgravio economico, ritorno di immagine, oltre che di servizi di supporto;
- definire metodologie appropriate per diffondere una corretta informazione sui problemi psichici, per valorizzare le potenzialità lavorative delle persone con problemi psichici, per costruire percorsi di facilitazione e sostegno di utenti da inviare al lavoro.

1. Impegno culturale

1.a Significati dell'inserimento lavorativo

La Regione Puglia promuove, qualifica e sostiene l'integrazione socio-sanitaria, le cui attività devono essere finalizzate a soddisfare in modo integrato i bisogni dei cittadini in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento socio-lavorativo e abitative oltre che al miglioramento delle condizioni di vita e di tutela della salute.

L'integrazione trova il suo riferimento normativo specifico anche nella stessa disciplina del collocamento mirato; non a caso la Legge n. 68/1999 nei primi articoli parla proprio dell'obiettivo dell'integrazione, intesa sotto il duplice significato di integrazione lavorativa della singola persona nel mondo del lavoro e di integrazione tra gli attori, pubblici e privati, che agiscono sul territorio per raggiungere l'obiettivo dell'inserimento lavorativo.

La Regione Puglia, in particolare persegue gli obiettivi di promuovere il benessere e sostenere i percorsi d'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici, garantire la qualità degli interventi e agevolare l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti che affrontano maggiori difficoltà nell'inserimento lavorativo, affermando la necessità del coinvolgimento degli attori locali fin dalle prime fasi di elaborazione dei progetti.

L'inserimento lavorativo, programmato sulla base delle specifiche esigenze, propensioni, caratteristiche, capacità e possibilità di ciascuno, costituisce momento fondamentale del processo di inclusione sociale che, a sua volta, è la cornice di riferimento entro cui deve essere messo a punto fin dall'inizio e realizzato qualunque progetto terapeutico-riabilitativo individuale in favore di persone con problemi psichici più o meno gravi.

Il benessere complessivo dell'individuo dipende da molteplici fattori quali lo stato psico-fisico, la partecipazione sociale, l'attività lavorativa.

Il lavoro per la persona con problemi psichici assume una importante funzione, determina una nuova condizione, aiuta ad affermare il proprio diritto di cittadinanza e quindi consente alla persona di diventare più forte nel contrastare i meccanismi di inabilitazione e di emarginazione.

Il lavoro per la persona con problemi psichici assume una grande importanza infatti:

- costituisce elemento di senso per ciascun individuo e per l'insieme delle sue relazioni;
- definisce gli scambi possibili tra le persone e ne valorizza le differenze;
- alimenta e sostiene le competenze e le abilità necessarie;
- produce reddito;
- consolida diritti (alla retribuzione, alla parola, alla rappresentanza, alla salute, al tempo libero ecc.);
- elimina lo stigma attraverso la conoscenza.

Le iniziative di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici devono essere sviluppate sulla base dei seguenti principi:

- azioni condivise tra Istituzioni, erogatori di servizi, associazioni di famiglie, utenti e mondo del lavoro;
- qualità del processo d'inserimento;
- centralità della persona e dei suoi bisogni;
- adozione di un linguaggio comune;
- unitarietà nell'intervento ad evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni.

L'inserimento lavorativo deve tener conto della conoscenza approfondita della realtà del territorio, dei soggetti pubblici e privati che vi operano, delle opportunità che già esistono e di quelle che possono essere sviluppate. Devono essere poi conosciute le caratteristiche e i bisogni dei soggetti sui quali si va ad intervenire. Le linee di tendenza comuni su tutto il territorio regionale devono prevedere interventi personalizzati e percorsi di empowerment, finalizzati al raggiungimento di una ragionevole autonomia.

Inoltre le politiche di inclusione sociale devono essere legate ad una corretta informazione, alla formazione, all'educazione alla partecipazione ed alla solidarietà e ad una strategia che rispetti la personalizzazione e la flessibilità.

La Regione nel promuovere l'azione d'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici, intende:

- contribuire ad un aumento dell'occupazione senza discriminazione alcuna nei confronti delle persone con problemi psichici;
- concorrere ad incrementare la progressiva crescita umana e professionale dei lavoratori con problemi psichici;
- utilizzare approcci formativi personalizzati e individualizzati, di prevenzione e di cura per l'integrazione sociale e lavorativa, attraverso un lavoro sinergico tra soggetti pubblici e privati, prevedendo altresì percorsi formativi integrati e non esclusivamente rivolti alle persone con problemi psichici;
- mettere a punto azioni innovative di progetti integrati, tesi a favorire l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici;
- favorire la creazione di una rete interistituzionale, al fine di intraprendere percorsi per un efficace inserimento lavorativo.

Per il conseguimento dei suddetti obiettivi, la Regione promuove azioni di tipologia diversa connesse per la necessaria collaborazione tra Regione, Province ed Enti Locali, ASL, mondo del lavoro, e con la possibilità di integrare diverse fonti di finanziamento.

Le linee di azione dell'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici sono le seguenti:

- dare piena attuazione alle previsioni del collocamento mirato L.68/99 per tutelare il diritto al lavoro, promuovendo la piena attuazione della legge sia presso gli Enti Pubblici che nelle aziende private;
- favorire accordi diretti con imprese e associazioni di categoria;
- favorire e sostenere progetti e azioni messe in campo dalle cooperative sociali di tipo B;
- favorire l'integrazione istituzionale attraverso la definizione e l'applicazione di protocolli operativi tra Enti, Istituzioni, soggetti pubblici e privati e cooperative sociali di tipo B.

1.b Riferimenti normativi

La programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione Puglia si esplica nel documento di in-

dirizzo del Piano Regionale di Salute (PRS) ed in base, principalmente, alle direttive delle seguenti leggi regionali:

- L.R. 10 Luglio 2006, n. 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia";
- L.R. 3 Agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- L.R. 9 Agosto 2006, n.26 "Interventi in materia sanitaria".

È inoltre importante, per le Linee Guida regionali sull'inserimento delle persone disabili e in particolare per quelle con problemi psichici, far riferimento a:

- Legge 12 Marzo 1999, n. 68 " Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- Legge 8 Novembre 1991 n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali" e successiva modifica all'art.5 intervenuta con art. 20 della legge 52/96;
- Legge 24 Giugno 1997, n. 196 " Norme in materia di promozione dell'occupazione";
- Legge 14 Febbraio 2003, n. 30 "Delega al Governo in materia di occupazione e mercato del lavoro" (Art.14);
- D.Lgs. 12 Aprile 2006 n. 163 " Codice dei contratti pubblici" (Art. 52);
- Legge 6 Agosto 2008, n. 133, di conversione in legge del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico;
- L.R 1° Settembre 1993, n. 21 "Iniziative regionali a sostegno delle cooperative sociali e norme attuative della L. n.381/91" (Art.6);
- L.R. 16 Dicembre 1998, n.30 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla L.R n. 36/1994;
- Reg. Reg. del 27 Novembre 2002, n.7, di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne (Art.4);
- Reg. Reg. del 8 Luglio 2008, n.11, di modifiche ed integrazioni al Regolamento n.7 (Art.5).

Il Piano Regionale di Salute 2008-2010

Il PRS definisce la salute come condizione di benessere psico-fisico complessivo e non come mera assenza di malattia, è la risultante dell'azione di diversi fattori, detti determinanti della salute, alcuni dei quali non modificabili, quali l'età e il sesso, altri suscettibili di intervento.

Uno degli intenti del PRS, in analogia al PSN, è quello di perseguire il modello "sociale" di salute promuovendo un sistema di welfare partecipativo.

Il sistema di valori espresso nella legge regionale, lungi dall'esaurirsi nella sua dimensione formale di semplice comunicazione di affermazioni di principio, propone una serie di indicazioni per la elaborazione di politiche di piano, che si focalizzino non tanto sulla malattia e sugli strumenti tecnici dedicati ad affrontarla, ma sulla persona e sui percorsi di cura, individuandone precise priorità.

Per questo motivo il PRS segnala la necessità di protocolli operativi o modalità di intervento capaci di declinare sul singolo caso o su una data tipologia di casi i principi fondanti del sistema sanitario regionale.

Il percorso di programmazione delle scelte strategiche della sanità regionale deve trovare nel Piano Regionale di Salute le indicazioni di politica sanitaria e le indicazioni metodologiche che devono guidare la messa a punto dei Piani Attuativi Locali.

I Piani di Attività Territoriali (PAT) e gli accordi di programma a livello distrettuale o aziendale con gli Ambiti territoriali sociali e i Comuni, così come individuati dalla L.R. 10 luglio 2006, n. 19, per l'attuazione dei Piani sociali di Zona, devono svilupparsi in coerenza con gli obiettivi che il Piano Regionale di Salute individua nella articolazione e nel potenziamento della rete della sanità territoriale e dei servizi sociosanitari.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione

ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le ASL ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatoria, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), in modo da assumere con decisione contestuale gli impegni finanziari, ma anche di risorse umane, necessari per sostenere il costo delle prestazioni integrate, avendo condiviso anche quel sistema di regole necessario a disciplinare in dettaglio l'erogazione delle prestazioni.

La Legge n. 68/1999

La legge n. 68/1999 recante "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha avviato un importante processo di riforma delle politiche finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità: sono state riformate le precedenti normative che prevedevano il "collocamento obbligatorio" delle categorie protette, prima di competenza ministeriale, per favorire invece l'occupazione delle persone con disabilità secondo un approccio maggiormente personalizzato e individuale, che possa rispondere in modo più adeguato alle esigenze della persona, affidando competenze e funzioni ai Centri per l'Impiego, i quali sono tenuti ad operare per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, mediante l'attivazione di una serie di servizi che favoriscano un collocamento adeguato (mirato) alle caratteristiche del lavoratore.

Obiettivo primario dell'intervento è di non mettere in discussione il diritto della persona disabile ad esercitare qualsiasi attività lavorativa e di svolgere ogni mansione compatibile con le proprie competenze, in coerenza con le condizioni di salute e il contesto professionale ed ambientale di riferimento, restando fedeli al dettato della legge n. 68/1999, che individua nella diagnosi funzionale e nella scheda professionale gli strumenti tecnici attraverso i quali valutare la compatibilità fra le caratteristiche delle persone e quelle dei posti di lavoro.

Quindi con la Legge 68/99 si è passati dal vecchio concetto di collocamento obbligatorio a quello di collocamento mirato.

Parlare di collocamento mirato significa mettere in campo gli strumenti e le azioni svolte in sinergia da più servizi in rete tra di loro, (Province in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio) per l'integrazione lavorativa dei disabili sia nell'ambito degli Enti pubblici che in aziende private.

La collocazione "mirata" di cui alla Legge 68/99 prevede la necessità di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro competenze e attitudini per un inserimento occupazionale efficace e produttivo.

L'attuazione del collocamento mirato si realizza principalmente attraverso:

- la valutazione della condizione professionale e personale della persona con problemi psichici;
- l'analisi delle caratteristiche dei posti di lavoro disponibili;
- la messa in campo, da parte dei diversi soggetti istituzionali coinvolti, di strumenti di formazione, sostegno, supporto, accompagnamento al lavoro, per facilitare l'inserimento della persona con problemi psichici nell'ambiente di lavoro.

La legge 381/91 istituisce la cooperazione sociale quale strumento per l'integrazione lavorativa di persone svantaggiate (disabili, persone con problemi psichici, tossicodipendenti, ecc.) e prevede all'art. 5 la possibilità per gli Enti Pubblici, in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, di stipulare convenzioni con le cooperative sociali e/o loro consorzi che svolgono attività finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate e forniscono beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi. L'articolo 20 della legge 52/96 (modifica art. 5 L.381/91) fissa misure agevolative per l'accesso al mercato delle pubbliche commesse, stabilendo per gli Enti Pubblici e le Società di capitali a partecipazione pubblica, la possibilità di definire convenzioni dirette con le cooperative sociali e/o loro consorzi per l'acquisizione di beni e servizi per

importi sotto soglia comunitaria, purchè finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, in particolare con problemi psichici, ed in alternativa, per importi sopra soglia comunitaria, di inserire nel bando di gara e nei capitoli speciali l'obbligo di eseguire il contratto con l'impiego di persone svantaggiate.
La L.R. 1 Settembre 1993, n° 21, all'art. 6 istituisce l'Albo in cui le cooperative sociali debbono risultare iscritte ai fini della stipula della convenzione.
Il Decreto Legislativo 12 Aprile 2006, n. 163, all'art. 52 dispone che le stazioni appaltanti, fatte salve le norme vigenti sulle cooperative sociali e sulle imprese sociali, possono riservare la partecipazione alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, in relazione a singoli appalti, o in considerazione dell'oggetto di determinati appalti, a laboratori protetti nel rispetto della normativa vigente, o riservarne l'esecuzione nel contesto di programmi di lavoro protetti quando la maggioranza dei lavoratori interessati è composta da disabili i quali, in ragione della natura e della gravità del loro *handicap*, non possono esercitare un'attività professionale in condizioni normali.
Il Regolamento Regionale del 27 Novembre 2002, n. 7- art. 4 e il Regolamento Regionale del 8 Luglio 2008, n. 11- art 5, prevedono che in caso di attivazione di un servizio trasporto utenti e/o servizio mensa nei Centri Diurni si debba, in via preferenziale, ricorrere a cooperative integrate.

1.c Tutela del diritto al lavoro
Le persone con problemi psichici, da utenti da assistere, diventano soggetti titolari del diritto al lavoro, cittadini a pieno titolo, risorsa per la collettività che ne deve valorizzare capacità e saperi.
Le persone con problemi psichici, come tutti i componenti di una comunità, sono portatori di diritti da esercitare in un contesto di cittadinanza attiva e hanno risorse personali e familiari che devono poter essere valorizzate, perché importanti per l'efficacia di ogni misura promossa dal sistema pubblico per contrastare i rischi di esclusione sociale delle stesse persone con problemi psichici, ma anche per ridurre i costi complessivi di assistenza e cura nell'area delle disabilità ed ottenere esiti migliori in termini di salute, qualità della vita e grado di soddisfazione delle persone stesse e delle loro famiglie.
Un impegno rivolto all'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici e a superare la logica assistenziale, non può che essere accompagnato da una serie di azioni forti rivolte a combattere ingiustificati pregiudizi, di cui soprattutto tali persone sono oggetto, dovuti soprattutto a scarsa conoscenza e disinformazione.
Si ritiene necessario intraprendere azioni di dialogo con le imprese, affinché nella conoscenza della malattia e dei soggetti portatori si abbattano barriere e pregiudizi.

1.d Integrazione tra azioni e risorse finanziarie diverse
Si ritiene fondamentale pianificare e gestire l'integrazione istituzionale e il rafforzamento della collaborazione tra i soggetti che sul territorio regionale si occupano a vario titolo di inserimento lavorativo di persone con problemi psichici, con l'obiettivo di creare le condizioni per aumentare il numero degli inserimenti lavorativi e migliorane l'efficacia in termini di stabilità occupazionale.
In questo senso si tratta di sviluppare i rapporti tra il Piano Regionale d'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici ed i principali documenti di programmazione, FESR 2007-2013, FSE 2007-2013 e il Piano Regionale delle Politiche Sociali. E' necessario attivare una dinamica più ricca, al fine di integrare gli obiettivi di cura e di benessere, le reti di servizi e prestazioni, i livelli istituzionali di responsabilità, le risorse umane professionali, le risorse finanziarie, guardando insieme alle risorse comunitarie e nazionali per gli investimenti strutturali, alle risorse nazionali e regionali per la gestione e il consolidamento delle reti dei servizi sanitari e sociosanitari regionali.

D'altra parte i principali obiettivi di cambiamento che si ritiene di attivare attraverso la definizione delle Linee Guida d'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, non sarebbero perseguibili se si prescindesse dalla integrazione di politiche settoriali quali le politiche di inclusione sociale, le politiche di formazione professionale, le politiche di innovazione tecnologica e ricerca scientifica, le politiche di prevenzione e tutela ambientale.
Gli obiettivi specifici ed operativi definiti nel P.O FSE 2007-2013 nell'Asse Inclusione Sociale vogliono:
promuovere azioni di sistema finalizzate alla rimozione delle cause di esclusione e discriminazione sociale delle persone svantaggiate per favorirne l'inserimento sostenibile nel mercato del lavoro attraverso l'integrazione fra orientamento, accompagnamento, tutoraggio, strumenti di politica attiva, collocamento mirato, servizi sociali e sanitari.
Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità
Il Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità a cui sono destinati i contributi versati dai datori di lavoro a fronte delle procedure di esonero e gli importi derivanti dalle sanzioni amministrative di cui, rispettivamente, agli articoli 5 e 15 della Legge n. 68 del 1999, può essere utilizzato per garantire l'erogazione, sul territorio, di una gamma articolata di servizi funzionali all'efficace inserimento e stabilizzazione nel lavoro, anche presso le aziende non strettamente vincolate all'assunzione di soggetti disabili ai sensi della L. 68/99.

2. Attori, ruoli, responsabilità

2.a Indirizzi delle azioni in rete

L'azione in rete delle Istituzioni e delle associazioni che operano in questo campo, deve essere orientata a programmare interventi finalizzati al supporto ed alla qualificazione degli inserimenti lavorativi assegnando particolare rilievo a quelle attività orientate secondo i seguenti indirizzi:

- promuovere opportunità di occupazione per le persone con problemi psichici, coerenti con le loro caratteristiche, i loro tempi, le loro competenze attraverso progetti personalizzati;
- privilegiare le esperienze di lavoro produttivo ed il più possibile stabile e duraturo;
- favorire la tenuta dell'impegno lavorativo, con il supporto essenziale dell' "Operatore chiave";
- consolidare la formazione attraverso l'ideazione e la sperimentazione di percorsi personalizzati, tirocini, borse-lavoro, privilegiando laddove possibile il modello *place and support* che sembra essere più efficace del modello *train and place* e rinforzando le abilità sociali di base che è necessario possedere;
- favorire, nei bandi a valere sulle risorse finanziarie del P.O. FSE 2007-2013, gli incentivi alle imprese come aiuti *all'occupazione di lavoratori disabili sotto forma di integrazioni salariali*, al fine di agevolare il processo d'inserimento lavorativo (quadro di riferimento comunitario per le misure di Aiuto di Stato);
- consolidare metodologie e prassi di intervento che prevedano l'affiancamento da parte di un *operatore chiave*, figura professionale del CSM, con il compito di sostenere il lavoratore rispetto allo *stress* e all'impegno personale e sociale derivato dalla nuova esperienza lavorativa e di un tutor aziendale per supportare l'acquisizione di competenze legate allo specifico lavoro da svolgere e per favorire l'adattamento al contesto lavorativo sul piano relazionale;
- prevedere specifici interventi di supporto psicosociale in favore delle persone inserite al lavoro e delle loro famiglie;
- valorizzare le competenze, le esperienze e le professionalità di cui sono portatrici molte persone con problemi psichici, nell'ambito di un loro adeguato e qualificato inserimento occupazionale e sociale, puntando sulla fiducia;

- creare relazioni interistituzionali (regione, province, comuni) tra i settori della Regione, tra Pubblico e il Privato, nell'ambito di una modalità di lavoro in "rete" con definizione chiara di ruoli e responsabilità e specifici protocolli operativi;
- dedicare l'attenzione sul valore della relazione, per contribuire al riconoscimento delle potenzialità e all'apprezzamento delle competenze del lavoratore;
- diffondere una corretta informazione sul disagio psichico, per valorizzare le potenzialità lavorative dei disabili psichici, per costruire percorsi di facilitazione e sostegno di utenti da inviare al lavoro.

L'Ambito territoriale, ai sensi della Legge Regionale n.19 del 10 Luglio 2006, attraverso lo strumento dei Piani Sociali di Zona, è il luogo dell'integrazione sociosanitaria, relativamente alle politiche ed ai progetti di inclusione socio-lavorativa delle persone con problemi psichici, pertanto si ritiene indispensabile, nel momento progettuale e realizzativo, la presenza e la piena responsabilità non delegabile del Centro di Salute Mentale del DSM.
Il DSM è riconosciuto come "l'articolazione organizzativa che sovrintende a tutte le attività inerenti al campo specifico della salute mentale" dalle Linee di Indirizzo nazionali per la Salute Mentale approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e licenziate dal Ministero della Salute nel marzo 2008.

2.b Modalità d'intervento e contenuti
La necessità di rispondere ai bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, di potenziare e qualificare i servizi impone di sviluppare un sistema a " rete ", per l'integrazione sociale e sanitaria e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse dei soggetti singoli, delle famiglie, del volontariato, delle associazioni e delle cooperative sociali.
I contesti e le competenze che concorrono alla realizzazione di tali interventi sono reperibili in ambito sanitario per quanto attiene i percorsi di riabilitazione e di mantenimento delle abilità acquisite, mentre i percorsi verso l'integrazione socio-lavorativa coinvolgono ambiti sociali, formativi e lavorativi.
Quindi al fine di consentire pari opportunità sul territorio regionale per l'integrazione lavorativa da parte delle persone con problemi psichici e agevolare la diffusione in tutta la Regione Puglia di nuclei interdisciplinari, che operino con maggiore efficacia nelle costruzione del progetto d'inserimento socio-lavorativo, occorre rafforzare:
- la programmazione unitaria;
- lo sviluppo di progetti integrati fra il DSM, cooperative sociali, imprese, Centri per l'Impiego ed Enti pubblici;
- la coprogettazione degli interventi in raccordo con i Piani di Zona e con il Piano sociale e sanitario;
- i criteri generali e i requisiti delle convenzioni per l'inserimento delle persone con problemi psichici;
- gli accordi di programma e le convenzioni con le Amministrazioni Provinciali per la gestione della L.68/99.

Ogni ingresso in azienda deve essere un processo personalizzato verso il lavoro e verso la cultura che contraddistingue una organizzazione. Come l'inserimento lavorativo costituisce una fase importante nella vita di ciascuno di noi, così assume un particolare rilievo l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici. Infatti un inserimento non sufficientemente mirato e accompagnato da figure esperte, può provocare disorientamento e sfiducia del soggetto rispetto alle proprie possibilità, oltre a perplessità e timori nell'ambiente di lavoro.
Questa e altre situazioni ancora (apprendimento dei compiti legati alle mansioni assegnate, socializzazione, potenziamento dell'autonomia, ecc.), è importante che siano affrontate con un impegno diretto dell'azienda a realizzare progetti d'integrazione lavorativa in cui sia prevista la presenza di

un "lavoratore guida" o *tutor* – interno all'azienda – che utilizzi parte del proprio orario di lavoro per la conduzione di attività di accoglienza e sostegno del lavoratore disabile.
Spetta al *tutor* costruire un rapporto di fiducia con il collega con problemi psichici e diventarne punto di riferimento, curare la socializzazione, promuovere forme di solidarietà nei confronti degli altri lavoratori e favorirne l'integrazione con la struttura di riferimento, predisporre tutti gli interventi idonei al raggiungimento da parte del lavoratore delle competenze e abilità richieste dal profilo professionale, supportare il processo per il raggiungimento della effettiva autonomia lavorativa.
Spetta all'operatore chiave del CSM il compito di offrire corrette informazioni sul problema psichico, per valorizzare le potenzialità lavorative delle persone, per facilitare e sostenere gli utenti sul loro posto di lavoro.
I Centri di Salute Mentale devono svilupparsi nella logica di costruire un percorso " in rete" capace di rispondere ai bisogni riabilitativi, di reinserimento socio-lavorativo, di assistenza, con un progetto armonico, unitario e globale.
Gli strumenti per l'attuazione dell'inserimento lavorativo sono:

- incentivi all'assunzione per le imprese;
- convenzioni con i datori di lavoro per realizzare inserimenti lavorativi adeguati, "mirati" ed accompagnati nel tempo;
- finanziamenti per l'introduzione dei *tutor* nelle aziende;
- ampliamento delle opportunità di lavoro nelle pubbliche amministrazioni;
- programmi di inserimento nelle cooperative sociali rivolti a persone con problemi psichici che hanno maggiori difficoltà nell'accesso al mercato del lavoro, in applicazione dell'articolo 5 della legge 381/91 (convenzione diretta) e dell'articolo 4 del Regolamento Regionale n.7 del 2002 (trasporto e mensa Centri Diurni coinvolgimento in via preferenziale delle cooperative sociali);
- concertazione, confronto e partecipazione a livello regionale e provinciale delle associazioni rappresentative delle persone con problemi psichici e delle loro famiglie;
- istituzione di una conferenza per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi previsti dalle Linee Guida.

Inoltre appare opportuno, definire da parte delle Amministrazioni pubbliche, quote di servizi da affidare alle cooperative sociali di tipo B, e attraverso accordi con le organizzazioni imprenditoriali, creare ambiti di collaborazione tra imprese profit e cooperative.
L'esperienza delle cooperative sociali di tipo B può essere sostenuta attraverso la diffusione delle pratiche di affidamento facilitato dalla legislazione nazionale (L. 381/1991, L. 68/1999, e decreto legislativo 163/2006).
Infine è necessario promuovere azioni di sostegno al mantenimento del posto di lavoro mirate a monitorare e supportare l'evoluzione delle condizioni di adattamento del soggetto al contesto lavorativo, al fine di assicurare la sostenibilità e la stabilizzazione dell'inserimento lavorativo.
Il ruolo rientra nella complessiva responsabilità delle reti territoriali tra servizi del territorio, in particolare come sostegno delle iniziative rivolte a creare contatti con le singole aziende, con le quali giungere ad una collaborazione che veda i datori di lavoro impegnarsi all'acquisizione di risorse umane con problemi psichici, riconoscendone il carattere d'investimento sul piano sociale (promozione della responsabilità sociale d'impresa).

2.c Ruoli e responsabilità
Si ritiene che l'inserimento lavorativo diventi un'attività/obiettivo prioritaria del Dipartimento, favorendo la creazione di "Unità operative dipartimentali di inclusione socio-lavorativa " e anche la formalizzazione di Gruppi referenti al lavoro all'interno del CSM, entrambi integrati, secondo ne-

cessità, con rappresentanti delle Cooperative sociali, delle Associazioni familiari, dei Centri per l'impiego, delle Associazioni datoriali, dei Sindacati e dei Comuni.
Il sistema d'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici deve prevedere il coinvolgimento di diversi soggetti, ciascuno con le proprie competenze:

Regione

- adotta indirizzi e misure per i programmi d'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici;
- svolge, attraverso il Tavolo di coordinamento regionale, funzioni di monitoraggio e valutazione dell'efficacia delle politiche, garantisce azioni di assistenza tecnica e giuridica;
- provvede a rendere operativa la Commissione Regionale interassessorile per il monitoraggio dell'esecuzione delle iniziative previste dalla legge 68/99, ai fini della sua piena attuazione, come stabilito all'art.10 della L.R. 26/2006 (interventi in materia sanitaria);
- ottempera alla legge 68/99 riservando quote di posti di lavoro ai disabili psichici presso l'Ente pubblico stesso;
- gestisce il funzionamento dei Fondi strutturali (la programmazione del FSE, FESR e il Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità e con particolare attenzione alle persone con problemi psichici).

Provincia

- individua le migliori strategie per la reale applicazione della L.68/99, mettendo a punto servizi per l'integrazione delle persone con problemi psichici;
- promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione del mondo imprenditoriale attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di categoria delle imprese;
- costituisce nei Centri per l'Impiego un gruppo di lavoro specifico, per rilevare i posti di lavoro disponibili e le loro caratteristiche, per individuare la funzione lavorativa più adeguata alle competenze e motivazioni del lavoratore e realizzare gli avviamenti al lavoro in aziende soggette e non all'obbligo di assunzione ai sensi della L.68/99;
- promuove, di concerto con la ASL, utilizzando le risorse specialistiche interne al DSM, azioni di formazione professionale mirate sia alle persone con problemi psichici che ai *tutor* aziendali;
- promuove, attraverso l'Assessorato ai Servizi Sociali, il coinvolgimento delle associazioni degli utenti e familiari;
- stipula le Convenzioni con i datori di lavoro per la programmazione degli interventi lavorativi ai sensi dell'art.11 L.68/99;
- ottempera alla legge 68/99 riservando quote di posti di lavoro ai disabili psichici presso l'Ente pubblico stesso;
- vigila sull'applicazione della legge 68/99, svolge le ispezioni e prescrive le sanzioni;
- trasmette, utilizzando il sistema informativo, ai servizi territoriali dei Comuni e dell'Azienda ASL, per l'attivazione di percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo, informazioni sui datori di lavoro con riferimento a posti disponibili e loro caratteristiche, con particolare attenzione ai posti disponibili nell'ambito delle convenzioni per la programmazione degli inserimenti lavorativi stipulate tra Provincia, le Istituzioni Pubbliche e i datori di lavoro ai sensi dell'art.11 L.68/99;
- diffonde le informazioni sul funzionamento della L.68/99 e norme attuative, sulle forme di sostegno finanziario disponibili (contributi agli Enti territoriali, alle Aziende) provenienti dal Fondo Nazionale e Regionale e FSE.

ASL

- svolge il compito relativo agli accertamenti sanitari previsti dalla L.68/99, nonché su richiesta dell'interessato, alle funzioni di assistenza, riabilitazione e integrazione sociale esercitate attraverso l'*équipe* del CSM;

- procede, a seguito di specifica valutazione del Centro di Salute Mentale, all'individuazione degli "Operatori chiave" tra gli operatori del CSM e tra gli operatori delle Cooperative sociali di tipo B.
- provvede, attraverso l'équipe del CSM e con la condivisione degli utenti e ove possibile delle famiglie, alla compilazione delle schede professionali sulle competenze, capacità, esperienze professionali e aspirazioni lavorative delle persone con problemi psichici, al fine di definire l'elenco delle persone da avviare all'attività lavorativa;
- promuove, di concerto con la Provincia, utilizzando le risorse specialistiche interne al DSM, azioni di formazione professionale mirata sia alle persone con problemi psichici che ai *tutor* aziendali;
- ottempera alla legge 68/99 riservando quote di posti di lavoro ai disabili psichici presso l'Azienda stessa;
- esegue accertamenti per verificare (su richiesta del datore di lavoro o del lavoratore) la compatibilità tra le mansioni svolte e lo stato di salute del lavoratore con problemi psichici;
- elabora, attraverso l'*equipe* del CSM, la diagnosi e la presa in carico globale per la costruzione del progetto personalizzato d'inserimento socio-lavorativo;
- favorisce l'inserimento lavorativo, utilizzando l'*Unità operativa di inclusione socio/lavorativa*, come un'attività prioritaria del Dipartimento di Salute Mentale;
- garantisce, attraverso l'*équipe* del CSM, il supporto ad utenti e familiari;
- garantisce, attraverso l'*équipe* del CSM, la valutazione dei risultati e dei esiti dell'inserimento lavorativo individuale;
- garantisce a livello direzionale la valutazione complessiva sul progetto delle ASL.

Comuni

- collaborano con i DSM e i Centri per l'Impiego delle province per mettere in campo una serie di strumenti di formazione, sostegno, supporto, accompagnamento al lavoro, al fine di facilitare l'inserimento della persona con problemi psichici nell'ambiente di lavoro, individuando apposite risorse anche nei Piani Sociali di Zona;
- sottoscrivono intese per agevolare l'operatività e l'implementazione delle misure previste ai diversi livelli di competenza, in un'ottica di azione integrata;
- ottemperano alla legge 68/99 riservando quote di posti di lavoro alle persone con problemi psichici presso gli stessi Enti Pubblici;
- individuano la migliore organizzazione amministrativa-burocratica per collaborare alle attività di integrazione socio-lavorativa delle persone con problemi psichici.

Associazioni di categoria imprenditoriali

- collaborano con la Provincia e i servizi socio-sanitari territoriali per la diffusione delle informazioni sulle potenzialità lavorative di persone con problemi psichici al fine di promuovere da un lato percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo (quali borse-lavoro, tirocini...), e dall'altro assunzioni, prevedendo ove necessario idonei strumenti di accompagnamento, supporto all'inserimento della persona in difficoltà;
- promuovono la sottoscrizione di convenzioni tra Provincia e datori di lavoro ai fini del collocamento mirato finalizzate ad inserire persone con problemi psichici;
- collaborano alla identificazione delle disponibilità e dei fabbisogni lavorativi delle imprese associate.

Le Cooperative sociali:

Le Cooperative sociali di tipo B), attraverso la legge n. 381/1991 che le disciplina, sono chiamate a svolgere attività imprenditoriali precipuamente finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici e, comunque, delle persone svantaggiate in genere.

Le Cooperative sociali di tipo B si impegnano a vincolare negli appalti specifici aggiudicati, una quota del 30% dei posti alle persone con problemi psichici.
Le Cooperative sociali di tipo B mettono a disposizione del CSM operatori in grado di rivestire il ruolo di "Operatore chiave".

3. Il sistema della governance

3.a Rete e organizzazione

La necessità di rispondere ai bisogni delle persone con problemi psichici in maniera sempre più personalizzata e diversificata, impone di sviluppare un sistema a "rete" che valorizzi la programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, quindi è necessario che le ASL ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatoria, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto.
Gli interventi di inclusione socio-lavorativa hanno la necessità di una collaborazione più ampia, attraverso una rete di *welfare*, nella quale ciascun soggetto, consapevole del proprio ruolo e di quello dei *partner*, metta in comune risorse umane ed economiche per la formulazione di un progetto di vita complessivo della persona.
I Piani di Zona rappresentano quindi lo strumento strategico per governare (programmare e attuare) le politiche sociali e socio-sanitarie a livello territoriale, per disegnare la rete locale dei servizi sociali e degli interventi e per costruire un nuovo sistema di relazioni tra i diversi soggetti istituzionali (Comuni singoli e loro forme associative, Distretto e Azienda ASL) e non (soggetti sociali del Terzo settore, organizzazioni sindacali, rappresentanze dei cittadini).
L'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità e problemi psichici, individuata nei Piani di Zona 2006-2008 come una priorità di bisogno, è sostenuta dalla necessità di favorire un maggiore raccordo degli interventi afferenti ai diversi ambiti sociale, sanitario, della formazione professionale e del lavoro.
In particolare per garantire alla persona con problemi psichici una gestione autonoma del proprio progetto di vita ed una partecipazione attiva alla vita sociale, si ritiene che si debba perseguire nella programmazione locale l'obiettivo specifico di:
garantire servizi sociali e socio-sanitari per *sostenere l'inserimento e il reinserimento lavorativo delle persone con disabilità* in collaborazione con i **Centri per l'impiego delle Province,** valorizzando a tal fine anche il ruolo delle cooperative sociali nelle forme previste dalla Legge 68/99 (art. 12), dalla Legge 381/91 (art.5), nonché attraverso la *promozione di forme di collaborazione innovative* tra Servizi pubblici, Aziende, Cooperative sociali ed Associazioni sindacali e di rappresentanza *e accordi diretti con le aziende*.
I Centri per l'Impiego delle Province devono costruire con Aziende ASL, Comuni, Terzo settore, Centri di Formazione Professionale, reti di collaborazione e co-progettazione degli interventi di transizione al lavoro in grado di garantire, non solo l'inserimento lavorativo del soggetto con problemi psichici, ma la sua inclusione sociale, il sostegno alla persona contro il rischio di emarginazione, rischio sempre presente in un contesto produttivo e sociale che tende ad escludere gli individui più deboli e meno competitivi.
Gli strumenti per la costruzione di un rinnovato sistema di *welfare* devono saper tenere insieme solidarietà, adattabilità, valorizzazione umana e professionale dei soggetti da inserire e degli operatori impegnati.
Le modalità organizzative che attengono alla rete interistituzionale comportano la necessità a livello istituzionale che i soggetti coinvolti individuino momenti e sedi decisionali comuni, definendo

le modalità di relazione attraverso accordi di programma per definire:
- le procedure operative per una realizzazione omogenea sul territorio,
- le modalità di scambio delle informazioni con riferimento alle azioni e agli interventi previsti,
- il monitoraggio e l'analisi degli esiti,
- la rilevazione delle criticità, al fine di migliorare le procedure e gli strumenti per il conseguimento degli obiettivi.

Ogni forma di progettazione relativa a persone con problemi psichici che si realizzi al Tavolo dei Piani di Zona deve vedere la presenza e la partecipazione del Direttore del DSM o di un suo delegato.
In tale logica vanno collocati i temi dell'accesso ai servizi, affinché il cittadino con problemi psichici possa trovare un punto di riferimento unitario e omogeneo in grado di orientarlo nel percorso di costruzione del proprio progetto di vita e quindi nella ricerca delle risposte ai suoi bisogni d'inserimento lavorativo.
L'unità operativa di inclusione socio-lavorativo del DSM, può coordinare il lavoro di *équipe* multiprofessionale di ambito zonale, attraverso il coinvolgimento degli operatori provenienti da enti e settori di intervento diversi (Centri per l'Impiego, formazione, lavoro e cooperative sociali) per facilitare l'individuazione di percorsi integrati anche con le attività dei Centri per l'Impiego, con gli interventi socio-sanitari, con le politiche formative e le politiche del lavoro, per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone che presentano particolari difficoltà di accesso al mercato del lavoro.

3.b Processo d'inserimento socio-lavorativo: la rete dei servizi e le aree di competenza.
Protocollo del percorso d'inserimento lavorativo
La progettazione degli interventi si dovrà basare sulla realizzazione di percorsi personalizzati di inserimento lavorativo, che devono prevedere quanto meno:
- analisi delle competenze e conoscenze della persona con problemi psichici (a partire dalla documentazione esistente e tramite ulteriori colloqui/attività);
- analisi organizzativa e delle competenze professionali e relazionali richieste dal posto di lavoro proposto dalle imprese;
- progettazione di un percorso personalizzato, condiviso con l'utente e, ove possibile, con la famiglia, che potrà comprendere orientamento, formazione mirata all'inserimento, borse-lavoro, tirocini e accompagnamento nelle fasi di accoglienza e inserimento lavorativo, *follow-up* a distanza;
- inserimento lavorativo vero e proprio in aziende private ed Enti Pubblici, come trasformazione di una borsa lavoro e/o di un tirocinio, L.68/99 Collocamento mirato, Cooperative sociali tipo B, accordi diretti con imprese e associazioni di categoria e convenzioni tra ASL ed Enti locali;

Aree di intervento fondamentali per l'inserimento socio-lavorativo:
- Area progettazione riabilitativa;
- Area di pre-inserimento e formazione (facoltativa);
- Area dell'inserimento lavorativo.

Le fasi del percorso d'inserimento socio-lavorativo individuate sono:

Area progettazione riabilitativa		
Percorso metodologico	**Responsabilità**	**Strumenti/prodotti**
diagnosi riabilitativa	Équipe del CSM	
progetto personalizzato riabilitativo	Équipe del CSM	Scheda personale

Area di pre-inserimento e formazione (facoltativo)		
Borse lavoro – Tirocini		
Percorso metodologico	**Operatori coinvolti**	**Strumenti/Prodotti**
Acquisizione dati singolo utente	Direzione DSM	Scheda personale informativa
Analisi delle competenze e capacità dell'utente	**Équipe del CSM**	**Scheda professionale (vedi glossario) e progetto personalizzato**
Analisi delle caratteristiche del posto di lavoro proposto dalle imprese	L'unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i soggetti del territorio coinvolti nel processo d'inserimento, in particolare CpI, agenzie di mediazione pubbliche e private e associazioni imprenditoriali.	Banche dati del sistema informativo dei Centri per l'Impiego in rete con le banche dati della ASL
Attività di incontro domanda e offerta di lavoro, di sostegno alla ricerca attiva di lavoro, sostegno all'informazione e alla mediazione con il mercato del lavoro.	**Unità di inclusione socio-lavorativa del DSM, in rete con i soggetti del territorio coinvolti nel processo d'inserimento**	**Scheda professionale, funzionale ad elaborare il progetto personalizzato**
Progetto individuale (vedi glossario)		
Percorso metodologico	**Operatori coinvolti**	**Strumenti/Prodotti**
Formazione in situazione	Unità di inclusione socio-lavorativa del DSM, in rete con gli Enti di formazione, CPI e agenzie di mediazione pubbliche e private	Progetto formativo coerente con i fabbisogni professionali delle aziende
Inserimento lavorativo attraverso borse lavoro e/o tirocinio, stipula della Convenzione, per stabilire il rapporto tra utenti e impresa	**Unità di inclusione socio-lavorativa del DSM, in rete con i soggetti del territorio coinvolti nel processo d'inserimento**	**Convenzione di inserimento lavorativo temporaneo con finalità formative tra il CSM, i datori di lavoro e il borsista. (vedi glossario)**
Sostegno all'inserimento	Équipe del CSM, insieme all'operatore chiave	Convenzione in cui è definito il ruolo dell'operatore chiave del CSM
Monitoraggio del tirocinio/ borsa lavoro	**Équipe del CSM, insieme al tutor aziendale e al comitato tecnico**	**Scheda di monitoraggio complessiva e su singolo caso**
Valutazione dell'esperienza, con utente e famiglia	Équipe CSM, insieme al referente aziendale	Scheda di valutazione complessiva e su singolo caso

Area dell'inserimento lavorativo

L'inserimento lavorativo vero e proprio può avvenire prevalentemente attraverso: inserimento in azienda, trasformazione borse-lavoro e/o tirocini, L. 68/99 Collocamento Mirato, Cooperative sociali tipo B, accordi diretti con imprese e associazioni di categoria, nonchè convenzioni tra ASL ed Enti locali.

Percorso metodologico	Operatori coinvolti	Strumenti/Prodotti
Analisi delle competenze e capacità dell'utente	Unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, a partire dall'analisi CSM, in rete con i soggetti del territorio coinvolti nel processo d'inserimento	Scheda professionale, progetto personalizzato
Analisi delle caratteristiche del posto di lavoro proposto dalle imprese	**Unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i Centri per l'Impiego**	**Banche dati del sistema informativo dei Centri per l'Impiego**
Attività di incontro domanda e offerta di lavoro, di sostegno alla ricerca attiva di lavoro, sostegno all'informazione e alla mediazione con il mercato del lavoro	L'unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i Centri per l'Impiego	Scheda professionale, progetto personalizzato
Progetto individuale (vedi glossario)		
Percorso metodologico	**Operatori coinvolti**	**Strumenti/Prodotti**
Inserimento lavorativo e stipula della Convenzione, per stabilire il rapporto tra Provincia, utenti e impresa	L'Unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i Centri per l'Impiego o gli Enti di Formazione	Convenzione di inserimento lavorativo, (art.11 L.68/99) sono stipulate tra uffici provinciali per l'inserimento lavorativo di lavoratori disabili, imprese pubbliche e private e lavoratori disabili
Sostegno all'inserimento, con l'aiuto dell'operatore chiave e del *tutor* aziendale	**L'unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i Centri per l'Impiego ed i Comuni**	**Convenzione in cui è definito il ruolo dell'operatore chiave del CSM e del *tutor* aziendale**
Monitoraggio dell'inserimento lavorativo	Équipe CSM, in rete con i centri per l'impiego (Comitato Tecnico)	Scheda di monitoraggio
Valutazione dell'esperienza individuale con utente e famiglia	**Équipe CSM, insieme con l'operatore chiave**	**Scheda di valutazione**
Valutazione dell'attività complessiva del progetto individuale d'inserimento	L'unità di inclusione socio-lavorativo del DSM, in rete con i Centri per l'impiego	Scheda di valutazione

4. Il mercato e le imprese

4.a Le azioni sul mercato e i rapporti con le imprese

La Regione Puglia per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, vuole rafforzare il ruolo della Società Civile, degli Organismi di Rappresentanza Sindacale, degli Utenti, e delle Imprese, favorendo la comunicazione e l'interazione tra servizi pubblici e imprenditori in tema di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, in relazione sia al privato *profit* che a quello *non-profit.*

Le iniziative di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici devono pertanto prevedere delle azioni condivise tra Istituzioni, associazioni imprenditoriali, organizzazioni sindacali, associazioni di famiglie ed utenti, al fine di considerare la centralità della persona e dei suoi bisogni, superare la barriera del "diverso", adottare un linguaggio comune.
Si ritiene, quindi importante e prioritario agire per:

- diffondere, attraverso le Associazioni imprenditoriali, una corretta informazione sul disagio psichico, intraprendendo momenti di dialogo con le imprese, per valorizzare le potenzialità lavorative delle persone con problemi psichici, per costruire percorsi di facilitazione e sostegno sia agli imprenditori, che devono accogliere, che agli utenti da inviare al lavoro.
- favorire, prevedendo incentivi attraverso formule di sgravio economico, la Responsabilità Sociale, la certificazione SA8000, da parte degli operatori economici, che potrebbero avere un ritorno di immagine oltre che di servizi di supporto.

Per favorire il consolidamento e l'ampliamento dei posti di lavoro delle persone con problemi psichici è necessario promuovere interventi integrati, al fine di sensibilizzare le imprese alle politiche di rimodulazione degli orari di lavoro, utilizzare metodi innovativi di organizzazione del lavoro, che favoriscano la conciliazione tra esigenze del progetto personalizzato e la vita lavorativa.
Il prolungarsi dell'attesa di un lavoro, e con esso la perdita di riferimenti certi per la costruzione dell'identità e dell'autonomia personale rischia, quindi, di compromettere anche il percorso di riabilitazione per questi soggetti, si crea un circolo vizioso che vede l'esclusione lavorativa come causa e conseguenza della disabilità.
Per migliorare l'efficacia degli inserimenti lavorativi in termini di stabilità occupazionale ed aumentarne anche il numero, è indispensabile coinvolgere le imprese nell'assunzione diretta di Responsabilità Sociale, prevedendo sia gli incentivi all'occupazione *dei lavoratori con problemi psichici*, che il riconoscimento del costo del tutor aziendale, così come previsto nelle procedure del processo d'inserimento.
Cooperative sociali di tipo B
Si ritiene opportuno, per migliorare il processo di inclusione socio-lavorativa, ricorrere anche a strutture, quali le cooperative sociali di tipo B, che sappiano coniugare logiche imprenditoriali a modalità di organizzazione strutturate sull'accoglienza, l'integrazione e l'inclusione delle persone con problemi psichici.
Le cooperative sociali di tipo B, ex art. 1, lett. b), legge n. 381/1991, possono essere uno snodo irrinunciabile nella rete degli attori coinvolti nell'inserimento lavorativo mirato.
E' necessario disegnare un modello importante di collaborazione tra strutture imprenditoriali tradizionali e cooperative di tipo B.
Si vuole dare attuazione alla legge nazionale sulla cooperazione sociale, (legge n. 381/91), riconoscendo nelle cooperative sociali un soggetto privilegiato per l'attuazione di politiche attive del lavoro finalizzate a sviluppare nuova occupazione a favore anche delle persone con problemi psichici.
L'istituto del collocamento mirato prevede una forte integrazione tra politiche sociali, formazione professionale ed inserimento lavorativo, anche attraverso il contributo delle cooperative sociali. Il tema dell'integrazione lavorativa delle persone in situazione di svantaggio si colloca trasversalmente fra i settori delle politiche sociali e delle politiche del lavoro.
Per realizzare forme di collaborazione delle cooperative sociali di tipo B con le imprese *profit* è necessario attivare delle azioni mirate a favorire una maggiore conoscenza dei rispettivi sistemi al fine di poter agevolare più facilmente l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.
L'incontro con il mondo *profit* è caratterizzato da un'attenta analisi del profilo professionale ri-

chiesto, in termini di capacità e conoscenze, e dalla rilevazione delle competenze e motivazioni delle persone con problemi psichici.

4.b Il Collocamento Mirato

Il ruolo del Collocamento Mirato

La legge n. 68/1999 recante "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha avviato un importante processo di riforma delle politiche finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità per favorire l'occupazione delle persone con problemi psichici secondo un approccio maggiormente personalizzato e individuale, che possa rispondere in modo più adeguato alle esigenze della persona, affidando competenze e funzioni ai Centri per l'Impiego, i quali sono tenuti ad operare per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, mediante l'attivazione di una serie di servizi che favoriscano un collocamento adeguato (mirato) alle caratteristiche del lavoratore.

I servizi per il collocamento mirato richiedono la diffusione di un cambiamento culturale, che coinvolga aziende e lavoratori con problemi psichici in una nuova visione dell'inserimento, non più, o non solo, come insieme di procedimenti amministrativi, ma soprattutto come percorso di integrazione lavorativa nei contesti produttivi.

E' necessario quindi costruire metodologie, strumenti e azioni finalizzate all'orientamento, alla valutazione, alla formazione e al monitoraggio delle "capacità " dei lavoratori con problemi psichici, in un contesto produttivo esso stesso in costante evoluzione.

Questo processo prevede che le Province pugliesi si impegnino nell'organizzazione interna dei servizi per il collocamento mirato e nella costruzione della rete esterna di collaborazione con i soggetti - istituzionali e non - coinvolti nei percorsi di inserimento lavorativo mirato.

Sul piano più strettamente tecnico-organizzativo, le Province devono dotarsi di alcuni strumenti finalizzati:

- all'analisi delle posizioni lavorative delle aziende obbligate, pubbliche e private, decodificandone i contenuti professionali, prestazionali e relazionali, evidenziando le modalità di svolgimento;
- alla valorizzazione delle caratteristiche individuali nell'abbinamento con la posizione lavorativa più adatta.

Appare quindi opportuno un potenziamento dello strumento delle convenzioni per offrire ulteriori opportunità ai tanti che aspettano una collocazione lavorativa, senza peraltro abbandonare l'obiettivo di una transizione da contesti "protetti" al mondo produttivo ordinario.

Anche sul versante della costruzione del sistema di *welfare* allargato vanno implementati e monitorati, all'interno della rete dei servizi, gli scambi proficui di informazioni e la messa in comune delle prassi lavorative nell'ottica dell'integrazione dei servizi, evitando di cadere in un sistema segnato da confusione tra il ruolo delle strutture di assistenza e riabilitazione e quello dei servizi per l'inserimento lavorativo.

Le Convenzioni

Per rendere più facile e strutturato il percorso di inserimento lavorativo dei disabili è necessario introdurre lo strumento della Convenzione.

Le Convenzioni finalizzate all'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici, previste dall'art. 11 della L. 68/1999, stipulate con i datori di lavoro dalle Provincie (servizi competenti per il Collocamento Mirato), rappresentano uno dei fondamentali strumenti di personalizzazione degli interventi ed uno dei cardini del collocamento mirato.

Le convenzioni possono essere stipulate con tutti i datori di lavoro, anche non soggetti ad obbligo. Nella convenzione sono stabiliti i tempi e le modalità delle assunzioni che il datore di lavoro si impegna ad effettuare nonché delle verifiche condotte sulla complessiva implementazione della con-

venzione stessa e sull'efficacia degli inserimenti e degli interventi di supporto previsti.

4.c L'utilizzo integrato delle risorse finanziarie

Per dare attuazione alle politiche d'inserimento lavorativo si dovranno prevedere risorse finanziarie ed umane nei propri bilanci, in integrazione con le risorse della programmazione FESR 2007-2013, FSE 2007-2013 e quelle del Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Si può, inoltre, prevedere di utilizzare le risorse del Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità (L.68/99).

L'obiettivo prioritario dell'Asse "Inclusione Sociale" del P.O FSE 2007-2013 è quello di perseguire l'inserimento lavorativo delle persone in condizione di svantaggio superando la tradizionale separatezza che ha sempre caratterizzato il rapporto tra politiche attive del lavoro e politiche di inclusione sociale, che non ha consentito agli interventi realizzati di conseguire gli effetti attesi.

Tra gli obiettivi operativi dell'Asse "Inclusione sociale" del P.O FSE è importante ricordare quello di:

- promuovere azioni di sistema finalizzate alla rimozione delle cause di esclusione e discriminazione sociale delle persone svantaggiate per favorirne l'inserimento sostenibile nel mercato del lavoro, attraverso l'integrazione fra orientamento, accompagnamento, tutoraggio, strumenti di politica attiva, collocamento mirato, servizi sociali e sanitari.
- In particolare possono essere programmati interventi come:
- sviluppo delle reti di sostegno per la transizione al lavoro e l'inserimento lavorativo, favorendo momenti di analisi e scambio di esperienze per individuare le buone pratiche trasferibili e adattabili alle diverse realtà;
- percorsi integrati (orientamento, formazione, accompagnamento, collocamento mirato) di inserimento e reinserimento lavorativo e attivazione forme di tutoraggio individuale per soggetti svantaggiati (comprese le persone con problemi psichici); tali percorsi possono prevedere un'indennità collegata e dipendente dalla partecipazione effettiva alle attività lavorative;
- formazione per favorire lo sviluppo delle competenze, in grado di garantire *performance* lavorative compatibili con le richieste delle imprese, con particolare attenzione all'acquisizione e sviluppo delle autonomie e delle competenze relazionali.

5. Il monitoraggio e la valutazione

La Regione Puglia considera il monitoraggio e la valutazione come strumenti di sorveglianza primari ed indispensabili per assicurare una efficace e trasparente *governance* dei percorsi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi di salute mentale, come definiti con le presenti Linee Guida. Il monitoraggio e la valutazione costituiscono, inoltre, uno strumento essenziale per sviluppare e consolidare il sistema a "rete" tra tutti gli attori coinvolti.

Tali strumenti sono applicati su due livelli:

- il monitoraggio e la valutazione delle performance del sistema integrato di governance, attuato a livello regionale, presentato in questa sezione delle Linee Guida e, in maniera più approfondita, nell'allegato 2;
- il monitoraggio e la valutazione delle performance collegate ai progetti di inserimento del singolo utente, che sono attuati a livello di ambito territoriale distrettuale e che sono specificatamente trattati nei previsti *Protocolli d'intesa tra ASL, Ambiti territoriali distrettuali ed Enti locali.*

Con il sistema di *monitoraggio* la Regione ed i singoli attori si ripromettono di disporre di dati ed informazioni circa l'attuazione delle politiche di inserimento lavorativo (finalità conoscitiva); con la *valutazione,* invece, si ripromettono di poter giungere alla formulazione di giudizi circa gli effetti di tali politiche rispetto agli obiettivi di sviluppo dell'occupazione senza discriminazione nei con-

fronti delle persone con problemi psichici e di crescita umana e professionale dei lavoratori con problemi mentali (finalità propositiva).
Il monitoraggio e la valutazione di sistema fanno capo al *Tavolo di coordinamento regionale* cui spetta, in particolare, la rilevazione e la sistematizzazione dei dati e delle informazioni di base circa l'andamento dei processi, anche attraverso le rilevazioni di monitoraggio affidate, ai sensi dell'Art. 10 della L.R 26/2006, alla Commissione regionale interassessorile.
La Regione Puglia assicura le risorse finanziarie necessarie per dare corso alle attività di monitoraggio e di valutazione di sistema.

5.a Il monitoraggio a livello di sistema regionale
Il monitoraggio è un processo continuo di rilevazione e restituzione di dati ed informazioni salienti circa l'attuazione delle politiche di inserimento lavorativo sviluppate a livello regionale. La finalità dello strumento è quella di fornire dati ed informazioni oggettive relative al processo e prescinde dalla formulazione di giudizi che è invece propria della valutazione.
Il monitoraggio coinvolge tutti gli attori del sistema a rete, come fornitori di dati ed informazioni relative agli aspetti di processo sui quali hanno diretta responsabilità. Le informazioni confluiscono in un agile sistema informativo di monitoraggio, strutturato ed organizzato ad hoc, in modo da favorire una lettura agevole di aspetti significativi e salienti relativi sia alle realizzazioni ed ai risultati delle politiche che al funzionamento del sistema a rete.
Il sistema informativo di monitoraggio è predisposto dal Tavolo di coordinamento, sulla base di un sistema di indicatori strutturato e condiviso (cfr. allegato 2). Il Tavolo di coordinamento demanda ad un gruppo ristretto regionale, da individuare nel proprio ambito, la responsabilità di sovrintendere alla tempestiva e completa acquisizione delle informazioni e dei dati, ed alla verifica della qualità degli stessi.
Il sistema informativo di monitoraggio produce, a cadenza annuale, *report* di monitoraggio circa la *performance* di efficacia delle politiche di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi dei DSM. I *report* sono diffusi, a cura del Tavolo di coordinamento regionale, a tutti gli attori del partenariato economico e sociale di cui al punto 2 (attori, ruoli e responsabilità) delle presenti Linee Guida.
I *report* di monitoraggio sono utilizzati sia a livello di Tavolo di coordinamento che dei singoli attori, per rilevare eventuali difficoltà o criticità che possono condizionare l'efficacia delle politiche e degli interventi e per fornire una base di riferimento per azioni correttive o migliorative.

5.b La valutazione a livello di sistema regionale
La valutazione è lo strumento per fornire qualificate e appropriate risposte circa le *performance* della politica regionale di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi di salute mentale, in termini di raggiungimento degli obiettivi, risultati ottenuti ed eventuali criticità emerse.
L'esercizio di valutazione ha cadenza annuale e viene effettuato in sede di Tavolo di coordinamento regionale, anche avvalendosi di competenze esterne.
Per formulare i giudizi, la valutazione al livello del sistema regionale adotta i seguenti criteri di riferimento:

- *rilevanza e coerenza* dei percorsi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi di salute mentale rispetto alle politiche della Regione Puglia ed agli strumenti normativi ed operativi predisposti a livello nazionale e regionale, a partire dalle presenti Linee Guida, ed alle esigenze dell'utenza;

- *efficacia* dei processi e delle strategie di sistema adottate con queste Linee Guida in termini di raggiungimento degli obiettivi operativi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici;
- *efficienza* in termini di congruenza tra risorse umane e finanziarie impegnate e risultati conseguiti;
- *impatto* (esiti), inteso come contributo effettivo del sistema all'aumento dell'occupazione delle persone con problemi psichici ed alla loro crescita umana e professionale;
- *sostenibilità,* intesa come capacità del sistema a riprodurre nel tempo tali impatti.

La valutazione si basa sull'analisi di:

- *dati secondari*: dati ed informazioni prodotte dal sistema di monitoraggio a livello regionale; dati ed informazioni prodotte dal sistema di monitoraggio a livello di ambito territoriale; riferimenti, dati ed informazioni tratti da documentazione di contesto e da fonti esterne;
- *dati primari*: informazioni, principalmente qualitative, rilevate ad hoc presso l'utenza e testimoni privilegiati, utilizzando gli strumenti propri delle indagini economico-sociali (interviste, attività di campo, *focus group,* etc.).

La valutazione produce un rapporto annuale che presenta le *conclusioni raggiunte* in relazione alle *performance* del sistema ed ai singoli criteri adottati e le *raccomandazioni* per il miglioramento del processo/sistema regionale di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici e per l'eventuale conseguente adeguamento delle presenti Linee Guida.

I risultati emersi dai rapporti di valutazione sono discussi e condivisi nell'ambito del Tavolo di coordinamento regionale con il concorso degli attori di cui al precedente punto 2 (attori, ruoli e responsabilità) delle presenti Linee Guida. I Rapporti di valutazione annuale sono diffusi al pubblico più vasto tramite i canali e gli strumenti di comunicazione della Regione, degli Assessorati coinvolti e dei singoli attori del partenariato economico e sociale.

I Rapporti di valutazione sono utilizzati sia a livello di Tavolo di coordinamento che dai singoli attori per identificare e adottare azioni correttive o migliorative in loco, relativamente ai soggetti che non hanno attuato la definizione e sottoscrizione del protocollo d'intesa tra aziende ASL ed Enti locali.

Allegato 1) SCHEDE DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Si riporta un *set* di indicatori di Monitoraggio e Valutazione di progetti e percorsi di inserimento lavorativo di persone con disagio psichico. All'atto della utilizzazione, a fronte di ciascun indicatore dovrà essere riportato il valore *target* atteso e previsto dal progetto e la fonte per la rilevazione del valore realizzato.

REGIONE			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Adottare indirizzi	n. bollettini		
Attività della commissione regionale interassessorile	**n. bandi a carattere interassessorile emessi per anno** **n. inserimenti lavorativi definiti in esito ai bandi per anno**		
Monitoraggio politiche	n. rapporti annuali redatti		
Valutazione delle politiche	**n. e tipologia di rapporti di valutazione redatti per anno**		

PROVINCIA			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Promozione campagne informative	n. tipologie dei media utilizzati n. aziende coinvolte per tipologia n. volantini e pubblicazioni cartacee diffuse n. accessi al sito dedicato n. di pagine pubblicate sul sito dedicato n. di eventi organizzati n. di partecipanti effettivi agli eventi		
Implementazione *data base* aziende	**n. aziende inserite nel data base (L.68 e non)**		
Strategie	n. atti d'indirizzo assunto		
Coinvolgimento associazioni utenti e famiglie	**n. associazioni familiari/utenti coinvolte** **n. incontri e iniziative svolte insieme, concordate e sviluppate** **n. partecipanti agli incontri ed alle iniziative** **n. convenzioni**		
Formazione *tutor*, di concerto con il DSM, utilizzando le risorse umane specifiche presenti nel DSM	n. *tutor* formati n. corsi di formazione % corsi realizzati / corsi previsti n. dei partecipanti previsti per corso % partecipanti effettivi / partecipanti previsti per corso n. ore di corso erogate n. risorse umane del DSM coinvolte		
Cpl, controlli in azienda applicazione L.68	**n. controlli effettuati / anno** **% controlli con esito positivo / totale controlli / anno**		
Informazioni su L. 68 e su fonti finanziarie	n. attività svolte n. contatti n. documenti e pubblicazioni cartacee diffuse n. accessi al sito dedicato sito web della provincia n. di punti unici di accesso PdZ attivati n. di persone che si rivolgono ai punti di accesso/mese		
Gestione vertenze di lavoro	**n. vertenze di lavoro/anno gestite** **% vertenze anno risolte / gestite**		

ASL			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Accertamenti	n. accertamenti sanitari L.68 effettuati / anno		
Operatore chiave	**n. operatori chiave** **% operatori chiave / utenti**		
Diagnosi e presa in carico	n. progetti personalizzati predisposti % progetti personalizzati predisposti / totale utenti		
Supporto ad utenti e familiari per l'inserimento lavorativo	**n. iniziative specifiche di supporto** **% iniziative di supporto / utente**		
Valutazione dei risultati e degli esiti	n. schede di valutazione dei risultati e degli esiti elaborate / anno		
Attività di rete	**n. progetti d'inserimento sviluppati in rete**		
Esternalizzazione di servizi alle Coop. B	n. ASL che hanno adottato la riserva di lavori esternalizzati per le coop. B		

AMBITI			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Esternalizzazione di servizi alle coop. B	n. comuni che hanno adottato la riserva di lavori esternalizzati per le coop. B % comuni che hanno adottato la riserva di lavori esternalizzati per le coop. B su totale comuni dell'ambito		

COMUNI			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Programmazione	n. progetti di inserimento lavorativo inclusi nei Piani di Zona valore annuo delle risorse previste dai Piani di Zona per progetti di inserimento lavorativo		
Favorire l'integrazione	**n. e tipologie di atti operativi condivisi e definiti con il partenariato** **n. progetti in partenariato attivati**		

ORGANIZZAZIONI DATORIALI			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Diffusione informazioni	n. aziende contattate e sensibilizzate		
Convenzioni	**n. convenzioni stipulate**		
Collaborazione nell'identificazione e disponibilità e fabbisogni delle imprese	n. domande arrivate in associazione n. aziende disponibili n. incroci domanda/offerta realizzati per anno		

COOPERATIVE SOCIALI			
Attività	**Indicatore**	**Valore Target**	**Fonte**
Convenzioni in attuazione della L. 68	n. convenzioni stipulate per anno		
Convenzioni in attuazione della L. 381/91	n. convenzioni stipulate per anno		
Inserimenti lavorativi	n. persone con disagio psichico inserite in cooperativa per anno % persone con disagio psichico in cooperativa su totale risorse umane della cooperativa		

Allegato 2) GLOSSARIO

ANALISI DELLE COMPETENZE

Procedimento utilizzato per l'individuazione dell'insieme strutturato di conoscenze, abilità e atteggiamenti (di tipo fisico, mentale e sociale) che danno luogo alla capacità di realizzare un compito e/o caratterizzano una determinata prestazione lavorativa.

AZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO E INSERIMENTO LAVORATIVO

Rappresenta l'azione di supporto da parte del CSM, specialmente mediante la figura dell'operatore chiave e con la collaborazione del *tutor* aziendale, attraverso diverse attività di sostegno alla persona quali:

- sostegno all'impresa e al *tutor* aziendale per l'accoglienza e la gestione dell'inserimento della persona con problemi psichici,
- accompagnamento e supporto nelle fasi di inserimento lavorativo
- costante raccordo tra i referenti dei servizi sociali/sanitari territoriali,
- interventi di sostegno alla famiglia, laddove utile e necessario
- corretta informazione alle aziende ed ai lavoratori sulle malattie psichiche e le disabilità, insieme ad iniziative atte a contrastare ogni forma di pregiudizio.

AZIONE FORMATIVA

Rappresenta la fase di preparazione al lavoro, e può svilupparsi in attività di formazione in azienda,

incontri con attori aziendali, attività formative in situazione (tirocini) integrate e alternate ad attività formative, privilegiando altre forme di didattica attiva adeguate alle caratteristiche specifiche dell'utenza, anche in modo personalizzato.
L'attività formativa deve essere programmata tenendo conto delle competenze dell'utente in coerenza con le esigenze professionali delle aziende.

BUONE PRASSI
Si intendono le azioni realizzate per la soluzione di problematiche che hanno portato a risultati positivi e che, per le caratteristiche di efficacia, possono essere trasferite in contesti diversi da quelli in cui sono state attuate.

CENTRO SALUTE MENTALE (CSM)
Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di coordinamento dell'intera attività assistenziale relativa alla salute mentale nel territorio. E' la sede organizzativa della *équipe* multiprofessionale degli operatori. Garantisce interventi integrati di carattere psichiatrico, psicologico, sociale, assistenziale e riabilitativo in situazioni di assistenza routinaria o di gestione delle emergenze-urgenze. Opera in contesti ambulatoriali, domiciliari, territoriali. Nella Regione Puglia fanno parte del CSM, oltre agli ambulatori specialistici, le strutture riabilitative semiresidenziali (Centri Diurni) e residenziali (con le diverse tipologie di assistenza: h 24, h 12, per fasce orarie), gestite direttamente o tramite il concorso del privato sociale o imprenditoriale.

COLLOCAMENTO MIRATO L. 68/99
Strumento legislativo che tende a favorire l'occupazione delle persone con disabilità secondo un approccio maggiormente personalizzato e individuale, per poter rispondere in modo più adeguato alle esigenze della persona, affidando competenze e funzioni ai Centri per l'Impiego, i quali sono tenuti ad operare per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, mediante l'attivazione di una serie di servizi che favoriscano un collocamento adeguato (mirato) alle caratteristiche del lavoratore.

CONVENZIONI
Le convenzioni (di cui all' art 11 della L.68/99) sono stipulate tra uffici provinciali per l'inserimento lavorativo di lavoratori disabili, imprese pubbliche e private e lavoratori con problemi psichici e cooperative sociali.
Le convenzioni devono indicare dettagliatamente le mansioni attribuite al lavoratore con disabilità e le modalità del loro svolgimento; prevedere le forme di sostegno, di consulenza e di tutoraggio sia da parte dell'operatore chiave del CSM, che del tutor aziendale, al fine di favorire l'adattamento al lavoro della persona con problemi psichici; prevedere verifiche periodiche sull'andamento del percorso formativo inerente la convenzione di integrazione lavorativa.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)
Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la macro-struttura organizzativa della ASL che comprende tutte le strutture ed i servizi territoriali ed ospedalieri che si occupano specificamente di garantire l'assistenza nel campo della salute mentale; esso ha il compito di coordinare gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione del disagio psichico della popolazione del territorio di competenza. Mediante le sue strutture e servizi, si pone come il garante del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio.
Il Dipartimento esplica la sua funzione tramite la programmazione strategica delle attività volte a

creare le condizioni organizzative che garantiscano l'omogeneità, la coerenza e la continuità di trattamento delle articolazioni strutturali e funzionali che lo compongono.

EMPOWERMENT
E' un concetto che indica un processo di ampliamento delle possibilità di un soggetto, sia esso un'organizzazione o una persona, per aumentare la capacità di agire nel proprio contesto e di operare delle scelte. Significa fare leva sulle risorse già presenti ed organizzarle allo scopo di aumentare la propria autodeterminazione

EQUIPE DEL CSM
E' *l'équipe* multiprofessionale che si incarica di mettere a punto e realizzare il progetto terapeutico-riabilitativo individuale condiviso con il paziente in carico e, quando possibile, con la famiglia. E' composta generalmente da medico psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermieri professionali, educatori ed operatori della riabilitazione.

FONDI STRUTTURALI
Rappresentano i principali strumenti utilizzati dall'Unione europea per favorire la politica di coesione economica e sociale degli Stati membri perseguita attraverso gli obiettivi prioritari. Essi sono il Fondo sociale europeo (FSE) per il miglioramento delle possibilità occupazionali nella Comunità; il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) per la riduzione delle disparità di sviluppo tra le Regioni della Comunità, Fondo agricolo europeo per lo sviluppo rurale.
(Fonte ISFOL)

FONDO EUROPEO DI SVILUPPO REGIONALE (FESR)
Il FESR è uno strumento che intende puntare su politiche innovative capaci di incidere contemporaneamente sulle varie dimensioni della vita economica e sociale, sui problemi dello sviluppo delle attività produttive ed economiche, così come sulla crescita del mercato del lavoro, sulla difesa delle minoranze e dei ceti più deboli, sulla tutela e valorizzazione del territorio e delle risorse.
(Fonte: glossario del FESR)

FONDO SOCIALE EUROPEO (FSE)
Il FSE è uno strumento che fornisce il proprio sostegno a misure volte a prevenire e combattere la disoccupazione, a sviluppare le risorse umane e l'integrazione sociale dei soggetti svantaggiati al fine di promuovere un elevato livello di occupazione, uno sviluppo duraturo e la coesione economica e sociale.
(Fonte: glossario del FSE)

FORMAZIONE IN SITUAZIONE
Metodologia formativa che si sviluppa per la maggior parte in un contesto lavorativo aziendale, cioè "in situazione", funzionale alla modifica di capacità, atteggiamenti e comportamenti. La strategia didattica è basata sul sostegno nella rielaborazione dell'apprendimento sperimentato attraverso le attività lavorative, sul supporto nell'acquisizione da parte dei destinatari di abilità relazionali inerenti la gestione dei rapporti nei luoghi di lavoro.

INDICATORI
Gli indicatori sono variabili misurabili che servono per descrivere sinteticamente un fenomeno.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, possono essere utilizzati per valutare le risorse, i processi e gli esiti di un servizio o di una sua attività, ad esempio l'inserimento al lavoro di persone con problemi psichici. Sono più frequentemente rappresentati da una proporzione, o da un tasso, o da una media.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
L'integrazione socio-sanitaria rappresenta l'insieme delle attività finalizzate a soddisfare in modo integrato i bisogni dei cittadini in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita e di tutela della salute.

MANTENIMENTO DEL POSTO DI LAVORO
L'azione che mira a monitorare e supportare l'evoluzione delle condizioni di adattamento del soggetto al contesto lavorativo, al fine di assicurare la sostenibilità e la stabilizzazione dell'inserimento lavorativo.
L'obiettivo di assicurare la stabilità del posto di lavoro rientra nella complessiva responsabilità delle reti territoriali tra servizi del territorio, in particolare si ritiene di attivare iniziative rivolte a creare contatti con le singole aziende, per giungere ad una collaborazione che veda i datori di lavoro impegnarsi all'assunzione di risorse umane con problemi psichici, riconoscendone il carattere d'investimento sul piano sociale (promozione della responsabilità sociale d'impresa).

MONITORAGGIO
Il monitoraggio è un processo in continuo di rilevazione e restituzione di dati ed informazioni salienti circa l'attuazione delle politiche di inserimento lavorativo sviluppate a livello regionale. La finalità dello strumento è quella di fornire dati ed informazioni oggettive relative al processo e prescinde dalla formulazione di giudizi che è invece propria della valutazione.

OPERATORE CHIAVE
E' l'operatore della salute mentale che deve sostenere e accompagnare la persona sia nella fase iniziale di impatto con il mondo del lavoro sia lungo tutto il percorso dell'inserimento lavorativo, aiutandola nella gestione emotiva e comportamentale delle difficoltà incontrate e dello *stress* e nella corretta gestione delle relazioni con il datore di lavoro o con i colleghi; inoltre deve supportare il datore di lavoro ad utilizzare approcci e strategie idonee per la riuscita dell'intervento e fornire il supporto necessario alla famiglia al fine di sostenere ed incoraggiare adeguatamente la persona impegnata nel lavoro.

PREGIUDIZIO/STIGMA
Insieme di atteggiamenti, paure, giudizi nei confronti delle persone con problemi psichici, non motivati dalla necessaria conoscenza della malattia mentale, tanto da impedirne la piena partecipazione alla vita sociale ed al mercato del lavoro. Sono ritenute utili campagne di sensibilizzazione e di informazione sulla salute mentale per rendere effettivo il rispetto dell'uguaglianza e l'esercizio dei diritti di cittadinanza.

PROGETTO INDIVIDUALE D' INSERIMENTO LAVORATIVO
E' l'elaborazione, sulla base delle informazioni raccolte con il percorso di analisi delle competenze, di un percorso di inserimento lavorativo individualizzato e caratterizzato da una sequenza organica di azioni costruite come risposta alla necessità del singolo, monitorato e valutato sulla base delle specificità e bisogni espressi. Generalmente è parte del progetto terapeutico riabilitativo individuale,

viene elaborato e realizzato in concerto dal paziente insieme a tutti gli altri soggetti cointeressati, sotto la precipua responsabilità del CSM. E' coerente ed integrato con tutti gli altri interventi previsti nel progetto terapeutico riabilitativo individuale.

PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE
E' messo a punto sulla base della valutazione dei bisogni di cura e di assistenza del paziente e della famiglia effettuata dalla *équipe* del Csm, e in base alle reali possibilità di intervento del servizio. comprende gli obiettivi che *l'équipe* si propone di perseguire, relativi alle diverse aree della vita e della salute e alle diverse problematiche manifestate dalla persona assistita, e gli interventi che a tal fine verranno realizzati dalle diverse figure professionali in modo sinergico ed integrato.

RETE INTERISTITUZIONALE
E' un modello organizzativo in cui i diversi attori istituzionali convergono su obiettivi comuni ed operano in forma condivisa, partecipata ed integrata, sulla base delle rispettive competenze, per attuare interventi unitari e coerenti in relazione ai bisogni del territorio.

SCHEDA PROFESSIONALE
E' il documento che raccoglie la storia della persona con problemi psichici, con particolare riferimento alla storia socio-lavorativa, e ne identifica le competenze, capacità, esperienze professionali ed aspirazioni lavorative.

TIROCINI
Sono percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo e finalizzati all'acquisizione e sviluppo di capacità adattive, relazionali e di competenze specifiche in un contesto produttivo, alla promozione di una sensibilità sociale nelle aziende pubbliche e private del territorio nei confronti delle persone con problemi psichici (superamento del pregiudizio/stigma).

TUTOR AZIENDALE
E' il collaboratore interno all'azienda – che utilizzi parte del proprio orario di lavoro per attività di accoglienza e sostegno del lavoratore disabile.
Spetta al *tutor* aziendale costruire un rapporto di fiducia con il collega disabile e diventarne punto di riferimento, curare la socializzazione, promuovere forme di solidarietà nei confronti degli altri lavoratori e favorirne l'integrazione con la struttura di riferimento; predisporre tutti gli interventi idonei al raggiungimento da parte del lavoratore delle competenze e abilità richieste dal profilo professionale; supportare il processo per il raggiungimento della maggiore autonomia professionale possibile del lavoratore con problemi psichici sul posto di lavoro.

VALUTAZIONE
La valutazione è lo strumento per fornire qualificate e appropriate risposte circa le *performance* della politica regionale di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi di salute mentale, e consentire di formulare giudizi attendibili ed oggettivi in merito al raggiungimento degli obiettivi, risultati ottenuti ed eventuali criticità emerse.

6.5.3 Schema di Protocollo d'Intesa tra ASL ed Enti Locali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici (All. B DGR 471 del 23-02-2010)

PROTOCOLLO D'INTESA
TRA
La Provincia di….. rappresentata da……., come da delega/ provvedimento…..
La ASL di……. rappresentata da ….., come da delega/ provvedimento…

L'Ambito Territoriale n. _____ di _____rappresentato da…… per conto dei Comuni facenti parte del "Piano Sociale di Zona" di……

PER
ATTUARE L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE CON PROBLEMI PSICHICI ANCHE NELL'AMBITO DEI PIANI DI ZONA.

Premesso che:

1) Per attivare strumenti in grado di favorire un efficace inserimento lavorativo delle persone in carico ai servizi dei Dipartimenti di Salute mentale della ASL**,** in un'ottica di interventi integrati, flessibili e personalizzati, da attuare anche nell'ambito dei Piani di Zona, emerge **l'esigenza di definire intese** fra i diversi soggetti coinvolti per competenza, al fine di garantire lo sviluppo e la messa a sistema dei processi di integrazione socio-lavorativa delle persone con problemi psichici, snellire le procedure amministrative, attivare strumenti in grado di favorire un efficace inserimento lavorativo delle medesime persone, tenuto conto del quadro di riferimento normativo nazionale e regionale.

2) La programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione Puglia si esplica nel documento di indirizzo del Piano Regionale di Salute (PRS) ed in base, principalmente, alle direttive contenute nelle seguenti leggi regionali:
   - L. R. 10 Luglio 2006, n. 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia";
   - L. R. 3 Agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
   - L. R. 9 Agosto 2006, n.26 "Interventi in materia sanitaria".

3) Quanto previsto alle leggi:
   - Legge 8 Novembre 1991 n. 381, "Disciplina delle cooperative sociali";
   - L.R 1° Settembre 1993, n. 21 "Iniziative regionali a sostegno delle cooperative sociali e norme attuative della Legge n.381/91"(Art.6);
   - Legge 12 Marzo 1999, n. 68 " Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
   - Legge 24 Giugno 1997, n. 196 "Norme in materia di promozione dell'occupazione";
   - L.R. 16 Dicembre 1998, n.30 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla L.R n. 36/1994";
   - Reg. Reg. del 27 Novembre 2002, n.7, di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne (Art.4);
   - Legge 14 Febbraio 2003, n. 30 "Delega al Governo in materia di occupazione e mercato del lavoro" (Art.14);

- D.Lgs. 12 Aprile 2006 n. 163 " Codice dei contratti pubblici" (Art. 52);
- Legge 6 Agosto 2008, n. 133, di conversione in legge del decreto- legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico;
- Reg. Reg. del 8 Luglio 2008, n.11, modifiche ed integrazioni al Regolamento n.7 (Art.5).

Considerato che:
la Regione Puglia ha adottato con Delibera G.R. n. 471 del 23/02/2010 le Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, laddove sono stati individuati:

a) le seguenti **finalità**:
   - promuovere il benessere e sostenere i percorsi d'inserimento socio-lavorativo delle persone con problemi psichici,
   - garantire la qualità degli interventi e agevolare l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti che affrontano maggiori difficoltà nell'inserimento lavorativo,
   - affermare la necessità del coinvolgimento degli attori locali fin dalle prime fasi di elaborazione dei progetti.

b) i seguenti **principi**:
   - condivisione delle azioni tra Istituzioni, soggetti erogatori di servizi, associazioni di famiglie, utenti e mondo del lavoro;
   - qualità del processo d'inserimento;
   - centralità della persona e dei suoi bisogni;
   - adozione di un linguaggio comune;
   - unitarietà nell'intervento così da evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni.

c) i seguenti **obiettivi**:
   - contribuire ad un aumento dell'occupazione senza discriminazione alcuna nei confronti delle persone con problemi psichici;
   - concorrere ad incrementare la progressiva crescita umana e professionale dei lavoratori con problemi psichici;
   - utilizzare approcci formativi personalizzati e individualizzati, di prevenzione e di cura per l'integrazione sociale e lavorativa, attraverso un lavoro sinergico tra soggetti pubblici e privati, prevedendo altresì percorsi formativi integrati e non esclusivamente rivolti alle persone con problemi psichici;
   - mettere a punto azioni innovative di progetti integrati, tese a favorire l'inserimento lavorativo di persone con disturbi psichici;
   - favorire la creazione di una rete interistituzionale, al fine di intraprendere percorsi per un efficace inserimento lavorativo.

tutto ciò premesso e considerato
si conviene quanto segue:

ART.1 – Premesse
Le premesse costituiscono parte integrante del presente Protocollo.

I Piani di Zona rappresentano lo strumento strategico per governare (programmare e attuare) le politiche sociali e socio-sanitarie a livello territoriale.

L'Ambito territoriale costituisce la sede privilegiata per garantire l'integrazione degli interventi e delle risorse.

ART.2 – Soggetti sottoscrittori e loro competenze
Sono soggetti sottoscrittori del presente Protocollo d'intesa:
- **La Provincia di ...** in quanto titolare delle competenze dirette per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, così come previsto dal D. Lgs. 469/97 e dalla L. 68/99.
- **L'Ambito territoriale di**... in quanto titolare delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali. (cfr. art. 14 della L. 328/00 e della L.R. n.19/2006)
- **L'A.S.L. di ...,** in quanto titolare delle competenze proprie del Dipartimento di Salute Mentale (in seguito denominato DSM), per le funzioni di assistenza, riabilitazione e integrazione sociale esercitate attraverso le *équipe* dei Centri di Salute Mentale (in seguito denominato CSM), nonché delle competenze relative agli accertamenti sanitari ed alle forme di sostegno per l'inserimento lavorativo suggerite nel corso degli accertamenti stessi, come previsto dalla L. 68/99 e dal DPCM 13/1/2000.

ART. 3 – Finalità
Con la stipula del presente Protocollo, le parti firmatarie intendono perseguire le seguenti finalità:
- definire un modello organizzativo e modalità di programmazione a livello provinciale e distrettuale che permettano la realizzazione di azioni mirate all'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, da attuare anche nell'ambito dei Piani di Zona;
- rafforzare e migliorare la qualità degli interventi attraverso l'integrazione interistituzionale delle rispettive attività per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici;
- definire le modalità d'intervento integrate, così da ridurre i tempi di attuazione delle iniziative, anche attraverso una semplificazione amministrativa;
- definire metodologie appropriate per diffondere una corretta informazione sul disagio psichico, per valorizzare le potenzialità lavorative dei disabili psichici, per costruire percorsi di facilitazione e sostegno di utenti da avviare al lavoro, impegnandosi altresì a promuovere iniziative annuali pubbliche sul lavoro delle persone con problemi psichici;
- utilizzare al meglio le risorse professionali e finanziarie a disposizione, in particolare derivanti dai fondi comunitari e/o regionali finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate e dal Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili;
- valorizzare le positive esperienze o buone pratiche presenti sul territorio, al fine di diffondere e implementare tali esperienze e pratiche;
- favorire, oltre al collocamento mirato, la definizione e l'implementazione di accordi diretti con imprese e associazioni di categoria, al fine di coinvolgere le aziende non strettamente vincolate all'assunzione di soggetti disabili ai sensi della L. 68/99;
- favorire modelli omogenei d'intervento a livello provinciale quanto a efficacia, qualità ed efficienza.

Art 4 – Campo d'applicazione
Gli interventi definiti e regolati dal Protocollo riguardano l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale dell'ASL.

Art. 5
Gli impegni delle parti
Con la stipula del Protocollo, le parti firmatarie assumono i seguenti obblighi:

A) La Provincia di ..., nell'ambito della propria attività istituzionale in materia di collocamento mirato, attraverso un gruppo di lavoro appositamente costituito nei Centri per l'Impiego, si impegna a:

- rilevare i posti di lavoro disponibili e le loro caratteristiche ;
- promuovere, di concerto con la ASL, utilizzando le risorse specialistiche interne al DSM, azioni di orientamento, finalizzate ad individuare le potenzialità e le capacità professionali delle persone con problemi psichici, nonchè attività di formazione professionale mirata sia alle persone con problemi psichici che ai tutor aziendali;
- individuare la posizione lavorativa più adeguata alle competenze e alle motivazioni del lavoratore;
- realizzare gli avviamenti al lavoro in aziende soggette e non all'obbligo di assunzione ai sensi della Legge n.68/99;
- ottemperare agli adempimenti di cui alla Legge n. 68/99, riservando quote di posti di lavoro in misura pari al ...% alle persone con problemi psichici presso l'Ente pubblico stesso.

La Provincia per agevolare l'inserimento lavorativo, si impegna a:

- promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione del mondo imprenditoriale, attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di categoria delle imprese, delle Organizzazioni Sindacali, della Unità di Inclusione Socio-Lavorativa del DSM, dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro;
- promuovere attività di coordinamento per incentivare, ai sensi della L. n. 381/91 e D.Lgs n. 163/06, la definizione delle quote di servizi da affidare alle cooperative sociali di tipo B, e attraverso accordi con le organizzazioni imprenditoriali, creare ambiti di collaborazione tra imprese *profit*, *no profit* e cooperative;
- individuare le migliori strategie per la reale applicazione della L. n. 68/99, mettendo a punto servizi per l'integrazione delle persone con problemi psichici;
- fornire, su richiesta, alla Commissione Medico Legale, la documentazione aggiornata relativa alle persone (colloqui di orientamento, *curricula* lavorativi, esperienze formative,ecc.);
- favorire la definizione di accordi diretti con imprese e associazioni di categoria, anche stipulando apposite convenzioni;
- predisporre tutti gli atti amministrativi e gli adempimenti necessari all'attivazione di tirocini formativi**.**

Al fine di consentire ai servizi sociali e sanitari territoriali di verificare la disponibilità dei datori di lavoro all'attivazione di percorsi formativi e di integrazione socio-lavorativa di competenza dei servizi stessi, **la Provincia si impegna,** inoltre, a fornire ai servizi medesimi informazioni sui datori di lavoro con riferimento a:

- sottoposizione agli adempimenti del collocamento mirato L. n. 68/99;
- rilevazione dei posti di lavoro disponibili e delle loro caratteristiche, con riferimento sia ai posti disponibili nell'ambito delle convenzioni per la programmazione degli inserimenti lavorativi stipulate tra la Provincia di... , gli Enti locali, e i datori di lavoro ai sensi dell'art.11 L. n.68/99, che ai posti disponibili nelle aziende non soggette all'obbligo di assunzione.

La Provincia s'impegna, ancora, a fornire, anche attraverso specifiche azioni di formazione rivolte agli operatori territoriali, tutte le informazioni sul funzionamento della L. n.68/99 e norme attuative, sugli strumenti per l'adempimento dell'obbligo di assunzione, sulle procedure e ogni informazione sulle fonti di finanziamento di volta in volta disponibili (contributi agli Enti territoriali, alle Aziende ecc.) provenienti dal Fondo Nazionale e Regionale, nonché dal FSE e dal FESR.

La Provincia, inoltre, **s'impegna** a indicare, in modo dettagliato, all'interno delle convenzioni per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, le mansioni attribuite al lavoratore, le

modalità del loro svolgimento e le forme di sostegno e di tutoraggio sia da parte dell'operatore chiave del CSM, che del *tutor* aziendale.

B) L'ASL provvede, attraverso le Commissioni di accertamento di cui all'art.1, comma 4, della legge n. 68/99 e all'art.1 del DPCM 13 gennaio 2000, alla formulazione della diagnosi funzionale/relazione conclusiva relativa alla persona con problemi psichici, per il collocamento mirato, tenendo conto dei seguenti elementi:

- valutazione della collocabilità della persona,
- definizione, all'interno del progetto personalizzato d'inserimento socio-lavorativo, delle competenze sociali, delle attitudini, della capacità di sostenere lo *stress* lavorativo anche in relazione all'ambiente lavorativo,
- bisogni formativi e di sostegno,
- risorse familiari e sociali del soggetto,
- fragilità e *compliance* con le cure (tendenza a rimanere in un percorso di cura),
- figure di riferimento nel sistema sanitario,
- verifica della compatibilità tra le mansioni svolte e lo stato di salute del lavoratore con problemi psichici.

L'ASL provvede inoltre, attraverso l'utilizzo dell'"unità operativa di inclusione socio/lavorativa", a:

- compilare le schede professionali sulle competenze, capacità, esperienze professionali e aspirazioni lavorative delle persone con problemi psichici, al fine di definire l'elenco delle persone da avviare all'attività lavorativa;
- promuovere, di concerto con la Provincia, utilizzando le risorse specialistiche, azioni di formazione in favore dei tutor aziendali;
- procedere all'individuazione degli "operatori chiave" tra il personale addetto ai servizi di salute mentale (CSM);

L'ASL si impegna ancora a :

- garantire, attraverso il personale dell' *équipe* del CSM, il supporto ad utenti e familiari;
- monitorare, attraverso *l'équipe* del CSM, con strumenti condivisi, predisposti ed omogenei su tutto il territorio regionale, il percorso formativo/lavorativo dei soggetti con problemi psichici;
- definire quote di propri servizi esternalizzati da affidare alle cooperative sociali di tipo B, che si impegneranno a vincolare negli appalti specifici, alle stesse affidate, una quota pari al 30% del personale necessario in favore di persone con problemi psichici;
- ottemperare alla legge n. 68/99 riservando alle persone con problemi psichici, presso l'Azienda stessa, almeno il ...% della quota spettante ai soggetti svantaggiati;
- garantire, attraverso l'*équipe* del CSM, la valutazione dei risultati e dei esiti dell'inserimento lavorativo individuale;
- garantire a livello direzionale la valutazione complessiva sul progetto.

C) L'Ambito territoriale ...si impegna, nell'ambito dei Piani di Zona, a :

- promuovere la progettazione e la realizzazione di interventi integrati per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici, in sinergia con l'ASL;
- favorire l'integrazione istituzionale attraverso la definizione e applicazione di protocolli operativi e partenariati di progetto tra Enti, Istituzioni, soggetti pubblici e privati e cooperative sociali di tipo B;
- facilitare lo sviluppo e la messa a sistema dei processi di integrazione socio-lavorativa delle persone con problemi psichici, attraverso l'individuazione delle risorse finanziarie a sostegno del percorso di transizione al lavoro (borse-lavoro e tirocini formativi) e delle diverse variabili

che influenzano il successo dei percorsi d'inserimento.
- promuovere ai sensi della L. n. 381/91 e D.Lgs n. 163/06 , nei Comuni appartenenti all'Ambito territoriale, attività di coordinamento per incentivare l'attuazione degli impegni a definire quote di lavori esternalizzati da parte dei Comuni stessi, da affidare alle cooperative sociali di tipo B, per creare ambiti di collaborazione tra imprese *profit* e cooperative, anche prevedendo accordi con le organizzazioni imprenditoriali.

ART 6 – Partenariato

La necessità di rispondere ai bisogni delle persone con problemi psichici in maniera sempre più personalizzata e diversificata, impone di sviluppare un sistema a "rete" che valorizzi la programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente rispetto ai succitati bisogni.
In tale ottica il partenariato è un attore chiave per l'ideazione, progettazione e realizzazione di interventi integrati, mediante processi di concertazione e progettazione partecipata.
Lo strumento dei Piani Sociali di Zona intende promuovere un processo di costruzione della programmazione territoriale che sia idonea a perseguire il seguente obiettivo:

- disegnare la rete locale dei servizi sociali e degli interventi e costruire un nuovo sistema di relazioni tra i diversi soggetti istituzionali e non (ambito territoriale, ASL, Province, soggetti sociali del terzo settore, cooperative sociali di tipo B, associazioni di volontariato, associazioni dei familiari, organizzazioni sindacali, associazioni datoriali, imprese e consulenti del lavoro).

ART 7 – Modalità d'interazione tra i soggetti sottoscrittori

Gli impegni assunti dai soggetti firmatari vengono coordinati nei Tavoli di integrazione interistituzionale:

- Tavolo di Coordinamento
- Tavoli Operativi d'ambito

Il Tavolo di Coordinamento Provinciale è composto da:

- Presidente Provincia di... o suo delegato che lo presiede,
- Presidente dell'Ambito territoriale di... ...o suo delegato,
- Direttore Generale della ASL di .....o suo delegato.

Esso si avvale del supporto tecnico integrato dei propri dirigenti.
Tale Tavolo svolge i seguenti compiti:

- progettazione delle linee generali di azione e modalità d'intervento, tenendo conto delle specificità dell'ambito territoriale per la realizzazione omogenea e sinergica degli obiettivi e delle azioni previste dal protocollo ;
- definizione delle modalità di scambio delle informazioni, con l'obiettivo di garantire un costante, efficiente e rapido flusso informativo con riferimento alle azioni e agli interventi previsti dal protocollo;
- monitoraggio e analisi degli esiti dell'attuazione del protocollo e degli interventi d'inserimento lavorativo realizzati;
- rilevazione delle criticità, al fine di migliorare le procedure e gli strumenti per il conseguimento degli obiettivi del Protocollo, nonché le proposte di modifica del Protocollo stesso;

Il **Tavolo di Coordinamento Provinciale** è convocato dalla Provincia di norma tre volte l'anno, fatta salva la necessità di incontri più frequenti, qualora uno dei componenti ne individui l'esigenza per l'attuazione del presente protocollo.

B) Tavoli operativi d'Ambito sono composti dai rappresentanti locali degli enti firmatari del presente protocollo (da 1 referente del DSM, 1 referente della Provincia - collocamento mirato della 68), 1 referente Ufficio di Piano; è possibile individuare gli eventuali supplenti) e possono essere integrati dai rappresentanti del partenariato socio-economico dell'Ambito territoriale (soggetti sociali del terzo settore, cooperative sociali di tipo B, associazioni del volontariato, associazioni dei familiari e utenti, organizzazioni sindacali e datoriali ecc) .

Il Tavolo Operativo d'Ambito è coordinato dal rappresentante dell'Ufficio di Piano.

I firmatari del presente accordo si impegnano ad attivare in ogni sede d'ambito territoriale i Tavoli operativi, al fine di attivare le azioni e gli interventi concordati dal Tavolo di Coordinamento Provinciale.

In particolare sono tenuti a svolgere i seguenti compiti:

- progettare e realizzare interventi integrati, con modalità partecipata, con il pieno coinvolgimento del partenariato locale;
- promuovere politiche di cooperazione con il mondo della formazione e delle imprese, finalizzate a prevedere l'organizzazione dei vari tipi di tirocinio e monitorare gli inserimenti al lavoro;
- scambiare le informazioni in modo costante sulle situazioni individuali e sui processi in atto;
- collaborare alla raccolta di informazioni per la formulazione del profilo socio-lavorativo della Commissione di Accertamento dell'ASL, di cui al DCPM 13/01/2000;
- promuovere politiche di mantenimento al lavoro della persona con problemi psichici.

ART 8 – Modalità e scambio informazioni

Essendo prioritaria l'esigenza dello scambio informativo corrente ed aggiornato, il modello cui tendere è quello di un sistema informativo condiviso e integrato.

Nella fase transitoria ogni soggetto individuerà, nell'ambito della propria organizzazione, modalità di rapporto e scambio di informazioni necessarie per snellire le procedure e rendere efficace sin d'ora l'intesa (nominativi, referenti e-mail ecc.)

Le Parti firmatarie s'impegnano altresì a promuovere campagne informative congiunte su procedure, percorsi, opportunità offerte dalla normativa nazionale e regionale e dei servizi messi in campo dagli stessi soggetti firmatari.

ART 9 – Le risorse

Per dare attuazione al presente protocollo i soggetti firmatari utilizzeranno le risorse finanziarie ed umane disponibili nei propri bilanci. In particolare, in integrazione con le politiche regionali, sono a disposizione dell'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici le risorse della programmazione FESR 2007-2013, FSE 2007-2013 e del Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Si possono, inoltre, prevedere di utilizzare le risorse del Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità.

Le convenzioni stipulate dalle Province con i datori di lavoro possono prevedere incentivi economici, borse lavoro e risorse per l'attivazione dei tutoraggi.

ART 10 – Monitoraggio e valutazione

Come specificato nelle Linee Guida Regionali, il monitoraggio e la valutazione sono strumenti di sorveglianza primari ed indispensabili per assicurare una efficace e trasparente *governance* dei percorsi di inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico ai servizi di salute

mentale e costituiscono inoltre un dispositivo essenziale per sviluppare e consolidare il sistema a "rete" tra tutti gli attori coinvolti.
Nel quadro del presente Protocollo d'intesa tra ASL, Ambiti territoriali distrettuali ed Enti locali, il monitoraggio e la valutazione sono applicati da tre prospettive:

- *a livello di singolo utente*, ogni percorso individualizzato sarà monitorato attraverso l'operatore chiave del servizio CSM, il *tutor* aziendale e specifici sistemi di raccolta e analisi dei dati.
- *A livello dei singoli progetti integrati progettati ed attuati nell'ambito dei Piani di zona*, il Tavolo operativo di ambito è lo strumento di coordinamento che sovrintende alle attività di monitoraggio e di valutazione. Ogni progetto integrato che sarà attivato in attuazione di questo Protocollo dovrà prevedere espressamente il monitoraggio in corso d'opera e la valutazione delle *performance*, sia in fase *on-going* che al termine del progetto, e dovrà inoltre specificare le risorse umane e finanziarie necessarie a curare i due aspetti. Ciascun progetto dovrà pertanto indicare le modalità, i tempi, i contenuti, i costi, gli indicatori di riferimento, i referenti responsabili del monitoraggio ed i referenti della valutazione, esterni o interni in caso di autovalutazione.
- *Al livello dei meccanismi di governance* definiti con il presenta Protocollo, il Tavolo di Coordinamento Provinciale, così come definito al precedente art. 7, sovrintende alle attività di monitoraggio dell'attuazione del Protocollo nelle sue varie articolazioni costituenti, al fine di rilevarne eventuali criticità e di individuare proposte di modifica migliorative del protocollo stesso.

In via generale, per il monitoraggio e la valutazione dei progetti integrati progettati ed attuati nell'ambito dei Piani di Zona e dei meccanismi di governance di cui al presente Protocollo saranno adottati principi e criteri in coerenza con quanto previsto dalle Linee Guida regionali ai paragrafi 5.a "Il monitoraggio a livello di sistema regionale" e 5.b "La valutazione a livello di sistema regionale". Ciò anche al fine di consentire una lettura complessiva a livello regionale dell'attuazione e delle *performance*.

ART.11 – Privacy
I soggetti firmatari garantiscono che i dati raccolti, in esecuzione del presente Protocollo, saranno gestiti in ottemperanza della normativa vigente in materia di privacy (L. 196/03) (utilizzati quindi solo per i percorsi autorizzati dagli utenti stessi).

ART 12 – Durata e modalità di revisione
Il presente Protocollo entra in vigore con la sottoscrizione da parte di tutti i soggetti coinvolti e ha una durata sperimentale di ... anni .
Sei mesi prima della scadenza le parti s'impegnano a valutare, attraverso il Tavolo di Coordinamento provinciale, la possibilità e l'opportunità di un rinnovo/proroga dello stesso e ad esaminare le modifiche e gli aggiornamenti necessari in relazione ad eventuali mutamenti normativi e ai risultati rappresentati nel periodo di prima attuazione del Protocollo.

Letto, approvato e sottoscritto.
DATA

	Soggetti Sottoscrittori	Firme
1		_____
2		_____
3		_____

7 _Il caso della Toscana

La Regione Toscana ha sviluppato una linea di azione dedicata all'elaborazione di uno schema-tipo di Convenzione fra Province, Aziende UU.SS.LL., Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica ai sensi della Legge 68/1999. Tale schema di Convenzione è stato approvato con Delibera di Giunta regionale N.1154 del 14 dicembre 2009.
I paragrafi seguenti descrivono il contesto normativo ed istituzionale nel quale si sono sviluppati i lavori, la metodologia adottata ed i prodotti ottenuti.

7.1 I riferimenti istituzionali fondamentali

Prima di esaminare i singoli strumenti attraverso i quali la Regione Toscana attua la tutela della salute sul proprio territorio, appare utile, vista la complessità delle procedure attraverso le quali le politiche vengono predisposte, descriverne sinteticamente le procedure di programmazione.

I livelli di programmazione
A norma dell'art. 8 della L.R. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale"e successive modifiche ed integrazioni, la programmazione sanitaria è articolata su due livelli, regionale e locale.
Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale:
a) il Piano Sanitario Regionale ed i relativi strumenti di attuazione;
b) gli atti di programmazione interaziendale, denominati Piani di Area Vasta.
Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:
a) i Piani Integrati di Salute (zona);
b) i Piani Attuativi Locali (Usl);
c) i Piani Attuativi Ospedalieri (Aziende ospedaliero-universitarie).
Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria regionale:
a) la relazione sanitaria regionale;
b) la relazione sanitaria aziendale.
Tale norma è stata recentemente modificata dalla L.R. 60/2008 che ne ridefinisce in parte gli strumenti della programmazione regionale, sostituendo il Piano sanitario regionale ed il Piano integrato sociale regionale con il Piano sanitario e sociale integrato regionale ed i relativi strumenti di attuazione.
Se ne descrivono di seguito caratteristiche e contenuti.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale
Le caratteristiche del Piano sanitario e sociale integrato regionale sono previste negli artt. 18 e 19 della LR 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni. Sulla base di tali disposizioni, il Piano sanitario e sociale integrato regionale rappresenta lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del Programma Regionale di Sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria

e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata.

Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (Deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16/7/2008)
Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 costituisce un aggiornamento del Piano Sanitario Regionale 2005–2007. La definizione di un aggiornamento del Piano per il periodo 2008/2010 si è resa necessaria anche sulla base del mutato contesto socio-demografico e dei nuovi bisogni di salute emersi dalla Relazione sanitaria regionale.
Il nuovo Piano Sanitario Regionale si pone di fronte alle nuove sfide ed ai nuovi bisogni con l'obiettivo di *rendere ancor più strutturali* alcuni temi quali il ruolo delle istituzioni del territorio, il confronto con il terzo settore e con la sanità privata, il ruolo dei professionisti nel governo clinico del sistema, temi che già hanno trovato le condizioni per svilupparsi e consolidarsi nei due precedenti piani sanitari. L'atto di programmazione regionale a cui si fa riferimento è il Programma Regionale di Sviluppo (P.R.S.) 2006–2010, che introduce un importante elemento di novità: investire in salute come elemento propulsivo dello stesso sviluppo.
"Il vivere bene in Toscana " si configura come una identità collegata ad una visione estesa dello sviluppo, inteso come risultante tra le convergenze, l'integrazione e l'intersettorialità delle politiche per la valorizzazione delle risorse umane, la sicurezza del lavoro, l'istruzione, l'ambiente, la sanità e la promozione di corretti stili di vita.
La visione, sottesa al PSR, individua perciò la chiave di successo nella partecipazione convinta di ogni operatore sanitario al processo di cambiamento, nell'accrescimento del senso di appartenenza all'Azienda sanitaria, nella promozione di nuove modalità di lavoro integrato e di squadra, connotando così la risorsa umana come patrimonio strategico e la cultura dell'*outcome* e della valutazione come condizione indispensabile a garantire il miglioramento continuo.
A questa consapevolezza, il PSR ne associa una seconda di non minor rilievo. Il Sistema Sanitario Regionale contribuisce in modo cospicuo alla generazione della ricchezza nell'economia toscana.
La Sanità toscana possiede dunque i titoli per essere non solo una delle componenti del "vivere bene in Toscana", ma anche per affermarsi a tutto tondo come volano di iniziativa, in sinergia con le politiche degli altri settori regionali (ambiente e agricoltura, istruzione, turismo, sviluppo economico), con i centri di eccellenza della ricerca (atenei e imprese), con le punte avanzate dell'innovazione imprenditoriale nel territorio (imprese farmaceutiche, biotecnologiche, etc), con soggetti ed istituzioni tra i più dinamici.

Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010
(Deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31/10/2007)
Con il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 la Regione intende rafforzare l'integrazione dei Servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia delle risorse, in un'azione coordinata e condivisa tra Aziende unità sanitarie locali e Comuni, con il contributo di volontariato, auto aiuto e terzo settore.
Il Piano pone ad obiettivo della propria azione lo sviluppo dei programmi strategici contenuti nel PRS, individuando precise priorità:

- puntare su modelli organizzativi innovativi, incentrati sull'integrazione socio–sanitaria territoriale, per l'ampliamento delle potenzialità d'offerta nei settori attualmente carenti o non previsti e per dare maggiore efficacia alle risposte assistenziali integrate con gli interventi sociali allargati (alla casa, alla mobilità, al tempo libero, ecc.);

- definire il ruolo centrale dell'assistenza alla persona non autosufficiente e il sostegno alla famiglia, per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento della popolazione ed aumentare la copertura assicurata dalle diverse forme di intervento;
- promuovere l'integrazione degli immigrati, per favorire la fiducia verso le istituzioni, e, nel contesto tracciato dal nuovo Statuto regionale, la ricerca di soluzioni legislative che rendano possibile la loro partecipazione.

Piano di Area Vasta

Fino all'inizio del 2000 il sistema sanitario toscano era organizzato, come nel resto del Paese, esclusivamente attraverso le Aziende sanitarie. Da allora, attraverso una riflessione che ha coinvolto tutti i settori della società toscana, è iniziato un processo di razionalizzazione e concentrazione dei sistemi aziendali in 3 livelli tecnici, organizzativi e professionali, denominati Aree Vaste.
Le Aree Vaste sono al tempo stesso:

- soggetto di programmazione (Comitati di Area Vasta costituiti dai Direttori Generali delle Aziende);
- integrazione istituzionale (articolazione della Conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria in tre sub-conferenze di Area Vasta);
- ambito ottimale per funzioni tecnico-amministrative: istituzione degli ESTAV (Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta).

Le funzioni affidate all'Area Vasta possono essere così sintetizzate:

- consolidamento dei bilanci aziendali
- integrazione Piano Attuativo Locale e Piano Attuativo Ospedaliero
- definizione strutture organizzative
- programmi di innovazione e investimenti
- integrazione percorsi assistenziali
- proposta e contestualizzazione linee-guida.

Piano Attuativo Locale (PAL)

Il Piano Attuativo Locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, del Piano di Area Vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le Aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, i PIS di zona-distretto; il piano attuativo locale - che ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti - si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per zona-distretto.

Piano Attuativo Ospedaliero (PAO)

Previsto dall'art.23 della legge 40/2005, così come modificato dall'art.28 della LR 60/2008, il Piano Attuativo Ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e del Piano di Area Vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le Aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza. Nella formulazione degli indirizzi, l'organo di indirizzo tiene conto, in particolare, del piano della didattica universitaria.

Piano integrato di salute (PIS)

Il Piano Integrato di Salute è lo strumento unico di programmazione integrata delle politiche sa-

nitarie e sociali a livello di zona-distretto.
Il PIS comprende programmi e progetti operativi; i programmi individuano gli obiettivi e le risorse complessivamente disponibili per la loro realizzazione secondo gli indirizzi contenuti negli obiettivi di salute condivisi a livello regionale e specifici di zona; i progetti operativi individuano le azioni necessarie a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.
Ai fini del coordinamento delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:

a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;
b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.

La L.R. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni, all'art. 71 septies decies, prevede inoltre la partecipazione delle Province che concorrono alla definizione della programmazione di ambito zonale, per le proprie competenze e concludono specifici accordi con le società della salute, in relazione ai contenuti del piano integrato di salute e all'attività dell'Osservatorio sociale provinciale di cui all'art 40 della L.R. 41/2005 " Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".
Il PIS è approvato dall'assemblea dei soci della società della salute e, laddove non costituita, dalla conferenza zonale dei sindaci. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono costituire aggiornamento.
L'attivazione delle **"Società della salute"**, che rappresentano una soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale, introduce un nuovo modello di governo e gestione delle cure territoriali, che richiede ai Comuni un coinvolgimento maggiore nella assunzione di responsabilità in campo sanitario. Già indicate nel Piano sanitario regionale 2002-2004, le Società della salute sono una delle innovazioni più importanti della programmazione sanitaria in Toscana: consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni. Le Società della salute operano per favorire non solo il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali, del terzo settore e del volontariato, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione, ma anche per garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo e la certezza dei costi, l'universalismo e l'equità. Il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo ma "compartecipa" al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute. I Comuni possono conferire alla società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e interventi sociali ed, eventualmente, di gestione, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione. Le società della salute organizzano le funzioni proprie del livello di zona-distretto sulla base degli indirizzi dettati dagli atti di programmazione regionale.
Le società della salute partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale attraverso la conferenza regionale delle società della salute e delle conferenze zonali dei sindaci.

2.2. Il Sistema della salute mentale

In Toscana il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici si è concluso nel settembre 1999. Da quel momento è andata sempre più radicandosi la rete dei servizi territoriali per la salute mentale che attualmente comprende una serie diversificata di presidi attraverso i quali vengono assicurate risposte assistenziali e di cura alle persone con problemi di salute mentale. Sono presenti sul ter-

ritorio Centri di Salute Mentale, ambulatori, Centri Diurni, strutture residenziali, strutture ospedaliere di ricovero per la risposta all'emergenza e alla crisi. Insieme ai presidi delle Aziende Sanitarie, Associazioni auto aiuto, auto mutuo aiuto, associazioni di familiari, cooperative sociali contribuiscono allo sviluppo dei programmi di prevenzione, socializzazione e inserimento al lavoro attraverso azioni integrate con i servizi sanitari e gli enti locali.

2.2.1. L'organizzazione: strutture e funzioni

I Dipartimenti di Salute Mentale

In Toscana operano 12 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), costituiti all'interno di ogni Azienda USL con il compito di garantire la promozione della salute mentale, la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.

La Regione ha di recente emanato specifiche *Linee-guida per i Dipartimenti di Salute Mentale* (Delibera G.R. n. 1016 del 27 dicembre 2007) nelle quali vengono definite le funzioni che ciascun responsabile di struttura organizzativa deve svolgere e viene ribadita l'importanza della collaborazione fattiva delle associazioni, sia in fase di progettazione che nella fase di valutazione dei risultati da ottenere. A questo fine le Linee-guida prevedono la costituzione da parte del DSM di una Consulta specifica sulla salute mentale della quale sono chiamate a far parte i rappresentanti delle associazioni ed i gruppi di auto-aiuto dei cittadini utenti, associazioni di familiari e associazioni di volontariato che si occupano di salute mentale e che fanno parte degli organismi di partecipazione a livello di zona/distretto e delle Società della salute, ove costituite.

Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione generale dell'Azienda Unità sanitaria locale e le Società della salute, ove costituite, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale nella realizzazione del Patto con gli utenti e le famiglie per il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, di procedure operative, promuovendo la partecipazione ed il protagonismo degli operatori ed assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di zona-distretto, azienda ed Area Vasta.

Il Dipartimento di Salute Mentale concorre altresì alla determinazione del profilo di salute della comunità, in particolare alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento della qualità della vita della comunità. Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona distretto di riferimento, partecipa alla programmazione e stesura del Piano di salute integrato. In particolare il Dipartimento contribuisce, attraverso il monitoraggio, a favorire la verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate

I DSM assicurano livelli di assistenza, con presenza di operatori medici e delle professioni sanitarie, attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette. Operano attraverso gruppi operativi interdisciplinari garantendo quattro tipologie di servizio:

- Il Centro di Salute Mentale;
- Il Centro Diurno;
- Le Strutture Residenziali a vario grado di assistenza;
- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;

I Centri di Salute Mentale

I 51 Centri di Salute Mentale (CSM) costituiscono il primo punto di accesso alla rete dei servizi per la salute mentale. Essi **c**oordinano gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale. In particolare, il Centro di Salute Mentale:

- svolge attività di accoglienza e analisi della domanda degli utenti e dei loro familiari;
- assicura la "presa in carico dei pazienti";
- definisce e attua i programmi terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi, in stretta integrazione operativa tra le diverse professionalità nelle diverse situazioni, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete";
- assicura il collegamento con i medici di base, con i reparti ospedalieri e con gli altri servizi territoriali;
- svolge azioni di filtro sui ricoveri al fine di limitarli ai casi di comprovata necessità;
- verifica e valuta la qualità degli interventi e delle procedure ai fini del miglioramento continuo del servizio;
- garantisce un servizio di informazione e di assistenza per gli utenti e le loro famiglie;
- assicura la tenuta dei dati di attività, le cartelle cliniche e i progetti terapeutici degli assistiti del territorio di competenza;

Il Centro di Salute Mentale assicura l'assistenza e gli interventi, programmati e urgenti, nella sede propria, negli ambulatori, nei presidi distrettuali, presso il domicilio privato e presso il domicilio sociale dei pazienti.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

In Toscana vi sono 39 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Il ricovero psichiatrico avviene su indicazione dello specialista del Centro di Salute Mentale o dal medico di famiglia o, ancora, su richiesta della persona interessata.
Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura:

- assicura il trattamento in condizioni di degenza ospedaliera;
- svolge le funzioni di ricovero in trattamento sanitario volontario (TSV) e obbligatorio(TSO);
- è ubicato presso il presidio ospedaliero di zona o comunque presso il presidio che assicura per la zona le prestazioni di ricovero;
- dispone di letti e di spazi dedicati e adeguati alle esigenze specifiche dei pazienti.

Le Strutture semiresidenziali

Le strutture semiresidenziali assicurano l'assistenza agli utenti che necessitano di interventi di cura e/o riabilitazione nell'arco delle ore diurne, sulla base di programmi individuali di breve, medio o lungo periodo (attività di *day-hospital* psichiatrico e Centro Diurno).
In Toscana vi sono 58 Centri Diurni (CD). Essi Svolgono funzioni terapeutico-riabilitative sulla base di programmi individuali tesi a promuovere l'acquisizione di maggiori livelli di autonomia e di competenza sociali.

Le strutture residenziali

In Toscana vi sono 40 strutture residenziali, vale a dire strutture extra ospedaliere che hanno il compito di realizzare programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabiltativi personalizzati, di esclusiva competenza psichiatrica, per pazienti che necessitano di residenzialità per tempi definiti secondo il piano terapeutico-riabilitativo individuale ovvero per il trattamento di situazioni di acuzie per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero.
Le residenze si caratterizzano in distinte tipologie, in relazione all'impegno assistenziale presente:

- residenze terapeutico-riabilitative con assistenza continuativa nelle 24 ore;
- residenze socio-riabilitative con assistenza limitata nell'arco delle 12 ore diurne;
- gruppi appartamento con assistenza limitata a fasce orarie.

La rete territoriale delle associazioni

A fianco della rete dei servizi per la salute mentale, la Regione Toscana promuove e sostiene la formazione di gruppi di auto-aiuto di utenti ed ex utenti, tramite azioni di stimolo e sostegno alle attività dei gruppi, nel rispetto dell'importanza che sempre più assumono forme di organizzazione autonoma e di reciproco sostegno autogestito da parte di portatori di un problema, nella promozione dell'autonomia personale e dello stato di salute. Esperienze significative hanno evidenziato l'importanza di una collaborazione attiva anche con le associazioni dei familiari cui va riconosciuto il valore di risorsa della comunità sociale a fianco dei servizi.

Tra le associazioni operanti sul territorio nel 1993 è stato costituito un Coordinamento Toscano per la Salute Mentale il cui scopo principale è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosi portavoce, in particolar modo con la Regione Toscana con cui ha costantemente contatti. Il Coordinamento Toscano è impegnato nell'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disturbi mentali e nella lotta allo stigma. Organizza iniziative per orientare positivamente l'opinione pubblica su queste problematiche.

Inoltre nel maggio 2006 si è costituita la "Rete Regionale Toscana Utenti Salute Mentale". Gli obiettivi principali di tale associazione sono la promozione del protagonismo e la partecipazione alla vita associativa dei soggetti che vivono in condizione di disagio, svantaggio, precarietà lavorativa, solitudine o in situazioni di rischio sociale nonché la promozione di una cultura dell'integrazione e della solidarietà che si opponga a tutte le forme di pregiudizio, emarginazione ed esclusione che hanno ad oggetto le persone con disagio psichico.

7.2 Le caratteristiche della collaborazione istituzionale

Il Piano Regionale di Sviluppo 2006-2010 della Regione Toscana, nell'individuare gli obiettivi e gli interventi ritenuti prioritari nell'arco della legislatura, mette in evidenza la necessità di una forte integrazione fra i vari settori di intervento per superare le criticità che limitano lo sviluppo di azioni progettuali più efficaci ed efficienti. L'integrazione può e deve coinvolgere un insieme di soggetti istituzionali, di forze sociali, di operatori pubblici e privati secondo il principio di una partecipazione comune per una più ampia e diffusa capacità di *governance* dello sviluppo regionale.

L'integrazione tra soggetti diversi e la partecipazione ed il coinvolgimento delle comunità locali assumono particolare importanza per la realizzazione di un modello di assistenza integrata territoriale la cui finalità è la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere delle persone e della collettività.

In coerenza con gli indirizzi strategici enunciati nel Piano Regionale di Sviluppo, il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, integrando e sviluppando quanto indicato nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010, pone al centro delle proprie strategie il superamento di "visioni settoriali" attraverso un insieme di sistemi condivisi in grado di dare risposte ai bisogni complessi.

In particolare l'intersettorialità delle politiche e degli interventi sociali con quelli sanitari e socio sanitari si realizza con l'introduzione di un unico documento di programmazione per le attività di integrazione socio sanitaria, sia a livello regionale (dal 2010 il Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale sarà l'unico atto di programmazione) che di zona distretto (Piano Integrato di Salute) e per le forme innovative di gestione unitaria ed integrata dei Comuni e delle Aziende Unità Sanitarie Locali tramite le Società della Salute. Queste ultime, già introdotte in Toscana attraverso un periodo di sperimentazione avviato con il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, sono andate a regime con

la L.R. n. 60 del 19 novembre 2008 che ha inserito questa nuova forma organizzativa nel contesto di una complessiva revisione della L.R. 40/2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale della Toscana".
L'obiettivo è quello di intervenire, attraverso una nuova forma organizzativa (consorzi tra Comuni e Aziende Unità Sanitarie Locali con il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore), nel difficile campo dell'integrazione fra sistema sanitario e sistema socio-assistenziale.
In questo sistema di programmazione e di governance basato su cooperazione, condivisione degli obiettivi, responsabilità diffuse, raccordo fra livello centrale e locale si sviluppano le politiche per la promozione e la tutela della salute mentale dei cittadini.
I temi del benessere e della salute mentale delle persone hanno assunto una crescente importanza e sempre più diffusa è la consapevolezza che non può esservi salute senza la salute mentale. Promuovere una buona salute mentale diventa quindi una priorità nell'ambito delle politiche regionali e locali.
Dagli atti di programmazione socio sanitaria sopra citati (Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010) emergono alcuni obiettivi generali per un'azione complessiva a tutela della salute mentale:

- promuovere il benessere e la salute mentale delle persone, i diritti di cittadinanza delle persone più deboli e vulnerabili (diritto alla casa, al lavoro, ad una vita dignitosa fatta di rapporti e di relazioni sociali);
- favorire l'autonomia e l'emancipazione delle persone colpite da malattie mentali e la loro capacità di scelta e di azione valorizzando le loro risorse e potenzialità;
- sviluppare una nuova cultura, una società che non isola i soggetti più deboli bensì li cura e li sostiene per il recupero della propria dimensione umana e sociale;
- promuovere interventi rivolti non solo alla persona ma anche al suo contesto, alla sua rete di appartenenza e ai gruppi sociali di riferimento.

Il modello organizzativo dei servizi per la salute mentale si configura come un sistema di servizi, in rete tra loro, con *équipes* multidisciplinari integrate che operano attraverso interventi che si sviluppano nella e con la comunità locale; servizi che si dedicano alla promozione della salute mentale, alla individuazione precoce del disturbo, alla cura e riabilitazione dei disturbi psichici delle persone di ogni età. A fianco dei servizi operano attivamente sul territorio associazioni e gruppi di auto aiuto di utenti, associazioni di familiari e di volontari che rappresentano una risorsa fondamentale per la promozione della salute mentale della popolazione e per favorire l'inclusione sociale.
Gli interventi per la salute mentale della popolazione si sviluppano quindi attraverso un impegno complessivo ampio e articolato nel quadro di una strategia multisettoriale in cui soggetti diversi collaborano su finalità ed obiettivi comuni.
Il "fare insieme" e la collaborazione tra istituzioni, servizi socio-sanitari e soggetti privati appare particolarmente importante per garantire progetti personalizzati diretti a valorizzare le potenzialità e le risorse delle persone per una loro effettiva inclusione sociale e lavorativa. Il lavoro quindi rappresenta un obiettivo fondamentale e, in molti casi, imprescindibile del percorso di cura.
In tal senso si è espressa anche l'Unione Europea nel "Patto europeo per la salute mentale e il Benessere" adottato a Bruxelles il 12-13 giugno 2008 e nella Risoluzione del Parlamento europeo del 19 febbraio 2009 che individua tra le azioni prioritarie "La salute mentale nei luoghi di lavoro" ed invita gli Stati membri a sostenere l'assunzione delle persone con problemi di salute mentale, il mantenimento del loro posto di lavoro, la riabilitazione e il ritorno al lavoro.
A tale proposito i dati del sistema informativo salute mentale regionale evidenziano che quasi il

50% degli utenti dei servizi di salute mentale hanno un'occupazione lavorativa e ciò dimostra quanto sia importante porre attenzione alle azioni che permettano il mantenimento del posto di lavoro.
La Regione Toscana ha avviato recentemente un'azione volta a promuovere il benessere psichico dei dipendenti regionali. Con atto deliberativo della Giunta regionale n. 1007 del 16/11/2009 "L.R. 1/2009 art. 70-Realizzazione azione positiva sperimentale volta a promuovere il benessere psicofisico dei dipendenti regionali in servizio presso le sedi di Firenze" la Regione Toscana intende realizzare, mediante la stipula di un'apposita convenzione con l'Azienda Sanitaria Fiorentina, un intervento sperimentale di supporto ai propri dipendenti in stato di disagio personale e relazionale e di consulenza ai dirigenti sui problemi di relazione all'interno dei gruppi di lavoro.
Con grande interesse, pertanto, la Regione Toscana ha accolto l'opportunità di aderire al "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P" avviato dall'Osservatorio di Inclusione Sociale dell'ISFOL e la Giunta regionale, su proposta dei tre Assessorati Diritto alla Salute, Politiche Sociali e Istruzione Formazione Lavoro, ha approvato la deliberazione n. 398 del 26/5/2008 "Percorsi integrati di inserimento al lavoro delle persone con disturbo psichico. Presentazione proposta di intervento per la seconda annualità del programma Pro.P dell'ISFOL".
In tale atto sono state evidenziate alcune linee di intervento ritenute strategiche, sulla base delle esperienze realizzate in questi anni dai Dipartimenti di Salute Mentale, per affrontare gli aspetti critici specifici dei percorsi di inclusione socio-lavorativa quali:
- una maggiore collaborazione tra i servizi socio sanitari delle Aziende USL e quelli per il collocamento mirato delle Province per una migliore applicazione della Legge 68/1999;
- lo sviluppo di esperienze di lavoro attraverso le cooperative sociali di tipo B e le associazioni degli utenti e dei familiari;
- lo sviluppo di azioni dirette a favorire l'inserimento al lavoro e il mantenimento del proprio ruolo lavorativo.

Il progetto avviato con l'ISFOL si è sviluppato intorno a tre azioni:
- elaborazione di uno schema-tipo di convenzione tra Aziende USL/DSM e Province/Circondario per l'individuazione degli strumenti e delle risorse idonei al supporto specifico per i disabili psichici nei percorsi di cui alla legge 68/99 relativa al diritto al lavoro dei disabili;
- definizione di un percorso sperimentale di formazione di *tutor* per l'inserimento socio-lavorativo delle persone con disagio o disturbo psichico;
- aggiornamento dei dati sugli inserimenti lavorativi e ricerca valutativa sui percorsi di inserimento nelle cooperative di tipo B e nelle associazioni degli utenti e dei familiari.

La metodologia di lavoro proposta dall'ISFOL (progettazione partecipata, sviluppo e messa a sistema di processi di integrazione socio-lavorativa) ha permesso di sviluppare nuove ed importanti collaborazioni sia a livello regionale che locale. In particolare sono state avviate collaborazioni con Uffici del Lavoro delle Province, Società della Salute, Dipartimenti di Salute Mentale, servizi sociali, associazioni datoriali che operano nel campo dell'agricoltura, sindacati, rappresentanti delle associazioni di auto aiuto degli utenti, delle associazioni dei familiari e di cooperative sociali di tipo B, *tutor* per gli inserimenti lavorativi e *tutor* aziendali, datori di lavoro e responsabili delle risorse umane di aziende private e pubbliche.
Il percorso è complesso ed è necessario che queste esperienze, che in alcune realtà raggiungono livelli di eccellenza, possano consolidarsi sempre più per lo sviluppo, su tutto il territorio, di reti territoriali strutturate e articolate.
Il lavoro avviato è notevole e di grande valore; come sottolineano i familiari e gli utenti con cui la Regione spesso condivide programmi, obiettivi, problemi e difficoltà "Molto è stato fatto ma ancora

tanto resta da fare". Ed è proprio così. I percorsi di cambiamento richiedono, come affermava Basaglia nel lontano 1978 *"pazienza, lavoro quotidiano durissimo, alleanze, naturalmente anche con chi governa, capacità di stare nelle contraddizioni, accettare la realtà. Avere un'idea di cambiamento che deve dare forza a un progetto. Un progetto da condividere, che deve rappresentare la rotta, la strada da percorrere, senza deragliamenti, senza compromessi. Cambiamenti anche del nostro modo di pensare, di vedere, di attraversare la realtà ...."*

7.3 La filosofia ed il percorso seguito

I presupposti e le linee di lavoro

In letteratura è dimostrato che in tutti i paesi sviluppati la quota dei pazienti psichici gravi inseriti nel lavoro è bassa. A questa difficoltà non sembra che siano estranei gli errori dei servizi nella valutazione dei caratteri "significativi" dei contesti, dei supporti utili nei percorsi, delle competenze a disposizione dei pazienti. Il programma Pro.P è stato subito visto in Toscana come una occasione da non perdere per migliorare i modelli operativi del Progetto di Inserimento Lavorativo in Salute Mentale. La risposta a collaborare col progetto è stata perciò decisamente buona sia da parte dei soggetti pubblici che da quelli del privato sociale, segno evidente che in molti sentivano l'esigenza di un lavoro di messa a punto che permettesse di fare un salto di qualità.

E' da non pochi anni che la Regione Toscana sostiene che l'inserimento al lavoro delle persone con disturbo psichico dovrebbe essere tra le priorità di intervento da realizzare nell'ambito delle attività della salute mentale. Negli atti di indirizzo e programmazione (PSR 2008-2010, P.I.S.R. 2007-2010) si è finora raccomandato di prestare una adeguata attenzione alle opportunità che possono essere create dalle leggi nazionali 381/92 e 68/99 al fine di aprire spazi all'azione locale e permettere lo sviluppo di buone pratiche sul territorio.

Al fine di verificare lo stato dell'arte su questi temi, qualche anno fa la Regione promosse un'indagine conoscitiva sui progetti di inserimento al lavoro dei in DSM. Il primo risultato importante dell'indagine fu scoprire che fare un semplice monitoraggio non era affatto semplice. Vennero messi in luce due tipi di ostacoli significativi: la mancanza di un lessico condiviso e l'assenza di abitudine dei DSM a monitorare questi percorsi.

C'erano innanzitutto notevoli problemi a mettersi d'accordo sul significato delle terminologie in uso per descrivere i percorsi ed anche per tenerli separati dagli strumenti operativi adoperati: termini come borse lavoro, tirocini, inserimenti socio terapeutici, venivano talvolta adoperati come fossero la stessa cosa. Uno stesso termine DSM differenti veniva adoperato per designare cose tra loro molto differenti.

Le terminologie adoperate non erano il frutto di una ipotesi di lavoro ben pensata e dichiarata ma di una importazione passiva delle normative e delle tradizioni locali; i DSM non avevano elaborato delle proprie strategie operative ma spesso si limitavano ad usare ciò che già esisteva, malgrado come modelli di intervento importati da altri contesti (Handicap). I DSM stentavano a "fornire" i dati perché non avevano alcuna abitudine e non percepivano come propria "necessità" quella di pensare globalmente i percorsi di inserimento lavorativo: i dati rimanevano così dispersi nella miriade di atti dei decisori.

A partire da queste riflessioni la Regione aveva promosso una serie di incontri tra professionisti dei DSM e del Sociale delle USL con i funzionari della Formazione e Lavoro e delle Politiche Integrate per la tutela della salute mentale della Regione Toscana, al fine di favorire un confronto sui problemi e sulle criticità e al contempo uno scambio delle buone pratiche. Aveva promosso una riflessione

critica sui modelli operativi ancora prevalenti nei servizi toscani[31] identificando alcuni punti di snodo strategici.

In particolar modo era stato sottolineata la necessità di ripensare il modello prevalente dei progetti di inserimento lavorativo attuato dai DSM in riferimento a tre rischi:

1: *L'Intrattenimento nei Centri Diurni*: assumere la "inoperosità" della "cronicità" come il problema centrale poteva generare la preoccupazione di tener comunque "occupati" i pazienti. Alla lunga l'attivismo si rivela però un prodotto dall'ansia da *deficit* di futuro e di progetto. L'intrattenimento non si realizza tanto perché i Centri Diurni siano obbligatoriamente dei contenitori, quanto in quelle situazioni in cui si possa avvertire la mancanza di una vera "idea progetto", di un obiettivo futuribile, quando la quotidianità appaia totalmente schiacciata sul presente.

2: *L'uso dell'inserimento socio-terapeutico come sostituto dell'inserimento lavorativo*. In non poche realtà si utilizzavano i normali luoghi di lavoro senza velleità di evoluzioni lavorative vere e proprie. Benché questi inserimenti fossero da ogni punto di vista da considerare come socio-terapeutici, finivano col tempo per ricevere una "patente" immeritata di lavoro vero. Si tendeva a privilegiare non casualmente gli Enti Pubblici, perché sembravano la situazione di lavoro più indicata per realizzare presenze discrete e ben tollerate. Erano implicati diversi fattori: innanzitutto la storica tendenza della psichiatria a creare situazioni virtuali, luoghi dove valga non la legge di realtà ma quella del "come se". Il come se era rinforzato dall'ambiente che era un ambiente di lavoro e dal fatto che tendesse ad equiparare la borsa lavoro allo stipendio. Col tempo si poteva perciò sviluppare una spiacevole collusione tra servizio, utente e famiglia nel far finta che quello si trattasse di un vero lavoro: ci si alza all'ora giusta, si firma la presenza, si vive prevalentemente tra "colleghi", si aspetta il "mandato" per andare in Banca a riscuotere. La collusione si fondava proprio su questa "mancanza di scopo", sul fatto che non si dovessero verificare le competenze sviluppate ma solo "le presenze". Non quindi esperienze di transizione finalizzate ad uno scopo, quanto veri punti di arrivo. Niente di male se attuati come socio-terapeutico all'interno di una strategia di ricerca del benessere, del tutto privi di senso se collocati in un percorso di lavoro a cui in realtà non si mira. Alcuni DSM, senza questo tipo di intervento, avrebbero dovuto dichiarare di non avere programmi di inserimento lavorativo.

3: *Il lavoro come problema del Servizio Sociale*. Le difficoltà rinvenute nell'inchiesta regionale derivavano evidentemente dal fatto che una certa parte dei DSM non gestiva affatto la riabilitazione psicosociale orientata verso il lavoro ma la delegava al servizio sociale. Questa modalità organizzativa poggiava non solo sulla riconosciuta ristrettezza di vedute culturali del modello bio-medico ambulatoriale. C'era un'idea molto radicata: che il problema del lavoro non era quello di preparare al lavoro degli utenti svantaggiati dalla disabilità e dalla sofferenza, quanto quello di aiutare degli emarginati a procacciarsi delle occasioni di lavoro. Era un problema sociale e non sanitario, un semplice problema di accesso al mercato ed alle opportunità: ne conseguiva che avrebbero dovuto essere le assistenti sociali "a trovare il lavoro", e non i medici".

Era quindi evidente che i tre rischi erano tra loro collegati, che costituivano una visione culturale

31 In questi ultimi anni la Regione Toscana ha promosso in questo ambito diverse iniziative: un'indagine conoscitiva sugli inserimenti socio terapeutici e inserimenti al lavoro delle persone con disturbi psichici; periodiche riunioni regionali di riflessione e confronto con la partecipazione di funzionari della formazione e lavoro e delle politiche integrate per la tutela della SM; costruzione di un glossario dei termini di uso comune al fine di poter elaborare delle procedure condivise per gli interventi di inserimento al lavoro e loro formalizzazione secondo una terminologia univoca degli strumenti in uso di; attivazione di incontri tra assessorati alla politiche del Lavoro e del Sociale e Associazioni di utenti e familiari; Giornata di studio sul tema "Diritto al lavoro delle persone con disagio psichico " col Centro promozione per la salute Franco Basaglia di Arezzo.

coerente, difficile da smontare perché in grado di perpetuarsi come circolo vizioso. Legittimando la delega, l'approccio medico si allontanava dalle impostazioni condivise oggi in campo internazionale. E' infatti evidente a tutti gli esperti che oggi il problema del lavoro per gli utenti di salute mentale è solo in minima parte costituito dalla possibilità di accesso al mercato del lavoro: la questione centrale cosa serva ai pazienti per mantenerlo.
In sostanza veniva riconosciuto che occorreva superare un modello in base a cui: o il lavoro veniva delegato ad altre agenzie, o veniva assunto in proprio nel termine del "tenersi occupati" (come intrattenimento o pseudo occupazione) piuttosto che in quello "essere occupati".
Ma di cosa si parla quando si parla di lavoro? Il lavoro non coincide con il bisogno di autorealizzazione, anche se nella nostra società si presuppone che così dovrebbe essere. Non è neanche l'unico modo in cui possa prendere forma la produzione di valore (anche se questa è senza dubbio la forma egemone). In realtà non dovrebbe essere scontato considerare il lavoro propriamente simile ad un bisogno, perché se proprio si dovesse trattare di un bisogno si tratta davvero di un bisogno di tipo particolare, perché caratterizzato eminentemente in senso pienamente strumentale. Di solito la gente ha bisogno di lavorare perché oggi il lavoro "serve" ad accedere ad una quantità impressionante di altre cose: il reddito, innanzitutto, ma anche assunzioni di ruoli, forme di riconoscimento e di futurizzazione, quotidiana possibilità di passare senza troppi danni una serie di auto ed etero valutazioni. E' per tutto questo che il lavoro viene richiesto: perché generalmente non se ne può fare a meno, per poter "arrivare" dove si vuole arrivare. Il lavoro non è perciò soltanto un "fatto" da realizzare, è un valore da possedere e, non ultimo, un attestato da poter mostrare agli altri.
Il lavoro rimanda a mondi di significati e di aspettative, mai facilmente riducibili ad una sola lettura. Gli esempi potrebbero essere tanti e tra loro abbastanza contraddittori, perché è proprio del lavoro l'essere un bisogno ambiguo, carico di possibilità sia positive che negative: il primo ricordo potrebbe essere quello del Dio biblico che maledice Adamo e lo condanna alla fatica per la propria superbia; ma ci sono anche i manufatti dell'Homo Abilis che abbiamo visto in qualche museo o nelle illustrazioni dei vecchi libri di scuola. Siamo sicuri che si parli della stessa cosa? La maledizione e la condanna della Bibbia appaiono trasformati in esaltazione del passaggio dal mondo della Natura a quello della Cultura. Prendendo ancora dalle letture dell'infanzia: il lavoro degli schiavi della Capanna dello zio Tom e il lavoro per la sopravvivenza di Robinson Crousoe sono narrati proprio alla stessa maniera? Per chi è il lavoro, per chi si lavora? E cosa ci ha detto la storia del novecento? Un secolo che ha portato all'estreme conseguenze quella ambiguità: da un lato l'idea di una Società dei lavoratori come possibilità di riscatto rispetto ad un destino di mercificazione ed alienazione, dall'altra quella foto, la più terribile di tutte, con la feroce ironia di quella scritta che dà il benvenuto ai deportati sul cancello di ingresso ad Auschwitz: "Il lavoro rende liberi".
E' solo letteratura? Oppure segnala che occorre avere una piena consapevolezza che dietro ogni storia e ogni domanda di lavoro, anche di quella apparentemente banale, si cela spesso un mondo di significati e di aspettative da non dare per scontate ma da comprendere e da verificare. Poiché col lavoro può accadere anche spesso che la domanda non appartenga tanto a colui che la formula quanto piuttosto a qualcun altro a cui l'utente non voglia dispiacere: più spesso un familiare ma talvolta anche il più oblativo dei terapeuta. Ed anche quando la domanda sia di colui che la avanza, è possibile che sia una domanda non per il "bisogno di lavorare" ma per il legittimo bisogno-desiderio di accedere a tutto quel altro mondo di cose che il lavoro fa intravedere.
Sia da parte di chi lavora nei servizi per il lavoro (Centri per l'Impiego), sia nei servizi di Salute Mentale, si sostiene che il lavoro può far star meglio. Si deve tuttavia abbattere il luogo comune secondo cui l'inserimento lavorativo abbia un ruolo automaticamente terapeutico: dopo l'inserimento il paziente non deve considerarsi "guarito" ma deve continuare ad essere supportato. Molti insuccessi

sono stati determinati proprio da aspettative irrealistiche ma potenti, da pretese di una normalizzazione magica Rischi che possono essere evitati dedicando grande attenzione nelle fasi iniziali nel discutere e nel negoziare il senso del lavoro e quali e di chi siano le aspettative di "guarigione". Quindi ci sono molte cose che il servizio dovrebbe fare e pensare, prima ancora di effettuare un bilancio delle competenze e sicuramente molto prima che si debba sollecitare qualcuno a cercare una occasione di lavoro. Prima ancora di verificare la stessa motivazione al lavoro, occorrerebbe approfondire la percezione del valore esistenziale che la persona è disposto a riconoscersi, il senso che vorrebbe dare alla propria esperienza di vita. Prima necessità: non banalizzare questi temi riconoscendo, al possibile o improbabile progetto lavorativo, quale che sia il suo ruolo chiaro nell'ambito del progetto personalizzato. Per saper/poter supportare il percorso occorre riconoscere, con sufficiente chiarezza, quale sia il suo personale progetto di vita.

La Legge 68/99 in Toscana e a Livorno

Stiamo divagando? Perché toccare questi temi in una introduzione che dovrebbe parlare di "Convenzioni"? Semplice: se ci si vuole veramente occupare della legge 68/99 è indispensabile aver ben chiaro tutto quello che ruota intorno al lavoro e soprattutto alla differenza tra "avere un lavoro" e "lavorare". C'è un motivo per cui la legge 68/99 ha prodotto finora dei risultati interessanti solo in pochissime realtà: perché sono evidenti i limiti della legge nei confronti dei bisogni degli utenti della salute mentale. Sicuramente più intelligente e flessibile della normativa precedente, è gravemente ferita però da una contraddizione: la contraddizione tra le condizioni richieste per l'accesso al percorso e le tipologie di lavoro che poi possono essere offerte.

Occorre infatti prendere atto che la condizione richiesta per accedere ai percorsi della legge, una certificazione di "invalidità" della apposita commissione medico legale, è piuttosto "pesante" per gli utenti: In-valido, per quanto si voglia giocare con le parole, continua ancora oggi a significare "non – valido". Non è poco in termini di auto percezione. Si tratta di una condizione di accesso molto più "forte" di quella per esempio prevista dalla legge 381/92. Qui basta una certificazione di servizio che attesti una tra le tante condizioni di svantaggio contemplate. A fronte di questa così pesante definizione quello che poi la legge prevede in termini di offerta (quel che al massimo può offrire) è l'assunzione in un posto di lavoro "normale". Dimostrare di essere molto anormale per poter avere un lavoro del tutto normale. Non si richiede di rimodellare il modo di lavorare per renderlo più idoneo, né si tratta di trovare il posto adatto a quel soggetto: in realtà si tratta di trovare il soggetto adatto a quel "dato" posto. I vincoli sono forti ed anche un po' spietati: per questo è bene che i servizi, prima di iniziare ad occuparsi di legge 68, abbiano fatto i conti, al proprio interno e fino in fondo, non solo con il lavoro ma con tutto quello che oggi significa "lavorare". Spietatamente.

Anche in Toscana, come nel resto d'Italia, i primi passi della legge 68/99 per gli utenti psichiatrici non sono stati facili. Solo in poche realtà regionali si sono innescati processi interessanti e si è dato vita a percorsi di osservazione, formazione, assunzione. Nelle realtà con le esperienze più interessanti[32]. Nel settembre del 2001, durante le verifiche promosse dalla Conferenza Aziendale di Salute Mentale, si registrò un bilancio alquanto magro: in nessuno dei 12 DSM toscani si erano

32 Nelle realtà di Arezzo, Firenze, Grosseto, Livorno si sono realizzate alcune esperienze in parte in forme simili, in parte in forme originali. Qui i DSM hanno collaborato con le Province e con i Centri per l'Impiego sia a livello di funzionamento degli organismi previsti dalla legge che a livello di percorsi di progetti individuali (tirocini, forme di tutoraggio, attivazione di borse lavoro, assunzioni).

potute rilevare esperienze positive di attuazione della legge. Tenuto conto quindi sia delle difficoltà sperimentate che delle buone pratiche realizzate, è stato deciso che una delle tre linee di azioni del progetto Pro.P dovesse mirare a produrre uno Schema-tipo di convenzione tra Aziende USL/DSM e Province/Circondario per estendere a tutte le realtà le indicazioni emerse dalle buone applicazioni locali della legge 68/99.
Gli Accordi di programma e le Convenzioni tra Provincie, Aziende USL, Società della Salute, si erano dimostrate degli strumenti utili che avevano permesso di sperimentare nuove forme di tirocini di formazione in situazione lavorativa e nuove forme di Tirocinio di osservazione con servizi di tutoraggio e di mediazione al lavoro. Un primo giudizio, che si era potuto condividere nei momenti di formazione e nei convegni promossi negli ultimi due anni, era che con questi strumenti si era costruito un migliore monitoraggio degli inserimenti al lavoro attivati e una confortante valutazione degli esiti.

Il lavoro del Gruppo di lavoro "Convenzioni"[33]
La modalità di lavoro adottata si è basata sullo sviluppo di idee progetto da condividere con gli attori sociali del territorio. Il primo compito è stato quello di fare il punto sulle esperienze in atto allo scopo di discuterne e poterne valutare sia gli aspetti specifici che gli aspetti generalizzabili. Il secondo compito è consistito nel cercare di individuare le azioni che si erano rivelate in grado di portare ad un rafforzamento del Sistema di *governance* regionale.
Innanzi tutto si è registrato un buon accordo sulla necessità di riconoscersi in una premessa: che se per i disabili psichici, rispetto ai disabili intellettuali o somatici, ci sono stati così scarsi risultati in tutta Italia questo è dovuto al fatto che le difficoltà specifiche degli utenti con disturbo psichico non sono state prese sufficientemente in considerazione. Occorre pertanto mettere in piedi un meccanismo che riequilibri questa disparità, riconosca la necessità di creare dei canali e dei percorsi specifici per i pazienti psichici.
Da questo consegue anche una messa a punto delle metodologie con cui occorre costruire i progetti di inserimento lavorativo. Durante gli anni di presa in carico capita a non pochi utenti, e sicuramente a molti familiari, di formulare ai loro terapeuti delle richieste, più o meno pressanti, di inserimento al lavoro. Spesso le richieste vengono supportate da resoconti positivi in merito alle competenze lavorative ed alle precedenti esperienze. Il medico ascolta questi racconti, viene coinvolto nelle considerazioni di opportunità, sollecitato ad attivarsi per avviare una esperienza che avrebbe il potere di "normalizzazione". Se solo ci fosse il lavoro...

---

33 I contenuti dello schema di Convenzione si sono sviluppati all'interno del Gruppo di Lavoro "Convenzioni" composto da:
- Marzia Fratti, Regione Toscana - D.G. Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
- Giuseppe Fortuna, Regione Toscana - D.G. Politiche Formative
- Giampiero Cesari, ASL-DSM Arezzo
- Andrea Piccini, ASL-DSM Firenze
- Giuseppe Corlito e Stefania Cecchi, ASL-DSM Grosseto (UFSMA)
- Mario Serrano, ASL-DSM Livorno
- Francesco Fiore, Alessandra Giannini e Miranda Bruni, ASL-DSM Siena
- Francesca Giolli, Provincia di Firenze – Collocamento Mirato
- Vittorio Vittori, Provincia di Livorno
- Maria Drago e Raffaella Basso Provincia di Pisa
- Marzia Vannucchi e Lisa Vanni, Provincia di Pistoia
- Daniela Falchini, Società della Salute di Firenze
- Andrea Francalanci, Comune di Firenze – Direzione Servizi Sociali
- Ferdinando Romeo e Franco Giomi, Associazione l'Alba di Pisa
- Francesco Lezzi, Associazione Santa Rosa di Firenze
- Vanna Spolveri, Cooperativa Sociale Casal Bosco

Come può farsi una propria idea? Le narrazioni sono di sicuro importanti in quanto permettono di avere accesso all'orizzonte di senso, ma l'esperienza insegna che non vanno mai prese alla lettera perché questi resoconti sono anche "interessati". L'alternativa a credere ai resoconti o dubitarne è proporre una strada pratica di azione. Di fronte alla parola parlata, l'osservazione diretta della persona nel contesto lavorativo ha il pregio di "farci entrare in contatto" con l'agente nel momento della azione in vivo. Al centro della valutazione non ci sono i racconti e gli enunciati, ma le azioni, le negoziazioni degli obiettivi, le verifiche partecipate. Non che l'osservazione possa risolvere tutto, al contrario: rimangono innanzitutto alcuni limiti che sono insuperabili anche per l'osservazione. Per esempio si può osservare soltanto la competenza attualizzata nell'interazione con quel determinato contesto e con quella situazione data. Occorre cioè togliersi dalla testa la possibilità di arrivare ad osservare la capacità "intrinseca", quella oggettiva.
Malgrado questo apparente limite, tuttavia, attraverso la azione partecipata si può potenziare profondamente la possibilità della alleanza: dal piano della fede (la fiducia "cieca" nelle parole in cui si sostanzia la narrazione del paziente) al piano del progetto (fiducia in quello che l'utente può fare). La progettazione personalizzata deve allora fare i conti col reale e non solo col resoconto: deve sempre ancorarsi alle conferme dei punti di forza e tener conto nella giusta misura di quelli di debolezza dell'utente. Deve sviluppare l'attenzione alle opportunità ed ai vincoli rappresentati in ciascun posto di lavoro ed in tutti i contesti organizzativi.
Da qui l'esigenza di una osservazione che non sia oggettivante né neutrale, ma al contrario partecipata e negoziante. Che il tutoraggio sia in definitiva una forma di progettualità che si declina come supporto e come trasformazione. Il tutoraggio quindi come azione di supporto e mediazione: supporto mirato perché basato sull'osservazione e sulla negoziazione, mediazione perché teso a costruire ponti tra la fase di formazione e quella di lavoro vero. Tutoraggio, quindi, pianificato come modalità di relazione temporanea e verificabile. Tesa a viversi come risorsa da utilizzare in forma "scalare" e "a tempo" perché basata sugli obiettivi, ma sempre riattivabile in qualsiasi momento del percorso.
A partire da queste osservazioni sono stati approfonditi vari aspetti positivi delle esperienze locali: come si sia costruita una efficace rete tra servizi di Enti differenti; come si sia sfruttata ogni possibilità di creare sinergie tra strategie anche molto diverse (utilizzo delle associazioni di utenti); come si sia cercato di scegliere i componenti delle commissioni mediche per poter valutare meglio; quali contributi abbiano portato le esperienze dei Tavoli specifici per il disagio Mentale; come si sia riusciti a collaborare con servizi sociali senza perdere la direzione del progetto individuale; come si sia utilizzato il mondo delle cooperative sociali "B" per azioni di formazione e di pressione sui decisori locali; quali opportunità si siano create lavorando con la Conferenza dei Sindaci; quale sia stata la soglia stabilita per considerare un disabile con diagnosi sia somatiche che psichiche un disabile "psichico"; come si sia utilizzato il Terzo settore per inserire in un contesto produttivo il paziente; quali sperimentazioni siano state fatte con i pazienti che hanno svolto un percorso da "Facilitatori".
Non sono mancate le rilevazioni di punti critici anche importanti:

1. molti cittadini che si rivolgono per la prima volta al servizio, sono ancora in condizione lavorativa attiva. Come si deve ripensare l'assetto mentale e culturale dei servizi perché prevalga un approccio "preventivo", che offra un'attenzione sistematica ai problemi lavorativi prima che si instaurino difficoltà di ruolo e disabilità conclamate?
2. Una volta che quasi tutte le aziende si mettono in regola con gli obblighi di assunzione previsti dalla legge 68, il *turn over* a regime diventa piuttosto lento. C'è una diminuzione dei posti disponibili con il collocamento mirato. Il percorso dei tirocini può essere anche molto utile a sviluppare e conservare le competenze lavorative, tuttavia, se non si creano altre offerte c'è il

rischio che inserimenti lavorativi, anche molto lunghi e ben riusciti, non riescano a sfociare nell'assunzione. Come evitare quindi che si allarghi l'area di "parcheggio" degli utenti col conseguente rischio di non sapere dove poterli collocare?

3. La legge 68 prevede una serie di obblighi per le aziende con almeno 15 dipendenti. Questo non vuol dire che non si possa avere una strategia verso quei soggetti che non hanno un preciso obbligo. Come è possibile utilizzare tutto il sistema previsto dalla legge 68 per creare a costi estremamente ridotti un intervento verso la rete completa della produzione nel territorio di competenza?
4. Non tutti i disabili psichici iscritti alla legge 68 sono in carico ai DSM. Alcuni sono in carico ad altri agenzie sanitarie (privati, università) ed altri ancora non sono più in carico a nessuno. E' ben noto che queste persone, soprattutto nei primi anni della legge, se pur assunti, siano stati quelli più esposti ai fallimenti ed ai licenziamenti. Pur tuttavia deve essergli riconosciuto il diritto. E' ancora troppo difficile poter contare, per questo, sul medico di famiglia come tramite: come fare a coinvolgerli?
5. Malgrado il gran parlare di integrazione permane una diffusa sensazione che gli Enti preposti continuino a lavorare secondo logiche separate e frammentate. Per esempio sia i Comuni che le Aziende USL, che le Province erogano fondi sui percorsi di inserimento lavorativo delle fasce deboli. Come è possibile favorire un passo significativo nel senso giusto?

Sono stati elaborati alcuni punti di valore strategico:

1. Per poter includere i disabili psichici nei percorsi previsti dalla legge 68 occorre che i servizi di Salute Mentale ed i Centri per l'impiego lavorino insieme nella quotidianità. A questo scopo è indispensabile costituire un ***"Gruppo inter istituzionale"*** *che sia* in grado di coordinare le varie azioni utili.
2. L'obiettivo fondamentale del Gruppo inter istituzionale è che tutti i cittadini con disabilità psichica possano arrivare ad avere "un progetto individualizzato" con le attenzioni più appropriate: i soggetti iscritti alla lista unica dovrebbero aver diritto ad un monitoraggio periodico della loro situazione mentre i soggetti non iscritti, in carico al DSM, dovrebbero essere aiutati attraverso percorsi individualizzati di riabilitazione che permettano di costruire tutte le premesse necessarie.
3. Occorre ampliare la metodologia di lavoro e garantire che i giudizi su cui basare le valutazioni e le scelte siano il frutto di un lavoro concreto di osservazione partecipata. I Tirocini di Osservazione e i Tirocini Formativi e di Orientamento possano creare l'opportunità per formulare un progetto formativo individuale.
4. Quattro strumenti indispensabili:
   a. *i Tirocini* in concrete situazione lavorative come *setting* privilegiato;
   b. *il Supporto continuo di tutor esperti* come bisogno specifico della disabilità psichica;
   c. *valutazione e trattamento precoce dello stress* come prevenzione delle interruzioni;
   d. *la Borsa lavoro* come strumento di rafforzamento motivazionale e di ruolo.
5. Occorre prevedere *azioni di sostegno al mantenimento del lavoro* attraverso interventi individualizzati.

7.4 Delibere regionali e prodotti dei partenariati locali

Il gruppo di lavoro toscano "Convenzioni", coordinato dall'Isfol e dalla regione Toscana nell'ambito del Programma Pro.P., ha elaborato uno schema di Convenzione tra Aziende USL e Province che è

stato approvato con Delibera dalla Giunta regionale. Tale delibera e lo Schema di Convenzione approvato sono presentati in questo paragrafo.

7.4.1 D.G.R. 1154 del 14-12-2009

REGIONE TOSCANA - GIUNTA REGIONALE
ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 14-12-2009 (*punto N.* 68)
Delibera N .1154 del 14-12-2009

Proponente
GIANNI SALVADORI
ENRICO ROSSI
GIANFRANCO SIMONCINI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'
Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)
*Dirigente Responsabile***:** Giovanna Faenzi
Estensore: Marzia Fratti
Oggetto:
Linee di indirizzo "Modello di convenzione fra Province, Aziende UU.SS.LL., Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica ai sensi della L. 68/1999

Presenti:
RICCARDO CONTI, AGOSTINO FRAGAI, FEDERICO GELLI, GIANNI SALVADORI, GIANFRANCO SIMONCINI, GIUSEPPE BERTOLUCCI, EUGENIO BARONTI, PAOLO COCCHI
Assenti:
CLAUDIO MARTINI, ANNA RITA BRAMERINI, AMBROGIO BRENNA, ENRICO ROSSI, MASSIMO TOSCHI, MARCO BETTI

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" che ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di Collocamento Mirato;
Visto il Piano integrato sociale regionale 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007 e il Piano sanitario regionale 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008;
Preso atto che nei suddetti atti di programmazione viene richiamata la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le Province per l'applicazione della legge 68/1999 e di prevedere stabili strumenti di integrazione con i servizi per il Collocamento Mirato al fine di favorire percorsi integrati di inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico;
Richiamata la propria deliberazione n. 109 del 31/1/2005 avente ad oggetto "Revoca della delibera della G.R. n. 489/2000 e nuove modalità operative per il collocamento obbligatorio (Legge 68/99) Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
Vista la propria deliberazione n. 398 del 26/5/2008 avente ad oggetto "Percorsi integrati di inseri-

mento al lavoro delle persone con disturbo psichico. Presentazione proposta di intervento per la seconda annualità del programma ISFOL";
Preso atto che con la citata deliberazione n. 398/2008 la Giunta regionale, nell'evidenziare la necessità di favorire lo sviluppo di azioni di inserimento al lavoro delle persone con disturbo psichico, disponeva la presentazione all'ISFOL di Roma - Osservatorio di Inclusione Sociale di una proposta di intervento nell'ambito del Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro.P.;
Rilevato che la proposta della Regione Toscana è stata accolta dall'ISFOL e ciò ha consentito l'avvio di un rapporto di collaborazione tra Regione Toscana e l'Osservatorio di Inclusione Sociale dell'ISFOL, con la partecipazione di soggetti pubblici e privati rappresentativi delle Province, Società della Salute, Aziende USL, Cooperative sociali di tipo B, Associazioni datoriali e Associazioni di familiari e utenti, per lo sviluppo di tre linee di azione:

1. elaborazione di uno schema-tipo di convenzione tra Province, Aziende USL/Società della Salute per l'individuazione degli strumenti e delle risorse idonei al supporto specifico per i disabili psichici nei percorsi di cui alla legge 68/99 relativa al diritto al lavoro dei disabili;
2. definizione di un percorso sperimentale di formazione di tutor per l'inserimento sociolavorativo delle persone con disturbo psichico;
3. aggiornamento dei dati sugli inserimenti lavorativi e ricerca sui percorsi di inserimento nelle cooperative di tipo B e nelle associazioni dei familiari e degli utenti;

Dato atto che la Direzioni Generali Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e la Direzione Generale Politiche Formative, Beni e Attività culturali hanno elaborato, avvalendosi del supporto tecnico professionale dell'Osservatorio di Inclusione Sociale dell'ISFOL e della collaborazione di funzionari delle Province ed operatori socio sanitari delle Aziende USL e Comuni della Toscana, un modello di convenzione tra Province, Aziende USL, Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica ai sensi della Legge 68/1999, allegato al presente atto (All. A) di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
Considerato altresì che il documento di cui al precedente capoverso è stato presentato e condiviso in occasione di specifici incontri territoriali di Area vasta rivolti ai Direttori Generali delle Aziende USL ed alle strutture organizzative competenti in materia delle stesse Aziende USL nonché ai Direttori delle Società della Salute, ai Dirigenti del Settore Lavoro delle Province e dei Centri per l'Impiego;
Valutato pertanto opportuno fornire indirizzi alle Aziende USL, Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci e Province tramite lo schema di convenzione allegato, per favorire percorsi integrati di inserimento al lavoro delle persone con disturbo psichico sulla base di quanto indicato nel modello di convenzione sopra citato;
A voti unanimi

DELIBERA

di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, le linee di indirizzo "Modello di convenzione tra Province, Aziende USL, Società della Salute/Conferenze zonali dei Sindaci" di cui all'allegato A) al presente atto, per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica ai sensi della Legge 68/1999;
di dare mandato alle competenti strutture della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e della Direzione Generale Politiche Formative, Beni e Attività culturali di provvedere alla diffusione del presente atto alle Province, Aziende Sanitarie, Società della Salute/Conferenze zonali dei sindaci e al monitoraggio dell'applicazione dello stesso.
Il presente atto è pubblicato sul BURT ai sensi dell'art. 5, comma 2, lettera f) della L.R. 23/2007 e

sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2 della medesima L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
GIOVANNA FAENZI

Il Direttore Generale
VINICIO EZIO BIAGI

Il Direttore Generale
UGO CAFFAZ

7.4.2 Modello di Convenzione tra Province e Aziende USL - Società della Salute e/o Conferenza zonale dei Sindaci per favorire l'inserimento lavorativo dei disabili psichici ai sensi della Legge 68/99 (All. A DGR 1154 del 14/12/2009)

Convenzione tra

LA PROVINCIA DI
E L'AZIENDA USL – SOCIETÀ DELLA SALUTE E/O CONFERENZA ZONALE DEI SINDACI

Premesso che:

- le Province sono titolari dei compiti e delle funzioni in materia di mercato del lavoro, di cui alla Legge Regionale n. 32/02;
- le Province, a norma della suddetta legge regionale, hanno il compito di gestire il sistema provinciale per l'impiego;
- le Province sono titolari delle funzioni e dei compiti di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- le Province, secondo quanto previsto dalla legge n. 68/99, provvedono alla realizzazione degli interventi in "raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, secondo le specifiche competenze loro attribuite";
- le ASL hanno competenza per i percorsi terapeutico-riabilitativi per i disabili psichici nell'ambito dei servizi della salute mentale;
- le Società della Salute, in quanto enti strumentali dell'Azienda USL e dei comuni, hanno il compito di garantire i percorsi sociali e sanitari nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria compresi quelli finalizzati al lavoro (L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" modificata con la L.R. 10 novembre 2008, n. 60);
- i soggetti firmatari attribuiscono una valenza particolare alle politiche e agli interventi di inclusione sociale, attivando azioni mirate per utenti con disabilità, quali percorsi di inserimento lavorativo atti a garantire continuità e coerenza tra la fase curativa e socio–assistenziale, la fase riabilitativa e quella dell'inserimento nel mercato del lavoro, costruendo per ciascun soggetto un progetto personalizzato integrato, dove le varie fasi costituiscono le componenti di

un percorso terapeutico e, nel contempo, di un progetto di vita della persona;

- l'inserimento lavorativo dei disabili ed in particolare delle persone affette da problemi psichici costituisce uno dei compiti fondamentali per attuare concrete azioni di tutela e recupero della salute dei cittadini, salute intesa nel suo più completo e complesso significato;
- il Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010, al paragrafo 2, tra gli obiettivi generali indica l'opportunità di realizzare un modello di assistenza territoriale integrata, finalizzata alla promozione della salute intesa come fattore di sviluppo socio-economico;
- la Regione Toscana, ai sensi della Legge n. 381/1991 e delle leggi regionali attuative, si è impegnata a sostenere e sviluppare la rete delle Cooperative Sociali, in particolare quelle di tipo B, che in questi anni si sono dimostrate uno strumento importante di inserimento lavorativo dei disabili psichici;
- la Regione Toscana, nei propri atti di programmazione ed indirizzo (deliberazione Consiglio regionale 31 ottobre 2007, n. 113, Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010, deliberazione Consiglio regionale 16 luglio 2008, n. 53, Piano Sanitario Regionale 2008-2010) individua tra le aree di intervento prioritarie lo sviluppo di percorsi lavorativi delle persone con problemi di salute mentale ed evidenzia, tra l'altro, la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra l'Azienda USL/Società della Salute (d'ora in poi SdS) attraverso i Dipartimenti di Salute mentale (d'ora in poi DSM) e Province per l'applicazione della L. 68/99 e successive modifiche ed integrazioni, per il collocamento al lavoro dei disabili psichici (accordi di programma, convenzioni);
- la LR 41/2005 disciplina il "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" "volto a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione" (Art. 1). I metodi per realizzare il sistema integrato sono: a) coordinamento ed integrazione tra i servizi sociali ed i servizi sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute della persona, indipendentemente dal soggetto gestore; b) integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale; c) cooperazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti pubblici e privati, inclusi quelli del terzo settore di cui all' articolo 17 ; d) concertazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e le organizzazioni sindacali, le categorie economiche, le associazioni degli utenti e dei consumatori. (Art. 3).
- la L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 ("Disciplina del servizio sanitario regionale") modificata con la L.R. 10 novembre 2008, n. 60 e, in particolare, il Capo III bis "Società della Salute" relativo alla costituzione della SdS che ha la finalità, fra le altre, di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati e di assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- l'art. 71 septies decies della sopra citata L.R. 40/2005 modificata con la L.R. 10 novembre 2008, n. 60 prevede che le Province concorrano alla definizione della programmazione di ambito zonale per le proprie competenze e concludano specifici accordi con le SdS, in relazione ai contenuti del piano integrato di salute e all'attività dell'osservatorio sociale provinciale di cui all'art. 40 della L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

- tra la Provincia di e l'Azienda USL n. da tempo sono in corso rapporti di collaborazione finalizzati al recupero e al reinserimento socio–lavorativo di persone affette da disturbo psichico;

si stipula e si conviene quanto segue:

Oggetto della convenzione

Le parti sottoscriventi si impegnano a costituire un'organizzazione funzionale per garantire percorsi finalizzati al recupero di abilità sociali e all'inserimento lavorativo di soggetti disabili psichici in attuazione della legge 68/99.

Allo scopo di favorire il collocamento dei disabili psichici, attraverso l'elaborazione di un progetto individualizzato, appare necessario prevedere che le azioni si orientino in due direzioni:

- le amministrazioni competenti (Az. USL/SdS/Provincia) individuano procedure idonee a favorire:
  - da parte dei DSM la predisposizione di percorsi riabilitativi propedeutici, nelle forme più adeguate, al collegamento con il mondo del lavoro;
  - da parte degli organismi a ciò deputati (Comitato Tecnico Provinciale, Commissione Medico Legale) una migliore valutazione delle persone con disabilità psichica nelle loro capacità lavorative nonché una più adeguata definizione e verifica dei percorsi dedicati;
  - da parte delle Province la promozione di una efficace collaborazione con le attività dei DSM per la realizzazione dei progetti individualizzati e dei percorsi dedicati da questi predisposti, attraverso un'attività di sensibilizzazione presso le associazioni datoriali, gli Enti Pubblici e le cooperative sociali, e la collaborazione attiva nell'individuazione delle imprese ed Enti dove avviare gli inserimenti ed i tirocini;
- le amministrazioni competenti (Az. USL/SdS/Provincia) si impegnano a porre particolare attenzione allo sviluppo di varie forme di tirocinio in ambito lavorativo che permettano una più completa e accurata valutazione delle potenzialità lavorative dei disabili psichici.

Organismi coinvolti negli interventi di valutazione ai fini del collocamento

La **Commissione Medico Legale,** così come prevista dalla L.104/1992 e richiamata dall'art. 1, comma 4 della L. 68/99, è tenuta, ai sensi del DPCM 13.01.2000 a formulare la diagnosi funzionale della persona disabile, volta ad individuare la capacità globale per il collocamento lavorativo sulla base della stessa diagnosi di cui all'art. 5 del DPCM 2000, "redigendo la relazione conclusiva contenente suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro, copia è inviata alla provincia" dunque a fare la valutazione delle persone ai fini del collocamento mirato tenendo conto dei seguenti elementi:

- definizione di competenze sociali, attitudini, capacità di sostenere lo stress lavorativo e l'impatto ambientale;
- figure di riferimento nel sistema sanitario;
- profilo socio lavorativo della persona e diagnosi funzionale;
- risorse familiari e sociali del soggetto;
- valutazione della collocabilità della persona;
- bisogni formativi e di sostegno;
- fragilità e *compliance* con le cure (tendenza a rimanere in un percorso di cura).

Il **Comitato Tecnico Provinciale** (d'ora in poi CTP) così come previsto dall'art. 6, comma 2 lett. b) L. 68/99 composto da funzionari del Servizio Lavoro della Provincia ed esperti del settore sociale e medico-legale con compiti relativi alla valutazione delle residue capacità lavorative, alla definizione degli strumenti e delle prestazioni atti all'inserimento lavorativo ed alla predisposizione dei controlli

periodici di cui all'art. 8 del DPCM 13.01.2000.

Organizzazione di strumenti di sostegno alle attività degli organismi di valutazione

Le parti firmatarie si impegnano ad istituire un Gruppo di Coordinamento per i disabili psichici, costituito da esperti nominati dalle competenti strutture (operatori del Collocamento Mirato e operatori dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti) al fine di sostenere le attività di valutazione dei predetti organismi, di assicurare la realizzazione e pianificazione di appropriati ed idonei interventi individuali e di garantire la necessaria integrazione tra i servizi. Le parti si riservano, se del caso, l'organizzazione del Gruppo di Coordinamento a livello di zona-distretto.

Tale Gruppo effettua una valutazione finalizzata al collocamento secondo le seguenti tipologie:

- collocabili senza alcun intervento di mediazione;
- collocabili con interventi di mediazione limitata;
- collocabili con tirocinio formativo ex art. 11 L. 68/99;
- collocabili con interventi di mediazione elevata;
- indirizzati a percorsi di osservazione in situazione lavorativa al fine della valutazione della sostenibilità all'inserimento lavorativo;
- proposti per la stesura di una nuova diagnosi funzionale;
- non ancora collocabili.

Nei casi previsti dalle disposizioni normative regolamentari su proposta del CTP la Provincia con i suoi Uffici procede ad inviare il fascicolo contenente la documentazione relativa alla persona da collocare alla Commissione Medico Legale, che è impegnata a restituire il fascicolo con le proprie indicazioni. La Commissione Medico Legale è di volta in volta integrata dallo psichiatra designato dalla Azienda USL.

La Provincia assicura la partecipazione al CTP di un esperto indicato dal DSM con competenze nelle problematiche di inserimento al lavoro. Scopo dell'integrazione tra CTP e DSM è coordinare gli interventi che saranno previsti per:

- conoscere e monitorare il problema disabilità psichica/lavoro per approfondire la valutazione del grado di disabilità e delle capacità residue;
- promuovere politiche di cooperazione con il mondo della formazione e delle imprese, finalizzate a prevedere l'organizzazione dei vari tipi di tirocinio e monitorare gli inserimenti al lavoro;
- promuovere politiche di mantenimento al lavoro del disabile psichico.

Definizione di percorsi integrati dedicati e loro organizzazione e compiti del Gruppo di Coordinamento

- Per i soggetti con disabilità psichica iscritti alla lista unica si prevede un monitoraggio periodico della loro situazione con eventuale rivalutazione della collocabilità degli stessi e con aggiornamento dei dati di cui il servizio dispone.
- Per i soggetti non iscritti, ma in carico al DSM, si prevedono percorsi individualizzati di riabilitazione (ivi comprese esperienze di inserimento non ancora specifico) che comprendano: valutazione delle competenze, miglioramento delle competenze "trasversali" o "generiche", approfondimento con l'utente della problematica legata alla certificazione di invalidità, eventuale consulenza nello svolgimento delle procedure per la certificazione, accompagnamento ai servizi per l'impiego per la presa in carico.
- Il progetto individuale denominato **"progetto individualizzato"** è disposto dal Gruppo di Coordinamento e deve essere discusso dal soggetto disabile e da lui sottoscritto. Per ogni soggetto sarebbe opportuno individuare una figura con funzione di accompagnamento e sostegno della persona nel percorso di inserimento formativo e riabilitativo (l'operatore referente del DSM e il tutor del Centro per l'Impiego).

- **Le attività formative**
  La Provincia – sulla base di specifica concertazione con i servizi socio-sanitari e con i soggetti del terzo settore - recepisce e valuta la fattibilità di attivazione di specifiche azioni formative *ad hoc* rispondenti ai bisogni del territorio e dei disabili psichici.
- **I tirocini**
  - **Tirocini di osservazione**
    Sono tirocini, i cui progetti vengono elaborati nell'ambito delle attività del Gruppo di Coordinamento, la cui funzione è quella di fornire elementi più completi ed indicativi per la valutazione attraverso l'osservazione diretta dell'individuo in un contesto lavorativo. Per questi tirocini è prevista la presenza di *tutor*.
  - **Tirocini formativi e di orientamento ex art. 11 L. 68/99**
    Gli interventi sono in carico alla Provincia e vengono previsti sulla base di: specifici progetti individualizzati, aree di collocazione, disponibilità dei datori di lavoro *(*aziende *profit* e *no profit)* ad eventuali collocazioni lavorative successive, adesione del soggetto e dell'impresa coinvolta al percorso di monitoraggio e valutazione dell'esperienza.
    L'Amministrazione Provinciale dispone l'affiancamento al lavoratore di *tutor*.
- **Il monitoraggio**
  Ogni percorso individualizzato sarà monitorato dal Gruppo di coordinamento attraverso il *tutor* e specifici sistemi di raccolta e analisi dei dati.
  - **Gli interventi per il mantenimento del lavoro**
    Le parti si impegnano, in caso di necessità ad individuare azioni di sostegno al mantenimento del lavoro, concordate con i datori di lavoro, attraverso interventi individualizzati (tutoraggio, formazione, collaborazione dei servizi socio-santari).

Oneri economici

Il Servizio Lavoro della Provincia, le Aziende USL/SdS e/o Conferenze zonali dei Sindaci si impegnano a mettere a disposizione il personale delle rispettive amministrazioni coinvolto nei percorsi integrati. La Provincia si impegna, altresì, a riservare risorse economiche finalizzate ai percorsi individualizzati attraverso l'applicazione della presente convenzione. Le convenzioni possono prevedere incentivi economici, borse lavoro e risorse per l'attivazione dei tutoraggi.

Informazione e sensibilizzazione

I soggetti firmatari si impegnano a diffondere la cultura della salute, dell'accoglienza e dell'integrazione del disabile nel mondo del lavoro, sensibilizzando le imprese pubbliche e private su temi di lotta allo stigma, conoscenza delle problematiche della salute mentale e del benessere organizzativo.

Si impegnano altresì a promuovere periodicamente iniziative pubbliche sul lavoro dei disabili psichici.

Privacy

I soggetti firmatari garantiscono che i dati raccolti saranno gestiti secondo la normativa vigente in materia di privacy ed utilizzati quindi solo per i percorsi autorizzati dagli utenti stessi.

Valutazione

Un impegno comune dei soggetti firmatari concerne la ricerca di adeguati strumenti di valutazione degli interventi oggetto della presente convenzione sulla base, a titolo di esempio, dei seguenti indicatori:

Presenza/assenza gruppo di coordinamento per i disabili psichici a livello di zona distretto,

Presenza/assenza *tutor* per tirocini L.68/99

Presenza/assenza *tutor* per altri percorsi dedicati (tirocini di osservazione)

- n. avviamenti al lavoro dei disabili psichici attivati nell'anno

- n. avviamenti al lavoro dei disabili psichici interrotti nell'anno
- n. tirocini formativi di orientamento proposti nell'anno
- n. tirocini formativi di orientamento attivati nell'anno
- n. tirocini formativi di osservazione proposti nell'anno
- n. tirocini formativi di osservazione attivati nell'anno
- n. tirocini formativi di osservazione conclusi nell'anno
- n. casi esaminati dal Gruppo di Coordinamento (ove attivato).

Durata

La durata prevista è di tre anni, con possibilità di rinnovo dopo una valutazione dei risultati conseguiti. Gli Enti firmatari si impegnano a formulare un documento a cadenza annuale di programmazione e coordinamento degli interventi.

ALLEGATO: selezione di progetti dedicati alla disabilità nell'ambito dell'Iniziativa Comunitaria EQUAL

L'Iniziativa Comunitaria Equal, cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo per il periodo 2000 - 2006, ha rappresentato uno strumento a disposizione degli Stati membri per dare attuazione alle priorità politiche europee in campo occupazionale, promuovendo interventi innovativi nell'ambito dei settori tematici della Strategia Europea per l'Occupazione: Occupabilità, Imprenditorialità, Adattabilità, e Pari Opportunità[34].
L'obiettivo di Equal era sperimentare e trasferire nelle pratiche e nelle politiche nuovi strumenti di contrasto alle forme di discriminazione e di disuguaglianza presenti nel mercato del lavoro, attraverso la costituzione di partenariati di sviluppo[35] e la cooperazione transnazionale.
L'Iniziativa si è articolata in due fasi (prima fase: 2001-2004; seconda fase: 2004-2008) e con due distinti bandi che hanno permesso di finanziare complessivamente 697 progetti nazionali.
Si riportano di seguito alcune tra le esperienze progettuali più significative che hanno operato per la promozione della partecipazione attiva delle persone con disabilità alle diverse sfere della vita sociale e lavorativa.

Descrizione sintetica dei progetti finanziati nel periodo 2001-2004

Le sperimentazioni Equal che nella prima fase dell'Iniziativa si sono occupate dell'inclusione socio-lavorativa delle persone con disabilità hanno operato secondo due direttrici generali di intervento:
1. innalzamento della qualità dei servizi dedicati alle persone con disabilità;
2. *empowerment* dei beneficiari e sensibilizzazione del tessuto produttivo.

Nell'ambito della prima area d'intervento sono risultati innovativi i progetti volti da una parte a creare nuovi servizi dedicati alle persone con disabilità o a potenziare quelli esistenti e dall'altra a creare reti territoriali virtuose di cooperazione tra gli attori che a vario titolo si occupano di integrazione socio-lavorativa del gruppo *target*.
La qualità dei servizi è stata incrementata intervenendo sia sul lato delle risorse umane - aggiornamento delle competenze degli operatori e sperimentazione di nuove figure professionali (*ombudsman*[36], *case manager*[37], *counsellor*, facilitatore dell'inserimento) sia sul lato dell'offerta. Quest'ultima è stata arricchita e diversificata grazie alla sperimentazione di strumenti di validazione delle competenze pregresse, diagnosi della disabilità e certificazione delle competenze, bilanci di competenze, prese in carico integrate e individualizzate. Inoltre alcuni progetti hanno lavorato sul-

34 C(2000) 853 del 14/4/2000
35 Raggruppamento di soggetti pubblici e privati che, attraverso la condivisione di obiettivi e strategie, cooperano per risolvere un problema di discriminazione o esclusione nel mercato del lavoro.
36 Figura di mediazione tra i servizi e i beneficiari, svolge un ruolo di garanzia della tutela imparziale dei diritti dei disabili attraverso il monitoraggio del funzionamento dei servizi preposti e dell'applicazione della normativa, la promozione delle buone prassi, ecc.
37 Professionista che, applicando le metodologie del lavoro di rete, promuove la presa in carico globale della persona favorendo la programmazione e la realizzazione di azioni coordinate tra i diversi attori dello sviluppo locale e garantisce la continuità del progetto di integrazione della persona. Tale figura è stata adottata anche per altre tipologie di svantaggio.

l'accessibilità dei servizi attraverso il ricorso alle tecnologie dell'informazione (*protesi software* per avvicinare la persona con disabilità all'uso del computer; *software* per l'auto-apprendimento, ecc.). In alcuni casi, metodologie e strumenti definiti congiuntamente o appresi nell'ambito della cooperazione transnazionale sono stati recepiti da parte dei componenti dei partenariati di sviluppo.
Gli interventi volti a promuovere l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la promozione dell'imprenditorialità e il coinvolgimento delle imprese e delle cooperative sociali di tipo B hanno fatto leva sulla diffusione di una nuova rappresentazione della disabilità come risorsa e sulla valorizzazione delle abilità residue o l'acquisizione di nuove, nell'ottica del re-inserimento, mantenimento del lavoro e della creazione d'impresa. Le aziende sono state coinvolte in azioni di sensibilizzazione rispetto al tema della diversità come fattore di sviluppo e in eventi per la diffusione dei casi di eccellenza in termini di inserimento lavorativo con l'obiettivo di innescare una sorta di "contaminazione positiva" tra imprenditori.
Tra gli interventi innovativi si segnalano: azioni informative rivolte alle imprese; consulenza per l'adeguamento dei posti di lavoro e per il ricorso a forme di flessibilità nell'organizzazione del lavoro (es.: telelavoro); sottoscrizione di patti locali per l'occupazione; istituzione del tavolo di lavoro sulla responsabilità sociale delle imprese tra associazioni datoriali, promozione in azienda delle tematiche del *diversity management*, promozione dell'imprenditorialità per le persone con disabilità nel settore alberghiero, ecc.
Reti, nuove figure professionali, imprenditorialità, responsabilità sociale d'impresa, *empowerment* dei beneficiari sono dunque i fronti cui i partenariati hanno dedicato maggiori energie.
Numerose sono state le reti attivate tra soggetti preposti all'integrazione dei disabili che, in seguito ad accordi e protocolli tra le parti, hanno acquisito carattere di stabilità e reso operativo il principio dell'integrazione tra servizi socio-sanitari, del lavoro e della formazione.
Tra i risultati ascrivibili ai sistemi si cita la sottoscrizione di una convenzione in base alla quale il Comitato tecnico della L. 68/99 di una Provincia ha sperimentato, nei confronti dei beneficiari, i piani di azione individuali definiti dal partenariato di sviluppo, con l'obiettivo di far divenire tale esperienza una prassi all'interno del Comitato Tecnico.
Sempre in termini di sostenibilità si segnala l'impegno degli Enti Locali che, dopo la chiusura delle attività progettuali, hanno assicurato la continuità delle attività dei Centri servizi rivolti alle persone con disabilità e alle aziende, attraverso l'offerta di locali in comodato d'uso gratuito, o il prosieguo dell'offerta di servizi di orientamento da parte del personale di una Provincia. Rilevante, inoltre, la sottoscrizione di un accordo quadro per la sperimentazione di un programma di reinserimento lavorativo rivolto ai lavoratori disabili; il prosieguo dell'attività della nuova figura professionale del mediatore/facilitatore dell'inserimento sperimentata da un progetto, presso i Centri per l'impiego di una Provincia.
Altri risultati apprezzabili hanno riguardato l'inserimento della figura del *case manager* in un POR e la sua adozione da parte di diversi attori locali, nonché l'interesse di alcune imprese ad utilizzare gli strumenti sperimentati per la gestione degli inserimenti lavorativi particolarmente difficili.
Presso una Regione è stato costituito un gruppo tecnico di lavoro per la definizione del contenuto professionale e degli ambiti d'intervento della figura dell'*Ombudsman* dei disabili, finalizzata ad un eventuale riconoscimento. Si segnala in proposito l'interesse mostrato dalla Svezia, paese da cui è stata mutuata tale figura, per le connotazioni specifiche che essa ha assunto nell'ambito della sperimentazione italiana.
Particolarmente innovativa è stata la creazione e gestione di una rete di *franchising* alberghiero in cui sono coinvolti lavoratori disabili: tale esperienza si è configurata come un importante contributo per la cooperazione sociale di tipo B, ed è stata riconosciuta come buona pratica anche dalla Commissione Europea.
Si segnala, infine, l'elaborazione e sperimentazione di un sistema di Certificazione della Qualità Sociale (CQS) applicato a centri di eccellenza per le prese in carico globali, ospitati presso i Centri per l'Impiego di una Provincia; l'istituzione, in base a una convenzione tra Provincia e aziende, del pre-

mio sulla Responsabilità Sociale e, in un altro contesto, su iniziativa congiunta di una Camera di Commercio e di una Provincia, di un premio etico per le imprese che si sono distinte perché sono andate oltre gli obblighi previsti dalla legge 68/99.
Tra i risultati ascrivibili ai beneficiari finali – persone con disabilità fisica, psichica e mentale - quelli più ricorrenti hanno riguardato l'acquisizione di maggiore consapevolezza rispetto alle proprie potenzialità e alle opportunità presenti sul territorio grazie alle attività di orientamento informativo, motivazionale, professionale; l'acquisizione di competenze attraverso attività formative, alcune svoltesi anche all'estero presso i *partner* transnazionali, l'assunzione presso aziende e cooperative e l'inserimento lavorativo attraverso *stage*, tirocini, borse lavoro, *work experience*.

Elenco dei progetti Equal finanziati nel periodo 2001- 2004 dedicati alla disabilità[38]

Nella tabella seguente si offre una descrizione sintetica di progetti che si sono occupati di persone con disabilità. I riferimenti dei soggetti attuatori delle sperimentazioni sono reperibili sul Compendium dei progetti di prima fase all'indirizzo http://www.equalitalia.it/

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: P.S.I.C.H.E. - Enterprise Codice: IT-S-MDL-113	disabilità psichica	• Ricerca e mappatura dei servizi presenti sul territorio nazionale • Costituzione di un laboratorio sperimentale volto ad attivare una rete di distretti di salute mentale • Definizione di percorsi, metodologie e strumenti finalizzati all'avvio di servizi integrati di riabilitazione psico-sociale, di informazione, di orientamento e formazione • Sperimentazione di modelli e percorsi di orientamento, incontro domanda/offerta e mediazione sociale
TITOLO: **ORO BLU** **Dai mari della Magna Grecia una risorsa per i disabili** **Codice: IT-S-MDL-160**	**disabilità fisica e mentale**	• **Definizione di un pacchetto-circuito di servizi gestito da organismi del Terzo settore per promuovere sviluppo imprenditoriale e creare opportunità di lavoro** • **Consulenza, assistenza tecnica e adeguamento organizzativo, gestionale e tecnologico delle imprese coinvolte** • **Creazione di nuove imprese sociali per l'erogazione di prodotti e servizi nell'ambito del turismo sociale** • **Azioni di sostegno psicosociale di rimotivazione, socializzazione, recupero competenze e conoscenze rivolte ai soggetti in inserimento**

segue

38 A cura della Struttura Nazionale di Supporto (SNS) Equal Isfol.

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: UTOPIA - Un Territorio Ospitale Progetta l'Inclusione Assistita Codice: IT-G-ABR-006	disabilità psichica	• Definizione di un Patto sociale locale per favorire l'inserimento stabile nel mondo del lavoro • Coinvolgimento degli enti locali e del mondo della cooperazione sociale: collegamento dei servizi sanitari, riabilitativi, sociali e culturali con i servizi per l'impiego e formativi, per l'attuazione di piani di reinserimento • Sperimentazione di modelli di *welfare mix* • Elaborazione di una Carta dei servizi • Attivazione di un Osservatorio permanente sul disagio e di una "Palestra addestrativa" per percorsi di reinserimento personalizzati
TITOLO: **I percorsi dell'inclusione: il Reddito Minimo d'Inserimento** **Codice: IT-G-ABR-014**	**disabilità psichica**	• **Definizione di un percorso personalizzato di accompagnamento al lavoro** • **Integrazione tra politiche sociali e politiche attive del lavoro** • **Attivazione di un Osservatorio e uno Sportello per la Povertà da inserire nell'assetto organizzativo dei Centri per l'Impiego, al fine di favorire il monitoraggio dei problemi connessi alla povertà**
TITOLO: L.I.NE.A. "Lavoro e Inclusione – Network d'Area per lo sviluppo locale" Codice: IT-G-ABR-029	disabilità fisica e psichica	• Creazione di reti tra servizi sociali, sanitari e culturali, Centri per l'Impiego, agenzie formative specializzate, soggetti del non profit e imprese • Patti per l'inserimento dei soggetti svantaggiati • Sperimentazione di percorsi personalizzati e tarati sulle specificità del mercato del lavoro locale, con il ricorso a metodologie di *empowerment* e misure di accompagnamento *on the job*
TITOLO: **Donne.nuoveopportunità.chieti** **Codice: IT-G-ABR-042**	**disabilità mentale**	• **Campagna di sensibilizzazione sociale** • **Accordo sociale per stimolare l'adesione delle aziende e Accordo sociale per la creazione di una piattaforma tecnologica per la disabilità** • **Tutoraggio e assistenza all'inserimento lavorativo di nuove figure professionali** • **Tutoraggio per le assistenti alle persone con disabilità, qualificate per il recupero delle capacità funzionali e intellettuali dell'assistito**
TITOLO: MORE:Modelli Organizzativi per il Reinserimento e Empowerment Codice: IT-G-BOL-004	disabilità psichica	• Sperimentazione mutuata da un modello austriaco (SPAGAT) dell'inserimento nel mondo del lavoro di disabili psichici: - Istituzione di un gruppo di sostegno individuale per creare intorno al soggetto disabile una struttura di rete per la presa in carico

segue

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
		- Svolgimento di un periodo di prova nei settori di impiego individuati come più adatti per il disabile - Individuazione all'interno dell'azienda della figura del mentore - Riduzione dei costi per il settore pubblico a seguito di un maggiore e più responsabile coinvolgimento di quello privato
TITOLO: **Social Economy** **Codice: IT-G-BAS-018**	**disabilità psichica**	• **Costituzione di un'agenzia di servizi e di orientamento per l'offerta di informazioni e consulenza a disabili e loro familiari, imprenditori, operatori sociali, ecc.** • **Ricerca sul territorio sul fenomeno della disabilità** • **Definizione e sperimentazione di un nuovo profilo professionale di *tutor* animatore sociale** • **Creazione di una rete di servizi tra le cooperative sociali, le associazioni e le imprese** • **Attività di sensibilizzazione del territorio** • **Creazione di una rete europea di agenzie specializzate nella fornitura di servizi a soggetti disabili**
TITOLO: FOCUS: Patto locale per l'occupazione delle persone svantaggiate e disabili Codice: IT-G-CAL-055	disabilità psichica e mentale	• Formazione dei beneficiari finali per diversi profili (addetto alla cucina, operatore di PC e operatore di servizi multimediali) • Formazione di operatori degli SPI, di psicologi e pedagogisti e di operatori sociali • Azione di certificazione delle competenze e accompagnamento al lavoro dei beneficiari mediante *tutoring* nelle imprese *partner* • Sensibilizzazione del tessuto imprenditoriale locale per la sottoscrizione di un Patto locale per le persone disabili in grado di dare piena attuazione alla legge 68/99
TITOLO: **Luoghi della qualità sociale** **Codice: IT-G-LOM-010**	**disabilità psichica**	• **Sperimentazione di un modello che integra lo sviluppo imprenditoriale, la promozione di inserimenti lavorativi, la costruzione di forme innovative di gestione/fruizione di spazi pubblici, la creazione di servizi alla persona** • **Sostegno alla creazione di nuove imprese sociali nell'ambito della realizzazione di un sistema integrato di servizi: manutenzione di parchi, gestione di serre e campi agricoli, ecc.**

segue

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: SKills Integration through Learning/teLework for Social inclusion of disability Codice: IT-G-LOM-012	disabilità psichica	• Predisposizione di percorsi formativi tarati sulle esigenze del target di riferimento, volti all'acquisizione di competenze certificate da Cisco, Microsoft e secondo lo standard ECDL • Attivazione di sinergie tra enti di formazione, enti che operano nel campo della disabilità e aziende, per la creazione di un circolo virtuoso in grado di supportare l'inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità nel mondo delle TIC • Percorsi di orientamento, formazione e inserimento lavorativo in ambito TIC
TITOLO: **Diversità e sviluppo** **Codice: IT-G-MAR-021**	**disabilità fisica, psichica e mentale**	• **Azioni di sensibilizzazione rivolte alle persone con disabilità, alle famiglie, ai datori di lavoro, ai lavoratori normodotati** • **Azioni formative per le persone con disabilità volte a renderle consapevoli della propria occupabilità e agli operatori per l'acquisizione di competenze specifiche per il supporto dei beneficiari nel percorso formativo e di inserimento** • **Azioni di accompagnamento per favorire l'integrazione professionale e la rimozione delle barriere d'accesso al lavoro attraverso l'adeguamento dei posti di lavoro** • **Utilizzo delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione** • **Tirocini formativi e scambi transnazionali di beneficiari** • **Sperimentazione della figura professionale dell'***Ombudsman* • **Attivazione di rete tra CPI, Enti Locali, ASL e associazioni dei disabili**
TITOLO: ABILITA - Percorsi di integrazione tra sistema impresa e disabili Codice: IT-G-PIE-023	disabilità psichica	• Accrescimento delle competenze professionali delle persone con disabilità già impiegate attraverso la sperimentazione del bilancio di competenze tarato sulle varie tipologie di disabilità e laboratori di formazione rivolti ai *tutor* ed ai referenti aziendali
TITOLO: **Il Faro** **Codice: IT-G-PUG-115**	**disabilità psichica**	• **Creazione di alleanze operative e di reti stabili tra i diversi soggetti preposti all'integrazione sociale e professionale del gruppo *target*** • **Sensibilizzazione del tessuto imprenditoriale e delle parti sociali** • **Realizzazione di interventi multidisciplinari**

segue

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
		rivolti agli utenti finali (azioni preventive a carattere sperimentale), ai loro familiari e agli operatori socio-sanitari e della formazione. • **Osservatorio permanente per facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro**
TITOLO: ARACNE Codice: IT-G-PUG-084	disabilità mentale	• Analisi dei fabbisogni del territorio: identificazione delle strutture e dei servizi erogati, delle risorse umane e dei profili professionali impegnati e della presenza del disagio mentale in termini quantitativi e qualitativi • Definizione di una strategia di rete che consenta, da un lato, di ottimizzare l'organizzazione e il coordinamento dei servizi deputati alla tutela della salute mentale e, dall'altro, di stipulare una sorta di 'Patto per la salute mentale' tra operatori e interlocutori istituzionali • Informazione e sensibilizzazione dei responsabili dei servizi per disabili mentali • Creazione di un laboratorio sperimentale che realizzi attività di orientamento, formazione e tirocinio per persone con disabilità mentale, parallelamente ad azioni formative per gli operatori • Percorsi di accompagnamento al mercato del lavoro ordinario curati dalle organizzazioni sindacali di concerto con le associazioni datoriali
TITOLO: **S.O.L.E.** **Sistemi di Orientamento Lavoro Esclusi** **Codice: IT-G-SIC-134**	**disabilità mentale**	• **Realizzare nuove modalità di intervento e cooperazione tra istituzioni attraverso l'individuazione di obiettivi comuni, primo fra tutti quello della collocazione del soggetto/cittadino all'interno della propria comunità** • **Coinvolgimento del sistema scolastico, formativo, produttivo, di sostegno sociale nelle politiche attive del lavoro**

Buone prassi

Dei seguenti progetti di I fase, identificati come buone prassi dalle Regioni e dal Ministero del Lavoro, è presente una scheda di approfondimento nella pubblicazione "Equal: idee, esperienze e strumenti nelle buone pratiche dei Partenariati di sviluppo"; SNS Equal, Isfol, consultabile all'indirizzo: http://www.equalitalia.it/documenti/pdf/buone_pratiche.pdf

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: Albergo in Via dei Matti Numero Zero Codice: IT-G-MDL-203	disabilità fisica e mentale	• Sperimentazione di una nuova forma di cooperazione sociale attraverso la creazione di una rete di *franchising* alberghiero caratterizzata da una gestione che vede coinvolti lavoratori con e senza disabilità • Sviluppo della cultura imprenditoriale e di quella dell'accoglienza • Promozione del consorzio di *franchising* • Promozione e sviluppo di alcune sperimentazioni alberghiere funzionanti a livello locale
TITOLO: **U2COACH –** **Tutti verso l'apprendimento** **Codice: IT-G-ABR-060**	**disabilità fisica e mentale**	• **Creazione di un Telecentro e un laboratorio di "Simulimpresa" con funzioni di incubatori di nuove professionalità attraverso azioni integrate di formazione e lavoro** • **Individuazione nell'ambito della pubblica amministrazione e del settore privato di specifiche attività lavorative da affidare in via sperimentale alle due strutture** • **Costruzione di un modello di rilevazione dei fabbisogni espressi dal gruppo *target*** • **Formazione di specifiche figure esperte in *counselling* individuale** • **Sperimentazione del modello di approccio terapeutico-formativo secondo la formula *"one to one"*.**
TITOLO: POINT - Possible Integration Codice: IT-G-LAZ-039	disabilità fisica, psichica e mentale	• Sperimentazione di un sistema di azioni verticali e orizzontali per il superamento delle condizioni di svantaggio: • Azioni verticali: specifiche per tipologia di beneficiari che vanno dalla fase di accoglienza (la scuola primaria e secondaria per alunni con disabilità) al collocamento al lavoro e il successivo tutoraggio (*mentorship*) sul posto di lavoro • Azioni orizzontali: portano alla costituzione di una serie di servizi centrati sull'orientamento, sul bilancio di competenze, sull'incontro domanda-offerta formativa e di lavoro, sulla certificazione di qualità e sulla difesa delle pari opportunità

segue

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: **EFESTO** **Codice: IT-G-LIG-007**	**disabilità psichica**	• **Definizione di un percorso di inserimento lavorativo sulla base delle competenze professionali della persona con disabilità** • **Formazione degli operatori delle strutture che avviano e gestiscono inserimenti lavorativi; gli operatori delle aziende e gli imprenditori che inseriscono direttamente i soggetti nelle realtà produttive; i referenti sindacali con un ruolo di verifica e controllo delle modalità di inserimento in azienda**
TITOLO: ASSIST - Strategie integrate per l'accesso qualificato al lavoro Codice: IT-G-LOM-001	disabilità psichica	• Costruzione di reti in grado di rafforzare l'apporto dei diversi soggetti che operano nel campo dell'inclusione sociale e di ridurre la dispersione delle risorse disponibili, attraverso la creazione di tavoli di lavoro e l'implementazione di un sistema informativo telematico. Per l'area disabilità, in particolare: • Attivazione di un servizio informativo per le aziende • Sperimentazione di interventi per l'inserimento lavorativo (percorsi di accoglienza, formazione e accompagnamento al lavoro)
TITOLO: **L'E-qualità** **Codice: IT-G-LOM-029**	**disabilità intellettiva e relazionale**	• **Sperimentazione di strumenti innovativi e personalizzati per l'accesso al mercato del lavoro** • **Promozione dell'integrazione stabile tra politiche del lavoro e politiche sociali favorendo soluzioni innovative nel quadro dei nuovi Servizi per l'Impiego**
TITOLO: Agenzia di cittadinanza: sostegno all'imprenditorialità sociale Codice: IT-G-LOM-039	disabilità intellettiva e relazionale	• Promozione di nuovi patti e accordi territoriali e valorizzazione delle risorse locali, professionali ed economiche per qualificare l'offerta delle imprese sociali • Definizione di strumenti di controllo e misurazione delle *performance* delle imprese sociali innovative
TITOLO: **S.O.N.A.R.-Sistema Operativo Negoziale** **Attivazione Risorse** **Codice: IT-G-PIE-012**	**disabilità fisica e psichica**	• **Creazione di centri di eccellenza presso i Centri per l'Impiego del territorio** • **Formazione di un team di operatori come i "*Case Manager*" per l'integrazione delle fasce svantaggiate** • **Sperimentazione della certificazione di qualità sociale delle aziende, volta a offrire vantaggi in materia di prestazioni per gli Enti Pubblici, nonché ritorni di immagine per le aziende accreditate**

segue

ANAGRAFICA	TIPOLOGIA DISABILITÀ	ATTIVITÀ
TITOLO: S.PR.IN.G - Sistema di PRevenzione INtegrata dell'esclusione sociale dei Giovani Codice: IT-G-PIE-035	disabilità intellettiva e fisica	• Monitoraggio dei fattori di discriminazione che colpiscono le fasce giovanili • Progettazione di un modello di presa in carico dell'utente • Sperimentazione del modello integrato di inserimento elaborato per giovani a rischio di emarginazione sociale e lavorativa
TITOLO: **Coast Revitalization** **Codice: IT-G-TOS-016**	**disabilità intellettiva e relazionale**	**Strategia articolata su tre livelli:** • **Istituzionale: sottoscrizione di accordi con le forze economiche e sociali e attivazione di circuiti per l'occupabilità** • **Tecnico-operativo: attivazione di percorsi di formazione per figure professionali di supporto all'inserimento *(tutor for psycho-social equalization e for job facilitation)*** • **Lavorativo: inserimento attraverso accordi mirati con associazioni datoriali, sindacati, mondo del volontariato, ecc.**
TITOLO: Nautilus - Nuove rotte per l'inserimento lavorativo Codice: IT-G-VEN-030	disabilità fisica e psichica	• Formazione di tutte le figure professionali impegnate nel processo di inserimento lavorativo • Creazione di centri per l'orientamento e l'accesso al mercato del lavoro • Definizione del progetto di vita professionale, acquisizione competenze nella ricerca attiva del lavoro e sviluppo competenze trasversali presso cooperative sociali • Creazione di una nuova cooperativa sociale sul modello francese dell'impresa di transizione

Descrizione sintetica dei progetti finanziati nel periodo 2004-2008

Per quanto concerne le sperimentazioni finanziate nella seconda fase dell'Iniziativa, la prospettiva da cui i partenariati hanno affrontato il disagio multidimensionale che le persone con disabilità vivono ha assunto connotazioni differenti a seconda delle aree territoriali in cui si sono svolti gli interventi. Nelle regioni in cui esiste un sistema socio-sanitario ben radicato, in particolar modo in corrispondenza delle aree urbane del centro-nord, i fattori ostativi all'inserimento delle persone con disabilità affrontati dai partenariati sono stati essenzialmente di natura soggettiva: incapacità dei beneficiairi di stabilire solide relazioni e di costruire un valido progetto di vita, difficoltà di inserimento professionale e di sviluppo di carriera per mancanza di strumenti per la valutazione di sé, delle competenze possedute e delle proprie potenzialità; rischio di obsolescenza o inadeguatezza delle competenze richieste da un mercato del lavoro molto competitivo; difficoltà ad adeguarsi ai ritmi e alle responsabilità lavorative; disinformazione e timore di perdere diritti quali indennizzi e accompagnamenti.
Nelle altre aree del Paese i partenariati si sono maggiormente impegnati nella rimozione delle barriere di natura ambientale e socioculturale che si sommano alle limitazioni funzionali del soggetto, aggravandone la condizione di marginalità. I fattori determinanti l'esclusione che sono stati af-

frontati si possono sintetizzare in: presenza di pregiudizi e disinteresse delle imprese, anche quelle che operano in ambito sociale, ad assumere lavoratori con disabilità; strumenti e politiche di sostegno inefficienti e inefficaci; offerta formativa inadeguata; accesso alle risorse ai beni e ai servizi limitato. Rispetto alla difficoltà di accesso ai servizi informativi, formativi e alle nuove TIC, alcuni partenariati hanno affrontato il tema intervenendo sull'incapacità della PMI di proporsi come soggetto promotore dello sviluppo sociale e della cultura del *lifelong learning*.
In generale si può affermare che i diversi ambiti che generano opportunità di integrazione: il lavoro, l'istruzione e la formazione, il settore socio-sanitario, le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, la cultura e il tempo libero, hanno rappresentato i principali temi sui quali si sono confrontati i partenariati di sviluppo Equal che, nei casi di maggior successo hanno superato approcci di tipo assistenziale con l'intento di coniugare sviluppo economico e coesione sociale.
Rispetto ai beneficiari, i partenariati hanno puntato sulla riabilitazione psicofisica, il recupero delle *skill* socio-relazionali, delle abilità cognitivo-comportamentali, nonché il rafforzamento socio-economico del nucleo familiare. Oltre ai più comuni strumenti per facilitare l'inserimento come tirocini formativi e di orientamento, si sono sperimentati percorsi personali di *empowerment* e percorsi di mediazione e accompagnamento al lavoro.
Le persone con disabilità sono state coinvolte in interventi formativi per la valorizzazione delle competenze pregresse, con un'attenzione anche ai fenomeni di *digital divide* e per l'acquisizione delle *skill* professionali sia in base a profili tradizionali (artigiano del ricamo e del legno, tipografo, operatore informatico, addetto alla ristorazione) sia sulla base delle opportunità offerte da settori emergenti. Per le attività formative o per lo sviluppo di percorsi personalizzati di reinserimento sociale e lavorativo alcuni partenariati hanno proposto la formula residenziale e l'utilizzo della metodologia del *self-help* e della relazione persona-persona.
I settori in larga misura coinvolti nelle attività formative e di inserimento sono stati quelli agricolo e del turismo culturale in ambiente rurale dove si è voluto incrementare la presenza dei lavoratori disabili sia in qualità di clienti sia di gestori dei servizi.
Alcuni partenariati hanno individuato nelle aziende di dimensioni ridotte e a conduzione familiare in ambito agricolo e rurale un idoneo ambiente per l'inserimento, in grado di sviluppare le capacità relazionali e professionali, e valorizzare potenzialità e capacità inespresse.
Rispetto alla promozione dell'imprenditorialità, le *partnership* hanno operato per la creazione di cooperative sociali di tipo B, la creazione di impresa nel settore del turismo accessibile e sociale e il rafforzamento di strutture produttive esistenti attraverso investimenti nelle nuove tecnologie dell'informazione o lo sviluppo di servizi e di attività innovative. I mercati individuati sono stati i seguenti: eco-sostenibilità, riciclo, ripristino di strutture e spazi in disuso, recupero ambientale, ecc.
Gli interventi volti a rafforzare i sistemi si sono dedicati sia al rafforzamento/adeguamento delle competenze di quanti operano con lo svantaggio: insegnanti, formatori, operatori sociali, operatori dell'orientamento, educatori, terapeuti attraverso il loro coinvolgimento in attività formative, sia allo sviluppo di strategie di *community-building* a livello territoriale e alla costruzione di reti formali e informali di attori pubblici e privati, quali punti di riferimento in termini relazionali e di opportunità. Gli strumenti a cui si è fatto maggiormente ricorso sono: la stipula di accordi di interazione stabile tra gli attori del territorio, finalizzati al rafforzamento dei servizi e delle politiche per il lavoro e alla loro integrazione con le altre politiche di sviluppo locale sostenibile; iniziative sperimentali di raccordo pubblico-privato per favorire la trasformazione delle risorse assistenziali in investimenti per incrementare la salute e la qualità di vita delle persone con disabilità; reti di soggetti dello sviluppo locale per sostenere la crescita di imprese sociali impegnate nell'inclusione socio-lavorativa di persone disabili; ecc.
In termini di servizi, i partenariati hanno operato per la creazione di centri permanenti per l'eco-

nomia sociale quali agenzie promotrici dello sviluppo d'impresa sociale, centri pilota per sviluppare e adottare un prototipo di certificazione della qualità dell'ambiente socio-lavorativo per il lavoratore con disabilità psichica, sportelli per la certificazione delle abilità motorie e cognitive e lo sviluppo di progetti di riabilitazione integrata, ecc.
Rispetto alle imprese numerose sperimentazioni hanno riguardato la sensibilizzazione sulle tematiche della Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI) e sull'efficacia del modello di sviluppo aziendale basato sulla valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso attività teatrali e di animazione sulle abilità residue e sulle capacità dei potenziali lavoratori; la sperimentazione di modelli organizzativi aziendali e l'adeguamento ai principi della RSI; la sensibilizzazione degli operatori di strutture ricettive sull'opportunità di adeguamento delle strutture e servizi per l'accoglienza e l'inserimento di persone con disabilità.

Elenco dei Progetti Equal finanziati nel periodo 2004-2008 dedicati alla disabilità e ad altre forme di svantaggio[39]

I progetti di cui si riporta una breve sintesi nella tabella seguente sono rivolti alle persone con disabilità e ad altri soggetti appartenenti a categorie svantaggiate.
I riferimenti dei soggetti attuatori delle sperimentazioni sono reperibili sul Compendium dei progetti di seconda fase all'indirizzo http://www.equalitalia.it/documenti/pdf/comptotale.pdf

ASSE: IMPRENDITORIALITÀ		
Codice progetto	Beneficiari	Scopo del progetto
IT-G2-ABR-044	persone con disabilità psichica	Favorire lo *start-up* della Cooperativa Sociale Recoopera tesa a creare e rafforzare le opportunità lavorative dei soci contribuendone a migliorare la qualità della vita e del lavoro e la percezione dei prodotti e dei servizi
IT-G2-ABR-079	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Sostenere lo sviluppo dell'economia sociale, coniugando lo sviluppo di servizi per l'integrazione socio-lavorativa delle categorie svantaggiate, con le politiche attive per il lavoro, lo sviluppo locale e le politiche di pari opportunità**
IT-G2-CAL-016	persone con disabilità	Creare un Sistema di Qualità che possa essere applicato nella attività erogate dalle cooperative sociali a favore delle persone con disabilità. Valorizzare i fattori di competitività della cooperazione sociale; garantire una trasparenza nelle relazioni con la comunità di riferimento; offrire servizi di qualità per soddisfare i bisogni e aumentare il livello di qualità generale della vita (sociale ed economica) di uno specifico territorio

segue

39 A cura della Struttura Nazionale di Supporto (SNS) Equal Isfol.

IT-G2-CAL-055	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Sviluppare e consolidare l'economia sociale di tre aree territoriali: Isola di Capo Rizzuto, Comunità Montana Alto Mesima e delle Serre Calabresi. Costruire percorsi formativi, strumenti e metodologie di orientamento e creazione di impresa coniugata allo sviluppo sostenibile del territorio, a vantaggio del beneficiario e del sistema locale**
IT-G2-CAL-101	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Sperimentare nuove ipotesi di intervento in tema di superamento delle discriminazioni e della emarginazione per le persone con disabilità. Sperimentare una sinergia tra imprenditorialità privata, imprese sociali e istituzioni, per l'attivazione di formule imprenditoriali fondate sull'utilizzo delle risorse locali
IT-G2-CAM-018	**persone con disabilità psichica**	**Migliorare la vita delle persone con disabilità mentale e psichica tramite l'inserimento lavorativo nel settore agricolo-rurale, particolarmente adatto a valorizzarne potenzialità e capacità. Attivare una rete territoriale costituita da sistema produttivo locale, sistema socio-sanitario, istituzioni, e predisporre appositi strumenti quali *stage*, tirocini, laboratori riabilitativi, fattorie sociali per favorire l'occupabilità dei beneficiari. Attivare interventi di lotta al pregiudizio e di sensibilizzazione sul tema della disabilità**
IT-G2-EMI-011	persone con disabilità psichica	Semplificare la relazione utente con disagio / servizi pubblici con la messa in opera, a livello provinciale, di un modello sociale integrato; migliorare le condizioni lavorative e ampliare le opportunità occupazionali; contrastare lo stigma attraverso l'animazione sociale
IT-G2-FRI-006	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Rafforzare le capacità inclusive della cooperazione sociale; consolidare i rapporti di paternariato con la P.A. attraverso iniziative innovative. Specializzare le competenze degli operatori delle coop e consolidare il sistema per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate attraverso i Centri per l'Impiego**
IT-G2-PIE-069	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Consolidare nuovi rami d'impresa sociale e favorire la creazione di nuovi posti di lavoro adeguati per fasce svantaggiate

segue

ASSE: IMPRENDITORIALITÀ		
IT-G2-SAR-058	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Sperimentare un intervento sistemico di inclusione sociale e un nuovo approccio alle emergenze; rafforzare le competenze dei beneficiari e la capacità di orientamento nel mercato del lavoro. Promuovere la creazione di nuove imprese**
IT-G2-SIC-103	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Incentivare la creazione d'impresa e l'auto-impiego per lavoratori a rischio di marginalità attraverso il recupero dei beni confiscati alla mafia e dei siti di interesse paesaggistico e culturale non sufficientemente valorizzati. Accrescere le competenze di chi già lavora nell'ambito dell'impresa sociale e riqualificare il *management* per una riorganizzazione dei processi aziendali e del servizio sociale offerto
ASSE: OCCUPABILITÀ		
IT-G2-ABR-001	persone con disabilità psichica	Accrescere i livelli occupazionali delle persone con disabilità e innalzare i livelli di partecipazione attiva alla vita sociale
IT-G2-ABR-078	**persone con disabilità psichica**	**Sostenere l'occupazione e sviluppare l'autonomia dei giovani con disabilità sia nella fase della formazione e dell'orientamento pre-lavorativo che nella fase lavorativa, attraverso l'apprendimento guidato di abilità spendibili nel mondo del lavoro e nell'ambiente di vita extra familiare. Promuovere un buon livello di autonomia personale, l'utilizzo delle nuove tecnologie per colmare eventuali *gap* comunicativi e motivazionali. Impiegare i beneficiari presso il laboratorio l'Officina delle Arti per la lavorazione artigianale di oggetti in legno e cuoio**
IT-G2-ABR-081	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Adottare un modello di *governance* dell'inclusione sociale locale, in grado di rimuovere le discriminazioni e gli ostacoli multidimensionali presenti a livello individuale, di comunità, di sistema economico e sociale
IT-G2-ABR-092	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Intervenire nella rimozione/attenuazione delle cause che ostacolano l'inserimento nel mondo del lavoro delle persone con disabilità e degli inoccupati normodotati, attraverso la progettazione e realizzazione di azioni positive miranti a creare un percorso occupazio-**

segue

ASSE: OCCUPABILITÀ		
		nale alternativo e sostenibile. In particolare, sviluppare un innovativo modello di formazione-azione che consenta ai beneficiari di lavorare all'interno di strutture specialistiche come il Centro con noi, dopo di noi, o in Cooperative Sociali di tipo B
IT-G2-CAM-007	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Promuovere processi di inserimento sociale in tossicodipendenti e pazienti psichiatrici attraverso processi di formazione ed esperienza lavorativa
IT-G2-CAM-071	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Strutturare un sistema di rete territoriale attraverso due servizi appositamente realizzati: Agenzia di Cittadinanza per prima accoglienza, orientamento auto impiego e creazione d'impresa; Agenzia dei Mestieri per ideare e realizzare azioni formative mirate e flessibili, con *stage* in imprese dell'area**
IT-G2-CAM-134	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Realizzare una progettazione partecipata coniugando attività di rilievo sociale ed attività economiche in un'unica impresa con ricadute sul versante della socialità e su quello occupazionale
IT-G2-CAM-164	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Valorizzare il turismo in Irpinia per il rilancio economico ed occupazionale del territorio; creazione di nuove figure professionali nel settore del turismo**
IT-G2-LAZ-008	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Sperimentare un modello integrato a sostegno del rientro nel mercato del lavoro di lavoratori *over 40* e persone con disabilità o appartenenti a categorie svantaggiate
IT-G2-LAZ-057	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Agevolare l'accesso al mercato del lavoro sperimentando percorsi di inclusione e sviluppo del territorio con particolare riguardo al turismo agricolo e culturale**

segue

ASSE: OCCUPABILITÀ		
IT-G2-LOM-034	persone con disabilità psichica	Sostenere il processo individuale di acquisizione di nuove competenze. Modificare i contesti e i sistemi che generano l'esclusione. Creare percorsi verso l'occupabilità. Creare reti di interazione tra gli attori del territorio. Rafforzare i servizi e le politiche per l'inserimento lavorativo
IT-G2-LOM-044	**persone con disabilità psichica**	**Favorire l'inserimento lavorativo di persone con grave disagio psichico attraverso un percorso multidimensionale ed integrato (azioni di sensibilizzazione, *tutoring*, accoglienza, orientamento, formazione, inserimento lavorativo) in collaborazione con i Servizi per l'Impiego e il mondo imprenditoriale. Sperimentare forme innovative di inserimento lavorativo simili al modello del *"transitional employment"*, ideato negli Stati Uniti**
IT-G2-PUG-113	persone con disabilità	Offrire alle persone svantaggiate e, in particolare ai disabili, maggiori opportunità di inserimento professionale e di partecipazione attiva nella vita quotidiana
IT-G2-SAR- 003	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Reinserire e/o favorire la permanenza dei beneficiari nei circuiti istruzione-formazione-lavoro; rafforzare il sistema di prevenzione e recupero; superare il *deficit* culturale e formativo di base; rafforzare la presenza delle imprese nel processo di costruzione delle competenze professionali**
IT-G2-TOS-021	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati, promuovendo politiche integrate, operando direttamente contro alcune discriminazioni e sperimentando metodologie innovative d'inclusione sociale. Rafforzare e integrare i servizi; facilitare la comunicazione fra sistemi, a seguito della creazione di laboratori intersettoriali permanenti e strumenti condivisi; approfondire la conoscenza dei fabbisogni del territorio, attraverso una maggiore integrazione con le reti sociali locali e con le imprese; aumentare la consapevolezza di sé e l`autostima dei beneficiari; sviluppare l`autonomia individuale; aumentare l`inclusione sociale attraverso un'offerta formativa e lavorativa e diminuire i rischi di inserimento nell'economia informale

IT-S2-MDL-125	persone con disabilità	Promozione di un modello sperimentale di inclusione sociale e lavorativa di persone con disabilità nel settore del turismo rurale e culturale, come clienti e operatori; formare e aggiornare le competenze dei beneficiari; promuovere l'abbattimento delle barriere materiali e immateriali attraverso l'elaborazione di un manuale-kit.
IT-G2-EMI-017	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Sviluppare e diffondere un sistema di formazione permanente e continua attento alle differenze; attivare strumenti e strategie in grado di elevare conoscenze e informazioni sull'utilizzo delle nuove tecnologie; attivare modalità di *Diversity Management***
IT-G2-LIG-029	*target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio	Potenziare la rete territoriale esistente per offrire alle persone con disabilità luoghi di informazione, di consulenza, di apprendimento, di aggregazione sociale e di scambio di esperienze, di prevenzione e cura per ridurre i rischi di esclusione dal mercato del lavoro e la vulnerabilità sociale. Sperimentare nuovi servizi per il sostengo all'occupazione e strumenti formativi destinati ai lavoratori e alle imprese
IT-G2-MAR-013	***target group* misto che comprende, oltre alle persone con disabilità, varie categorie di svantaggio**	**Favorire la permanenza nel mercato del lavoro di persone *over 45* anni o persone con disabilità valorizzandone le competenze. La fase sperimentale si rivolge ai lavoratori impiegati nelle aziende partecipanti al progetto. La sperimentazione si basa su un modello di certificazione delle competenze dei lavoratori sviluppato dal *partner* olandese, che si occupa dell'integrazione lavorativa di categorie svantaggiate. Gli strumenti utilizzati sono: l'orientamento, il bilancio e la certificazione delle competenze, la formazione individualizzata, il supporto all'inserimento lavorativo**

Bibliografia

- Basaglia F., *Conferenze brasiliane,* Monte San Vito, Ed. Raffaello, 2000.

- Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T., Becker D.R., *An update on supported employment for people with severe mental illnes*, in "Psychiatric Services", n. 48, pp. 335-346, 1997.

- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., *Implementing supported employment as an evidence-based practice*, in "Psychiatric Services", n. 52, pp. 313-322, 2001.

- British occupational health research foundation, *Workplace interventions for people with common mental health problem: evidence review and recommendations* , British occupational health research foundation, 2005.

- Butera F.,*Il castello e la rete*, Milano, Franco Angeli, 2002.

- Castel R., *Il ritorno dell'individuo per difetto*, in "Animazione Sociale", A. 36, n. 203, p. 9, 2006.

- Commissione delle Comunità Europee *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni "Ammodernare la protezione sociale per un rafforzamento della giustizia sociale e della coesione economica: portare avanti il coinvolgimento attivo delle persone più lontane dal mercato del lavoro",* COM (2007) 620 del 17/10/2007.

- Commissione delle Comunità Europee, *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni relativa ad una Raccomandazione della Commissione sul coinvolgimento attivo delle persone escluse dal mercato del lavoro,* COM (2008) 639 del 10/03/2008.

- Commissione delle Comunità Europee, *Libro Verde - Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea,* COM (2005) 484 del 14/10/2005.

- Commissione Europea, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care,* 2009.

- Conjunto de Guías sobre Servicios y Politicas de Salud Mental, *Mejora de la Calidad de la Salud Mental,* Edimsa, 2007.

- Consiglio di Europa, *Risoluzione sulla promozione della salute mentale* (2000/C 86/01), *che rac-*

coglie le indicazioni della Raccomandazione del Consiglio, del 24 giugno 1992, in cui si definiscono i "C*riteri comuni in materia di risorse e prestazioni sufficienti nei sistemi di protezione sociale* (92/441/CEE)", 1999.

- D'Agostino L. (a cura di), *Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni di Piemonte, Puglia, Toscana e Umbria*, Isfol, 2010 (Strumenti per, 4)

- Department of Health NHS, *Mental Health and Employment in the NHS (National Health System)*, London, NHS Employers, 2008. <http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Mental%20health%20and%20employment%20in%20the%20NHS.pdf>

- Department of Health, *Recognising complexity: Commissioning guidance for personality disorder services,* 2009. <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_101788>

- Directorate General for Health & Consumer, *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe,* 2008.

- Directorate Generale for Health & Consumers, *Improving mental health in the population. Policy briefs - Mental Health in Youth and Education. Mental Health in Older People. Mental Health in Workplace Settings. Prevention of Depression and Suicide*, Lussemburgo,2008.

- Directorate General for Health & Consumers, *Mental Health in the U.E. Key Facts, Figures and Activities. A Background Paper provided by the SUPPORT-project*, Contribution to the EU high-level conference "Together for Mental Health and Well-being", 2008.

- Directorate General for Health & Consumers, *Mental Health In Workplace Settings- Consensus Paper,* Lussemburgo, 2008.

- Disability Rights Commission and Trade Unions Congress/TUC), *Getting the best out of the employment experience. Guidance for trade unions on supporting members with mental health problems to resolve workplace issues, and how to create a 'mentally healthy workplace'*, 2007.

- Donatello M., Michielin P., *Lavoro e oltre. Inserimento lavorativo e sociale delle persone con disabilità.* McGraw-Hill, Milano, 2003.

- Faulkner A., Nicholls V., *Strategies for living*, in "Journal of integrated care" v. 9, n. 1, 2001.

- Felice A. (a cura di), *Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni del Lazio*, Roma, Isfol, 2008 (Temi&Strumenti).

- Furtos J., *Les cliniques de la précarité,* Masson, 2008.

- HM Government, *Work, Recovery and inclusion. Employment support for people in contact wth secondary care mental health services,* 2009.

- Impha, *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe,* 2005.

- Isfol, *Manuale delle competenze sociosanitarie trasversali in salute mentale*, 2010 (draft).

- Isfol - Osservatorio sull'Inclusione Sociale, *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P* – Schede di Sintesi, 2007-2009.

- Larson J. E., Patrick, Corrigan W., *Combattere lo stigma della malattia mentale*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", v. 131, n. 2, 2007.

- Programma Equal Progetto Equal *Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una revision actualizada de los modelos de intervencion*, Tandem – Costa del Sol, 2007.

- Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*, Madrid, 2007.

- Ministero della Salute, *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale,* Roma 2008.

- Montorfano E., *Il mal-inteso dell'esclusione* [intervento nelle giornate di studio *Psicoanalisi e domanda sociale. Educare all'impossibile?* organizzate dall'*Association lacanienne internationale* e dall'*Associazione freudiana di Torino*], 2007.

- National Social Inclusion Programme, National Institute for Mental Health in England (NIMHE), Care Services Improvement Partership (CSIP), *Vocational services for people with severe mental health problems: Commissioning guidance,* 2006.

- Nicholls V., *Doing Research Ourselves*, London 2001.

- Nussbaum M.C. *Giustizia Sociale e Dignità Umana*, Bologna, Il Mulino, 2002.

- Parlamento Europeo, *Risoluzione del 6 maggio 2009 sul coinvolgimento attivo delle persone escluse dal mercato del lavoro* (2008/2335(INI)).

- Pini P., *Interazione tra servizi di salute mentale e gruppi associazioni del territorio,* Livorno, Azienda USL 6, 2004.

- *Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial*, in "The British Journal of Psychiatry", n. 192, pp. 224-231, 2008.

- *Promuovere il recupero dei pazienti con schizofrenia: discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze. Il Progetto SIEP-DIRECT'S.*, in "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", v. 17, n. 4, 2008, pp. 331-348.

- Recalcati M., *Follia e struttura in J. Lacan*, in "Aut Aut", n.285-286, 1998.

- Rose D., *Il coinvolgimento degli utenti nella ricerca sulla salute mentale;* in "Rivista Sperimentale di Freniatria" v. 131, n. 2, 2007.

- Sen A., *Scelta, benessere, equità*, Bologna, Il Mulino,1986.

- Serrano M., Pini P., *Facciamo finta che ... Operatori, familiari, utenti contro lo stigma: una ricerca*, in "Fogli d'Informazione", n. 3-4, 2007.

- *Shift Line Managers' Resource. A practical guide to managing and supporting people with mental health problems in the workplace,* 2009 <http://shift.org.uk/files/employers/lmr2009_web.pdf>

- *Le Strutture Residenziali e i loro ospiti: i risultati della Fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES*, in "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", n. 7, 2004.

- TUC (Trade Union Congress), *Representing and supporting members with mental health problems at work - Guidance for trade union representatives*, London, TUC, 2008.

- University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*, Lancet, 2007.

- World Health Organization, *Stigma. A Guidebook for action. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them* NHS Health Scotland, 2008

La collaborazione interistituzionale e l'integrazione tra servizi sanitari, sociali, di formazione e orientamento al lavoro, costituiscono *una condicio sine qua non* degli interventi nell'ambito della salute mentale, dedicati ad un *target group* tra i più stigmatizzati ed a rischio di esclusione dalla vita sociale e lavorativa.
Il volume presenta i risultati delle riflessioni e dei lavori dedicati al consolidamento e allo sviluppo delle reti interistituzionali in Piemonte, Puglia e Toscana, nell'ambito del "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P".
Attraverso il Programma Pro.P., l'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol, in *partnership* con i referenti pubblici nazionali e regionali che operano nell'ambito della salute mentale, ha sviluppato molteplici interventi finalizzati a rafforzare la rete degli attori pubblici, partendo dalla valorizzazione e dalla messa a sistema delle esperienze già consolidate a livello locale.

ISSN: 2038-6370