

Valore e rilevanza della cooperazione sociale nell'inserimento socio-lavorativo delle persone con disturbo mentale. Un quadro complessivo

Relevance of social cooperation in job placement of people with mental disorder. A comprehensive framework

Roberto Mezzina*, Paolo Da Col**

*** già Direttore DSM - Centro Collaboratore OMS di Trieste, Chair International Mental Health Collaborating Network*

** Responsabile Nazionale Centro Studi CARD - già Direttore di Distretto e Direttore Sanitario Azienda Sanitaria di Trieste*

Parole chiave: inserimento lavorativo, cooperazione sociale, impresa sociale, economia sociale

RIASSUNTO

Introduzione: la cooperazione sociale rappresenta un'eccellente opportunità per le persone affette da disturbo mentale. Il lavoro che si crea al suo interno rappresenta a tutti gli effetti uno dei più potenti strumenti di (ri)abilitazione, di inclusione sociale e di sviluppo umano. Esso è riconosciuto internazionalmente come un diritto umano e come determinante di salute.

Obiettivi: scopo della rassegna è presentare, all'interno dei diversi quadri teorici, normativi ed economici di riferimento, il ruolo ed il valore delle Cooperative Sociali quali strumenti e risorse essenziali nei percorsi di salute, nelle pratiche terapeutico-riabilitative a favore delle persone con disturbo mentale e altre forme di svantaggio sociale.

Metodi: vengono illustrati dati, riferimenti della letteratura, leggi per valutare quale sia il loro rapporto con l'efficacia della riabilitazione professionale e dell'inserimento lavorativo, con le relative implicazioni sanitarie e legali.

Risultati: l'esame delle evidenze internazionali, delle leggi italiane, delle esperienze delle persone e delle pratiche nate e progredite a Trieste forniscono un quadro complessivo che conferma il valore dell'impresa sociale quale rilevante strumento positivo per lo sviluppo umano e nella ripresa-guarigione ("recovery").

Conclusioni: in una prospettiva di approccio globale, unitario ("whole life approach"), l'attività dell'impresa sociale, combinata con l'ingaggio della comunità e la coproduzione di servizi, deve diventare una pratica diffusa, sorretta da una legislazione ad hoc e da politiche appropriate ed efficaci.

Autore per corrispondenza: romezzin@gmail.com

Key words: Job placement, social co-operation, social enterprise, social economy

SUMMARY

Introduction: social cooperation represents an excellent opportunity for people with mental disorder. The work that is created within it represents in all respects one of the most powerful tools for (re)habilitation, social inclusion and human development. It is internationally recognized as a human right and as a determinant of health.

Objectives: the purpose of the review is to present, within the various theoretical, regulatory and economic frameworks of reference, the role and value of Social Cooperatives as essential tools and resources in health care, in therapeutic-rehabilitative practices in favour of people with mental disorder and other forms of social disadvantage.

Methods: data, literature references, laws are illustrated to assess their relationship with the effectiveness of vocational rehabilitation and job placement, with the related health and legal implications.

Results: the examination of international evidence, Italian laws, people's experiences and good practices born in Trieste provide an overall framework that confirms the value of the social enterprise as an important positive tool for human development and recovery.

Conclusions: in a perspective of a global, unitary approach ("whole life approach"), the activity of the social enterprise, combined with the engagement of the community and the co-production of services, should become a widespread practice, supported by ad-hoc legislation and by appropriate and effective policies.

1. Introduzione: dalla riabilitazione professionale al diritto al lavoro

Scopo del presente lavoro è presentare in una sintetica rassegna, all'interno dei diversi quadri teorici, normativi ed economici di riferimento (leggi e politiche relative all'impresa sociale, all'economia sociale, al terzo settore e alla coproduzione), il ruolo ed il valore delle Cooperative Sociali quali strumenti e risorse essenziali nei percorsi di salute, nelle pratiche terapeutico-riabilitative a favore delle persone con disturbo mentale. Esse sono anche vettore di inclusione sociale e di sviluppo umano degli individui e delle comunità, nel garantire l'accesso al lavoro, riconosciuto internazionalmente, come vedremo, quale diritto umano nonché quale determinante di salute.

Ben al di là dei primi tentativi di coinvolgere le persone internate nei manicomi in forme di "ergoterapia" (1), il lavoro è oggi riconosciuto unanimemente come uno dei modi principali per il reinserimento di persone con gravi malattie mentali, nonostante le numerose barriere, quali la mancanza di scelte e di opportunità, la perdita dei benefici economici (pensionistici) per chi riprende a lavorare, le questioni legate allo stigma ed alla discriminazione (2).

La riabilitazione psicosociale annovera tra le sue principali componenti la riabilitazione professionale (*vocational rehabilitation*), il cui scopo è stato definito dall'International Labour Office "consentire a una persona di assicurarsi, mantenere e progredire in un impiego adeguato e quindi favorire l'integrazione o il reinserimento nella società". Essa si è anche concentrata sull'uguaglianza di opportunità (3). Nel campo della salute mentale,

una dichiarazione di consenso congiunta sulla riabilitazione psichiatrica e psicosociale (4) ha riconosciuto che sia il miglioramento delle competenze degli individui, sia l'introduzione di cambiamenti ambientali al fine di creare una vita della migliore qualità possibile per persone che hanno sofferto di un disturbo mentale, mirano a favorire un livello ottimale di funzionamento degli individui e delle società.

Forme integrative di occupazione e reddito salariale vanno preferite alla dipendenza dall'assistenza pubblica, mentre le necessarie risorse possono essere recuperate dalla chiusura di grandi ospedali psichiatrici e trasferite ad organizzazioni basate sulla comunità (5).

Oggi la disuguaglianza allargata ripropone l'importanza fondamentale dei processi di esclusione e del nesso povertà-malattia. Il World Health Report (6) ha sottolineato un "circolo vizioso" tra povertà (intesa come deprivazione economica, scarsa istruzione, disoccupazione), disturbi mentali (in termini di maggiore prevalenza, mancanza di cure, decorso più grave), ed impatto economico negativo (per l'aumento della spesa sanitaria, la perdita dei posti di lavoro, la riduzione della produttività). Ulteriori studi sui determinanti sociali della salute hanno confermato una chiara relazione a due vie tra disturbi mentali e stato socioeconomico (7). I disturbi mentali portano ad una riduzione del reddito e dell'occupazione, che porta alla povertà, la quale a sua volta aumenta il rischio di disturbi mentali (8).

Il lavoro è dichiarato diritto umano in sé. La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite (2006), ratificata dall'Italia nel 2009, (9) è la più importante carta internazionale odierna per tutti i diritti umani. All'articolo 26 - Abilitazione e riabilitazione - essa esorta gli Stati a consentire alle persone con disabilità di raggiungere e mantenere la massima indipendenza, capacità fisiche, mentali, sociali e professionali e la piena inclusione e partecipazione a tutti gli aspetti della vita. Sono necessari servizi e programmi completi di abilitazione e riabilitazione anche nel settore dell'occupazione. L'articolo n.27, specifico sul lavoro e l'occupazione, riconosce il diritto delle persone con disabilità al lavoro, su una base di parità con gli altri; ciò include il diritto all'opportunità di guadagnarsi da vivere con un lavoro liberamente scelto o accettato nel mercato del lavoro e in un ambiente di lavoro aperto, inclusivo e accessibile alle persone con disabilità. Nel vietare la discriminazione, la Convenzione tutela il diritto delle persone con disabilità a condizioni di lavoro giuste e favorevoli, comprese le pari opportunità e la retribuzione, nonché a condizioni di lavoro sane e sicure. Deve essere garantito l'accesso a programmi generali di orientamento tecnico e professionale, a servizi di collocamento e formazione professionale continua, nonché un'assistenza per trovare, ottenere, mantenere lavoro e potervi ritornare. Gli Stati devono anche promuovere opportunità di lavoro autonomo, imprenditorialità, sviluppo di cooperative e avvio di un'attività in proprio, e impiegare persone con disabilità nel settore pubblico e privato tramite incentivi. Essi devono garantire inoltre che vengano fornite soluzioni alloggiative ragionevoli alle persone con

disabilità sul posto di lavoro, promuovere per loro l'acquisizione di esperienze lavorative nel mercato del lavoro aperto, la riabilitazione professionale, la conservazione del lavoro e programmi di ritorno al lavoro.

2. Oltre i principi: economia sociale e impresa sociale

Questi principi devono essere implementati attraverso adeguate ed opportune strategie. C'è un crescente interesse nel rispondere al diritto al lavoro per le persone con disabilità, con svantaggio sociale o a rischio di discriminazione ed esclusione sociale, attraverso lo sviluppo di quella che viene chiamata "economia sociale".

Secondo la Commissione Europea (10), una parte significativa dell'economia dell' UE è destinata a realizzare profitti per soggetti diversi dagli investitori o dai proprietari. Nota come economia sociale, essa comprende cooperative, società mutuali, associazioni senza scopo di lucro, fondazioni e imprese sociali e altro ancora. Le imprese sociali, che generano milioni di posti di lavoro, sono viste come un rilevante motore di innovazione sociale. Si contano circa 2 milioni di imprese nell'economia sociale in Europa, pari al 10% di tutte le imprese della UE, le quali coinvolgono più di 11 milioni di persone (circa il 6% del lavoro dipendente).

Le imprese sociali mostrano diverse forme legali e vari target, dall'agricoltura e dal settore bancario all'offerta di lavoro e ai laboratori protetti. Il loro obiettivo principale è "servire i propri soci e non ottenere un ritorno d'investimento come fanno le tradizionali società di capitali". I loro soci agiscono nel rispetto del principio di solidarietà e mutualità e gestiscono l'impresa sulla base del principio "un uomo, un voto".

Poiché l'obiettivo principale delle imprese sociali è avere un impatto sociale o ambientale per l'interesse generale, esse svolgono un ruolo importante nella trasformazione e nell'evoluzione delle società contemporanee, dei sistemi di welfare e delle economie. È riconosciuto che esse contribuiscono in modo sostanziale allo sviluppo economico, sociale e umano, e più in generale al benessere, in quello che viene chiamato "welfare di comunità".

Le imprese che compongono l'economia sociale fanno dunque riferimento ad un universo di organizzazioni "basate sul primato delle persone sul capitale", attraverso differenti forme organizzative, quali cooperative, mutue, fondazioni e associazioni, nonché nuove forme di impresa sociale (11). Rivestono una funzione di veicoli per la coesione sociale ed economica, in quanto aiutano a costruire un'economia sociale di mercato pluralista e resiliente. Agendo nell'interesse generale, le imprese dell'economia sociale creano posti di lavoro, forniscono servizi e beni socialmente innovativi, facilitano l'inclusione sociale e promuovono un'economia più sostenibile ed ancorata a livello locale. Si basano al loro interno su principi di solidarietà e responsabilizzazione (11).

L'impresa sociale può essere definita anche come "organizzazione multi-obiettivo e mul-

ti-stakeholder", con uno specifico sistema di contratti e incentivi (12- 14). Inoltre, l'impresa sociale influenza ed è influenzata dal capitale sociale. Trasformare la cultura di un territorio richiede infatti il coinvolgimento della comunità come partner dell'inserimento lavorativo e la riscrittura del rapporto con le politiche di welfare e la Pubblica Amministrazione.

Inoltre è stato rilevante sin dall'inizio il ruolo delle imprese sociali per la deistituzionalizzazione e contro tutte le forme di esclusione sociale. Il problema, anche nei Paesi sviluppati, sembra essere ancora la mancanza, vera o apparente, di risorse, che vengono sprecate dalle istituzioni come strumenti di contenimento, internamento e controllo sociale.

Il termine impresa sociale rappresenta una possibile alternativa che mobilita e coinvolge soggetti e risorse sociali. Come ha da tempo sottolineato Franco Rotelli (15), è sempre più evidente che l'inadeguatezza delle risorse per realizzare efficacemente il principio dei diritti universali, pur rimanendo un problema, non può più essere affrontata in modo uguale a quando iniziò la crisi del welfare state. I cittadini, le comunità locali e gli utenti dei servizi possono invece lavorare tutti insieme e organizzarsi attraverso l'impresa sociale, al fine di trovare soluzioni e innovazioni e inventare un settore dei servizi. Ciò spesso è partito dal rivitalizzare aree dismesse, come vecchi manicomi abbandonati. L'impresa sociale è in grado di creare una nuova distribuzione perché capace di dotare di valore le risorse abbandonate; non è né interamente pubblica né privata, ma può essere descritta come un'impresa collettiva di riproduzione sociale. L'obiettivo è che "l'utente" diventi un "produttore", partecipando a un'impresa di produzione e ri-produzione sociale (15). La cornice giuridica è fornita sia da leggi specifiche per promuovere le imprese sociali, sia da politiche dedicate. Queste sono state ampiamente studiate, soprattutto in Europa. Secondo una definizione di area anglosassone (16), un'impresa sociale è un'impresa con obiettivi principalmente sociali, i cui surplus sono principalmente reinvestiti a tale scopo nell'azienda o nella comunità, piuttosto che essere guidati dalla necessità di massimizzare il profitto per azionisti e proprietari.

Nella rete EMES (13), le imprese sociali sono state identificate in base a 4 criteri economici: un alto grado di autonomia; un'attività continua di produzione di beni e servizi; un livello significativo di rischio economico; una quantità minima di lavoro retribuito. A questi si aggiungono 5 criteri sociali: un obiettivo esplicito a beneficio della comunità; un'iniziativa lanciata da un gruppo di cittadini; un potere decisionale non basato sulla proprietà del capitale; una natura partecipativa che coinvolge le persone interessate dall'attività; una distribuzione limitata degli utili. Negli ultimi trent'anni si è sviluppata a supporto di tali forme organizzative una serie di inquadramenti giuridici in molti Paesi, europei e non. L'Italia fu la prima ad istituire nel 1991 la legge per le "cooperative sociali", seguita dal Portogallo (1998) che le ha denominate "cooperative di solidarietà sociale", dalla Spagna (1999) con "cooperative di iniziativa sociale", dalla Francia (2001)

con "società cooperative di interesse collettivo". In Belgio (1995) e in Finlandia (2004) esiste pure una definizione di imprese sociali; nel Regno Unito (2004) esse sono chiamate "imprese di interesse comunitario".

3. Un quadro storico, normativo ed economico delle cooperative sociali in Italia

La storia delle cooperative sociali in Italia rappresenta uno dei suoi sviluppi più importanti nel campo della salute mentale nel nostro Paese, e non solo. E' stata parte vitale del movimento di deistituzionalizzazione che ha portato alla chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici in due decenni (1978-1999) ed è anche oggi strumento formidabile per i servizi. Nella Tabella 1 sono riassunti i principali riferimenti legislativi.

Legge n. 381, 8 novembre 1991: "Disciplina delle Cooperative Sociali" (Cossiga, Andreotti, Martelli). Afferma che queste imprese hanno lo scopo di perseguire il generale interesse della comunità per la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini.

Legge n. 68, 12 marzo 1999: "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (Scalfaro, D'Alema, Di Liberto). Dichiara 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".

Legge n. 106, 6 giugno 2016: "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" (Mattarella, Renzi, Poletti). Con i decreti legislativi n. 112 e n. 117 del 2017 (c.d. Riforma del Terzo Settore) le cooperative sociali vengono ricomprese indirettamente tra gli "enti del terzo settore" (ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 1, d. lgs. n. 117/2017).

Tabella 1- Principali leggi sulla cooperazione sociale in Italia

Nel 1991, a seguito dello sviluppo pionieristico delle cooperative finalizzate nel campo dell'integrazione sociale a partire dagli anni '70, il Governo emana la legge n. 381, di "Disciplina delle Cooperative Sociali", la quale afferma che queste imprese hanno lo scopo di perseguire il generale interesse della comunità per la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini.

E' necessario avere ben chiare le differenze tra le Cooperative di tipo A e B previste dalla legge:

- Le Cooperative di tipo A hanno le seguenti caratteristiche: gestiscono servizi socio-sanitari ed educativi, sono attive nel mondo dell'assistenza; non hanno una quota di soci svantaggiati ma rispondono a finalità sociali. Lavorano di solito in partnership con i servizi pubblici e forniscono, ad esempio, assistenza e supervisione di alloggi protetti, educativa scolastica, supporto ad anziani, ed altro ancora.
- Le Cooperative di tipo B richiedono la presenza di almeno il 30% di soggetti svantaggiati (nel caso, anche utenti dei Servizi di Salute Mentale) e svolgono attività di

produzione di beni e servizi rivolti al mercato, in cui operano in regime competitivo, essendo agevolate da possibilità di appalti o affidamenti di servizio ad esse riservati. Esse coprono attività diverse (in ambito agricolo, industriale, commerciale e dei servizi) e sono principalmente rivolte all'occupazione di persone con diverse forme di svantaggio (che devono costituire la quota, come detto, di almeno il 30% della forza lavoro). Queste persone sono soci a pari diritto dei non svantaggiati.

Questa separazione tra tipo A e tipo B è stata più recentemente superata dalla legislazione, per cui oggi una cooperativa può gestire entrambi gli ambiti (Cooperative A+B). L'art. 4 della L.381/1991 chiarisce che per persone svantaggiate "si intendono gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno". Questi soggetti "devono costituire almeno il trenta per cento dei lavoratori della cooperativa e, compatibilmente con il loro stato soggettivo, essere soci della cooperativa stessa".

Leggi regionali hanno rafforzato il quadro normativo. Ad esempio, l'Amministrazione della Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi della Legge Regionale n. 7/1992, è autorizzata ad intervenire con la concessione di contributi per l'acquisto di attrezzature idonee all'uso da parte di persone svantaggiate, di contributi forfettari sia per le stesse che per le cooperative sociali, che sono finalizzati alla formazione di personale specializzato per assistenza tecnico professionale e aziendale a soggetti svantaggiati.

La Legge Nazionale n. 68 del 1999, sulla promozione e l'integrazione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro, ha previsto percorsi assistiti individuali di formazione professionale e inserimento lavorativo. La successiva Legge Nazionale n. 328/2000 ("riforma Turco") ha inserito la cooperazione sociale nel quadro di un sistema integrato di servizi sanitari e assistenziali finalizzato al recupero dell'integrazione sociale e al superamento delle forme di esclusione sociale delle persone svantaggiate. Essa prevede percorsi assistiti individuali di formazione professionale e inserimento lavorativo.

La legge 6 giugno 2016, n. 106, con i decreti legislativi n. 112 e n. 117 del 2017 (c.d. Riforma del Terzo Settore) ha indirettamente ricompreso le cooperative sociali tra gli "enti del terzo settore" (ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 1, d. lgs. n. 117/2017). Attraverso lo status di imprese sociali, in quanto soggetti giuridici del terzo settore, esse possono svolgere attività di interesse generale. Infatti, in aggiunta agli ambiti previsti dalla L.381/1991, sono inclusi interventi e servizi sociali di cui alle L. 328/2000, L. 104/1992 e L. 112/2016, interventi e prestazioni sanitarie; prestazioni socio-sanitarie; educazione, istruzione e formazione professionale, nonché attività culturali di interesse sociale con finalità educativa; formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione

della dispersione scolastica ed al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo ed al contrasto della povertà educativa; servizi finalizzati all'inserimento e al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori molto svantaggiati e delle persone svantaggiate o con disabilità, nonché di persone beneficiarie di protezione internazionale e persone senza fissa dimora, le quali versino in condizioni di povertà tale da non poter reperire e mantenere un'abitazione in autonomia.

Gli interventi legislativi di riforma del terzo settore hanno introdotto alcune novità, tra cui il bilancio sociale e la valutazione di impatto sociale, a sottolineare il carattere di impegno pubblico delle cooperative e la conseguente ricaduta della loro azione sui territori e su tutti gli stakeholders, dai diretti beneficiari di servizio alla pubblica amministrazione, dalle altre imprese locali alla collettività e all'ambiente stesso.

In tutte queste leggi si persegue dunque lo sviluppo economico e la coesione sociale. A tali scopi si richiedono non solo forme di orientamento individuale e ricerca di lavoro, anche mediante agenzie di collocamento, ma anche tirocini e borse di lavoro, stage, contratti di formazione professionale, creazione di impresa.

Le cooperative sociali sono partner fondamentali dei tirocini formativi di utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani, che spesso impiegano le c.d. "borse di lavoro" o strumenti affini, variamente denominati (ad es. a Trieste, assegni di formazione al lavoro, AFL). In linea generale si può affermare che si tratta di strumenti che, se utilizzati in una situazione dinamica, formativa e non di collocamento inerte, rappresentano una risorsa fondamentale per le persone e per i servizi che le sostengono. Da qui l'importanza della cooperazione come fondamentale soluzione di intermediazione per l'inclusione socio-lavorativa di persone le cui capacità appaiono ancora da sviluppare o sono "residuali".

In generale va sottolineato che queste esperienze, quando si sono sviluppate in stretta interazione con (e a volte sono state germinate da) un servizio pubblico "forte", ben organizzato e dotato di risorse, hanno rappresentato una leva potente di trasformazione della risposta psichiatrica in senso terapeutico, abilitativo e di inclusione sociale.

4. L'esperienza a Trieste

Trieste, che ha dato vita al movimento della cooperazione sociale in Italia, rappresenta tuttora un esempio importante e vitale in questo senso.

La prima società cooperativa è stata costituita nel 1972, durante il processo di deistituzionalizzazione col superamento dell'OPP di Trieste, su iniziativa di un gruppo di pazienti, supportati dagli operatori, per il riconoscimento economico del loro lavoro di pulizia, fino allora non pagato, all'interno dello stesso manicomio. Era allora in gioco il diritto dei pazienti psichiatrici di associarsi e di negoziare un contratto per la manutenzione dell'ospedale. Fu sostenuto uno sciopero con il sostegno del sindacato degli infermieri, ed alla fine l'amministrazione cedette alla proposta che i pazienti coinvolti nella cosiddetta

"ergoterapia " diventassero soci della "Cooperativa Lavoratori Uniti" (in seguito dedicata a Franco Basaglia). Fu la prima cooperativa sociale "integrata" (con soci anche esterni) ad entrare in un regolare rapporto contrattuale con l'ente pubblico. Il loro status sociale non era così più quello di pazienti, ma di lavoratori con lavoro, stipendio e relativi diritti; essi diventavano soggetti inseriti in un contesto contrattuale, sociale e lavorativo insieme. Negli anni successivi, le cooperative sociali hanno iniziato a crescere sia localmente, che come movimento nazionale e internazionale.

Storicamente, la riabilitazione a Trieste, dentro cui possiamo inquadrare gli interventi legati al tema del lavoro, è stata concepita come un programma di restituzione e di ricostruzione di pieni diritti di cittadinanza per le persone disabili da malattie mentali, e di costruzione materiale dell'effettività di questi diritti (17). Ciò richiede adeguate risorse dedicate all'interno di una strategia complessiva dei servizi di salute mentale pubblici: occorre, come sottolinea l'OMS, che essa sia "multisettoriale" (18), ossia sviluppata insieme con il terzo settore e i servizi sociali come partner privilegiati. Case, posti di lavoro, beni, servizi, relazioni sono stati inizialmente favoriti dal processo di deistituzionalizzazione attraverso la riconversione in investimenti per le persone e in servizi di comunità, come fu previsto dalla Legge regionale Friuli Venezia Giulia n. 72/1980 di applicazione della legge n. 180/1978 (c.d. "Legge Basaglia") e della successiva L. 833/1978 (c.d. "nascita del SSN", che incorporò la citata L.180 negli articoli 33,34,35). E' stato quindi necessario superare i limiti del servizio pubblico attraverso una pratica sociale diffusa ed extraistituzionale, che andava a includere altri soggetti al di fuori del servizio pubblico, come le cooperative sociali.

La tabella n.2 riporta alcuni aspetti essenziali della rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. La configurazione rappresentata in tabella si è sviluppata a partire dal processo di deistituzionalizzazione (fine anni 80) ed ora (2020) è in via di aggiornamento, in quanto il DSM della nuova Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) include anche il territorio dell'ex-Provincia di Gorizia.

Popolazione di riferimento dell'area: 240.000 abitanti (valori arr.)

- 4 Centri di Salute Mentale (24/7), ciascuno con 6 posti letto
- Un Servizio Ospedaliero di Diagnosi e Cura (24/7), con 6 posti letto di emergenza
- Un Servizio di Riabilitazione e Residenzialità, con programmi di abitare assistito e piccole case-famiglia
- 11 Cooperative Sociali, inquadrate organicamente nel DSM, con oltre 600 persone in 3 Cooperative di tipo A ed altrettante in 8 di tipo B (50% dei soci sono soggetti svantaggiati; oltre 100 hanno la borsa di lavoro).

Tabella 2 - Il dipartimento di salute mentale a trieste nel 2019

Il servizio pubblico richiede un'adeguata partnership con il terzo settore - formalizzata da atti amministrativi e relative risorse - per realizzare un impatto complessivo sull'insieme dei bisogni che sottostanno alla salute mentale. Ad esempio, il Centro diurno "diffuso" gestito dal Servizio di Riabilitazione del DSM nella città (tab.2) comprende oggi programmi di formazione e laboratori sviluppati con associazioni di volontariato, club e case per la ripresa / recovery (19-20).

Va sottolineato che le risorse pubbliche investite ritornano moltiplicate in termini di buoni esiti di salute. Le cooperative sociali, inquadrare organicamente nel DSM, ne assorbono circa un quarto dell'intero ammontare. Tali importanti risorse sono finalizzate a realizzare gli interventi previsti di cui viene riconosciuto, purtroppo spesso con difficoltà all'interno ed all'esterno dell'Azienda Sanitaria, l'impatto positivo in termini di salute. Si tratta soprattutto dei c.d. "budget di salute" per progetti individuali di circa 150 persone nelle aree dell'abitare, del lavoro e della socialità, sussidi all'utenza e contributi alle associazioni attive nel Centro Diurno diffuso e sostegni per attività di socializzazione; infine, elemento fondamentale, per sostenere con investimenti relativamente contenuti, ma molto importanti, gli assegni di formazione al lavoro, altrimenti detti "borse di lavoro" (Tabella 2).

A Trieste, il numero di persone che lavorano nelle cooperative sociali che fanno riferimento anche al DSM è molto elevato (Tabella 2), circa 600 nelle cooperative di tipo A e 600 nelle cooperative di tipo B. Nelle cooperative di tipo B almeno il 50% sono soci svantaggiati, e più di 100 persone sono in formazione con borse di lavoro. I soci vengono pagati per il loro lavoro rispettando il contratto nazionale di categoria, anche se ne esiste uno specifico (meno remunerativo) per i soci di cooperative sociali. La cooperativa deve raggiungere il pareggio di bilancio come ogni impresa, ed eventuali utili vanno reinvestiti. Gli acquirenti di servizi sono gli enti pubblici (tra cui la stessa Azienda Sanitaria, Enti di Ricerca, il Comune di Trieste), oltre che privati cittadini.

Alcuni operatori del Dipartimento di Salute Mentale hanno nel tempo rivestito responsabilità direttive o lavorato in esse anche direttamente come manager part-time; vi sono inoltre soggetti esterni, come esperti, tecnici e collaboratori su temi-settori specifici, e soci ordinari. È prevista un'esenzione fiscale individuale per due anni ai soci svantaggiati. La cooperativa ha una struttura partecipativa, dove ogni socio ha un voto nell'assemblea, che prende le decisioni principali ed elegge il comitato direttivo.

Le cooperative sociali possono anche presentare opportunità di carriera lavorativa. L'obiettivo più importante è la crescita dell'autonomia dei soci, insieme con il miglioramento dei loro scambi sociali e del loro rapporto con i servizi, laddove per autonomia si intende non solo un risultato terapeutico e abilitativo per l'individuo, ma anche un fatto concreto, di autosufficienza economica e di emancipazione da condizioni di dipendenza familiare o dai servizi. Negli ultimi anni tutto ciò è stato ricompreso, con valenze più

complesse, nel termine “recovery” (o ripresa, vedi oltre).

Prendendo come spaccato la storica prima Cooperativa di tipo B (“Coop.Franco Basaglia”), questa si occupa oggi di servizi mensa, ristorazione, pulizie, trasporti, lavanderia, legatoria; molti manager dei diversi settori sono persone “svantaggiate”. Il 45% delle persone svantaggiate (cioè il 60% del totale dei soci) lavora a tempo pieno. L'80% dei tirocinanti viene assunto entro tempi medi di 12-14 mesi. Il principio dello “stare nel mercato” è stato confermato anni fa da un contratto di “global service” vinto in associazione con imprese private (ATI) per la copertura di mense, pulizie e altri servizi in tutta la sanità, inclusi gli ospedali. Essa si può considerare come un'impresa di medie dimensioni. Guardando globalmente alla vita dei soci, la cooperativa si prende cura dei loro diritti sociali: alloggio, assistenza fisica, qualità della vita, tempo libero, attenzione alla cura dei bambini, ecc.

A Trieste sono attive oggi ben otto cooperative di tipo “B” (“Franco Basaglia, La Collina, Querciambiente, Confini, Cassiopea, Il Melograno, Agricola Monte San Pantaleone, Lister”). Sono stati sviluppati nuovi progetti per il riciclo creativo e oggetti d'arte (Coop. “Hubility”); per la coltivazione biodinamica (Coop. “Oltre i Grembi”); per attività di laboratorio di cucina di qualità e benessere (Coop. “Cave Nove”).

Se guardiamo al percorso di inserimento che il DSM di Trieste mette in atto, che garantisce la verifica e il coordinamento centrale attraverso un'attività di gruppo trasversale ai quattro CSM, in ogni servizio è presente almeno un operatore dedicato, che dall'interno del team coglie ogni suggerimento e richiesta rispetto a singole persone seguite dal servizio, che va a conoscere direttamente, collaborando con gli operatori-chiave (case-manager). Durante la ricerca del lavoro viene presentato e discusso un “catalogo di offerte”, e viene poi organizzata una visita ai luoghi di possibile inserimento, seguita da una scelta concordata tra i soggetti. Va sottolineata la costituzione di un contratto di formazione tripolare tra utente, servizio e azienda (cooperativa sociale o altro), che può essere interrotto comunque da ciascuno dei tre soggetti contraenti.

I tirocini formativi, sostenuti da strumenti economici come le borse di lavoro e altri, avvengono quindi in vari contesti e con i più diversi partner, ma tra essi prevalgono ancora nettamente le cooperative sociali. Circa un quarto di questi tirocini si svolge anche in aziende private, dove però la questione principale è la sostenibilità, il supporto formativo e la tenuta sul lavoro, che sono meglio garantiti dalla cooperazione sociale. Anche se corredati da specifici corsi professionali, spesso progettati con fondi regionali o europei proprio grazie alle cooperative e alla loro offerta, si tratta essenzialmente di approcci “place and train” (“inserisci prima e forma sul posto”), che invertono il tradizionale approccio che vede la formazione professionale precedere ricerca del lavoro e inserimento effettivo. I modi e gli approcci utilizzati dalle cooperative sociali nell'inserimento lavorativo di persone con disturbo mentale non sempre sono stati formalizzati in una metodologia

standardizzata (in questo senso, si veda oltre l'accento all'IPS), ma globalmente hanno dimostrato di avere successo per una serie di fattori-chiave ben descritti a Trieste, e inseriti tra i principi qualificanti dell'impresa sociale, in particolare la piccola dimensione, la diversificazione delle attività, la qualità dei prodotti, dei processi e delle relazioni (15). L'inserimento lavorativo avviene attraverso un approccio che in altri contesti è stato definito come "supporto naturale" (21), rivolto a trovare il giusto tipo di azienda (ad esempio una dimensione di piccola scala, a conduzione familiare o familiare), la relazione personale di fiducia, il sostegno "sul posto" con la massima flessibilità e disponibilità da parte sia del partner formativo che del servizio di salute mentale.

I dati del 2017 mostrano che a Trieste 282 persone sono state inserite in progetti individuali "place and train," con borse di lavoro; 15 di esse hanno raggiunto un'occupazione stabile nel corso dell'anno. Al di là degli aspetti quantitativi, alcune indagini locali hanno confermato, da diversi anni, buoni risultati non solo in termini di occupazione, ma anche di qualità della vita, e in particolare il miglioramento del rapporto con i servizi di salute mentale e dei programmi terapeutici, un minor uso di farmaci, il miglioramento dei rapporti familiari e della rete sociale, che risulta ampliata (22).

Ancora, a Trieste undici cooperative (sia A che A + B) sono coinvolte nel sistema dei progetti personalizzati / budget di salute, offrendo sostegno domiciliare e servizi alla persona, tra cui formazione e inserimento socio-lavorativo. L'utilizzo di budget di salute per i progetti di vita personalizzati risulta oggi molto rilevante per quanto riguarda il tema del lavoro (23). Anche se l'esperienza triestina non ha integrato direttamente l'impostazione delle cooperative sociali con l'auto-mutuo aiuto, che è stato invece sostenuto da associazioni di clienti e cittadini anch'essi partner del Dipartimento di Salute Mentale, va sottolineato che sono stati formati alcuni operatori del sostegno tra pari ("peer support") attraverso corsi dedicati, e la maggior parte di loro sono stati poi impiegati come soci di cooperative di tipo A per i servizi alla persona. Alcuni di loro lavorano con il team del CSM come operatori per l'inclusione sociale nel Centro Diurno "diffuso" e sono coinvolti in ogni forma di co-produzione, ad esempio nella "casa della recovery", nell'"empowerment college", ed altro.

5. Dall'inserimento lavorativo nei DSM alla ricerca sulla recovery: cittadinanza e co-produzione

L'attuale situazione italiana mostra un costante aumento della domanda di lavoro da parte di persone svantaggiate, ma solo un numero stabile di esse, purtroppo esiguo, viene impiegato regolarmente attraverso gli schemi tradizionali e le norme e le procedure disponibili (Legge Nazionale 68/99).

A fronte di ciò, nella tabella 3 sono riassunti i dati "macro" oggi disponibili nel settore dell'impresa sociale, riferiti all'intero Paese.

- Dal 2011 al 2015 sono aumentate, in totale, da 11.264 a 16.125, + 43%; +11,6% nell'intero settore non profit. Le imprese sociali operanti nell'area dello sviluppo economico e sociale si sono ridotte da 7.458 a 6.838 (-8,3%).
- Nel 2015 le cooperative sociali rappresentavano l'86% del totale del terzo settore, con 92.696 soci ordinari (+ 25,9%), 45.566 soci volontari (-21,1%).
- Dal 2011 al 2015 nelle cooperative operanti nell'assistenza sociale il numero dei soci è aumentato del 26,1%; nel settore della salute del 11,9%.
- Nel 2014 le cooperative sociali di tipo B erano 3.671 su 13.604 (fonte: INPS), con un aumento, rispetto al passato, dell'8,5% dei soci svantaggiati (2008 vs 2014) e del 50,7% del capitale investito.
- Nel 2014 i soci delle cooperative A e B erano 530.788, di cui 32.611 svantaggiati (23).

Tabella 3 - Andamento delle cooperative sociali / onlus in Italia

Nel loro insieme, questi dati indicano l'entità economica del settore, anche come risposta alla domanda proveniente dall'area dello svantaggio, e la sua resilienza rispetto al periodo di crisi, che ha invece visto contrarsi considerevolmente il settore delle imprese profit.

Una ricerca nazionale (25) sul ruolo dei servizi di salute mentale nella riabilitazione professionale e nell'inserimento lavorativo ha mostrato alcun anni fa che l'80% dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia ha le Cooperative Sociali di tipo B come partner principali. I team dei CSM hanno personale dedicato per l'inserimento lavorativo che svolgono tutte le azioni (eccetto il supporto sul posto di lavoro, fornito principalmente da partner esterni). La formazione sul posto di lavoro ("place and train") è la strategia principale per l'inserimento, laddove il supporto individuale è offerto dai partner. Come coordinatori del team dedicato all'inserimento, le persone con buone capacità relazionali sono più richieste degli esperti dello specifico settore. I criteri principali per la riuscita di un percorso o progetto d'inserimento sono la presenza di un piano di assistenza globale, completo (70%), le opportunità offerte (40%), quindi la motivazione del soggetto (23%) e le sue competenze professionali (23%). L'inserimento lavorativo è dunque un ampio intervento di rete. L'utilizzo di strumenti economici come le borse di lavoro è attuato generalmente dal servizio (47%) o dal Comune (26%). Resta importante il ruolo delle agenzie per l'impiego, che intermediano la maggior parte dei progetti (66%).

Osservando il campione di utenti in percorsi di inserimento (n = 14.403), essi sono per il 56% maschi, hanno un'età compresa tra 35 e 44 anni, una diagnosi predominante di psicosi (49%). I risultati mostrano un'elevata qualità della vita (65%), buona soddisfazione (59%), miglioramento clinico (57%). L'occupazione è considerata comunque l'outcome principale e comprendeva 1.448 individui (10%). La principale determinante del programma di formazione professionale è la presenza di cooperative sociali, mentre la principale determinante del buon esito è il contesto economico e locale.

Per quanto riguarda le Regioni ci sono ampie variazioni: in Friuli Venezia Giulia il numero di progetti di inserimento lavorativo era pari a 50 / 100.000 abitanti, nelle Marche (il più alto) 52 / 100.000, mentre in Calabria (il più basso) 1,55 / 100.000.

Va qui ricordato che questo quadro è in evoluzione. In Europa, come in Italia, si è affermato da circa 15 anni il programma di lavoro assistito, meglio studiato e valutato come efficace sia nell'inserimento lavorativo che nel mantenimento di un lavoro competitivo, ovvero l'Individual Placement and Support (IPS) (26-28). I dati della Regione Emilia-Romagna mostrano (nel 2016) 768 persone incluse, di cui 476 (62%) hanno effettivamente lavorato (29). L'IPS ha oggi una piena coerenza con i piani sociali e sanitari regionali (Emilia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Marche, Lazio, Liguria, Toscana) e si sta anche affermando in sinergia con la cooperazione sociale.

E' importante guardare all'aspetto soggettivo. Da molti anni in salute mentale ha assunto ampia rilevanza il tema della "recovery" personale, ossia della "ripresa", che va intesa in un modo diverso da quello usualmente applicato alla "guarigione" in senso clinico, in altri contesti della medicina. Qui si tratta invece di considerare la "ripresa" dal punto di vista soggettivo dell'individuo, che assume un ruolo attivo sul proprio percorso e torna a condurre quella che, innanzitutto per lui o per lei, risulta essere una vita completa ("whole life"). Ciò spesso comporta riprendere un ruolo sociale, in questo caso anche produttivo, anche senza il completo superamento dei sintomi, ma con un buon funzionamento complessivo (c.d. recovery sociale) (30).

Esaminandolo dal punto di vista soggettivo delle persone con esperienza vissuta, il lavoro è senza dubbio la via d'uscita più importante dal "circuito" psichiatrico nel processo di recovery. Ciò è documentato da una ricerca internazionale (31), in cui, quando si guarda al rapporto tra ripresa e cittadinanza, è emersa nel percorso personale l'importanza della dimensione sociale. Si è visto come l'inserimento lavorativo non è legato ad una progressione, come se fosse un obiettivo in sé; piuttosto esso va visto come uno strumento nel percorso di recupero ed emancipazione. Le opportunità professionali sono necessarie nella scoperta di sé, come mezzo per l'esplorazione delle proprie potenzialità. Il lavoro è un'attività significativa che combatte l'isolamento, la solitudine e il tempo vuoto. Esso mette in grado di socializzare, di fare nuove amicizie, e soprattutto le esperienze lavorative di successo riflettono il progresso o il miglioramento di sé nello sviluppo di un ruolo sociale positivo, correlato al sentirsi valorizzati dagli altri e in qualche modo necessari. Il reddito generato dal lavoro migliora peraltro la qualità complessiva della vita della persona.

E' ritenuta pure importante l'esperienza di commettere errori e di tentare strade diverse, senza ritenere di fallire come dato definitivo e di essere per questo rifiutati. Anche se viene riconosciuto che il lavoro è a volte stressante, le persone imparano a modulare e gestire questo tipo di stress in modo che sia una componente essenziale nel riprendersi la vita. Riacquistare una vita "normale" implica necessariamente un reimpegno nelle atti-

vità ordinarie della vita quotidiana, come andare a scuola, trovare un lavoro, sviluppare amicizie e relazioni sentimentali e partecipare ad attività sociali e ricreative naturali. Ciò comporta un ampio ventaglio di soluzioni, data la diversità degli interessi umani, dei talenti e delle doti di ognuno.

In generale, quindi, le pratiche relative alle cooperative sociali, in un'ottica di teoria e pratica dell'impresa sociale, vanno viste non solo come "interventi" nel campo della riabilitazione, ma come azioni di sviluppo di un'intera "economia sociale", come precedentemente definita. All'interno di essa, nella logica della valorizzazione dei soggetti che qui citiamo, si delinea sempre di più la realizzazione di una delle premesse dell'impresa sociale stessa, ossia la mobilitazione dei soci / beneficiari e la loro valorizzazione in un senso anche collettivo. Guardando al progresso più recente della ricerca sociale, possiamo oggi valutare il contributo attivo non solo degli utenti, ma anche degli altri stakeholders dell'impresa sociale come una forma di "co-produzione" (32-33). Questo termine significa fornire servizi pubblici in un rapporto paritario e reciproco tra operatori, persone che utilizzano servizi, le loro famiglie e la comunità locale. Tutti questi soggetti diventano in tal senso agenti di cambiamento e di produzione di benessere molto più efficaci (34), proprio perché si riconoscono le persone come risorse, e si promuove la reciprocità, il "dare e ricevere", la fiducia ed il rispetto reciproco, e si costruiscono reti sociali e capitale sociale.

6. Conclusioni

Terminiamo questa rassegna con una sintesi di punti qualificanti e programmatici.

- A. I programmi e i servizi di salute mentale della comunità devono concentrarsi in un approccio globale ("*whole life approach*"), su tutti gli ambiti della vita; di questo le persone hanno bisogno se si vogliono offrire le migliori opportunità di recupero (35). La realizzazione della persona in tutti i vari domini della vita individuale e della sua dimensione sociale può avvenire solamente se c'è un sistema di supporto integrale ed integrato, sviluppato e implementato tra molte agenzie e gruppi della comunità.
- B. Sia i servizi formali che quelli informali devono cercare forme di partecipazione, cooperazione e coinvolgimento attivo e alleanze, con l'*empowerment* di tutte le parti interessate per formare un sistema integrato. In questo modo la partnership ed il rapporto con tutti gli attori e le agenzie del Terzo Settore diventa uno strumento fondamentale per impostare progetti personalizzati incentrati sui bisogni effettivi delle persone, migliorandone così le capacità e l'autonomia.
- C. Occupazione, lavoro e formazione sono tra gli strumenti più importanti per la ripresa e l'emancipazione. Questo percorso inizia con progetti personali di vita, sviluppati con l'utente dai Servizi di Salute Mentale, coinvolgendo la sua rete sociale.
- D. E' necessario trasformare la cultura dei servizi e superare il pregiudizio sulla malattia mentale come "improduttiva". La sfida della produttività è legata alla possibilità di

una reale inclusione sociale e lavorativa. Ciò risulta particolarmente vero quando gli utenti diventano imprenditori o soci di cooperative sociali, veri protagonisti dell'inclusione sociale.

- E. La cooperazione sociale non necessita solo di collocarsi nel mercato come impresa. Proprio il valore sociale aggiunto che essa comporta richiede delle politiche per creare concrete opportunità di vincere appalti pubblici, o comunque di proporsi agli enti locali ed ai territori in tale veste. Le imprese sociali dovrebbero interrogarsi su quale sia il loro ruolo oggi in un'economia sociale e oltre, continuare il loro lavoro per la deistituzionalizzazione, da cui sono storicamente nate, ed evitare nuove forme di esclusione sociale.
 - F. E' opportuno favorire lo sviluppo di un territorio nel suo insieme: da qui il coinvolgimento della comunità come partner nell'inserimento lavorativo, i programmi per lo sviluppo delle comunità e il coinvolgimento complessivo dell'utente, l'acquisizione di competenze, i progetti individuali e i programmi di gruppo, la co-produzione di servizi e progetti tra i diversi attori.
 - G. Le imprese sociali necessitano di politiche specifiche volte a favorire sia i tirocini formativi delle persone svantaggiate con risorse ad hoc, sia a sviluppare la loro attività con contratti pubblici, tramite accordi regionali o territoriali, grazie al coinvolgimento attivo del settore sociosanitario in toto, prevedendo impegni specifici degli Enti Locali e delle Aziende Sanitarie. In diverse regioni italiane sono stati messi in atto patti territoriali, protocolli, impegni di varia natura, ma spesso la cooperazione sociale è stata vista come alternativa o *competitor* rispetto all'impresa privata (con cui può peraltro collaborare sotto forma di ATI, associazione temporanea di impresa, o altre forme di partenariato), e politicamente connotata in quanto portatrice di valori di integrazione, inclusione, solidarietà, valorizzazione delle diversità, giustizia sociale e uguaglianza. Il significato della cooperazione sociale integrata è stato talora frainteso ed il suo stesso valore aggiunto sociale è stato sottostimato; il successo delle forme di impegno delle amministrazioni pubbliche è stato alterno ed a macchia di leopardo. E' necessario invece un forte investimento del pubblico nel nuovo welfare di comunità.
- In conclusione, ci sembra rilevante sottolineare che, come si è qui cercato di rappresentare, risulta oggi riduttivo considerare l'inserimento lavorativo come uno strumento terapeutico e/o riabilitativo. Certamente esso fa parte integrante del progetto di cura di una persona ed entra nel ventaglio delle risorse a disposizione del lavoro di salute mentale e della presa in carico dei singoli. Oltre che elemento a disposizione della cura, esso è parte della (auto) cura di sé, del prendersi cura di se stessi nella recovery; rappresenta una risposta a bisogni materiali e post materiali, anche di carattere simbolico, che attengono alla normalità e alla integrazione sociale. In tal modo impatta anche sui determinanti sociali di salute. Nel migliorare le condizioni di vita attraverso il salario e nel fornire un ruolo

sociale, al posto della condizione passiva di assistito, l'inserimento lavorativo rappresenta un cambio strutturale molto concreto.

L'impresa sociale è un formidabile strumento di trasformazione economica delle persone e del modo di fare impresa e stare sul mercato; di promozione della cittadinanza attiva e dello sviluppo sociale; di contrasto allo stigma ed al pregiudizio dell'improduttività rivolto verso le persone con disabilità o disturbo mentale; di trasformazione in generale delle culture sociali.

Bibliografia

1. Simon H. (a cura di Toresini L.) Il lavoro rende liberi ? Dall'ergoterapia all'istituzione inventata. Sapere 2000. Ariccia: Aracne ed., 2020.
2. Harnois G., Gabriel P. Mental health and work: impact, issues, and good practices. Nations for Mental Health, World Health Organization and ILO; 2002.
3. International Labour Office (ILO). Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention; 1983 (No. 159). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C159
4. World Health Organization. Psychosocial Rehabilitation. A consensus statement. World Health Organization; 1996.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60630/1/WHO_MNH_MND_96.2.pdf
5. Momm W. New concepts and experiences concerning the employment of persons with mental disorders. ILO contribution for the III Congress of WAPR, Montreal, Canada; 1991, Oct 13-16.
6. World Health Organization. World Health Report. World Health Organization; 2001.
7. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365: 1099-104
8. World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization; 2014.
9. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations General Assembly Resolution; 2006, Dec 13. A/RES/61/106.
10. European Commission. Social economy in the EU. Retrieved 2 February 2019. https://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy_en
11. The Council of the European Union. The promotion of the social economy as a key driver of economic and social development in Europe. Council Conclusions, Brussels; 2005, Dec 7. 15071/15.
12. Defourny J, Nyssens M. Social enterprise in Europe: recent trends and developments. Social Enterprise Journal, 2008; Vol. 4 No. 3; 202-228. DOI 10.1108/17508610810922703
13. Nyssens M. (ed.) Social Enterprise. At the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society. Routledge; 2006.
14. Borzaga C. Defourny J. The emergence of social enterprise. London: Routledge; 2001.
15. Rotelli F. Per un'impresa sociale. In: Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios; 1999; 75-91.
16. Department of Trade and Industry (DTI) Social Enterprise: a Strategy for Success, London; 2002.
17. Rotelli F. Ri-abilitare la ri-abilitazione. In: Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios; 1999; 104-113.
18. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, World Health Organization; 2013.
19. Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An "open door-no restraint" system

- of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 2014; 202:440-5.
20. Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors - Trieste, Italy. *La santé mentale en France et dans le monde. L'Information Psychiatrique* 2016; 92 (9): 747-54.
 21. Verdugo M.A. y Jordàn de Urries B. Empleo con Apoyo y Salud Mental. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, 19-22 noviembre 2003, Publicaciones del INICO, Universidad de Salamanca, 155-164.*
 22. Del Giudice G. (a cura di) *Formazione e inserimento lavorativo. Pratiche di abilitazione ed emancipazione nella salute mentale.* Trieste: Asterios; 2000.
 23. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *International Journal of Mental Health* 2016; 45(1): 59-70.
 24. Borzaga C. La cooperazione sociale nell'inserimento lavorativo. Dai risultati del modello alle sfide. *Personal Communication, Seminario Legacoopsociali - Roma; 2018, Jun 5-6.*
 25. Bracco R, Mezzina R, Ridente P, Rucci P, Zanello E. Il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale nella formazione e nell'inserimento al lavoro di persone con problemi di salute mentale. Un primo quadro nazionale fornito dalla ricerca PIL - Per l'Inserimento Lavorativo. In: Barone R, Bruschetta S, D'Alema M. eds. *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete Airsam.* Milano: Franco Angeli editore; 2013, 171-193.
 26. Bond GR, Drake R, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11:32-39.
 27. Knapp M., Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A., et al. Supported employment: cost effectiveness across six European sites. *World psychiatry* 2013; 12(1), 60-68.
 28. Modini M., Tan L., Brinchmann B., Min-Jung Wang, Killackey E., Glozier N., Mykletun A. et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *BJP* 2016; 209:14-22.
 29. Fioritti A. Il supporto individuale all'impiego: riabilitazione psichiatrica o politica attiva del lavoro? *Relazione presentata al 3° IPS Day Nazionale, AUSL Bologna. Bologna; 16 ottobre 2017.*
 30. Mezzina R. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: Marin I, Bon S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale.* 180 – Merano: Archivio Critico della Salute Mentale, Alfabeta Verlag Ed.; 2012; pp. 7-23.
 31. Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2006; 9 (1): 39-61.
 32. Ostrom E, Baugh WH. *Community Organization and the Provision of Police Services.* Beverly Hills: Sage Publications; 1973.
 33. Parks RB, Baker PC, Kiser L, Oakerson R, Ostrom E, Ostrom V, et al. Consumers as coproducers of public services: Some economic and institutional considerations. *Policy Studies Journal* 1981; 9, (7): 1001-1011.
 34. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production - How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services, Nef / NESTA, www.nesta.org.uk; December 2009.
 35. International Mental Health Collaborating Network. Whole life whole community whole systems approach. www.IMHCN.org. Retrieved 20 June 2018.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno