

Reinserimento sociale e lavorativo.

Riprendo, con assoluta condivisione, la citazione, già utilizzata in passato per questo ambito di discussione, di Amartya Sen, premio Nobel per l'economia, che sostiene che la valorizzazione delle capacità individuali è la condizione essenziale, connessa con il reddito, per l'uscita dalla deprivazione e quindi dalla marginalità.

Passano gli anni ma l'attualità di questa citazione resta e viene sperimentata quotidianamente nei Centri FICT, dislocati su tutto il territorio italiano e che dagli anni '70, attuano e condividono "Progetto Uomo".

"Progetto Uomo" pone l'uomo al centro di un intervento multidisciplinare accogliendolo nella sua fragilità e nel suo disagio esistenziale, che esprime nell'affrontare la quotidianità della vita. E' innanzitutto un programma educativo che invita a riflettere sul comportamento sociale di ogni persona, ad approfondire la conoscenza di sé, a condividere i propri sentimenti stimolando la comunicazione e i rapporti interpersonali, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita e di favorire l'integrazione positiva e dinamica tra individuo e ambiente.

I Centri FICT scelgono l'auto-mutuo-aiuto come atteggiamento irrinunciabile di ogni intervento educativo e assistenziale, sia personale che di gruppo e per questo si impegnano a costruire relazioni che tendono, tra l'altro, a **"sviluppare le competenze lavorative, culturali e sociali"** degli ospiti dei Centri, puntando **"sempre all'attivazione e al raggiungimento delle autonomie possibili da parte delle persone che accogliamo, all'accrescimento delle loro competenze relazionali e al reinserimento nel territorio"** (cfr. Carta dei Valori della FICT).

Terzo momento del cammino di riabilitazione nei Centri FICT è il "Reinserimento", pensato come percorso personalizzato di rientro graduale nella società, in quanto momento cruciale di autentica scelta progettuale di vita, di socializzazione concreta, dove si impara a far fronte alla fatica quotidiana del vivere, del lavorare e dell'ammalarsi.

Tale momento viene oramai preceduto e preparato da una serie di percorsi formativi che iniziano già nelle precedenti fasi del percorso.

Utilizzare il tempo che gli utenti delle Comunità si dedicano per riappropriarsi di sé, per implementare il proprio bagaglio culturale e professionale, è parte integrante della *mission* dei Centri FICT.

Chi ha una occupazione stabile non intende sobbarcarsi il rischio di perdere il proprio posto di lavoro per inserirsi in percorsi residenziali a medio-lungo termine, prediligendo programmi ambulatoriali.

Sulla consapevolezza, quindi, che ricorrono al trattamento residenziale le persone con maggiori svantaggi sociali, minore integrazione e ridotte competenze professionali, le Comunità si sono attivate strutturando percorsi di recupero scolastico e percorsi di formazione professionali, anche avvalendosi di convenzioni e protocolli di intesa con Enti di Formazione Professionale esterni.

L'acquisizione di buoni livelli di scolarità, l'appropriazione di strumenti cognitivi e culturali, la formazione di una identità professionale e l'assunzione di consapevolezza rispetto alle proprie capacità concorrono a strutturare quell'insieme di risorse personali capace di contrastare il disturbo additivo e rafforzare il controllo degli impulsi.

Gli strumenti del reinserimento sociale devono essere considerati parte integrante della terapia e al termine di un percorso terapeutico appropriato, il reinserimento sociale può divenire un cofattore essenziale nelle strategie di prevenzione della ricaduta.

In questo campo si è soliti individuare tre livelli di attività lavorativa in funzione dell'obiettivo che ci si pone e cioè: l'ergoterapia, il lavoro protetto ed infine il lavoro produttivo.

L'**ergoterapia** è uno strumento a valenza squisitamente terapeutica che viene utilizzato al fine di ricostruire la personalità del soggetto tossicodipendente.

Il **lavoro protetto** ha fundamentalmente lo scopo di abituare la persona all'attività lavorativa mentre il **lavoro produttivo** mira alla sussistenza ed alla realizzazione dell'individuo.

Una forma di "lavoro protetto" e strumento valido di reinserimento sociale e lavorativo è rappresentato dal "Tirocinio di Formazione e Orientamento" (di cui all'art. 18 della L. 24/06/1997 n. 196) che consente l'inserimento del soggetto in attività lavorative, in un setting ancora distante dall'impatto con il mondo del lavoro reale. Ciò si rivela spesso utile, oltre che nel preparare il terreno su cui potrà più favorevolmente attecchire successivamente una occupazione stabile, anche a livello trattamentale quale percorso educativo indispensabile per l'acquisizione di regole e competenze. Il più delle volte nei nostri Centri ci si confronta con utenti che alla domanda "cosa sai fare?" rispondono "un po' di tutto", cioè a dire niente.

Lontani dalla concezione di dover rispettare orari, mansioni, autorità, hanno vissuto di espedienti e senza un obiettivo professionalizzante e incontrano difficoltà a stare alle dipendenze di datori di lavoro esterni alle Comunità (i più fortunati beneficiando di una rete amicale o familiare più favorevole hanno svolto più o meno durature attività lavorative che però non sono sopravvissute al tempo perché l'interesse prioritario era sempre incentrato sulla "sostanza").

Il "Tirocinio", lungi dal dover essere una forma di assistenzialismo, consente un confronto graduale e filtrato con il mercato del lavoro. La presenza di un tutor (assistente sociale, educatore, psicologo) fornisce un monitoraggio periodico e uno strumento di sostegno per le possibili difficoltà cui l'utente/tirocinante dovesse andare incontro ed è garanzia di tenuta e di buon esito del tirocinio.

Le Comunità non chiedono corsie preferenziali per l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani che ultimano il programma (sarebbe forse più umiliante per i giovani la ricerca di "raccomandazioni", farli sentire diversi dagli altri e bisognosi di assistenzialismo) ma sono comunque consapevoli della triplice problematica che coinvolge i giovani alla fine di un percorso:

- è indubbio che vi sono delle difficoltà di reinserire un ragazzo con problemi di tossicodipendenza o con problemi giudiziari. L'inserimento nel mondo del lavoro, se è difficile per tutti lo è ancor di più per chi ha completato un programma educativo-terapeutico, soprattutto quando si conosce la sua storia, il suo passato;
- nelle Comunità (scuole di vita) si propone ai giovani una nuova visione e una nuova struttura di tutte le dimensioni dell'essere umano (la dipendenza opera una destrutturizzazione) e il "lavoro nobilita l'uomo" solo se promuove tutte le dimensioni umane: affettività, incontro generazionale, relazioni familiari, rispetto di sé e qualità della vita. Ciò che offre il più delle volte il mercato del lavoro è una corsa spasmodica al guadagno, al successo, allo "sfruttamento" del capitale umano, al "lavoro nero", disvalori questi che cozzano con i valori appresi in Comunità. Per questo è necessario attivare percorsi di "reti solidali" per accrescere la coesione sociale e coniugare lavoro e solidarietà;
- il lavoro va commisurato alle diverse fasi ed ai livelli di autonomia e di responsabilizzazione del soggetto. Non si può disgiungere il processo di educazione al

lavoro dal processo complessivo di recupero della persona. Come nella vita normale di ogni persona, accanto al lavoro vi è la socialità, così, accanto all'inserimento lavorativo della persona ex tossicodipendente, assume pregnaanza e pari valore il processo di inserimento sociale. I problemi, le difficoltà, gli ostacoli, il perseguimento degli obiettivi propri del processo di risocializzazione, richiedono impegno ed energie sicuramente maggiori che non nelle fasi "residenziali" e protette. Ci si incontra e scontra, infatti, con tutto il mondo delle relazioni sociali, amicali, affettive, da reimpostare, rinsaldare, costruire. Particolare impegno è richiesto dalla gestione del tempo libero, dall'utilizzo corretto del denaro, dal superamento delle difficoltà collegate all'attività lavorativa strutturata, dalla gestione delle situazioni a rischio e delle ricadute, quando si fa più stretto e continuo il contatto con le sostanze (alcol in primis). Non di rado, inoltre, viene scelto il primo lavoro offerto, che molto spesso corrisponde a lavoro dequalificante, e può essere facile terreno di ricaduta per la mancanza di gratificazione.

Comunque tutte le azioni che rendono più accessibile l'ingresso nel mondo del lavoro costituiscono un momento imprescindibile per una autentica prevenzione del disagio.¹

Pertanto, nell'ambito di un percorso di riabilitazione, l'acquisizione di capacità e saperi non la si può vedere come una parte in più, da attenzionare solo al termine della fase della terapia e della riabilitazione. E' importante intervenire progressivamente con l'acquisizione di competenze.

Occorre comunque evitare le soluzioni paternalistiche, che possono apparire momentaneamente efficaci, ma non risolvono il problema alla radice.

Tutti i centri FICT negli anni hanno sperimentato nuovi itinerari di formazione dei giovani anche con programmi di educazione all'autoimprenditorialità.

Alcuni esempi di concrete iniziative realizzate da Centri FICT:

Al **Avellino**, grazie alla partecipazione della Associazione "La Casa sulla Rocca" al Progetto "Incubatori di Impresa Sociale" (progetto settoriale misura 2.2 iniziativa Comunitaria Equal II fase, nasce:

- Cooperativa Demetra cooperativa sociale di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (Tipo "B"), che si occupa di panificazione nel Panificio "Pane Amore e Fantasia..." che in atto assume sei soggetti svantaggiati.

A **Catanzaro** su iniziativa del Centro Calabrese di Solidarietà nasce:

- la "Formica" cooperativa sociale di Tipo "B", che si occupa di falegnameria, borse lavoro e servizi;

A **Reggio Calabria** su iniziativa del Centro Reggino di Solidarietà nasce:

- "Centro Equestre Solidale Ce.Re.So." cooperativa sociale di Tipo "B", che si occupa di erogare borse lavoro e favorire l'integrazione sociale

A **Messina** su iniziativa del Centro di Solidarietà F.A.R.O. nascono la "Legaplast" cooperativa sociale di Tipo "B", che si occupa di legatoria e plastificazione industriale e la "Comunia" cooperativa sociale di Tipo "B", che gestisce attività di produzione e vendita all'ingrosso e al dettaglio di oggetti composti in tutto o in parte da pellame naturale e sintetico, cuoio.

A **Piacenza** su iniziativa della Associazione di Solidarietà "La Ricerca" – Onlus nasce:

- "Cooperativa Sociale Solidart Onlus" cooperativa sociale di Tipo "B", che si occupa di stampa, tipografia, copisteria e legatoria.

A **Mantova** su iniziativa del Centro Mantovano di Solidarietà "Arco" nasce:

- "Noè" cooperativa sociale di Tipo "B", che si occupa di finiture edili, manutenzione del verde, facchinaggio.

A **Treviso** su iniziativa del Ceis nasce:

- “Erga” cooperativa sociale di Tipo “B”, che si occupa di assemblati e cartotecnica, officina ed elettrauto, installazione impianti a gas metano e GPL.

A **Varese** su iniziativa del Centro Gulliver, grazie alla partecipazione ad un progetto “Equal” sul recupero degli antichi mestieri, nasce la cooperativa sociale di Tipo B “Homo Faber” che si occupa di manutenzione del verde, delle aree boschive e della sentierista, nonché di produzione e vendita di verdura e frutta.

Una riflessione a parte occorre riservarla agli aspetti del

Reinserimento sociale e lavorativo nella comorbidità psichiatrica.

Si intende per “Doppia Diagnosi” la presenza di una psicopatologia di entità medio-grave in soggetti affetti da dipendenze patologiche (comorbidità psichiatrica).

La patologia psichiatrica può essere primaria, cioè antecedente all’uso di sostanze psicoattive e spesso ne comporta l’assunzione come “autocura”. La psicopatologia può essere al contrario secondaria, cioè conseguenza dell’uso di sostanze stupefacenti e può essere condizionata dallo stato di tossicologico per intensità e durata. L’ultima ipotesi, quella di più difficile gestione da parte dei Servizi, è quella in cui la patologia psichiatrica e la dipendenza da sostanze sono entrambe primarie.

Nell’ultimo decennio si è assistito a una sempre più evidente e progressiva trasformazione della popolazione dei tossicodipendenti, per una sempre più frequente presenza di comorbidità psichiatrica ad essi associata. Negli anni è aumentato il cd. "poliabuso" e la "polidipendenza" da più sostanze, con la conseguenza che sono aumentati i rischi e i danni per la salute già di per sé compromessa dall’utilizzo di una sola droga. Si è verificato un incremento ragguardevole del consumo di tutte quelle sostanze (amfetamine, acidi, ecstasy, cocaina) in grado di favorire l’insorgenza di disturbi psichiatrici anche di notevole gravità.

L’utenza inserita nelle Comunità Terapeutiche a Doppia Diagnosi presentano evidentemente una complessità di problematiche di tipo sanitario, sociale, legale/giudiziario che richiedono un notevole sforzo nel trattamento e nella gestione ed un’alta integrazione tra i servizi (Comunità Terapeutica, Sert., DSM, Ospedali, case-alloggio, Servizi Sociali dei Comuni, etc). Problematiche complesse richiedono infatti risposte integrate, al fine di valorizzare e beneficiare di tutte le capacità e professionalità ed evitare il rischio di frazionare l’intervento sull’utente sia durante il trattamento residenziale (per affrontare al meglio anche le “crisi” fisiologiche), sia all’atto della conclusione del percorso terapeutico.

Oggi, discutere di “Doppia Diagnosi”, vuol dire anche operare una attenta riflessione rispetto alla domanda: cosa significa concludere un percorso terapeutico per un paziente in doppia diagnosi? Quali sono i prevedibili livelli di tenuta sociale e psicologica all’esterno dell’utente? Se vi siano percorsi di reinserimento sociale e lavorativo sostenibili da un utente con queste problematiche.

Per la parte che interessa occorre pensare a percorsi di inserimento in progetti lavorativi che tengano conto delle reali potenzialità del singolo (borse lavoro, inserimenti protetti), con l’obiettivo di prevenire il rischio di ricadute.

Fondamentale, pertanto, appare la **costituzione di un’adeguata rete di supporto** per l’utente in reinserimento, composta dal pubblico e dal privato sociale, nonché il **coinvolgimento**, nei casi in cui ciò è realizzabile, **della famiglia**, affinché possa essere risorsa e supporto.

Concludendo si può affermare come sia imprescindibile per gli utenti in “doppia diagnosi” la definizione di un progetto comune mediante l’attivazione di interventi specialistici di tutti gli attori coinvolti nella rete.

PROPOSTE CONCLUSIVE

- Viene chiesto agli enti locali di impegnarsi ad attribuire l’assegnazione del 1% delle forniture di beni e servizi, alle cooperative di soggetti svantaggiati, nonché la ristrutturazione di immobili, o interventi che riguardano l’ambiente (rimozione di suppellettili, gestione del verde, pulizia delle spiagge).
- creazione di agenzie di consultazione rivolte a soggetti svantaggiati per la promozione ed attuazione di inserimenti lavorativi;
- come già detto, nel DPR 309/90 vi è un articolo importantissimo (art. 124), che però è assolutamente sconosciuto alla maggioranza degli uffici del personale di moltissime istituzioni, relativo al mantenimento del posto di lavoro per quei lavoratori assunti a tempo indeterminato, “di cui viene accertato lo stato di tossicodipendenza, i quali intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi sanitari della ASL o di altre strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali”;
- prevedere agevolazioni fiscali per le imprese che assumono ex tossicodipendenti;
- la promozione e sostegno del cooperativismo sociale (in particolare di tipo “B”);
- Occorre superare l’incomunicabilità tra chi si occupa dell’aspetto del mercato del lavoro e chi si occupa dell’aspetto terapeutico. Occorre trovare sedi stabili di concertazione, con chi produce lavoro.
- ridare autonomia al Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga (ex DPR n. 309/90) per finanziare progetti volti al reinserimento sociale e lavorativo.
- Il problema del reinserimento sociale e lavorativo va analizzato in modo globale, considerandolo strettamente legato alle politiche per il lavoro. In tal senso si auspica la nascita di un organismo ad hoc, a carattere interistituzionale, per l’individuazione di strategie finalizzate al contrasto dell’esclusione sociale.
- Sul sito del Dipartimento Nazionale Antidroga vi è l’idea di un progetto sul “Reinserimento”. Si auspica l’ampio coinvolgimento nella sua esecuzione delle Comunità Terapeutiche e delle Cooperative Sociali, in particolare di Tipo “B” già esistenti.

Lungi da noi pensare che un uomo non possa cambiare, che non abbia in sé le risorse per riscattarsi e per risorgere. Questa certezza dà senso a tutto il nostro lavoro terapeutico ed educativo, dall’accoglienza al reinserimento sociale.

Emanuela DE DOMENICO
Presidente del “Centro di Solidarietà F.A.R.O.” di Messina
(Federato alla F.I.C.T.)

¹ *Da uno studio condotto dall’Istituto Italiano di Medicina Sociale si evidenzia come il 48,3% dei tossicodipendenti intervistati abbiano interrotto l’attività lavorativa a causa della dipendenza e che il 23,9% non lavorava affatto. Si evidenzia inoltre che solo il 13,0% al termine del percorso terapeutico-riabilitativo ha trovato lavoro attraverso progetti di reinserimento lavorativo. Ed ancora che il 13,4% è stato escluso dalla possibilità di accedere al lavoro perché ex tossicodipendente. Si sono dichiarati discriminati sul lavoro (tipo di responsabilità, carriera, progressione economica,*

rapporto fiduciario, etc...) il 20,5% degli intervistati. Viceversa, laddove sono stati indagati gli effetti del lavoro sulla qualità della vita degli ex-tossicodipendenti, è emerso che il 73,7% si dichiara più soddisfatto e, quindi, più sereno.

Infine il tipo di struttura dove gli ex tossicodipendenti lavorano risulta essere così individuato: il 46,3% in Aziende; il 23,5% in Cooperative; il 7,1% in Associazioni; il 7,4% nelle Pubbliche Amministrazioni ed il 15,6% in altre situazioni non meglio definite.

Sintetizzando potremmo quindi affermare che la questione lavoro nel tossicodipendente è principalmente riferibile a due elementi problematici: il primo è rappresentato dalla difficile compatibilità tra l'attività lavorativa e la dipendenza da sostanze; Il secondo è rappresentato dalle evidenti discriminazioni che l'ex tossicodipendente subisce nel tentativo di inserirsi nel mercato del lavoro, discriminazioni che lo collocano, a pieno titolo, nel novero dei soggetti cosiddetti "svantaggiati".