



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale

Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

**Individual Placement and Support:
metodo di supporto all'impiego per soggetti
con disturbi mentali**

Relatrice

Ch.ma. Prof.ssa Elisa Matutini

Laureanda

Jarjn Bolzonella

Matricola 858324

Anno Accademico

2019/2020

*Alle mie amiche e ai miei amici, che da anni a questa parte rendono la mia vita più
bella e spensierata.*

*A Giada, amica con la quale ho condiviso ore e ore di studio, supportandoci l'un l'altra
negli esami e nello svolgimento della tesi.*

A Nando e agli amici di passeggiate, spazio di conforto e condivisione.

*Alle mie colleghe e ai miei colleghi, di ieri e di oggi, che da quando mi sono approcciata
al mondo del lavoro hanno sempre creduto in me.*

*A Giannina e a tutti i professionisti del CSM di Chioggia, persone che mi sono state
d'esempio e che porterò sempre nel cuore.*

*Ai miei genitori e a mio fratello, a cui dico troppo poco spesso di voler bene. Grazie per
condividere con me paure, sconforti, gioie e soddisfazioni, grazie per supportarmi
incondizionatamente.*

*Ed infine al mio fidanzato Andrea, la mia felicità, la persona con cui mi sento libera di
essere me stessa, il mio amico, il mio confidente, il primo sostenitore delle mie scelte.
Grazie per esserci sempre.*

Grazie a tutti, a voi voglio dedicare questo traguardo.

INDICE

INTRODUZIONE	I
CAPITOLO PRIMO	1
DAL CONTENIMENTO SOCIALE ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA: UNO SGUARDO SULLA LEGISLAZIONE DAL XIX SECOLO AD OGGI.	1
1.1. GLI ALBORI DELLA PSICHIATRIA E LE SUCCESSIVE MODIFICHE	1
1.2. L'AVVENTO DELLA LEGGE QUADRO 328/2000	4
1.3. LE AZIONI DELL'UNIONE EUROPEA IN TEMA DI SALUTE MENTALE	5
1.4. L'ADEGUAMENTO NAZIONALE ALLE RACCOMANDAZIONI EUROPEE	7
1.5. L'INTRODUZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ NEL MERCATO DEL LAVORO	8
CAPITOLO SECONDO	12
REVISIONE DEGLI STRUMENTI PRINCIPALI ATTI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO "PROTETTO"	12
2.1. LEGGE 381/1991: "DISCIPLINA DELLE COOPERATIVE SOCIALI"	12
2.2. IL COLLOCAMENTO MIRATO PREVISTO DALLA LEGGE 68/199	13
2.2.1. <i>Le convenzioni</i>	15
2.2.2. <i>Le modifiche della Legge 68/99 con il Jobs Act</i>	15
2.3. IL SERVIZIO INTEGRAZIONE LAVORATIVA (SIL)	16
2.4. SPORTELLO LAVORO	18
2.5. GLI INTERVENTI IN TEMA DI COLLOCAMENTO PREVISTI DALLA REGIONE VENETO	19
2.6. RIFLESSIONI SULL'INSERIMENTO LAVORATIVO PROTETTO	21
CAPITOLO TERZO	28
LAVORO E DISAGIO PSICHICO: UN'ESPERIENZA PROFICUA PER IL SOGGETTO E PER L'AZIENDA	28
3.1. L'IMPORTANZA DEL LAVORO NELLA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ SOGGETTIVA	28
3.2. IL CONCETTO DI RECOVERY	31
3.3. LE PROSPETTIVE DI IMPIEGO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ PSICHICA: LA RICERCA DELL'ISFOL	33

3.3.1.	<i>I fattori di rischio e di protezione dell'inserimento lavorativo per persone con disabilità psichica</i>	34
3.3.2.	<i>Gli esiti della ricerca</i>	38
CAPITOLO QUARTO		40
INTRODUZIONE AL METODO INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)		40
4.1.	DAL SUPPORTED EMPLOYMENT ALL'INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT	40
4.2.	LA NASCITA DELL'IPS	41
4.3.	LAVORO E RECOVERY: DAL "TRAIN AND PLACE" AL "PLACE AND TRAIN"	44
4.4.	I PRINCIPI FONDAMENTALI DELL'IPS	47
4.3.1.	<i>Lavoro competitivo</i>	47
4.3.2.	<i>Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale</i>	48
4.3.3.	<i>Zero-exclusion</i>	49
4.3.4.	<i>Partire dalle preferenze del cliente</i>	50
4.3.5.	<i>Consulenza sulle opportunità economiche</i>	50
4.3.6.	<i>Rapida ricerca del lavoro</i>	51
4.3.7.	<i>Lavoro sistematico di sviluppo professionale</i>	52
4.3.8.	<i>Sostegno a tempo illimitato</i>	53
4.4.	LA SPERIMENTAZIONE DEL METODO IPS IN EUROPA: LO STUDIO EQUOLISE	54
4.4.1.	<i>Applicazione del modello all'interno dello studio</i>	56
4.4.2.	<i>Metodologie applicate</i>	57
4.4.3.	<i>Il gruppo di controllo e la ripartizione</i>	58
4.4.4.	<i>Risultati</i>	58
4.4.5.	<i>Conclusioni</i>	62
4.5.	L'INTRODUZIONE DEL METODO IPS NEL DSM DI RIMINI E LA DIFFUSIONE DEL METODO IN ITALIA	64
4.6.	L'UTILIZZO E IL FUNZIONAMENTO DELLA FIDELITY SCALE	67
CAPITOLO QUINTO		70
L'APPLICAZIONE DEL METODO IPS		70
5.1.	L'INTRODUZIONE DELL'IPS NEL CSM DI CHIOGGIA	70
5.2.	LE FASI DELL'INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT: L'ESPERIENZA ITALIANA E DEL CSM DI CHIOGGIA	73

5.2.1.	<i>L'Invio e la presa in carico</i>	73
5.2.2.	<i>La valutazione e la stesura del piano di intervento individualizzato</i>	81
5.2.3.	<i>La ricerca lavorativa</i>	83
5.2.4.	<i>Sostegno all'impiego</i>	88
5.2.5.	<i>L'importanza della motivazione nel modello IPS</i>	93
5.3.	IPS E METODI DI INSERIMENTO LAVORATIVO PROTETTO: UNA COESISTENZA POSSIBILE?	94
CAPITOLO SESTO		98
LA METODOLOGIA IPS A CONFRONTO CON IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI		98
6.1.	AFFINITÀ TRA I PRINCIPI DELL'ASSISTENTE SOCIALE E L'IPS	99
6.2.	UN BREVE CASE REPORT: IL CASO DI CARLO	102
6.2.1.	<i>Presa in carico del caso e tappe del percorso assistenziale</i>	102
6.2.2.	<i>Considerazioni</i>	105
CONCLUSIONI		106
FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFICHE		108

INDICE FIGURE

Figura 1:	Condizione di salute secondo ICF (2001)	11
Figura 2:	Richiesta nominativa e avviamenti in graduatoria	24
Figura 3:	Possibile decorso della disabilità psichiatrica in condizioni sfavorevoli	29
Figura 4:	Classificazione fattori di rischio	34
Figura 5:	Classificazione fattori di protezione	35
Figura 6:	Strategie per l'inserimento lavorativo	45
Figura 7:	Caratteristiche iniziali del gruppo di controllo	55
Figura 8:	Mappa dello studio EQUOLISE	59
Figura 9:	Esiti degli <i>outcomes</i> : confronto tra IPS e servizi tradizionali	60
Figura 10:	Variabili socio-economiche dello studio	61

Figura 11: Ripercussioni della <i>benefit trap</i> nell'efficacia dell'IPS e nella ricerca lavoro	62
Figura 12: Organigramma del CSM in IPS	72

INDICE TABELLE

Tabella 1: Parametri indicati dalla Legge 68/99	13
Tabella 2: Soggetti che possono usufruire del SIL	17
Tabella 3: Non copertura e posti scoperti sulle quote di riserva	25
Tabella 4: Condizione occupazionale dei soggetti con limitazioni gravi	26
Tabella 5: Competenze e tratti psicologici che favoriscono l'inserimento lavorativo dei disabili	36
Tabella 6: Fattori che ostacolano l'inserimento lavorativo dei disabili	37
Tabella 7: Punteggi della Fidelity Scale	68
Tabella 8: Esempi di situazioni critiche e prospettive tra CSM e IPS	76
Tabella 9: Motivi per rivelare o meno la propria condizione psichica	82
Tabella 10: Caratteristiche nel piano individualizzato di sostegno all'impiego	88

INTRODUZIONE

L'introduzione di persone con disabilità all'interno del mercato del lavoro trova la sua origine sin dagli esiti della Prima Guerra Mondiale, quando l'allora "*Riforma dell'Opera nazionale per gli invalidi di guerra*" aveva previsto l'obbligo della riqualificazione professionale e del collocamento per coloro i quali riportavano invalidità successive al periodo bellico. L'evoluzione legislativa ha introdotto negli anni avvenire norme di più ampio respiro che hanno permesso l'introduzione e l'accompagnamento al mondo lavorativo anche a soggetti affetti da disabilità, sia essa fisica che mentale.

In quest'ottica, il legislatore ha previsto l'introduzione di politiche in ambito di supporto all'impiego tra cui si erige la Legge 68/99, normativa guida che ha sviluppato nell'area della salute mentale varie politiche atte all'inserimento lavorativo che nel testo verranno identificate come strumenti "protetti". Tale appellativo è giustificato dall'alto grado di tutela previsto da quest'ultime nei confronti di soggetti affetti da disabilità.

In tale elaborato ci si soffermerà sulla disabilità psichica e sul disagio mentale in relazione al mondo del lavoro. Gli inserimenti protetti di questo specifico *target* di popolazione sono stati affiancati recentemente da una metodologia che ribalta la tecnica del *train and place* utilizzata dai metodi tradizionali: *l'Individual Placement and Support (IPS)*.

Il metodo IPS, modello americano importato in Italia nel 2003 con lo studio EQOLISE, è una pratica che si fonda sull'*evidence based* e che aiuta le persone con disturbi mentali a raggiungere e a mantenere una posizione lavorativa competitiva all'interno del libero mercato. Il modello si connota per la sua peculiare attenzione all'autodeterminazione e alla motivazione del soggetto, elementi imprescindibili per poter intraprendere il percorso IPS.

Nello svolgimento del tirocinio magistrale presso il Servizio Sociale del Centro Salute Mentale di Chioggia (VE), ho potuto conoscere questo metodo. La scoperta dell'IPS ha suscitato in me un forte interesse, tanto che da lì a poco ho approfondito l'argomento svolgendo il "Corso IPS di 1° livello", corso di formazione atto alla preparazione degli operatori IPS. Approcciandomi a questo nuovo strumento ne ho scoperto le sfaccettature, apprezzandone la metodologia, l'applicazione e l'innovazione. In esso ho

ritrovato i principi che l'Assistente Sociale, seguendo il mandato professionale, deve portare come baluardo della professione, intravedendo nella sua applicazione la solida possibilità di apportare, ai soggetti affetti da disturbi mentali, benefici non solo in ambito socio-riabilitativo ma anche a livello socio-culturale, dando vita a dei modelli di politica attiva che possono a lungo termine arginare fortemente lo stigma riservato a questo *target* di popolazione.

I quesiti che hanno guidato la stesura dell'elaborato rispecchiano gli stessi che mi sono posta approcciandomi all'*Individual Placement and Support*: "Cos'è? Come funziona? Cosa lo rende diverso dalle altre tipologie di inserimento lavorativo? L'IPS può coesistere con i tradizionali metodi di supporto all'impiego?". Utilizzando un approccio riflessivo, si accompagnerà il lettore a conoscere l'IPS, approfondendone i punti salienti e le peculiarità.

Il testo vuole essere una possibilità di diffondere ciò che si è potuto apprendere nel percorso verso la specializzazione della professione di Assistente Sociale, un'occasione per condividere conoscenza ed esperienza personale, innescando la cosiddetta *dinamica riflessiva* e aprendo una porta in direzione della condivisione e del confronto.

La tesi si articola in sei capitoli nei quali verranno riportate prove empiriche e teoriche a sostegno del metodo IPS.

Nel corso del primo capitolo si andrà a ricomporre la cornice legislativa dalla quale è nata una visione olistica della persona, passando dal contenimento sociale del soggetto affetto da disabilità mentale alla considerazione della persona come titolare di diritti tra cui spicca il diritto al lavoro.

L'argomentazione si dilunga nel secondo capitolo, introducendo gli strumenti principali dell'inserimento lavorativo protetto; si andranno qui a visionare la Legge 68/99 e affini, esplicitando gli interventi messi in campo in tema di collocamento lavorativo. Il focus rimarrà centrato sul disagio psichico. Il capitolo si conclude con una riflessione degli strumenti d'inserimento lavorativo protetto, evidenziando ciò che risulta essere carente e mettendo in luce i bisogni che tali politiche non riescono a soddisfare.

Ci si soffermerà, nel corso del terzo capitolo, sull'importanza del lavoro nella costruzione dell'identità della persona con disagio mentale, introducendo il concetto di *recovery*. A sostegno delle metodologie di supporto all'impiego verrà presentata una ricerca svolta dall'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL), ricerca

tesa a mettere in luce i fattori di rischio e di protezione delle aziende e delle persone affette da disturbi di salute mentale in ambito lavorativo, evidenziando come l'esperienza d'impiego congiunta possa essere fonte di risorse per entrambe le parti.

Si passerà al cuore dell'elaborato con il quarto capitolo, all'interno del quale verrà introdotto il metodo IPS. Si vaglierà la nascita del metodo e i modelli che ne hanno consentito lo sviluppo, verranno esposti i principi su cui gli autori statunitensi hanno fondato l'IPS nonché il suo percorso di diffusione dal *New Hampshire Darmouth Psichiatric Research Center* all'Italia grazie allo studio EQUOLISE.

L'IPS sarà protagonista anche del quinto capitolo che verterà alla presentazione del metodo e alle sue fasi di implementazione. A tal proposito, ci si avvarrà dell'osservazione effettuata durante il tirocinio all'interno del CSM di Chioggia.

Infine, nel sesto capitolo, si affronterà una riflessione doverosa circa la similitudine tra la metodologia IPS e il Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, confronto da cui è nata la volontà di portare l'argomento come elaborato finale del percorso universitario.

Per finire, verrà presentato un breve *case report* affrontato nello svolgimento della professione di Assistente Sociale nell'area minori e famiglie di un Comune dell'AULSS 3. A termine della disamina si potranno mettere a paragone i modelli tradizionali di inserimento lavorativo con il metodo IPS, andandone a vedere criticità e positività nelle rispettive applicazioni, mettendo in risalto le motivazioni per le quali è opportuno l'utilizzo di entrambi gli strumenti.

Capitolo Primo

DAL CONTENIMENTO SOCIALE ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA: UNO SGUARDO SULLA LEGISLAZIONE DAL XIX SECOLO AD OGGI.

Prima di trattare dell'Individual Placement and Support (IPS), argomento principale su cui verterà questo l'elaborato, è doveroso introdurre il lettore nelle fondamenta della materia affinché si inquadri la tematica nella giusta cornice concettuale. L'IPS, come scopriremo a seguire, è un metodo nato negli Stati Uniti dal connubio tra disagio psichico e diritto al lavoro, risulta pertanto rilevante ripercorrere la storia che ha contribuito all'importazione di tale modello in Italia, visionando come a livello storico e sociale si sia passati dal considerare l'uomo affetto da disturbo psichico come soggetto da segregare, a persona in possesso di diritti fondamentali (e non) tra cui il diritto al lavoro.

Seguirà, quindi, un *excursus* dei più rilevanti passaggi inerenti all'evoluzione della psichiatria, soffermandoci sulla fenomenologia socio-culturale, al fine di porre le basi per una solida analisi del tema che andremo ad affrontare.

Volgendo lo sguardo al passato, l'impianto legislativo ha modificato negli anni la struttura e l'essere insito nella cura della salute mentale. Ad oltre quarant'anni dalla Legge che ha smantellato i manicomi, la famosa Legge Basaglia, possiamo affermare che, ad oggi, il mondo inerente alla psichiatria è stato completamente riformato, strutturato, riorganizzato ma, soprattutto, può vantare di un *modus operandi* che si occupa della persona nel suo insieme, nell'ottica di un benessere bio-psico-sociale.

Si descriverà brevemente a seguire tale storia in ordine cronologico, visionando principalmente il livello di legislazione italiano ed europeo e, sul finale, quello appartenente alla Regione Veneto.

1.1. Gli albori della psichiatria e le successive modifiche

L'istituzionalizzazione psichiatrica in Italia risale al lontano 1904, anno in cui per la prima volta si assiste alla regolarizzazione di strutture di contenimento nate già dai primi anni del 1700 grazie alla Legge Giolitti (Legge 36/1904). La storia della legislazione sulla salute (nonché della salute mentale) come la conosciamo noi oggi, inizia ad avere un volto

familiare sin dagli albori dell'Italia post-monarchica, più specificatamente a partire dall'entrata in vigore della Costituzione nel 1948: all'articolo 32, difatti, si afferma il diritto alla salute.

Una serie di eventi, tra cui ricordiamo l'occupazione dell'ospedale psichiatrico di Colorno a Parma, le proteste dei movimenti studenteschi e il cosiddetto "*Caso Coda*", hanno portato all'istituzione della Legge Basaglia (L. 180/1978 "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*") la quale diede una connotazione socio-sanitaria alle strutture psichiatriche che fino ad allora fungevano principalmente da contenimento sociale e riportò l'attenzione sul rispetto e la centralità della persona nonché dei diritti umani ad essa spettanti. Tramite l'articolo 6 della Legge Basaglia derivò la necessità di una ristrutturazione sanitaria, lo stesso articolo difatti affermava che:

*"[...] prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri."*¹

Ne conseguì l'esigenza di dare vita ai succitati servizi e presidi extraospedalieri i quali vennero istituiti sottoforma di Unità Sanitarie Locali (USL) con la Riforma del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/1978 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*"), passando da una gestione mutualistica ad una gestione ad intero carico statale. È di fondamentale importanza ricordare i principi su cui si fonda la Legge 833/78, principi che oggi più che mai dobbiamo tener ben presente per far fronte all'operazione costante di privatizzazione sanitaria e del taglio silenzioso dei diritti fondamentali: universalità, uguaglianza, ed equità.

Altra norma che fa da caposaldo all'interno della tutela della salute è la Legge 104/1992, "*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*". Tale norma persegue l'obiettivo di garantire adeguato sostegno alle persone con handicap e ai loro familiari tramite la tutela dei diritti, l'assistenza e l'integrazione sociale, annettendo a quest'ultime anche alcune agevolazioni tra cui possiamo ricordare quelle in ambito lavorativo ed in materia fiscale.

Nonostante lo spostamento dell'asse dall'istituzionalizzazione e dall'ottica assistenziale all'implementazione di servizi territoriali, la cura della salute mentale, dopo la riforma

¹ Legge 13 maggio 1978, n° 180 "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*" (Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n° 133).

sanitaria, non ebbe risultati soddisfacenti: emergevano, difatti, forti eterogeneità tra le Regioni riguardanti il sistema dei servizi preposti e le modalità di intervento, eterogeneità di cui il sistema sanitario risente e si protrae tutt'oggi.

Per ovviare a tale disorganizzazione sanitaria, si decise di dare vita al primo Progetto Obiettivo *“Tutela della salute mentale 1994-1996”*. Con esso si assistette ad una riorganizzazione dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica introducendo l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) composti al suo interno dai Centri Salute Mentale (CSM), dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ed infine dalle strutture residenziali e semiresidenziali. Con il Progetto Obiettivo si volle dare una connotazione specialistica al sistema di servizi, spingendo questi ultimi a collaborare e coordinarsi con gli altri servizi socio-sanitari ad essi vicini per competenza (si pensi ad esempio all'ex-Serd e ai Consultori). L'intenzione era pertanto quella di creare un'organizzazione stabile ed integrata dedicata alla tematica della salute mentale.

Il secondo Progetto Obiettivo *“Tutela salute mentale 1998-2000”* nacque con la volontà di donare ulteriore forza all'assetto precedentemente strutturato, evidenziando come la salute mentale sia una tra le tematiche a più alta complessità alla quale risponde l'esigenza di elaborare specifici atti di indirizzo². Si individuarono lacune, in particolare sulla creazione di rete tra i servizi piuttosto che tra le figure professionali coinvolte ma non solo, anche il coinvolgimento del terzo settore, della rete familiare e delle reti informali solidaristiche vennero individuate come un punto di criticità poiché sfuggenti alla messa in rete. Fu proprio su queste lacune che si volle lavorare. In particolare, si nota come in questo Progetto Obiettivo emerga la centralità della persona, l'importanza della soggettività dei Progetti Terapeutici e il valore della (ri)socializzazione al fine di ridare alla persona un ambiente di vita da cui può trarre stimoli, gratificazioni e con cui si può sperimentare: ridare, in altre parole, una dignità. Altre tematiche che emergono da questo secondo Progetto Obiettivo sono senz'altro quelle concernenti la prevenzione e la promozione della salute mentale a cui si aggiunge la volontà di valorizzare le risorse presenti nel territorio e le risorse umane tramite il cosiddetto *“patto per la salute mentale”* sancito tra enti e/o servizi pubblici, del terzo settore e del settore informale.

² Decreto del Presidente della Repubblica 1° Novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22/11/1999); Approvazione del Progetto Obiettivo *“Tutela salute mentale 1998-2000”*; p. 3 e seguenti.

1.2. L'avvento della Legge Quadro 328/2000

L'ambito sistema integrato di servizi venne esplicitamente alla luce con la Legge 328/2000, riforma che ha sostituito la Legge Crispi del lontano 1890. Mentre quest'ultima riconosceva l'assistenza come mera azione caritatevole attraverso le IPAB, la Legge 328/2000 rivoluzionò, sull'onda della legislazione che l'ha preceduta, il sistema di servizi, auspicandone l'integrazione e focalizzandosi sull'opportunità di sviluppo e di innovazione dei servizi alla persona. Il percorso della Legge ha origine dalle modifiche che subì il sistema di Welfare³ in Italia e oltre-confine. Come ben sappiamo, le politiche sociali subiscono una costante influenza dovuta ai cambiamenti economico-sociali ai quali solitamente segue un mutamento della logica e degli obiettivi di *policy making*. La povertà economica, il crollo occupazionale, i fenomeni migratori, l'invecchiamento della popolazione, la diminuzione dei tassi di natalità e il conseguente mutamento dei nuclei familiari (elementi che interessano, seppur in gradi differenti, tutto il territorio europeo), hanno spinto i *policy makers* ad un ripensamento del regime di *Welfare* tradizionale. Gli studiosi, individuano la Legge 328/2000 proprio come un primo vero cambiamento, definendola addirittura come *“uno dei tasselli fondamentali di innovazione del sistema italiano di Welfare”*⁴. L'obiettivo della Legge Quadro fu, prioritariamente, un passaggio da un sistema volto alla cura (come mero riparatore) a un sistema integrato di servizi in grado di fornire una protezione sociale attiva ovvero, quello che possiamo definire un *Welfare* comunitario, basato sull'intreccio di risorse presenti nel territorio, che siano esse pubbliche, private, informali, al fine di offrire prestazioni efficienti ed efficaci in sinergia.

La Legge 328/2000 mette in campo uno strumento che tutt'oggi risulta essere essenziale nella programmazione e gestione dei servizi territoriali: il Piano di zona⁵. Il Piano di Zona, istituito all'articolo 19 della Legge Quadro, è uno strumento attraverso il quale un

³ Maurizio Ferrera (1993) definisce il Welfare come *“un insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro i rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo, fra l'altro, specifici diritti sociali nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria”*.

⁴ Associazione Nuovo Welfare, *Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia*, Roma 2002, p. 11.

⁵ Maria Luisa Raineri, *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione*, seconda edizione aggiornata, Erickson, Trento 2014, p. 35.

territorio definito (secondo gli assetti territoriali individuati) si impegna ad analizzare, programmare, modificare, promuovere e gestire i servizi e gli interventi socio-assistenziali. Con tale mezzo, gli attori principali presenti nel territorio (pubblici, del terzo settore, spontanei o informali), gli stessi che compongono il cosiddetto *Welfare Mix*, cercano di tutelare i cittadini offrendo loro risposte sostenibili e innovative al passo con i bisogni emergenti.

Nonostante la volontà di rendere più omogenee le prestazioni a livello nazionale, la Legge Quadro riconosce l'importanza dell'organizzazione territoriale secondo il principio di sussidiarietà⁶, principio recepito dal Trattato di Maastricht⁷ nel nostro ordinamento all'articolo 4 della Legge 59/1997. Questo aspetto è emerso prepotentemente soprattutto dopo la Revisione del Titolo V della parte II della Costituzione, avvenuta nel 2001, la cui modifica più invasiva ha riguardato una tematica concernente la sussidiarietà: il riparto di competenze tra Stato e Regioni.

Il legislatore, svolgendo suddetta revisione, ha però intaccato l'efficacia della Legge Quadro del 2000, che tra gli obiettivi aveva senz'altro quello di creare omogeneità tra le Regioni, problema che abbiamo visto perdurare sin da vecchia data. Le Regioni, avendo l'opportunità di legiferare in via esclusiva in materie riguardanti la politica sociale, non ebbero più il vincolo di seguire come linea guida la Legge Quadro (ad esclusione dei suoi principi). Il cambio di rotta in direzione del federalismo ha quindi ostacolato fortemente la nascita del sistema di politiche sociali desiderato dalla Legge 328/2000.

1.3. Le azioni dell'Unione Europea in tema di salute mentale

*"No health without mental health"*⁸

Non c'è salute se non c'è salute mentale: è questo che ha affermato la Conferenza Ministeriale europea sulla salute mentale, sottoscrivendo la dichiarazione di Helsinki tra

⁶ Il principio di sussidiarietà è stabilito all'articolo 118 della Costituzione e recita *"Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio della sussidiarietà"*.

⁷ Trattato sull'Unione Europea (TUE), 7 Febbraio 1992, Maastricht (Paesi Bassi).

⁸ WHO *European Ministerial Conference on Mental Health, Facing the Challenges, Building Solutions*, punto 8.

il 12 e il 15 gennaio 2005, sostenendo l'importanza di adottare politiche rivolte alla salute mentale con annessi mezzi di sviluppo delle stesse. Nella dichiarazione non solo si ribadisce un concetto di salute olistica, già presa in considerazione nella definizione di salute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948, bensì sottolinea l'importanza che essa svolge nel funzionamento della vita politica, economica e sociale, in quanto capitale umano degno di essere tutelato come un diritto.

La Conferenza di Helsinki emise anche un Piano d'Azione per l'Europa valido per cinque anni, scelta giustificata dalla pressione individuata dalla Commissione Ministeriale a mettere in atto azioni volte allo sviluppo e all'implementazione di politiche sanitarie rivolte alla salute mentale, avendo tra gli obiettivi principali la promozione e la prevenzione del benessere mentale (ad esempio, attribuendo al ricovero ospedaliero in emergenza un'attuazione limitata alle situazioni a rischio e di particolare gravità) oltre alla lotta contro lo stigma.

La realizzazione di tali tematiche fu ovviamente lasciata all'attuazione da parte di ogni Stato membro a seconda delle sue specificità sebbene, allo scadere del quinquennio dedicato al Piano d'Azione, la Commissione Europea ha ritenuto opportuno adoperare un ulteriore consolidamento e sviluppo delle iniziative già avviate con la Dichiarazione di Helsinki lavorando sul cosiddetto Libro Verde intitolato *"Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea"*. Questo Libro ebbe l'obiettivo di creare una strategia di utilizzo europeo a favore, logicamente, della salute mentale, auspicando la creazione di cooperazione e scambi di informazione tra gli Stati membri, avviando un dibattito con una pluralità di attori:

*"Obiettivo del presente Libro verde è avviare un dibattito con le istituzioni europee, i governi, gli operatori sanitari, le parti interessate di altri settori, la società civile, comprese le organizzazioni di pazienti, e la comunità dei ricercatori, in merito all'importanza della salute mentale nell'UE, alla necessità di una strategia a livello di UE e alle sue eventuali priorità"*⁹

Si ricorda che la cooperazione e il coordinamento tra gli Stati membri vengono ribaditi anche nel Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea nella sua versione

⁹ Commissione delle Comunità Europee, Libro Verde. *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea*, Bruxelles 14/10/2005, p. 3.

consolidata del 2012 in cui, all'articolo 168, si stabilisce che alla protezione della salute umana (intesa in tutte le sue forme, ergo anche sottoforma di salute mentale) sia attribuito un livello elevato di considerazione nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e delle attività dell'Unione Europea.

Il lavoro dell'Europa in relazione alla salute mentale non si fermò dopo il Libro Verde, anzi, quello fu lo strumento di apertura di una discussione istituzionale e pubblica della tematica a livello europeo che culminò con la pubblicazione del libro stesso¹⁰. All'interno di tale documento la Commissione Europea prevede già l'emanazione di una strategia, una linea guida, valida per tutto il territorio europeo a favore della salute mentale.

Tale strategia arrivò sottoforma di *"Patto Europeo per la salute mentale e il benessere"*, emerso dalla Conferenza di Alto Livello dell'Unione Europea di Bruxelles avvenuta il 12 e il 13 giugno 2018. Questo strumento mira a facilitare la creazione di un raccordo europeo per monitorare l'adozione, la modifica e lo sviluppo delle strategie adottate negli Stati membri, creando un dibattito continuo sulle buone pratiche e sulle evidenze scientifiche al fine di far emergere delle efficienti raccomandazioni d'intervento.

1.4. L'adeguamento nazionale alle raccomandazioni europee

Sebbene gli sforzi dell'Italia all'interno della tematica inerente alla salute mentale abbiano preceduto e sollecitato le mosse dell'OMS e dell'Unione Europea, dopo la Dichiarazione di Helsinki e il Libro Verde, il nostro Paese ha proceduto ad attivare un dibattito tra Regioni al fine di creare percorsi condivisi di progettazione e di confronto fino all'elaborazione delle *"Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale"* approvate con il DPCM del 20 marzo 2008. Un aspetto centrale del documento appare essere lo sviluppo di attività di ricerca nel campo della salute mentale al fine di creare innovazione e scambio di pratiche, tecniche e organizzazioni, obiettivo che come il documento stesso definisce, ricopre un ruolo prioritario all'interno della salute pubblica¹¹.

Nel 2013 si è assistito all'emanazione, dopo un lavoro triennale da parte del Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) in collaborazione con la Commissione Salute, del *"Piano di azioni nazionale per la salute mentale"*. Esso definisce gli obiettivi

¹⁰ *Ivi*, p.p. 14.

¹¹ Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale*, DPCM del 20 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale 2 maggio 2008, n° 102, S. O.) p. 31.

inerenti alla salute della popolazione, le azioni da perseguire nonché la definizione degli attori coinvolti e dei criteri di verifica e di valutazione. L'attenzione viene focalizzata maggiormente sulla creazione di una progettualità innovativa e sull'individuazione di metodologie diversificate per tipologia di bisogno; inoltre, si ricorda come fondamentale l'utilizzo di una metodologia "a partire dal basso", privilegiando la valorizzazione delle buone pratiche e prassi già presenti nei territori¹².

Nel 2013 si diede vita a due ambizioni lavori: uno da parte dell'OMS, il "*Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*" (anche conosciuto come *Salute 2020*) e uno strettamente collegato al primo ma varato dall'Unione Europea, il "*Piano d'Azione Europeo per la salute mentale*". All'interno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si ha la volontà di istituire un piano d'azione che vada a valorizzare, promuovere e proteggere i disturbi mentali con la finalità di dare alle persone il sostegno adeguato all'esercizio a pieno titolo di tutti i diritti umani, svolgendo una vita attiva e, conseguentemente, mirare alla loro partecipazione sociale e lavorativa. Per far ciò l'OMS collabora con gli Stati per consolidare una *governance* in tema di salute mentale (in un'ottica di Welfare di comunità), sviluppare sistemi integrati di servizi dedicati, salvaguardare e promuovere il benessere di tutti i cittadini, nonché rafforzare la ricerca scientifica comunitaria. La Regione Europea dell'OMS si adoperò per adottare il proprio Piano d'Azione, strumento che ricalca i sopracitati quattro obiettivi esposti in Salute 2020.

1.5. L'introduzione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro

Il tempo, si sa, crea, modifica, trasforma, difatti in questi ultimi decenni le modifiche sono state tangibili in tutti gli ambiti della vita quotidiana. Si pensi, ad esempio, alla trasformazione della famiglia con il passaggio dalla famiglia multipla alla famiglia nucleare moderna, allo svuotamento delle campagne verso le città, cose che oramai diamo per scontate ma che incidono un segno nella storia, una transizione d'impatto. Durkheim imputava le sopracitate trasformazioni all'avvento dell'industrializzazione¹³, quell'industrializzazione che ha cambiato radicalmente i modi di vivere, di pensare, di

¹² Conferenza Unificata, *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*, approvato il 24 gennaio 2013.

¹³ Saraceno C., Naldini M., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino; Edizione 2013.

relazionarsi. L'industrializzazione non fu altro che il passaggio dal sistema agricolo e artigianale, e quindi prettamente finalizzato all'autoconsumo o per scopi commerciali-locali, all'ingigantimento della scala produttiva favorita dall'innovazione tecnologica. Si assiste pertanto ad una trasformazione delle modalità di lavoro e del mercato.

Con gli anni presero piede la deregolamentazione del mercato del lavoro, la liberalizzazione del capitale, l'inno ad una maggiore flessibilità in nome dello *"Just in Time"* dello stile Toyotista, la regolarizzazione dell'irregolarità, la normalizzazione della precarietà. Fenomeni, questi, che sono stati protratti fino ad oggi, fenomeni che concorrono tra loro a rendere il lavoro, quello vero, quello tutelato, quello retribuito giustamente, una meta sempre più difficile per tutta la popolazione.

Se questo è il quadro dell'eredità che dobbiamo portarci sulle spalle, ora immaginiamo affrontare l'entrata nel mercato del lavoro portandosi appresso anche una fragilità quale può essere, ad esempio, una condizione psichiatrica.

L'introduzione del mercato del lavoro di persone con disabilità prende spunto dagli esiti della Prima Guerra Mondiale, in particolare con la Legge 481 del 25 marzo 1917, *"Riforma dell'Opera nazionale per gli invalidi di guerra"*, la quale prevedeva il collocamento e la riqualificazione professionale obbligatori per i suddetti invalidi, Legge che è stata successivamente integrata con la 1132/1924 prevedendo l'obbligo di assunzione di invalidi di guerra e mutilati da parte dei datori di lavoro superati range di aliquote definite.

La Costituzione del 1948 non contiene al suo interno previsioni speciali per soggetti disabili ma tale mancanza ha portato alla legiferazione di norme di più ampio respiro riconducibili ai principi Costituzionali. Nonostante la Carta Costituzionale prevedesse già il principio dell'uguaglianza, in tema disabilità fu difatti la Legge 118 del 30 Marzo 1971, *"Disposizioni in favore dei mutilati e invalidi civili"*, che cercò di tutelare tali soggetti anche nell'ambito dell'integrazione lavorativa, prevedendo all'articolo 23 *"l'addestramento, la qualificazione e riqualificazione professionale a cura del Ministero del lavoro e della previdenza sociale"*.

Si ricorda, inoltre, che la popolazione pretese norme tutelanti dopo il duro periodo fascista, ancor di più all'interno delle categorie all'epoca rientranti nell'occhio del mirino quali i disabili.

Successivamente, arrivò l'introduzione normativa di una delle Leggi più importanti in tema di disabilità: la "*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*", più conosciuta come Legge 104/1992. Tale norma si rivolge alle persone "*handicappate*"¹⁴, definizione che si ricolloca a quella attribuita dalla classificazione ICIDH (*International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*) dell'OMS risalente agli anni Ottanta. La cosa che più ci preme ricordare della Legge 104, in previsione delle trattazioni successive di questo elaborato, è senz'altro la previsione, come affermato all'articolo 4, della commissione medica per la certificazione della menomazione.

Un ulteriore caposaldo in tema disabilità è la Legge 68/1999 "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*". Come stabilito all'articolo 1, la Legge mira alla promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone con disabilità attraverso strumenti quali i servizi di sostegno e il collocamento mirato.

Cambiamento di notevole importanza è anche l'adozione di un linguaggio più adeguato nel parlare di disabilità e nella classificazione della stessa. Come emerge palesemente, l'utilizzo del dizionario utilizzato dalla classificazione ICIDH, linguaggio adottato anche nella normativa italiana antecedente, appare connotato in termini negativi.

Nel 2001, però, la classificazione venne aggiornata dalla *World Health Assembly*, la quale propose l'utilizzo di un modello classificatorio che prendesse in considerazione tanto l'aspetto patologico quanto l'aspetto sociale: venne istituito l'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).

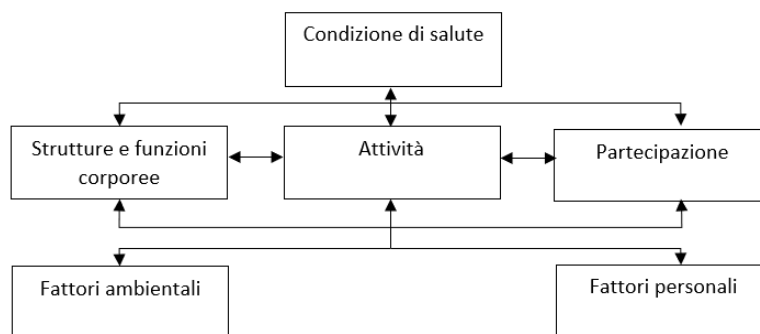
L'ICF considera la persona nell'insieme del suo funzionamento, come richiamato dalla denominazione, ciò determina la visione della persona nelle sue funzioni e strutture corporee, nel suo grado di svolgere o meno determinate attività, ed infine, del funzionamento (ovvero della partecipazione) della persona all'interno della società (*Figura 1*).

¹⁴ La Legge 104/1992 all'articolo 3 comma 1 si rivolge alle persone handicappate e, come esplicita la legge stessa, "*è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*".

Si propone dunque un modello bio-psico-sociale che non si limita ad evidenziare i problemi ma offre spunti e strumenti per pensare a possibili interventi, spingendosi addirittura ad affermare che:

“Milioni di persone soffrono a causa di una condizione di salute che, in un ambiente sfavorevole, diventa disabilità”¹⁵

Figura 1: Condizione di salute secondo ICF (2001)



Nel 2003 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha previsto il *“Progetto ICF in Italia: progetto pilota e politiche del lavoro”*. Tale progettualità pone come fondamento il collocamento mirato della persona con disabilità previsto nella Legge 68/1999 e propone di utilizzare la classificazione ICF per valutare l’impatto sull’inclusione sociale (e lavorativa) delle persone utilizzando questo nuovo metodo di accertamento della disabilità.

Infine, possiamo citare la ratifica con Legge n. 18 del 3 marzo 2009 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. In suddetta Convenzione non si fa altro che ribadire che le persone con disabilità hanno pari godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà previste, partecipando così alla vita di comunità. La Legge di ratifica italiana per l’occasione ha costituito l’*Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*. Nello specifico del lavoro, all’articolo 8, comma 2, lettera a, punto 3 si incitano gli Stati al riconoscimento dei meriti e delle attitudini delle persone con disabilità nonché di evidenziare il loro contributo nei luoghi di lavoro e nell’impianto globale del mercato del lavoro.

¹⁵ OMS, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Nota introduttiva all’edizione italiana dell’ICF.

Capitolo Secondo

REVISIONE DEGLI STRUMENTI PRINCIPALI ATTI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO "PROTETTO"

Il passo successivo sarà quello di offrire al lettore un breve resoconto degli strumenti più comuni ad oggi in auge che permettono il cosiddetto inserimento lavorativo "protetto". Tali strumenti, come vedremo, prevedono modalità strutturate di implementazione e permettono di accompagnare la persona verso l'attività lavorativa e di offrirle sostegno dalla preparazione al lavoro al mantenimento del lavoro stesso. Verranno qui denominati inserimenti "protetti" poiché prevedono una forma di tutela di alto livello nei confronti di soggetti affetti da disabilità.

2.1. Legge 381/1991: "Disciplina delle cooperative sociali"

L'istituzione delle Cooperative avvenne tramite la Legge 8 novembre 1991 n. 381 titolata "Disciplina delle cooperative sociali". Le Cooperative Sociali, proprio in virtù del loro interesse generale verso la comunità, mirano a favorire la promozione del capitale umano e dell'integrazione sociale dei cittadini (come esplicitato all'articolo 1). Per loro costituzione le cooperative di tipo B si occupano dello svolgimento di attività lavorative finalizzate "all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate" con l'obiettivo di contribuire all'integrazione sociale di tali soggetti offrendo loro un servizio che non ricada nel puro assistenzialismo. La legge impone la presenza di almeno il 30% di soggetti fragili i quali, compatibilmente con le loro condizioni sanitarie, devono essere socie della stessa cooperativa in cui avviene l'assunzione. La legge individua tra le persone considerate svantaggiate i seguenti soggetti: invalidi fisici, psichici e sensoriali, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, ex degenti di istituti psichiatrici o soggetti in trattamento ed infine i condannati ammessi alle pene alternative alla detenzione¹⁶.

¹⁶ Legge 381/1991, articolo 4 comma 1.

Già alla nascita della norma, si prevedeva all'articolo 5 la possibilità per gli enti pubblici di stipulare delle convenzioni con le cooperative sociali con l'obiettivo di creare delle opportunità lavorative rivolte alle persone definite all'articolo 4 comma 1.

La Legge 68/99, di cui parleremo tra poco, riprende quanto scritto dalla Legge 381/91, affermando che i datori di lavoro possono stipulare delle convenzioni per l'inserimento lavorativo. La novità che introduce la Legge 68/99 sta nello stabilire la possibilità di proporre un inserimento lavorativo temporaneo con finalità formative. Tra le strutture che possono procedere a ciò, spiccano le cooperative sociali di tipo B. La succitata Legge permette alle cooperative di assumere la persona con disabilità tramite le cosiddette commesse¹⁷ di lavoro da parte dei datori di lavoro obbligati all'assunzione.

2.2. Il collocamento mirato previsto dalla Legge 68/1999

Come già anticipato, la Legge 68/1999 offre all'apparato organizzativo una solida regolamentazione, consolidando la legislazione precedente e ampliandone la portata¹⁸. La legge ha attribuito l'accesso allo strumento del collocamento mirato a persone che rientrano nei parametri riportati nella *Tabella 1*.

Tabella 1: Parametri indicati dalla Legge 68/99

Parametri indicati dalla Legge 68/1999	Grado di invalidità
Persone con una riduzione delle capacità lavorative	➤ 45%
Persone invalide da lavoro con un'invalidità da lavoro	➤ 33%
Persone non vedenti o sordomute	Accertamento della minorazione

¹⁷ Per commessa di lavoro si intende la progettazione o la produzione di un'attività nello specifico, attività che viene svolta in tempi e modalità prestabiliti (Treccani).

¹⁸ Si ricorda, difatti, che la precedente Legge rivolta agli invalidi civili, di guerra, di lavoro, orfani e vedove (Legge n. 482 del 2 aprile 1968), la quale imponeva il collocamento obbligatorio per suddette persone alle aziende private e agli enti pubblici con o sopra i 35 dipendenti, non includeva gli invalidi psichici. Questi ultimi saranno aggiunti solo con la Legge 118/1971 e con la sentenza della Corte Costituzionale dell'11 maggio n. 50/1990. La sentenza afferma che la precedente norma raffigurava illecito a causa della "disparità di trattamento ..., senza giustificato motivo, ... in quanto nessuna considerazione politica può far valere a fondare razionalmente l'esclusione degli invalidi civili psichici dalla avviabilità al lavoro in presenza di un sistema legislativo che, in via generale, la ammette se trattasi di invalidi di guerra, del lavoro o di servizio" (Doronzo 2012).

Persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio	Tabella del Testo Unico 915/1978
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e i loro familiari	Legge del 13 novembre 1998 n. 407

All'articolo 2 si definisce cosa si intende per collocamento mirato: il legislatore prevede tutti quegli strumenti tecnici e di supporto che sono in grado di valutare, in modo adeguato, la capacità lavorativa delle persone con disabilità. L'individuazione corretta delle potenzialità e delle criticità del soggetto permetterà di abbinare le sue potenzialità ad un posto di lavoro adatto. Le cariche lavorative dovranno essere quindi analizzate per combinare le esigenze dell'ente/azienda a quelle del soggetto richiedente. Si prevedono, inoltre, forme di sostegno nonché eventuali soluzioni di problematiche connesse con gli ambienti e gli aspetti relazionali.

I soggetti, imputati nel favorire tale abbinamento, sono previsti all'articolo 6: gli Uffici competenti¹⁹ all'approvazione di richiesta di Legge 68/99, in caso di esito positivo della domanda²⁰, provvederanno *“alla programmazione, all'attuazione e alla verifica”* dei collocamenti mirati, coadiuvati dal sistema integrato di servizi rivolti alla persona (servizi sociali, servizi sanitari, servizi educativi ecc).

Per quanto riguarda la disabilità psichica, l'articolo 9 comma 4 prevede che *“i disabili psichici vengono avviati su richiesta nominativa mediante le convenzioni di cui all'art 11”*. Il legislatore ha sicuramente voluto offrire una maggiore tutela nei confronti dei disabili psichici, categoria particolarmente vulnerabile, stabilendo che il collocamento possa essere ottemperato solo tramite la chiamata nominativa che prevede alla base una convenzione tra il centro per l'impiego e il datore di lavoro. Sebbene tutto ciò abbia una connotazione positiva, vi è anche una nota dolente: l'articolo vieta di fatto la possibilità per i disabili psichici di poter accedere ad altri strumenti previsti dalla legge ai fini del collocamento mirato quali, ad esempio, la chiamata numerica o la chiamata

¹⁹ Gli Uffici territorialmente competenti solitamente si individuano nei Centri per l'Impiego territoriali.

²⁰ L'accertamento delle condizioni di disabilità previsto all'articolo 1 comma 4 della Legge 68/1999 è effettuato alle condizioni dettate dal DPCM 13.01.2000 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n. 68”*.

con avviso pubblico²¹. Vari studiosi, in merito a ciò, si pongono una questione di illegittimità dell'articolo a causa di una disparità di trattamento tra le persone affette da disturbi psichici e altre affette da diverse tipologie di disabilità.

2.2.1. Le convenzioni

L'articolo 11 della Legge 68/99 prevede, con lo scopo di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili, la facoltà di instaurare una convenzione tra l'Ufficio territorialmente competente e il datore di lavoro aventi per oggetto la programmazione degli obiettivi occupazionali del soggetto inserito. Nella convenzione sono stabilite le tempistiche e le modalità di assunzione.

È previsto, inoltre, per i soggetti disabili che presentino particolari caratteristiche e riscontrino difficoltà di inserimento lavorativo (articolo 11 comma 2 e comma 7) delle convenzioni di integrazione lavorativa. Quest'ultime ricalcano le peculiarità sopra descritte aggiungendo alcuni obblighi ed elementi che verranno riportati a seguire: l'indicazione dettagliata delle mansioni che il soggetto potrà svolgere e le modalità di svolgimento, mira a favorire l'adattamento lavorativo tramite forme di tutoraggio e di consulenza, ed infine, prevede la verifica periodica dell'adempimento del progetto stipulato.

2.2.2. Le modifiche della Legge 68/99 con il Jobs Act

Tra le numerose modifiche che ha subito la Legge 68/99 la più degna di nota è quella operata dal Jobs Act con D. Lgs 81/2015 in vigore dal 15 giugno 2015, la quale ha previsto una semplificazione da integrare proprio nella Legge 68/99, ampliando le tipologie

²¹ La chiamata nominale, o richiesta nominativa, prevede che il datore di lavoro possa scegliere personalmente una persona all'interno della lista proposta (solitamente dall'Ufficio competente) che meglio corrisponda alle sue esigenze.

L'avviamento numerico invece prevede la candidatura delle persone disabili ad una lista di collocamento mirato, da questa lista si provvederà a creare una graduatoria in base ad elementi quali, ad esempio, il reddito, il grado di invalidità e l'anzianità di iscrizione. La graduatoria è a cura dell'Ufficio competente territorialmente. Lo strumento può essere alternativo o integrativo alla chiamata nominativa ed è disposto d'ufficio nel caso in cui le aziende private con l'obbligo di assunzione non adempiano a tale dovere.

Infine, l'avviamento al lavoro con avviso pubblico, che può a sua volta distinguersi in avviamenti a selezione tramite le graduatorie pubblicate dagli Uffici territorialmente competenti oppure attraverso lo strumento del bando gestito direttamente dall'Ente pubblico.

contrattuali con i quali i datori di lavoro possono procedere all'inserimento delle persone con disabilità. Il Jobs Act conferisce la possibilità di assunzione di tali soggetti tramite ogni tipologia di contratto di lavoro subordinato (tempo determinato, apprendistato o part-time) piuttosto che assumere con contratto di somministrazione lavoro con durata inferiori a dodici mesi. In aggiunta, le assunzioni nominative, dapprima regolate tramite determinate percentuali di dipendenti, vengono private di tale limite percentuale.

L'opera del Jobs Act rientrerebbe, in quest'ottica, all'interno del sistema di *flexicurity* tanto richiesto dai *policy makers* europei, la quale concernerebbe la riformulazione di un sistema di mercato sotto il segno di una diffusa flessibilità, affiancata da un maggior livello di sicurezza dei lavoratori all'interno del mercato. Molti studiosi ritengono, però, che questo equilibrio sia stato tralasciato, probabilmente a favore di una liberalizzazione totale del capitale.

2.3. Il Servizio integrazione lavorativa (SIL)

Il servizio di Integrazione lavorativa è nato con formazione spontanea nei Centri di Formazione Professionale e nei servizi socio-sanitari e servizi sociali locali con lo scopo di dare forma ed efficacia sul piano pratico a quello che già era stato stabilito con la Legge 68/99. Nacque contestualmente alla promulgazione del D.lgs. 23 dicembre 1997 n. 469 *“Conferimento alle regioni e agli enti locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell'articolo 1 della Legge 15 marzo 1997 n. 59”*²² che, come si deduce dal titolo, prevede un passaggio di titolarità delle materie inerenti al mercato lavorativo.

La Legge 68/99 presentava e presenta non pochi vuoti da colmare: dalle aziende che preferiscono effettuare una chiamata nominativa per assicurarsi di individuare una persona performante e all'altezza della mansione prevista, alla difficoltà di operare un inserimento efficace ed efficiente sia per il soggetto con disabilità sia per l'azienda. Il Servizio di Integrazione lavorativa interviene proprio per garantire maggiore tutela ad

²² Legge 15 marzo 1997 n. 59 *“Conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa”*.

entrambe le parti, svolgendo una funzione di raccordo tra il mercato, i Servizi per l'impiego, il CSM, il SERD²³, il Servizio di Disabilità Adulta.

Nella Regione Veneto il SIL si rivolge ai soggetti individuati dalle Leggi di riferimento, come espresso nella tabella sottostante (*Tabella 2*).

Tabella 2: Soggetti che possono usufruire del SIL

Soggetti che possono usufruire del SIL	Riferimenti Legislativi
Persone con disabilità fisica, psichica, intellettuale e sensoriale che necessitano un supporto e un avviamento al mondo del lavoro	Articolo 1 Legge 68/1999
Persone con svantaggio sociale in carico ai servizi socio-sanitari	Legge 381/1991
Persone destinatarie di azioni di inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione	DGR n. 1406 del 9 settembre 2016 ²⁴
Persone con svantaggio sociale in carico all'azienda Ulss 3 Serenissima a cui è stata data delega	Delega all'AULSS 3 Serenissima da parte degli Enti competenti

L'intervento del SIL prevede una vera e propria presa in carico della persona per e con la quale si crea un progetto individualizzato per supportarla e sostenerla, iniziando da un processo di sviluppo delle propria riflessività mirato all'individuazione delle proprie criticità e potenzialità, all'acquisizione di strumenti relazionali e competenze sociali, per poi passare ad un azione di supporto verso una fase di formazione e acquisizione di capacità professionalizzanti (tramite, per l'appunto, corsi di formazione e tirocini²⁵); infine, come obiettivo ultimo vi è il raggiungimento dell'ambito inserimento lavorativo. Il SIL, inoltre, si occupa di mediare con le aziende del territorio, offrendo loro consulenze informative e tecniche rispetto alle Leggi di riferimento sopracitate.

²³ Servizio per le dipendenze patologiche.

²⁴ Bur n. 92 del 23 settembre 2016, DGR n. 1406 del 9 settembre 2016 "Disposizioni in materia di tirocini di inclusione sociale, ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni e Province autonome del 22 gennaio 2015 "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" e contestuale revoca della DGR n. 3787/2002. Deliberazione/CR n. 53 del 22 giugno 2016.

²⁵ Ai sensi del D.L. "Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'articolo 18 della Legge 24 giugno 1997 n. 196, sui tirocini formativi e di orientamento".

Una volta che l’inserimento è avvenuto, lo scopo del SIL è di sostenere e motivare il soggetto affinché resista alla pressione lavorativa che può crearsi, rimanendo fedele ai suoi doveri e attingendo alle sue risorse. Si creano, così, condizioni ottimali nell’ambiente di lavoro e nel contesto relazionale per auspicare la permanenza stabile del soggetto all’interno del luogo di lavoro, indirizzando e supportando anche l’azienda accogliente nella gestione del lavoratore con disabilità.

Si specifica che i progetti sono diversificati e seguono quindi un principio di individualizzazione che mira a perseguire i bisogni delle persone. La DGR Veneta, n. 1138 del 6 maggio 2008, articola nel seguente modo le tipologie di progetti erogabili da parte del SIL: osservazione e orientamento, tirocinio formativo, mediazione al collocamento, mantenimento del lavoro, supporto alla ricerca attiva del lavoro, continuità scuola-lavoro, alternanza struttura protetta-lavoro, integrazione lavorativa su delega dei Comuni e, per concludere, l’integrazione sociale in ambienti lavorativi.

2.4. Sportello Lavoro

La Regione Veneto nel 2018²⁶ ha approvato un protocollo d’intesa con l’ANCI²⁷ Veneto e con Veneto Lavoro, protocollo denominato “*Rete territoriale per i servizi al lavoro e di orientamento*” il quale ha portato alla creazione di sinergie nel territorio per migliorare l’utilizzo dei servizi al lavoro da parte dei cittadini. Tale iniziativa ha incitato la diffusione di uffici *ad hoc*, denominati “*Sportelli Lavoro*”. La DGR fa riferimento soprattutto alla creazione di un servizio che riesca ad intercettare con maggiore facilità i cittadini appartenenti alle fasce più deboli della popolazione. Questo strumento non si sostituisce ai Centri per l’Impiego (CPI) bensì è stato creato per decongestionare l’afflusso ai CPI e offrire un servizio sotto il segno della sussidiarietà, in grado di offrire supporto a quelle che vengono definite “*persone con minore capacità di comportamenti proattivi nella ricerca di lavoro*”, gli sportelli sono difatti aperti con le risorse Comunali e gestiti dai vari comuni in collaborazione con l’ANCI Veneto e Veneto Lavoro.

²⁶ DGR n. 1554 del 22/10/2018, “*Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra la Regione del Veneto, l’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani – ANCI Veneto e Veneto Lavoro, per la diffusione nel territorio di uffici denominati “Sportello Lavoro”, gestiti dai Comuni, per agevolare l’utilizzo dei servizi al lavoro da parte dei cittadini*”.

²⁷ Associazione Nazionale dei Comuni Italiani.

Nei vari Sportelli i cittadini (in cerca di occupazione o occupati) le imprese del territorio ed eventuali intermediari possono essere informati sulle politiche del lavoro quali tirocini, programmi Garanzia Giovani, prospetto informativo verso i beneficiari o possibili beneficiari di Legge 68/99 e altre misure a livello regionale, nonché possono ricevere assistenza per l'effettuazione della Dichiarazione di immediata disponibilità lavorativa (DID), nell'inserimento del *curriculum vitae* nel portale di ClicLavoro Veneto e al sostegno mirato all'inserimento lavorativo e alla formazione nel mondo del Lavoro.

2.5. Gli interventi in tema di collocamento previsti dalla Regione Veneto

In linea con le direttive nazionali la Regione Veneto ha varato dei DGR *ad hoc* riguardanti il "*Programma regionale degli interventi in tema di collocamento mirato*". Nel 2020 è stato varato un altro Programma di intervento che però non citeremo in questo scritto poiché riguarda delle modifiche intervenute al fine di tutelare, per quanto possibile, il collocamento mirato a seguito dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19. Possiamo, però, fare riferimento a quello del 2019, il terzo programma d'intervento emesso dal 2017²⁸. In tale Programma di intervento il legislatore si è limitato a riproporre le misure già individuate nei precedenti testi, in quanto strumenti oramai stabilizzati nel territorio, e ha previsto l'aggiunta di alcuni interventi con l'obiettivo di fronteggiare gli ostacoli che talvolta impediscono la buona riuscita degli inserimenti lavorativi dei soggetti iscritti alle liste del collocamento mirato. Gli argomenti trattati vertono sugli incentivi e le agevolazioni per le imprese, alla promozione delle esperienze di politica attiva, al

²⁸ Il primo Programma di intervento fu varato tramite la DGR 1788/2017 in cui si diede seguito all'esperienza già in atto del "Fondo Nazionale per il diritto al lavoro dei disabili" erogato dall'INPS oltre che per continuare l'erogazione degli interventi erogati dai Centri per l'Impiego riguardanti l'attivazione dei tirocini all'interno delle Convenzioni di Integrazione Lavorativa come stabilito dall'articolo 11 della Legge 68/99 nonché, sempre in riferimento a tale legge, l'incentivazione nelle assunzioni a tempo indeterminato dei soggetti disabili. Successivamente il programma sopra descritto fu ampliato dalla DGR 626/2018 e dalla DGR 1042/2018 in cui si aggiunsero degli incentivi per l'assunzione e si stanziò una quota per il finanziamento dei tirocini in capo al Servizio di Integrazione Lavorativa.

Il secondo Programma di intervento fu varato l'anno successivo con DGR 1507/2018 nel quale si riconfermavano le azioni stabilite dalle precedenti delibere con l'aggiunta di alcune modifiche inerenti al finanziamento per attività a supporto dell'inserimento lavorativo e agli interventi di formazione, fu inserita anche la sperimentazione della figura di "Responsabile dell'inserimento lavorativo" nei luoghi di occupazione.

finanziamento per la partecipazione a corsi di istruzione e/o di formazione, all'introduzione di percorsi pre-lavorativi, ed infine, alla creazione di sinergie e collaborazioni attraverso l'implementazione di attività di comunicazione multi-livello nonché al monitoraggio degli interventi.

Per quanto riguarda il tema Salute Mentale, invece, si può far riferimento alla DGR n 21 del 17 gennaio 2012 *“Linee guida regionali per l’inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici”*. Queste linee guida sono il frutto del *“Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico – Pro²⁹.P”*, sostenuto dalla Regione Veneto e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dell'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL). Tale progetto, avviato a settembre 2010 ha avuto durata di un anno e ha dato i suoi frutti proprio in questa norma. La Regione Veneto volle evidenziare la valenza terapeutica-riabilitativa dell'inserimento lavorativo integrando gli strumenti già esistenti e superando una logica di frammentazione e categorizzazione degli interventi. Una delle ragioni fu, ed è tutt'oggi, la problematica del lavoro all'interno dell'Area Salute Mentale, per ovviare a ciò il legislatore all'interno della DGR afferma che:

“[...] il problema del lavoro nelle sue varie possibilità applicative è un tema centrale dei Piani di Zona e che può concretizzarsi solo nell'integrazione fra Aziende ULSS e soggetti del territorio.”³⁰

Le strategie che emergono alla base delle Linee Guida vertono all'approccio centrato sulla persona e all'incremento del suo empowerment, al sostegno di interventi che contribuiscono alla conoscenza delle opportunità e dei percorsi che permettono l'entrata nel mondo del lavoro, alla creazione di una rete che favorisca la collaborazione tra istituzioni, il privato sociale e in questo caso anche il privato economico (trattandosi di libero mercato) al fine dell'inserimento lavorativo di persone affette da disturbi psichiatrici; infine, vi è l'utilizzo di un approccio comunitario per la tematica della salute mentale e, di conseguenza, permane l'obiettivo di continuare a lavorare per l'eliminazione e il contrasto dello stigma riservato ai soggetti appartenenti a tale

³⁰ Allegato A, DGR n. 21 del 17 gennaio 2012, *Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico- Pro.P. Linee guida regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici*, p. 3.

categoria. Inoltre, si mira alla promozione dei percorsi di inserimento lavorativo già espletati dai Centri per l'Impiego e dai Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL).

Un *focus* centrale, almeno per questo elaborato, si pone sui processi di inserimento diretto con strumenti basati sul cosiddetto "*Supported Employment*", tematica di cui andremo a trattare nel prossimo capitolo. Al lettore, per ora, basti sapere che tale forma di politica attiva è stata valutata vantaggiosa sia a livello nazionale che internazionale.

Un ultimo approfondimento, a conclusione, lo si può fare sulla DGR 2007/2017³¹, ovvero sul "*Programma Operativo Regionale (POR) 2014-2020*". Il POR è uno strumento finanziato dall'Unione Europea, dallo Stato e dalla Regione Veneto che ha l'obiettivo di prevedere, attraverso un piano strutturato, la crescita sociale ed economica. Per quanto riguarda il secondo Asse³², quello dedicato all'inclusione sociale, la Regione Veneto ha puntato all'incremento delle attività di *empowerment* attraverso attività di orientamento e occasioni di formazione per favorire la partecipazione attiva di persone svantaggiate e a rischio di emarginazione all'interno del mercato del lavoro.

Si vede come, sempre più frequentemente, l'attenzione e le strategie ai fini dell'inserimento lavorativo siano orientate verso la coltivazione delle potenzialità della persona e i riferimenti all'*empowerment* in questa norma, similmente a quella del 2012, ne sono un esempio concreto.

2.6. Riflessioni sull'inserimento lavorativo protetto

Le misure sopra descritte, a vario titolo, hanno di per certo contribuito a chiudere il *gap* esistente tra il tasso di occupazione dei soggetti disabili rispetto a quello della popolazione in generale. Il legislatore, promuovendo l'adozione di tali strumenti, auspicava all'applicazione del principio di uguaglianza se non anche dell'adozione di politiche attive che contribuissero all'integrazione e all'inserimento nel contesto sociale, tra cui anche quello lavorativo, di persone svantaggiate. Il diritto al lavoro, come affermato dall'articolo 4 della Costituzione italiana, è stato elevato a obiettivo

³¹ DGR n. 2007 del 6 dicembre 2017, *Programma Operativo Regionale 2014-2020 - Fondo Sociale Europeo - Ob. Competitività Regionale e Occupazione - Reg. (UE) n. 1303/2013, Reg. (UE) n. 1304/2013. Asse II - Inclusione Sociale - Direttiva per la realizzazione di percorsi di inclusione sociale attiva per soggetti disabili iscritti alle liste del collocamento mirato.*

³² Regione del Veneto, POR FSE VENETO 2014-2020, Ottobre 2018, p. 28.

prioritario, tenendo conto che la produttività riduce la dipendenza dalle forme di assistenzialismo erogate a livello statale. L'inserimento lavorativo dei disabili è quindi fonte non solo di maggiore produttività ma, in un certo senso, anche di "risparmio" se si pensa al grado di indipendenza socio-economica che un soggetto con disabilità può raggiungere svolgendo regolarmente un'attività lavorativa retribuita.

Inoltre, si deve tenere presente che nonostante il *Welfare Familista*³³ Italiano, il legislatore vuole consentire ai soggetti di non gravare sulla famiglia per arginare le problematiche che insorgono con l'invecchiamento dei familiari nonché per contrastare fenomeni di povertà in cui ricadono più frequentemente i nuclei familiari che presentano al loro interno un soggetto fragile.

A questo proposito Marwaha e Johnson³⁴ affermano che i soggetti affetti da disabilità possono essere influenzati, oltre che dai bassi tassi di occupazione (soprattutto quella riservata loro) anche dai *benefits* e dalle misure protettive che ricevono e/o percepiscono dalle politiche sociali. Questi *benefits*, sebbene rappresentino una forma di tutela indispensabile, possono incitare la persona ad adagiarsi nel letto dell'assistenzialismo rischiando così di abbandonare l'idea di intraprendere un percorso atto all'inserimento lavorativo. Il rischio più comune è quello di trovare un lavoro che non assicuri la stessa retribuzione o gli stessi vantaggi offerti dai *benefits* e/o incompatibile con l'erogazione di questi ultimi: questo meccanismo è noto come "*benefit trap*", in italiano conosciuto come la "trappola della povertà".

Una cosa che accumuna tutte queste forme di inserimento lavorativo è proprio l'alto grado di "protezione" e cautela che riservano nei confronti dei soggetti coinvolti. Non si

³³ Il Regime dell'Europa Meridionale, conosciuto anche come Modello di Welfare Mediterraneo, è proprio dei paesi dell'Europa meridionale come suggerito dal nome: comprende quindi Italia, Spagna, Grecia e Portogallo. Inizialmente l'Italia fu catalogata da Esping-Andersen come Stato avente un Welfare conservatore-corporativo; tutti gli altri, al contrario, erano esclusi dalla tripartizione. La creazione di una quarta categoria, successiva alle altre, è dovuta dallo sviluppo posticipato di Welfare State avuto da questi Stati: solo negli anni '70 e '80 queste nazioni hanno visto l'evoluzione del proprio Stato Sociale. Ferrera imputa le principali cause a ragioni geoevolutive e ad un'evoluzione del Welfare in condizioni socio-economiche più favorevoli rispetto al resto d'Europa. Il Welfare Mediterraneo è caratterizzato da un forte familismo (quindi da un basso grado di defamilizzazione) essendo l'intervento pubblico residuale a causa della priorità del sostegno familiare. La demercificazione è differente tra le classi sociali agiate e quelle povere; vi è, infine, un basso grado di destratificazione nonostante questo meccanismo produca differenziazioni trasversali rispetto alla struttura di classe.

³⁴ Steven Marwaha, Sonia Johnson, *Schizophrenia and employment – a review*, National Library of Medicine, 2004.

vuole denigrare o svalutare tali politiche poiché sono attestabili svariati esiti positivi. Questa continua protezione riservata a tale categoria di persone assume però, talvolta, anche le sembianze di una bolla di cristallo, un contenitore iper-protetto in cui riporre la disabilità. A questo proposito possiamo fare riferimento a J.S. Morvan³⁵ il quale affermò l'esistenza di cinque rappresentazioni sociali che le persone possiedono nei confronti delle persone disabili e che, conseguentemente, portano loro ad adottare comportamenti predefiniti nei rapporti sociali con questi ultimi. Tra le cinque, emerge la rappresentazione del disabile come un eterno bambino a cui viene automaticamente privata la possibilità di un suo sviluppo come uomo o donna in grado di svolgere mansioni in autonomia, di riuscire a destreggiarsi tra i problemi della vita senza per forza dipendere dall'aiuto di qualcuno.

A difesa della creazione di questa corsia preferenziale vi è la diffidenza e/o la riluttanza da parte di enti e aziende ad assumere soggetti con disabilità poiché si pensa siano potenzialmente meno produttivi e meno spendibili all'interno dell'organico. Con l'avvento del Jobs Act, la chiamata nominativa ha predominato, facendo sì che le aziende potessero selezionare i "più sani tra i meno sani"³⁶. Nell'Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 68/99³⁷ emerge, difatti, come la chiamata nominativa sia lo strumento più utilizzato insieme alle convenzioni, lo si può notare visionando la *Figura 2*.

Come descritto dal Rapporto, la chiamata nominativa è stata una dei principali istituti introdotti dalla Legge 68/99 e intensificati con il Jobs Act che ha permesso, da un lato, di incrementare notevolmente l'incontro tra domanda e offerta ma, dall'altro, di escludere a priori le disabilità più gravi o meno "gestibili".

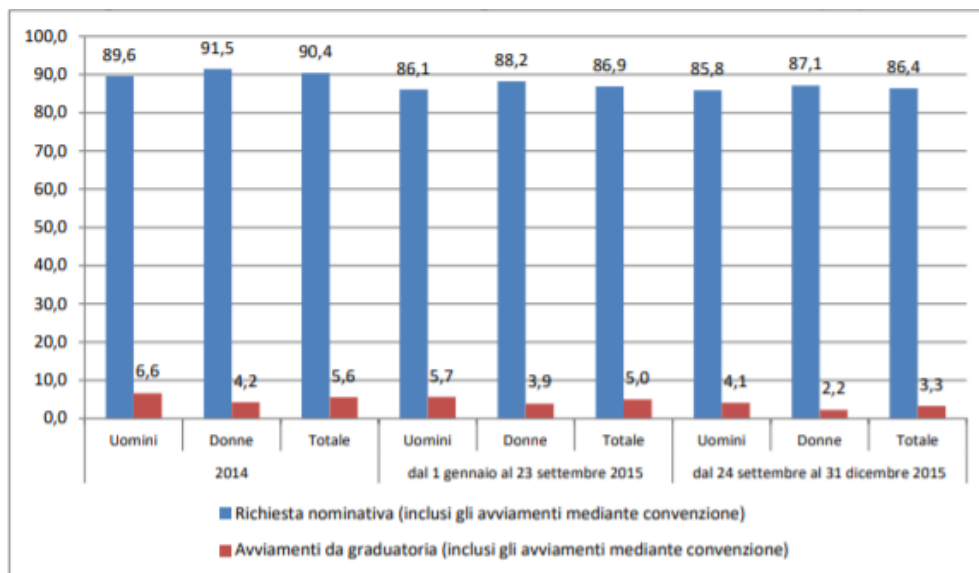
³⁵ Morvan J.S., *Représentations des situations de handicap et d'inadaptation chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service et les enseignants spécialisés en formation*, P.U.F., Paris 1988.

³⁶ Ranieri, Salvadorini, *Così le aziende aggirano la legge per scartare i lavoratori disabili*, Il Fatto Quotidiano, 16/05/2018.

³⁷ Camera dei Deputati, Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Poletti, 28 Febbraio 2018, p. 49. Si fa riferimento alla Figura 4 "Avviamenti degli iscritti nell'elenco del collocamento obbligatorio, presso datori di lavoro privati, dal 1° gennaio al 31 dicembre. Avviamenti da graduatoria e richiesta nominativa", dati raccolti dalle Elaborazioni Inapp (2017).

Inoltre, una ricerca realizzata dall'ISFOL nel 2011 ha evidenziato che la conoscenza della Legge 68/99 è elevata ma è molto differenziata in base al settore produttivo³⁸ e che la maggior parte delle aziende sono state informate degli obblighi che prevede tale norma da un consulente.

Figura 2: Richiesta nominativa e avviamenti da graduatoria³⁹



L'inadempienza di questi obblighi prevede una sanzione (che il Decreto Legislativo 185/2016, integrandosi con il Decreto appartenente al quadro del Jobs Act 151/2015 ha portato a €153,20 al giorno) che ad oggi, alcune aziende preferiscono pagare piuttosto di mettere a repentaglio la propria produttività e competitività.

Le testate giornalistiche pubblicano almeno un articolo all'anno sugli *escamotage* e la diffidenza dimostrata dalle aziende nei confronti della disabilità.

Uno degli aspetti che continua a sollecitare il reiterarsi di questo *pattern* è la lentezza dei controlli.

³⁸ Come affermato nella VI relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 12 Marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", p. 81, il settore dei servizi è un ampio bacino che accoglie la maggioranza delle persone occupate con disabilità (61%) ma che contestualmente vede la maggior parte degli occupati della popolazione in generale. A scendere lo scenario vede l'occupazione delle persone disabili nel settore del commercio e della ristorazione (14,8%), dell'industria (13,4%) ed infine i settori delle costruzioni (6,1%) e dell'agricoltura della caccia e della pesca (4,8%).

³⁹ *Ibidem*, Figura 4: "Avviamenti degli iscritti nell'elenco del collocamento obbligatorio, presso datori di lavoro privati, dal 1 gennaio al 31 dicembre. Avviamenti da graduatoria e richiesta nominativa (v. %)". Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Elaborazioni Inapp, 2017.

Un'indagine svolta da Consulenti del Lavoro afferma:

“A fronte degli oltre 770 mila iscritti alle liste del collocamento mirato e delle 360 mila persone con disabilità occupate alle dipendenze nelle aziende italiane, nel 2018 si registravano in Italia 145.327 posizioni lavorative destinate a disabili ma non ancora coperte. Vale a dire che la “quota di riserva”, ovvero le posizioni che i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti per legge a riservare a persone con disabilità, pari a 501.880 occupati, risultava ancora scoperta per il 29% dei casi, vuoi per le difficoltà a reperire i profili richiesti, vuoi per inadempienza delle organizzazioni”⁴⁰

Lo possiamo notare anche dalle percentuali di posti scoperti delle posizioni lavorative riservate a soggetti affetti da disabilità (Tabella 3).

Tabella 3: Non copertura e posti scoperti sulle quote di riserva⁴¹

Distribuzione delle posizioni lavorative destinate alle persone con disabilità per copertura o non copertura delle posizioni, classe di addetti e tipo di organizzazione, 2018 (v.a. e val. %).				
	Posti coperti	Posti non coperti	Quota di riserva	% posti scoperti su Quota di riserva
Classe di addetti				
Da 15 a 35 dipendenti	36.852	23.993	60.845	39,4
Da 36 a 50 dipendenti	18.194	6.077	24.271	25,0
Oltre i 50 dipendenti	301.507	115.257	416.764	27,7
Tipo di organizzazione				
Imprese private	274.984	112.480	387.464	29,0
Organizzazioni pubbliche	81.569	32.847	114.416	28,7
Totale	356.553	145.327	501.880	29,0

Un altro elemento che emerge da tale indagine è la capienza massima che hanno raggiunto le liste del collocamento mirato. È evidente, in conclusione, che tale strumento, come gli altri sopra descritti, necessita di essere integrato con nuove modalità che permettano un inserimento lavorativo dei soggetti con disabilità, modalità innovative che aiutino al raggiungimento di questo scopo in sinergia con gli strumenti e le modalità già consolidati.

⁴⁰ Fondazione Studi Consulenti del Lavoro, *L'inclusione lavorativa delle persone con disabilità in Italia*, 2020, p.26

⁴¹ *Ivi*, p. 27.

L'ultimo Report svolto dall'ISTAT nel 2019 intitolato "Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni"⁴² ci aiuta a inquadrare più nel dettaglio la condizione occupazionale dei disabili in confronto a quella della popolazione generale (Tabella4). Di primo acchito si nota il divario tra gli occupati senza alcuna limitazione (57,8%) e coloro i quali ne posseggono una (31,3%). Si riversa anche in quest'ambito la condizione di disparità tra uomo e donna: per le donne disabili è quindi presente una duplice discriminazione: in quanto disabili e in quanto donne.

Tabella 4: Condizione occupazionale dei soggetti con limitazioni gravi.⁴³

Persone di 15-64 anni e più per presenza di limitazioni, condizione occupazionale, sesso, classe di età, titolo di studio. Media 2016-2017 (v. %).								
Presenza di limitazioni	Maschi	Femmine	15-24	25-44	45-64	Laurea o più	Diploma superiore	Fino alla licenza media
Limitazioni gravi:								
Occupato	36,3	26,7	17,0	36,7	30,7	63,4	42,7	19,5
In cerca di occupazione	21,2	15,1	17,8	26,1	14,9	11,2	20,0	18,2
Studente	3,2	3,9	46,5	(...)	(-)	(...)	4,1	3,4
Inabile al lavoro	16,1	9,3	(...)	16,1	11,3	(...)	8,1	16,9
Altra condizione	23,1	45,00	(...)	20,0	43,1	20,3	25,1	42,0
Nessuna limitazione								
Occupato	67,2	48,2	15,2	67,6	64,9	76,7	62,2	44,6
In cerca di occupazione	15,2	14,4	16,2	18,5	10,5	10,2	15,4	16,1
Studente	12,1	12,7	65,3	3,6	(-)	7,1	10,4	16,9
Altra condizione	5,5	24,7	3,3	10,3	24,6	6,0	12,0	22,4
Legenda: (-) I numeri non raggiungono la metà della cifra dell'ordine minimo considerato; (...) L'esiguità del fenomeno rende i valori calcolati non significativi.								

Alla luce di quanto riportato, dotandoci di una visione d'insieme, si può affermare che l'attenzione da parte della legislazione italiana verte sulla visione preponderante del soggetto disabile in quanto portatore di disabilità ancora prima di un soggetto con potenzialità da inserire nel mondo economico-lavorativo. Tali politiche, possono fungere da immensa risorsa per alcune tipologie di soggetti ma possono risultare demotivanti per altri. Questo fattore protettivo rischia di incorrere nella strada che porta verso una

⁴² ISTAT, *Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni e istituzioni*, Roma 2019, pp. 60-62.

⁴³ Ibidem.

maggior probabilità di vedere la persona con disabilità come paziente più che focalizzarsi sull'individuo come unico e irripetibile.

È pertanto possibile che sia questa la causa per la quale l'inserimento lavorativo tramite metodo tradizionale si dipani su svariate fasi prolungate nel tempo, con ambienti e possibili impieghi selezionati *ad hoc*, prevedendo un impegno lavorativo tendenzialmente molto contenuto e limitante per quanto concerne le potenzialità. Il rischio emerso da vari studi è che il reiterarsi di questo *pattern* altamente protettivo aumenti la probabilità di incanalare i soggetti che usufruiscono di tali politiche in un segmento escluso dal mercato del lavoro ordinario, concorrendo alla creazione di una porta dedicata alla segregazione di questo *target* di popolazione.

LAVORO E DISAGIO PSICHICO: UN'ESPERIENZA PROFICUA PER IL SOGGETTO E PER L'AZIENDA

3.1. L'importanza del lavoro nella costruzione dell'identità soggettiva

Il lavoro ricopre un ruolo fondamentale all'interno del ciclo di vita dell'essere umano e risulta essere uno degli aspetti che maggiormente lo influenza e lo condiziona: ciò è stato atteso anche dal Rapporto dell'OMS *"Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group"*⁴⁴. È stato provato che le persone affette da disturbo mentale hanno un grado di disoccupazione più alto rispetto alla popolazione ma questo primato lo si ha anche a confronto con i soggetti portatori di disabilità fisica. Come vedremo trattando i fattori di rischio e di protezione, tra gli ostacoli principali dell'inserimento lavorativo di chi ha un disagio psichico vi sono il persistere dello stigma sociale, la scarsa informazione e, talvolta, l'esperienza diretta. Questa situazione si ripercuote indubbiamente sulla qualità della vita di chi è affetto da problematiche di salute mentale e su uno degli obiettivi comuni dei servizi afferenti a questo tema: l'integrazione sociale.

*"Per integrazione sociale si intende il ruolo e la posizione che i soggetti occupano nella società e che si misura attraverso l'autonomia economica e lavorativa necessarie a far sentire le persone realizzate tanto da evitare l'emarginazione."*⁴⁵

Al di là della retribuzione in termini economici, sia essa un rimborso spese o uno stipendio vero e proprio, l'attività lavorativa permette di sviluppare la propria rete sociale, innescando dinamiche positive non solo per l'individuo ma anche per la società. L'adempiere delle specifiche mansioni e l'averne un ruolo all'interno di un contesto, aiuta ad incrementare le proprie capacità e rafforza la fiducia in sé stessi e, cosa più importante, offre al soggetto la possibilità di riprendere un certo controllo sulla propria

⁴⁴ World Health Organization, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, 2010, pp. 21-23

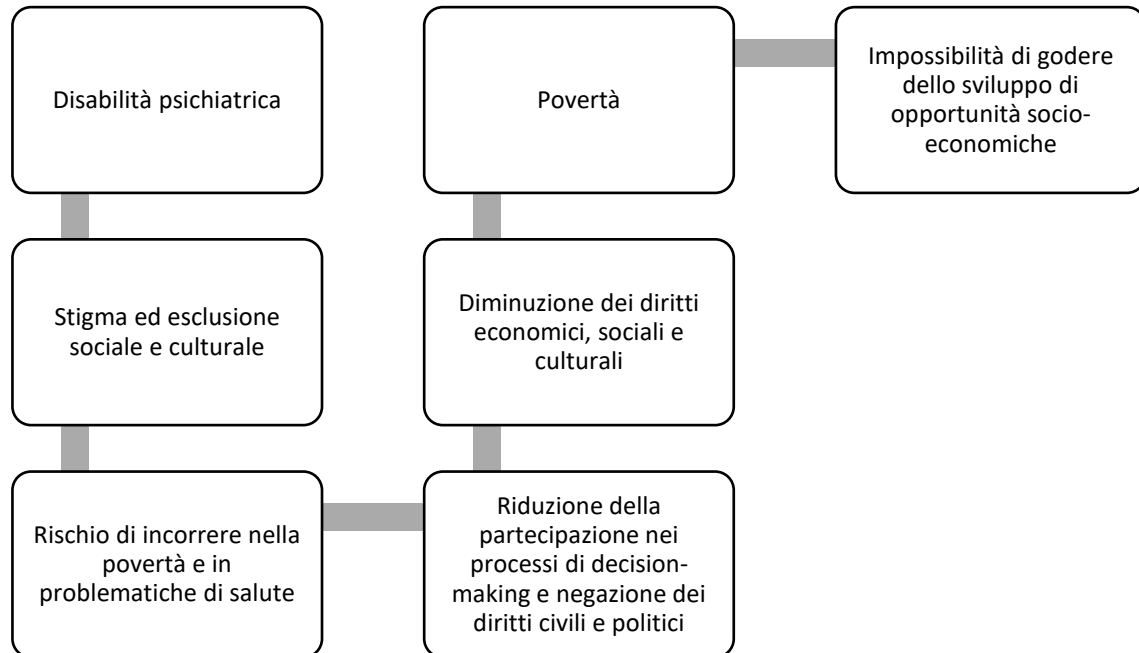
⁴⁵ ISFOL, Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, *Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali*, 197 I libri del Fondo Sociale Europeo 2014, p. 15.

vita. In termini clinici, l'attività lavorativa può favorire il percorso di *recovery* che può evitare reazioni di isolamento, peggioramento delle condizioni cliniche e di salute nonché l'inizio o il ritorno ad abusi di farmaci, sostanze o alcol.

Logicamente, non sempre le esperienze lavorative possono essere positive, nonostante ciò, avere la possibilità di sperimentarsi rende comunque possibile la comprensione dei propri punti di forza e di debolezza, evidenziando eventuali carenze da colmare o caratteristiche di sé che possono continuare ad incrementarsi.

Anche il percepire una retribuzione, in aggiunta, consente di possedere una certa autonomia economica, oltre ad essere percepita come una gratificazione positiva. Per le persone con disagio mentale l'indipendenza economica può rendere più semplice il percorso di vita: si pensi, ad esempio, la conquista di non dover più gravare economicamente sui propri familiari, essere in grado di provvedere ai propri bisogni primari o più semplicemente di permettersi qualche sfizio, uno sfizio che ha un sapore di libertà.

Figura 3: Possibile decorso della disabilità psichiatrica in condizioni sfavorevoli⁴⁶



⁴⁶ Nations For Mental Health, *Mental health and work: impact, issues and good practices*, Ginevra 2000, p. 3.

Nell'immagine riportata (*Figura 3*), G. Harnois e P. Gabriel (2000)⁴⁷ mostrano visivamente ciò che il soggetto affetto da malattia mentale rischia incorrere in assenza di argini di protezione e azioni di controtendenza. Sebbene il testo a cui ci stiamo riferendo è stato redatto dagli autori per l'OMS nel lontano 2000, risulta essere molto attuale. Ciò che viene evidenziato, è come il disagio psichico porti perennemente un fardello che, in assenza di barriere di contrasto, può portare all'esclusione sociale dei soggetti e delle loro famiglie nonché contribuire all'aumento della stigmatizzazione della salute mentale. Ciò può comportare, nel lungo periodo, una condizione di vulnerabilità economica a causa dell'esclusione dal mercato del lavoro, accompagnata da un peggioramento dello stato di salute. L'esclusione dalla partecipazione sociale, in aggiunta, non permette l'emergere della problematica che in tal modo non viene presa in considerazione dalla discussione pubblica né dalla discussione istituzionale. Fortunatamente, come abbiamo visto nel capitolo precedente, molte sono state le iniziative (legislative e non) per la tutela dei diritti di chi soffre di disagio mentale ma è bene rimarcare che la tematica deve continuare ad essere presa in seria considerazione fino a quando non si raggiungerà la piena integrazione e la piena godibilità dei diritti umani fondamentali da parte di questo *target* di popolazione.

Il luogo di lavoro è uno degli ambienti che influisce maggiormente sul benessere e sulla salute mentale della popolazione in generale. Harnoise e Gabriel⁴⁸ concordano sul fatto che questo ambiente può avere un significativo impatto sul benessere psicologico ed è per questa ragione che hanno individuato cinque motivi a sostegno della loro tesi. Anzitutto, l'aver un impiego permette di creare una struttura ordinata del tempo, una suddivisione temporale che aiuta il soggetto ad avere una maggiore padronanza spazio-temporale, inoltre, permette di assegnare con maggiore coscienza attributi e significati ai momenti vissuti nonché porsi obiettivi più aderenti alla realtà. L'assenza di un'attività o di una struttura temporale organizzata può portare confusione e destabilizzazione per il soggetto; conseguentemente il lavoro aiuta a scandire i tempi di vita, ad organizzare l'attività quotidiana. In terzo luogo, un impiego lavorativo consente al soggetto di avere dei contatti sociali, incrementando così le sue abilità di socializzazione o, in assenza di

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ Harnoise G., Gabriel P., *Mental Health and Work Impact, Issues and Good Practices*, WHO - International Labour Organisation, 2000.

queste, offrire l'opportunità di un re-inserimento sociale. Il contesto lavorativo permette poi la possibilità per il soggetto di sperimentarsi nelle relazioni interpersonali al di fuori dell'ambiente familiare dando la possibilità di condividere con i colleghi obiettivi e impegni di gruppo.

Infine, l'aver un lavoro consente di definire e rafforzare la propria identità sociale e a tale proposito possiamo citare J. Conrad:

“Il lavoro non mi piace, non piace a nessuno, ma amo quello che c'è nel lavoro: la possibilità di trovare sé stessi. La propria realtà – per sé stesso, non per gli altri – ciò che nessun altro potrà mai conoscere.”⁴⁹

3.2. Il concetto di Recovery

Si è detto poc'anzi che l'inserimento in un luogo di lavoro può giovare sulla *recovery* clinica e personale del soggetto con disagio mentale, vediamo quindi più in profondità cosa si intende per *recovery* e qual è la distinzione tra le due tipologie. Negli ultimi anni, questo paradigma si è fatto spazio nell'ambito della riabilitazione psichiatrica e più in generale nel mondo della psichiatria.

“Il concetto di recovery è il risultato di una radicale evoluzione del pensiero sulla malattia mentale e sulla schizofrenia in particolare [...] l'atteggiamento paternalistico [...] ha progressivamente ceduto il passo ad un approccio che, puntando a rafforzare le risorse delle persone, le aiuta ad emanciparsi dalla condizione di malato psichiatrico e a recuperare un ruolo sociale attivo nella comunità.”⁵⁰

La letteratura medica afferma che questo sia un processo di cambiamento, un viaggio che la persona intraprende, attraverso il quale migliora il proprio benessere e le sue condizioni di salute, vivendo in modo “*self-direct*” poiché mette in campo le proprie risorse⁵¹. Gli elementi che favoriscono questo processo sono tendenzialmente riconducibili a quattro macro-aree riferite alla salute, ovvero: il saper gestire il proprio

⁴⁹ Conrad J, *Heart of Darkness*, 1899.

⁵⁰ Fioritti A, Berardi D. (a cura di), *Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali*; Bononia University Press, Bologna, marzo 2017, pp.22-23.

⁵¹ SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), *Recovery and Recovery Support*, 23/4/2020.

disturbo e la sintomatologia che ne deriva, è riconducibile alla casa in quanto luogo rappresentativo di un ambiente sicuro in cui vivere, alle attività (tra cui il lavoro, la gestione del tempo libero o lo studio) ed infine alla rete sociale come un organismo nel quale ci si sente parte.

La *recovery* non si riferisce quindi ad un concetto di guarigione bensì di convivenza con la propria malattia che, nonostante possa portare delle limitazioni, non nega la possibilità di condurre una vita soddisfacente.

Il Dott. Corrivetti, Direttore del DSM dell'ASL di Salerno, afferma che si tratta di un concetto meta-sistemico, poiché in esso si racchiude sia la capacità di funzionare bene all'interno del proprio contesto di vita, sia la capacità di riuscire a provare soddisfazione negli obiettivi raggiunti. È un concetto che amplia fortemente l'obiettivo della guarigione o della remissione della malattia: per il soggetto, godere di una soddisfazione personale e sociale, la capacità di perseguire e provare sentimenti di gioia e felicità, l'essere in armonia con il mondo, consente di raggiungere un alto livello di qualità di vita indipendentemente dalla presenza o l'assenza della malattia. Non è difatti necessaria la guarigione clinica per raggiungere tutti questi obiettivi.

La malattia psichiatrica, soprattutto quando accompagnata da una diagnosi, determina solitamente una limitazione funzionale e concorre a determinare una limitazione del proprio destino di vita: è proprio questo eccesso di limitazioni che produce dei danni.

In linea con l'ICF, il modello della *recovery* mira, quindi, alla valorizzazione di tutto ciò che può costituire una risorsa nella persona, con l'obiettivo di perseguire una guarigione sociale (ovvero la *clinical recovery*), come ripristino del funzionamento sociale e il sostegno alla persona per la costruzione di una vita che riacquisti significato (*personal recovery*).

Come affermato dal Dott. Corrivetti, il modello della *recovery* dev'essere accompagnato dal coinvolgimento delle risorse nel territorio affinché ciò si realizzi:

"... si deve coinvolgere il mondo dell'istruzione, il mondo dei servizi sociali, il mondo della giustizia, tanti altri mondi che fanno sistema."⁵²

⁵² Giulio Corrivetti, Intervista per psicologiafenomenologica.it, 24/02/2019.

3.3. Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: la ricerca dell'ISFOL

L'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori è un ente di ricerca a livello nazionale che lavora nel campo della formazione, del lavoro e delle politiche sociali con lo scopo di offrire strumenti per il miglioramento delle risorse umane, dell'inclusione sociale e della crescita dell'occupazione. Nel volume intitolato *“Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali”*, edito nel 2014, si raccolgono i risultati della ricerca realizzata dal Progetto Strategico PRO.P. La ricerca consiste in un'indagine sugli inserimenti lavorativi in aziende private di persone affette da disagio psichico.

Tale studio, sebbene svolto prima dell'ingresso della serie di modifiche introdotte dal Jobs Act, identifica i fattori di rischio e i fattori di protezione che concorrono a favorire o ad ostacolare l'inserimento occupazionale dei soggetti psichiatrici.

“L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di delineare le caratteristiche delle aziende che hanno propensione all'assunzione di persone con disturbo psichico in modo da gettare le basi per la progettazione e realizzazione di interventi di sensibilizzazione e diffusione sul mondo imprenditoriale.”⁵³

La ricerca fonda i suoi obiettivi sull'ipotesi che la presenza di un lavoratore con disagio psichico all'interno di un'azienda non sia necessariamente un danno o un ostacolo alla produttività della macchina aziendale, anzi, i ricercatori vogliono affermare che un soggetto, nonostante il suo disturbo, possa rappresentare una risorsa e una forza lavoro adeguata paragonabile ad altri impiegati inseriti nello stesso luogo di lavoro qualora l'inserimento sia svolto mediante l'utilizzo di un progetto adeguato. L'ISFOL, partendo da questi presupposti, elabora i seguenti obiettivi:

- l'individuazione di un *“set d'indicatori”*, ovvero condizioni che permettano di valutare il buon esito o meno dell'integrazione lavorativa la quale mira ad un inserimento in termini qualitativi e per il più possibile duraturo;

⁵³ ISFOL, op. cit., p. 36.

- l'individuazione dei "fattori protettivi" usufruibili dalla persona con disagio psichico da mettere in campo affinché l'esperienza lavorativa non sfoci in un'esperienza traumatica o fonte di stress-psicologico;
- l'individuazione degli "ostacoli socio-culturali", ovvero le rappresentazioni sociali alla Morvan (talvolta insormontabili) che non permettono o che ostacolano l'inserimento lavorativo di questo target di popolazione.

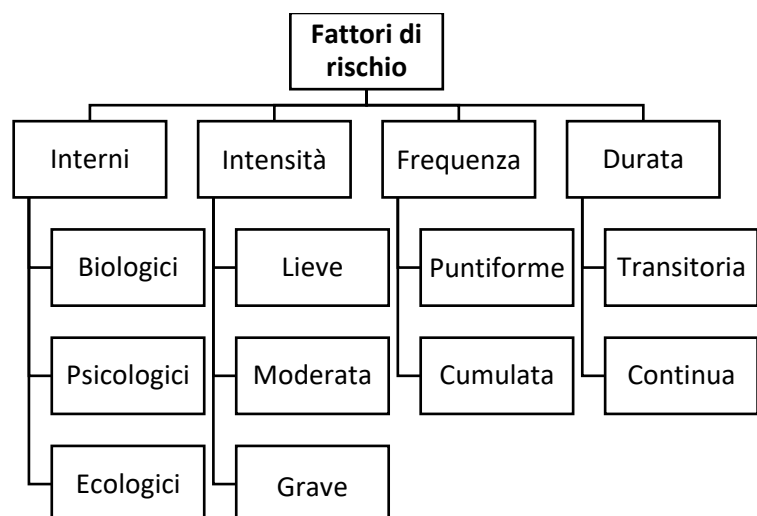
La ricerca, dopo una fase di costruzione preliminare, ha realizzato dei *focus group* in cui sono stati individuati gli indicatori positivi e ostativi dell'inserimento lavorativo di tale segmento di popolazione. Nella creazione dei *focus group*, data l'importanza dell'ecosistema all'interno della malattia come insegnato dalla classificazione ICF, si sono sondate non solo le opinioni dei datori di lavoro e dei soggetti affetti da disagio psichico ma anche quelle delle associazioni di familiari e datoriali e degli operatori sanitari. Utilizzando il set d'indicatori è stato poi possibile la costruzione di un questionario somministrato ad aziende private al fine di indagare sulla predisposizione all'assunzione del target da parte dei datori di lavoro.

3.3.1. I fattori di rischio e di protezione dell'inserimento lavorativo per persone con disabilità psichica

La letteratura introduce i fattori di rischio come delle condizioni sfavorevoli in capo alla persona o appartenenti al suo ambiente (distale o prossimale) che si presentano nel corso del ciclo di vita di un individuo (Figura 4). Laudadio, Mazzocchetti e Pèrez (2010)

classificano i fattori di rischio per la loro tipologia, la quale può essere di natura biologica, psicologica o ecologica, per l'intensità che essi presentano (lieve, moderata o grave)

Figura 4: Classificazione fattori di rischio



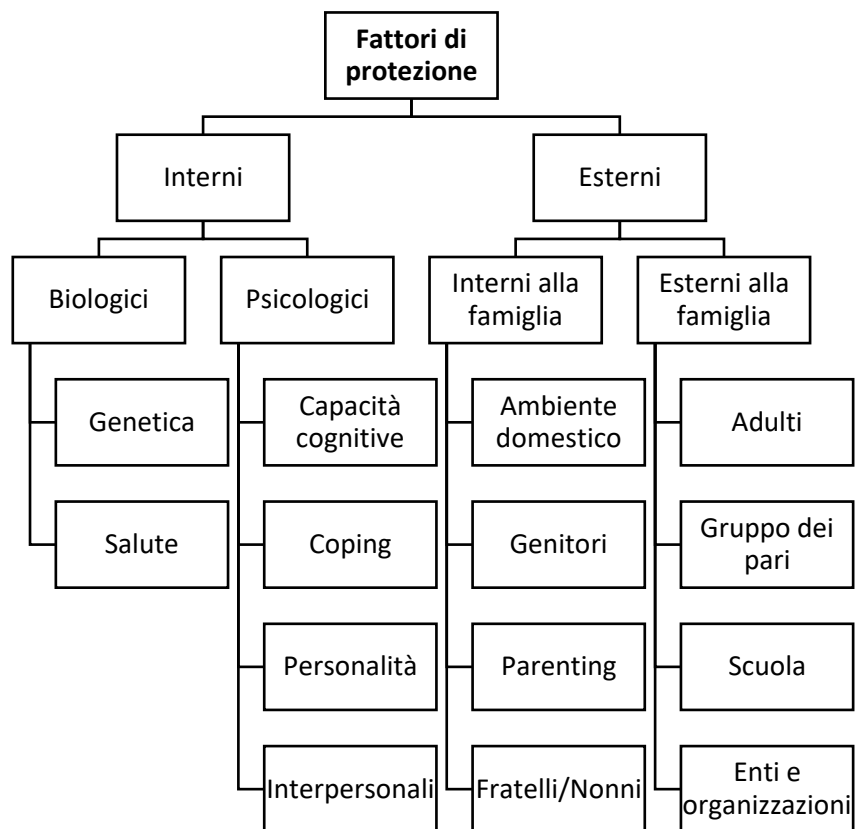
e per la loro frequenza e durata.

Non necessariamente tali fattori di rischio provocano disagio, difatti in presenza di fattori di protezione i loro effetti possono essere annullati, come non è necessariamente vero che sia sufficiente un fattore di rischio per determinare il cosiddetto "disadattamento"; di contro, la presenza multipla di questi fattori aumenta le probabilità di un rischio di disadattamento. Come affermato da G. Caliman:

*"Non si tratta, secondo l'autore, di ricercare i fattori che fanno sì che il soggetto si senta "bene", ma di ricercare i processi che lo proteggono dai meccanismi distruttivi dei rischi."*⁵⁴

Riferendoci al modello ecologico di Mandleco e Peery (2000)⁵⁵, è possibile suddividere i fattori protettivi in fattori interni ed esterni (Figura 5). Come notiamo, oltre ad una visione del singolo soggetto si prende in considerazione anche l'ecologia dello stesso.

Figura 5: Classificazione fattori di protezione⁵⁶



⁵⁴ Geraldo Caliman, *Promuovere "resilience" come risorsa educativa. Dai fattori di rischio ai fattori protettivi*, Unisal.

⁵⁵ Mandleco B.L., Peery J.C., *An Organizational Framework for Conceptualizing Resilience in Children*, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2000, pp. 99-111.

⁵⁶ ISFOL, op. cit., p. 25.

La ricerca ISFOL afferma che tutti questi fattori non devono essere percepiti come un monolite assoluto poiché l'influenza di essi è soggettiva e alcuni fattori possono essere percepiti diversamente da alcune categorie di popolazione.

Riferendosi ad una ricerca promossa da Lee, Abdullah e Mey (2011), gli studiosi ISFOL riportano le competenze e i tratti psicologici (Tabella 5) che l'inserimento lavorativo di un soggetto disabile promuove, gli elementi ostacolanti e le strategie che possono essere messe in campo per aumentare concretamente le possibilità di ottenimento di un impiego, modificando di conseguenza quelli che sono i fattori ostativi.

Tabella 5: Competenze e tratti psicologici che favoriscono l'inserimento lavorativo dei disabili⁵⁷

Competenze e tratti psicologici che favoriscono l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità	
Categoria	Sottocategoria
Competenze scolastiche	Capacità di: <ul style="list-style-type: none"> - lettura - scrittura - linguistiche - matematiche - informatiche
Competenze tecnico-professionali	<ul style="list-style-type: none"> - capacità tecniche - problem solving - capacità relazionali
Tratti psicologici positivi	<ul style="list-style-type: none"> - ottimismo - fiducia - onestà e apertura verso le proprie disabilità

Come individuato in molte ricerche, emerge quanto il livello di studio sia influente sulla possibilità di accedere ad una posizione lavorativa. Il titolo di studio è da sempre un tasto dolente per i soggetti con disabilità. Il livello di occupabilità cresce a fronte di un titolo di studio più elevato: i dati ISTAT, difatti, dimostrano che i soggetti con disabilità in possesso di un titolo di studio universitario sono occupati al 63,4%. Questo elemento si accompagna alla conoscenza e all'utilizzo della *e-technology*, oramai strumento essenziale per la maggior parte delle attività. Sono quindi rilevanti, oltre alle competenze scolastiche, anche quelle di tipo tecnico-professionale le quali si

⁵⁷ Ivi, p. 27.

compongono anche di capacità di *problem-solving* oltre a quelle relazionali. Infine, troviamo come elementi a favore dell'inserimento lavorativo le qualità personali quali l'ottimismo, la fiducia e l'onestà, tratti psicologici che possono fare la differenza nel momento in cui vanno a compensare alcune mancanze tecnico-conoscitive.

Il possesso di un'attestazione scolastica medio-elevata permette non solo un miglioramento delle capacità di azione e di pensiero nella persona con disagio psichico ma concorre ad arginare la stigmatizzazione alla cieca delle aziende. Lo stigma sulla disabilità è ancora molto alto, ma ancora più rilevante è lo stigma riservato a coloro con problematiche di salute mentale. Mentre le condizioni visibili e fisiche di disabilità vengono generalmente più tollerate, o meglio, più compatite, i disagi psichici sono ricondotti spesso alla semplice "mancanza di volontà" da parte del soggetto. A questa riduzione e riconduzione della malattia alla colpevolezza del soggetto che soffre di disagio psichico, si accompagnano una serie di stereotipi di pericolosità, imprevedibilità e manipolazione che, se pur presenti in alcuni soggetti con disturbo psichiatrico, non caratterizzano a priori la popolazione affetta da problematiche di salute mentale.

È per questo motivo che le competenze e i tratti psicologici individuati possono opporsi all'immaginario distorto del "malato mentale" e aiutare il soggetto interessato nella ricerca e nell'inserimento in un luogo di lavoro.

Tabella 6: Fattori che ostacolano l'inserimento lavorativo dei disabili⁵⁸

Fattori che ostacolano l'inserimento lavorativo dei disabili	
Categoria	Sottocategoria
Percezione e atteggiamento negativo da parte dei datori di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - percezione e atteggiamento negativo da parte dei datori di lavoro - mancanza di fiducia da parte dei datori di lavoro
Scarsa consapevolezza del sé	<ul style="list-style-type: none"> - problem solving - concezione di sé negativa - mancanza di fiducia in sé stessi
Atteggiamenti negativi dei familiari	<ul style="list-style-type: none"> - impartire false speranze - iperprotettività

⁵⁸ *Ibidem.*

La tabella riportata (*Tabella 6*) indica, al contrario, gli elementi che ostacolano l'inserimento occupazionale delle persone disabili. Si ritrova l'elemento di stigma, qui riportato come la percezione negativa da parte dei datori di lavoro e la mancanza di fiducia. In continuità con quanto descritto, l'assenza di competenze tecnico-professionali, con particolare riferimento alla capacità di *problem-solving*, gioca a svantaggio del soggetto disabile in cerca di un impiego. Anche la sfiducia in sé stessi e una concezione negativa della propria persona diventa un fattore di rischio per la persona con disabilità e motivo di diffidenza da parte del possibile datore di lavoro. Anche l'aspetto ambientale prossimale, quale il contesto familiare, può diventare un ostacolo all'emancipazione del soggetto disabile se produttore di un ambiente fittizio privo di problematiche. Riemerge anche qui la rappresentazione sociale del disabile come eterno bambino, meritevole di protezione ad ogni costo. A ciò si può aggiungere la creazione di false speranze e l'alimentazione delle stesse da parte dei familiari o delle persone più significative. Il nucleo familiare, in quanto rete primaria, fonte di supporto e aiuto nella creazione della propria identità, ha un ruolo fondamentale.

3.3.2. Gli esiti della ricerca

La prima constatazione a conclusione della ricerca riguarda la percezione della Legge 68/99 da parte delle aziende. Si afferma difatti che molte imprese leggono e percepiscono la norma come un "*carico burocratico*". Accanto a questo si evidenzia la diffusa convinzione di contraddittorietà tra lavoro e disabilità.

Per quanto riguarda il *focus* posto sulle aziende che hanno assunto persone con disagio psichico, si afferma che l'informazione riguardo alla salute mentale è un ottimo strumento per il superamento dello stigma e dei pregiudizi che si vengono a creare nei confronti di questa categoria di lavoratori. L'essere informati sulla patologia e le relative caratteristiche della persona che si assume è fondamentale per comprendere eventuali atteggiamenti e offrire un elemento aggiuntivo per affrontare al meglio le situazioni di crisi.

In seconda battuta, le aziende ritengono vantaggioso il rapporto con i servizi del territorio, in particolar modo l'attenzione è posta sulla figura del *Tutor*, il quale permette all'azienda di contenere i costi organizzativi dell'inserimento lavorativo del soggetto con disagio psichico. Tale figura risulta inoltre essere importante anche per il lavoratore

stesso poiché permette un percorso più semplice e agevole. È emerso, tra l'altro, che l'individualizzazione del percorso e il sostegno in itinere ha rappresentato per le aziende uno dei motivi di buona integrazione lavorativa.

Le imprese hanno confermato che, nonostante il percorso non sia privo di ostacoli, l'inserimento nell'organico aziendale è possibile e può avvenire senza troppi problemi e con dei risultati positivi anche in termini di business. Una cosa comune a tutte le esperienze positive è stata senz'altro la sensibilizzazione dei dipendenti.

La ricerca ISFOL sostiene, in aggiunta, che è rilevante il supporto ai familiari per dare loro gli strumenti necessari per offrire le risorse utilizzabili dal soggetto affetto da disturbo psichico e che permettano al soggetto di sviluppare il suo *empowerment* e competenze per una piena integrazione socio-lavorativa.

INTRODUZIONE AL METODO

INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)

4.1. Dal Supported Employment all'Individual Placement and Support

Abbiamo parlato all'inizio di tale scritto dell'evoluzione legislativa italiana e delle peculiarità concernenti il cosiddetto inserimento lavorativo protetto. Si è visto successivamente quanto il lavoro possa incidere positivamente sul benessere e sulla qualità della vita di un soggetto con disagio mentale e di come porti beneficio non solo alla persona ma anche all'azienda in cui è inserita.

Si è detto che l'ottica con cui le politiche solitamente vengono implementate vede il soggetto con problemi di salute mentale anzitutto come portatore di disabilità (e per questo meritevole di una protezione maggiore) e solo successivamente come possibile risorsa nel mondo economico-lavorativo; questa visione giustifica un processo più lento rispetto al normale inserimento lavorativo poiché dedica maggiore attenzione a quella che è la preparazione del soggetto e il graduale accompagnamento nell'attività lavorativa. Tale filosofia è stata recentemente affiancata da un approccio che inverte questo schema mentale, ovvero un modello che vede il disabile come un soggetto che per apprendere deve sperimentarsi, senza l'utilizzo di strategie *ad hoc* o altre forme di protezione del contesto, l'unica protezione esistente è il supporto di un *coach* che sostiene dall'esterno il percorso dell'individuo. Si tratta di quello che viene denominato "*Supported Employment*".

In questo capitolo introdurremo il lettore alla scoperta del *Supported Employment* e di una sua versione codificata: *l'Individual Placement and Support*, più comunemente conosciuto come IPS.

Il termine "*Supported Employment*", letteralmente "lavoro assistito", si riferisce sia all'occupazione come *status* sia ad un programma innovativo per l'inserimento lavorativo⁵⁹. La prima connotazione, occupazione come *status*, si riferisce

⁵⁹ Gary R. Bond, *Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Febbraio 2004, p. 346

all'acquisizione di uno status lavorativo all'interno del mercato del lavoro competitivo in contesti che siano coerenti con le risorse del soggetto e che perseguano obiettivi e interessi del soggetto stesso. Tradizionalmente, nell'inserimento lavorativo protetto, è poco sviluppato il ruolo attivo del soggetto al percorso di inserimento, di contro, in questo modello è proprio l'autodeterminazione della persona ad essere il punto cardine del progetto stesso. La seconda connotazione vuole invece evidenziare la tecnica utilizzata dal *Supported Employment*, ovvero il riferimento alla messa in atto del modello per aiutare le persone con disabilità a trovare e a mantenere la tipologia di lavoro da lui prescelta.

4.2. La nascita dell'IPS

Essendo un ramo del *Supported Employment*, anche le basi dell'IPS hanno origine negli Stati Uniti degli anni Settanta, basi sviluppatesi maggiormente del decennio successivo. In particolare, L'IPS è un modello sviluppato presso il *New Hampshire Dartmouth Psychiatric Reserach Center* da parte della Dott.ssa Deborah Becker⁶⁰ e del Dott. Robert Drake⁶¹ tra il 1993 e il 1994.

Il modello nasce per trovare una soluzione al bisogno di lavorare dei soggetti in carico ai servizi psichiatrici statunitensi, un metodo che si opponesse ai modelli tradizionali d'intervento che talvolta appaiono poco efficaci e onerosi.

Inizialmente il modello IPS fu sviluppato per essere applicato su pazienti affetti da autismo e/o da ritardo mentale ma già dal 1987 vi fu un interessamento dell'approccio per una sua possibile applicazione nella riabilitazione psichiatrica. Quest'ultima ipotesi fu poi presa in seria considerazione a causa dei processi di deistituzionalizzazione e di ridimensionamento dei "labour", dei "laboratori protetti", centri riabilitativi per disabilità psichiatriche atti all'inserimento lavorativo. Proprio questi furono considerati troppo costosi e di scarsa efficacia poiché le persone che aderivano a questa tipologia di

⁶⁰ Deborah R. Becker è una ricercatrice (*Assistant Research Professor of Community and Family Medicine and Psychiatry*) presso la *Darmouth Medical School* (New Hampshire, Stati Uniti) ed è specializzata nella riabilitazione psichiatrica e, con l'avvento e il successo avuto grazie all'IPS, si occupa di training in campo lavorativo nonché delle ricerche *evidence based* che tutt'ora si stanno svolgendo per l'implementazione dell'Individual Placement and Support.

⁶¹ Robert E. Drake, insieme alla Dott.ssa Becker, ha studiato e sviluppato il metodo IPS, occupandosi anche lui di riabilitazione psichiatrica e di servizi annessi alla salute mentale. È direttore del *New Hampshire Darmouth Psychiatric Research Center*.

percorso nei *labour* protetti si ritrovavano in una condizione di isolamento e allontanamento rispetto al reale mercato del lavoro. In merito, il Dott. Angelozzi ha affermato:

“In particolare, l’atteggiamento di protezione dalle difficoltà della vita e dal lavoro normale, che impregnava i centri riabilitativi, veniva accusato di trasformarli in strutture segregate, ove le persone si isolavano dal flusso sociale ed ottenevano raramente un’autonomia, in genere perfino nei confronti della struttura stessa.”⁶²

Durante quest’era di deistituzionalizzazione gli interventi offerti a soggetti con disagio psichico avevano come focus principale la loro protezione, conseguentemente i percorsi si orientavano verso la stabilizzazione dei sintomi, il contenimento dello stress nonché quello delle aspettative che si prospettavano al di fuori del loro range di possibilità. È per questo che in tema di inserimento lavorativo tali soggetti venivano orientati a percorsi comprendenti tappe intermedie, *step* che di volta in volta li avrebbero portati all’acquisizione di un ruolo lavorativo. Questo obiettivo, sebbene raggiunto, vedeva una totale esclusione del libero mercato, rimanendo all’interno di ruoli lavorativi creati e gestiti dagli stessi Servizi di Salute Mentale, creando bolle segreganti (come i *labour* protetti) denominate dagli studiosi *enclave jobs*⁶³.

Tutti questi processi hanno reso possibile la rapida espansione dell’IPS anche nell’ambito della salute mentale; si pensi che solo negli anni Novanta negli Stati Uniti si passò da 9.800 soggetti seguiti con metodo IPS ad un ammontare di 140.000 persone.

Tra gli anni Novanta e l’inizio del XXI secolo il metodo IPS fu approvato sia dalle agenzie governative che da ricerche accademiche ma non solo, l’approvazione arrivò anche dalle organizzazioni e agenzie statali nonché dal Terzo e Quarto settore⁶⁴.

Tra gli studi che hanno attestato l’efficacia del metodo in quel periodo spicca lo studio controllato randomizzato svolto a Baltimora da Lehman e colleghi nel 2002 i quali

⁶² Angelozzi A.; *Quale lavoro? Considerazioni sulla riabilitazione lavorativa ed il Supported Employment in psichiatria; Psichiatria di comunità*, Vol 5 n° 2, 2005; p. 5.

⁶³ Becker R. D., Drake R. E., *Supported Employment for People with Severe Mental Illness. A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*, 2005.

⁶⁴ *Ibidem*, “Supported employment has been endorsed by the President’s New Freedom Commission on Mental Health (2003), the Surgeon General (1999), the National Alliance for the Mentally Ill (2001), the National Institute of Mental Health (1999), the Substance Abuse and Mental Health Services Association (www.mentalhealthservices.com), and many other federal organizations, state agencies, advocacy groups, and private foundations”; p. 2.

scelsero di testare l'approccio IPS con soggetti aventi un alto tasso di comorbidità a causa dell'abuso di sostanze. Il gruppo di pazienti appartenenti al gruppo IPS mostrarono una percentuale di ottenimento di impieghi lavorativi competitivi (27%) maggiore rispetto al gruppo della tradizionale riabilitazione lavorativa psichiatrica (7%), equivalente al nostro inserimento lavorativo protetto. Rispetto ad altri studi questo ha rivelato le minori percentuali di efficacia ma ciò può essere ricondotto, come dicono gli autori, alla comorbidità e allo scarso interesse ai programmi di inserimento lavorativo dei soggetti scelti per lo studio.

Un ulteriore studio sull'efficacia dell'IPS è stato effettuato a Hartford (Connecticut) da Mueser e colleghi⁶⁵ nel 2004, con dei soggetti diversi dal tipico *target* psichiatrico, difatti sono stati inseriti nello studio controllato randomizzato persone immigrate (nella maggior parte ispaniche e afro-americani) che presentavano le seguenti caratteristiche: interesse alla ricerca di un lavoro competitivo nel libero mercato e scarsa attività lavorativa pregressa. L'efficacia dell'IPS fu approvata anche in questo ambito, vedendo il 74% dei soggetti assegnati al gruppo IPS inserito nel mercato del lavoro, percentuale quattro volte superiore a quella rilevata nel gruppo usufruente dei metodi tradizionali. La stessa efficacia fu attestata anche in un terzo studio controllato randomizzato effettuato da Meisler⁶⁶ e il suo gruppo di lavoro nel South Carolina, questa volta svolto con l'utilizzo di soggetti affetti da malattia mentale.

Gli autori, con il benessere di tali ricerche, hanno quindi affermato l'esistenza di una maggiore probabilità di successo di inserimento lavorativo con l'utilizzo dell'IPS rispetto ai tradizionali metodi, non solo, migliore risulta essere anche l'occupazione e il salario poiché in linea con quello percepito da tutta la popolazione che svolge la stessa mansione.

“Competitive employment outcomes are consistently higher in supported employment programs than in comparison programs for all types of clients that have been studied: men, women, younger people, older people, those with good work histories, those with poor work histories, those from minority groups, those in rural areas, those in urban areas, and those with different diagnoses.”⁶⁷

⁶⁵ *Ibidem.*

⁶⁶ *Ibidem.*

⁶⁷ *Ivi*, p.5.

Becker e Drake hanno potuto affermare l'efficacia del metodo anche su molteplici soggetti, siano essi uomini o donne, giovani o anziani, provenienti dalle città o dalle zone rurali, soggetti con scarsa o assente esperienza lavorativa e, in particolare, soggetti affetti disagio psichico con diagnosi diverse, talvolta anche molto gravi.

4.3. Lavoro e *Recovery*: dal “*train and place*” al “*place and train*”

Ritorniamo qui al concetto di *recovery* poiché l'IPS è strettamente collegato ad esso.

Una delle peculiarità del modello è l'essere connesso con la continuazione, da parte del soggetto che ne aderisce, alle cure psichiatriche erogate dal Servizio di Salute Mentale. Difatti, come già specificato, la *recovery* non implica la remissione totale della malattia bensì si basa sulla capacità di accettare e convivere con il proprio disturbo, quello che nel gergo tecnico vien denominato *insight*⁶⁸.

Tra gli interventi compresi nella *recovery-oriented* rientrano vari modelli che supportano l'autodeterminazione e mirano all'*empowerment* della persona in vari ambiti tra cui possiamo citare il *Supported Housing*, un'abitazione indipendente alla quale viene affiancato un supporto flessibile, l'*Illness Management and Recovery Program* che consiste in interventi di gruppo, il *Wellness Recovery Action Planning Intervention* il quale trasporta i concetti chiave della *recovery* all'utilizzo nella vita quotidiana, ed infine il nostro *focus* d'attenzione: l'*Individual Placement and Support*. Tutti questi metodi vengono a supporto della persona e cambiano le modalità di approccio del piano terapeutico-riabilitativo, abbandonando l'aspetto paternalistico per l'utilizzo di un approccio basato sul rispetto e sulla fiducia del soggetto al fine del raggiungimento (ove possibile) della sua autonomia abitativa, personale ed economica.

Come si è potuto vedere dalla presentazione della legislazione, l'approccio perseguito dalle istituzioni è riconducibile a ciò che viene definito “schema a responsabilità sociale”. Questi schemi implicano che a fronte della coesistenza di un diritto (quale il diritto al lavoro) e un bisogno (disabilità) dev'essere garantito un meccanismo a livello sociale che permetta l'incontro tra questi due elementi. Questa è infatti la logica sottostante all'inserimento lavorativo protetto. Rispetto alle riflessioni riportate al paragrafo 2.6

⁶⁸ L'*insight* è un termine entrato a far parte nel lessico psichiatrico e psicologico e sta ad indicare il grado di consapevolezza che si ha del proprio disturbo o malattia; tutt'ora non vi è una definizione univoca poiché il termine è soggetto a varie declinazioni.

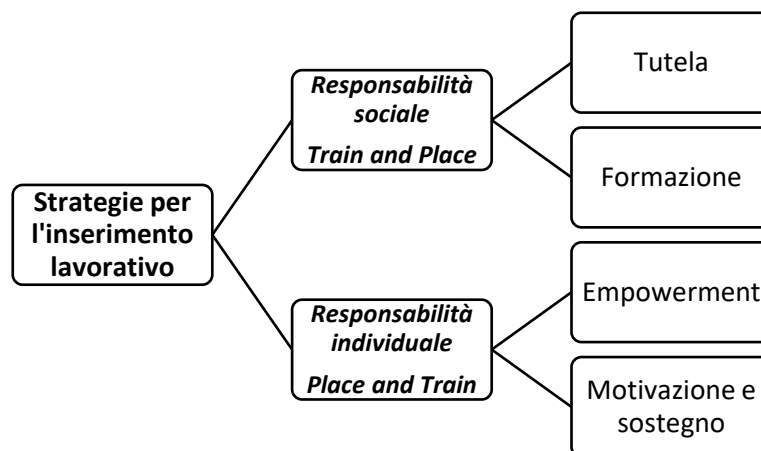
capitolo secondo, l'IPS propone l'inserimento nel mercato competitivo come persona e non (o non solo) come paziente.

“Il ruolo di paziente non è più manifestato alla società ma vissuto in luoghi dedicati e circoscritti della cura dove il paziente riceve supporto a che possa svolgere il ruolo sociale autonomo di cui ci occupiamo.”⁶⁹

L'IPS, dunque, è strettamente legato alla stabilizzazione e alla continuazione delle cure psichiatriche del soggetto ma permette, nel contempo, alla persona di immergersi nel mondo del lavoro come un soggetto qualunque in cerca di occupazione, senza forzatamente essere anteceduto dalla sua malattia. Si configura così uno “schema a responsabilità individuale”.

Ciò ha fatto sì che venisse ribaltata la logica *train and place* utilizzata dalle politiche protettive che, come fa trasparire il nome stesso, prevede dapprima un'azione di preparazione (formazione, tirocinio e simili) per poi passare al lavoro vero e proprio, preferendo a questo l'utilizzo del *place and train*. Quest'ultimo concetto permette di inserire la persona con disagio mentale in una situazione lavorativa in tempi molto brevi affiancato in itinere dal cosiddetto *job coach*, ovvero dall'operatore IPS, che sostiene la persona dalla ricerca al mantenimento del lavoro. Protagonista durante tutto questo processo è la persona con disagio psichico, l'operatore IPS difatti non si sostituisce a lui ma è il soggetto che può decidere con che modalità e intensità farsi affiancare o meno durante le varie fasi del percorso.

Figura 6: Strategie per l'inserimento lavorativo



⁶⁹ Fioritti, Berardi, op. cit., p. 23.

Per concludere, riportiamo i punti cardine su cui si basa la *recovery*, i quali risultano essere perfettamente in linea con il modello di inserimento lavorativo promosso dall'IPS. Questa metodologia innovativa si rifà all'approccio *recovery-oriented* di Wehman e Moon, autori pionieri del *Supported Employment*. A tale scopo verranno citati quelli che maggiormente interessano questa tematica (Fioritti, Berardi 2017):

- prospettiva olistica;
- responsabilità;
- assistenza individualizzata e centrata sulla persona;
- focus sui punti di forza;
- non-linearità;
- rispetto;
- supporto tra pari;
- empowerment;
- autodeterminazione;
- speranza.

Wehman e Moon⁷⁰ dipingono così i principi della *recovery*, dando rilievo e centralità alla persona e alle sue risorse. Si prevede conseguentemente una prospettiva ecologica della persona, una prospettiva olistica, che paragona l'occupazione come un bisogno alla stregua di un qualsiasi altro bisogno umano. Per realizzare ciò è necessario che l'intervento si basi sul singolo soggetto in base alle sue preferenze, abilità, punti di forza al fine di rafforzare l'*empowerment* del soggetto nonché il rispetto per le proprie capacità e il proprio essere. Sono le persone stesse che decidono di intraprendere questo percorso ed è per questo che si parla di autodeterminazione. Inoltre, gli autori sottolineano che vi è una continuità tra l'ambito scolastico e quello lavorativo poiché fanno entrambi parte di percorso che mira all'inserimento occupazionale, in questi contesti il supporto tra pari permette di condividere vissuti ed esperienze comuni per percorrere in modo migliore la strada fino al raggiungimento dell'obiettivo che la persona stabilisce. Per finire, si mette in luce l'importanza del lavoro come promotore di speranza verso una migliore qualità di vita.

⁷⁰ Wehman P., Moon M. S., *Vocational rehabilitation and supported employment*, Brookes Publishing, Baltimore 2000.

4.4. I principi fondamentali dell'IPS

Becker e Drake individuano otto principi generali a cui l'IPS, conseguentemente quindi anche gli operatori IPS, devono seguire scrupolosamente affinché il metodo garantisca l'efficacia sperimentata nel raggiungimento degli obiettivi cardine: *“il raggiungimento e il mantenimento dell'impiego competitivo”*. Provvederemo a seguito ad introdurre il lettore ai vari principi elencati così come nel manuale utilizzato in Italia per la formazione degli stessi operatori IPS (Fioritti, Berardi, 2017) ovvero: il lavoro competitivo, il sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale, la *zero-exclusion*, il partire dalle preferenze del cliente, la consulenza sulle opportunità economiche, la ricerca rapida del lavoro, il lavoro sistematico di sviluppo professionale e il sostegno a tempo illimitato.

4.3.1. Lavoro competitivo

Come già esplicitato, l'IPS si distingue essenzialmente dalle altre tipologie di inserimento lavorativo proprio per la spinta che dà alle persone affette da disagio psichico al raggiungimento di un impiego lavorativo all'interno del libero mercato, ovvero, un lavoro competitivo che sia corrisposto con un salario altrettanto competitivo. Gli inserimenti lavorativi protetti o i tirocini retribuiti, ad esempio, hanno tendenzialmente una retribuzione esigua, inferiore alla stessa mansione svolta da un altro cittadino. Questa immersione nel libero mercato, universalmente accessibile, comporta grandi implicazioni e la prima di queste sembra essere che *“gli utenti esprimono preferenza per un impiego competitivo rispetto ad un impiego protetto”*⁷¹. Ciò può essere dovuto alla lotta allo stigma messa in campo da chi soffre di patologie mentali. L'integrazione lavorativa risulta essere una delle più grandi aree di interazione di un soggetto nel suo ciclo di vita, di conseguenza l'integrazione lavorativa si può facilmente tradurre in integrazione nel contesto sociale e relazionale del territorio. Ad aggiungersi, vi è l'autostima e il rafforzamento delle proprie capacità nello svolgere quelle che si reputano normali attività lavorative, anche questi elementi che incidono nella riduzione dello stigma sociale, lavori che oltretutto vengono maggiormente riconosciuti come attività ad utilità sociale.

⁷¹ Fioritti, Berardi, op. cit. p.31.

4.3.2. Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale

Attualmente in Italia il metodo IPS è utilizzato in via prioritaria nell'area della salute mentale, è pertanto essenziale inserire all'interno del metodo IPS la necessità per l'operatore e per il soggetto che beneficia del metodo di essere costantemente monitorati nella sfera medico-clinica. Gli autori affermano che gli operatori IPS devono essere inseriti all'interno dei Servizi di salute mentale (nel nostro caso, nei Centri di Salute Mentale) e collaborare con i professionisti facenti parte di tale settore entrando a far parte dell'*équipe* multidisciplinare del servizio. È auspicabile che l'*équipe* così composta si ritrovi regolarmente per dare all'operatore IPS dapprima la storicità del vissuto della persona interessata ad affrontare il percorso (si ricorda che la scelta è su base volontaria della persona) e successivamente, collabori insieme a lui per analizzare l'evoluzione della situazione sotto diversi punti di vista. Alcuni elementi importanti, se non essenziali, per un lavoro efficace ed efficiente da parte dell'operatore, si caratterizzano nella conoscenza della psicopatologia, eventuali sintomi della malattia (si pensi ad esempio alle allucinazioni uditive o visive) e/o effetti collaterali della terapia farmacologica. Al fine di un adeguato supporto nella ricerca di un impiego l'operatore dev'essere informato anche sulle compromissioni fisiche e funzionali del soggetto quali ritardi mentali o altre difficoltà cognitive, compromissioni delle attività motorie o *pattern* di comportamento che caratterizzano il paziente. Gli autori evidenziano l'importanza anche nello "*strutturare le abilità che incrementano la capacità di socializzazione con i colleghi o le abilità di auto-formazione*"⁷² essendo questi elementi che caratterizzano i bisogni riabilitativi del soggetto.

Nelle linee guida al *Behavioral Health Recovery Management Project*, Becker e Drake offrono un esempio pratico di come si deve realizzare l'integrazione tra il programma IPS e il trattamento dei servizi di salute mentale:

"Good communication between all practitioners is critical. For example, if a person is having difficulty with symptoms of paranoia at work, the employment specialist relays this information to the rest of the team. In turn, if the psychiatrist adjusts medications, he or she informs the

⁷² Fioritti, Berardi, op. cit., pp. 31-32.

team. An integrated, multidisciplinary approach, rather than parallel interventions in separate agencies or systems, promotes the integration of vocational, clinical, and support services.”⁷³

4.3.3. Zero-exclusion

Questo principio IPS afferma che chiunque abbia voglia di lavorare è idoneo per l’inserimento in un percorso IPS. Tale elemento è forse una delle particolarità più interessanti del metodo. Se si esclude una minima stabilizzazione clinica (rilevante ai fini dell’incolumità fisica del soggetto e di chi gli sta intorno) nessun elemento concorre all’esclusione del percorso IPS; l’utilizzo dello strumento è quindi possibile con ogni tipologia di diagnosi psichiatrica, di sintomatologia, della pregressa storia di approccio/inserimento al mondo del lavoro e, in linea con gli studi effettuati verso la fine degli anni Novanta, nemmeno da problematiche legate all’abuso di alcol o sostanze. Gli autori nell’affermare tale principio ribadiscono che non è necessaria una preparazione al lavoro per ottenere un impiego, anche se si tratta di un impiego nel libero mercato, e che per questi motivi a nessuno può essere negata questa opportunità.

“Il supporto all’impiego non è finalizzato a condurre gli utenti verso standard preconcati di preparazione al lavoro prima della ricerca dell’impiego. Gli utenti sono pronti al lavoro quando affermano di voler lavorare”⁷⁴.

Possiamo quindi notare che gli unici veri indicatori che possono portare ad escludere il soggetto da un possibile percorso di *Supported Employment* con l’IPS sono essenzialmente due: la mancata stabilizzazione clinica del paziente (ai fini di incolumità), requisito imprescindibile poiché appartenente alla gamma dei bisogni primari del soggetto e la mancata voglia e/o motivazione reale che spinge la persona a ricercare in sé le risorse per affrontare il percorso. L’IPS è una libera scelta del soggetto, è lui stesso che determina l’eleggibilità e tale deve rimanere. Non sono ammesse, infine, spinte dall’esterno poiché verrebbe meno la parte essenziale del metodo: l’*empowerment* e l’attivazione del soggetto.

⁷³ Becker, Drake, op. cit., p. 6.

⁷⁴ Fioritti, Berardi, op. cit., p. 32.

4.3.4. Partire dalle preferenze del cliente

Premminente è partire dalle preferenze sulla tipologia di lavoro desiderate dal soggetto, essendo anche questo elemento che incide sulla motivazione e sull'*empowerment*. Tale principio non si basa tanto sulle preferenze esplicitate in merito al settore lavorativo o sulle mansioni da svolgere (nonostante sia importante tenerle presenti) quanto sulla volontà o meno del soggetto di far conoscere al datore di lavoro la propria condizione psichiatrica. Ogni persona partecipante al programma è libera di prendere questa decisione e di modificarla nel corso del tempo.

È possibile configurare, almeno in una fase iniziale, due possibili scelte. Alcuni possono desiderare un supporto che preveda il coinvolgimento dell'operatore IPS, anche fisicamente, in molte o tutte le fasi del percorso. In questo caso l'operatore, sempre in accordo e in collaborazione con il soggetto, può prendere egli stesso contatti con l'ipotetico datore di lavoro, accompagnare la persona a colloquio e darle supporto sia fuori che dentro il posto di lavoro al fine del mantenimento dell'impiego. Altre persone, invece, non vogliono palesare la propria malattia psichiatrica e optano per un supporto da parte dell'operatore da "*dietro le quinte*". In questa fattispecie è il soggetto stesso che decide di portare i suoi *curriculum vitae* nelle varie aziende, contattare di persona i possibili datori di lavoro, presentarsi solo ai colloqui e svolgere l'attività lavorativa con il solo supporto esterno dell'operatore IPS. Come attestato dalle evidenze scientifiche coloro i quali scelgono questa modalità, non esplicitando quindi la propria patologia, conservano il posto di lavoro per un periodo di tempo tendenzialmente più lungo e mostrando livelli di soddisfazione più alti.

4.3.5. Consulenza sulle opportunità economiche

Sappiamo che la *benefit trap* è uno tra i motivi principali per cui le persone con disagio psichico, in questo caso i soggetti certificati tramite Legge 68/99, sono meno incentivati a cercare lavoro in quanto potrebbero incorrere nel rischio di perdere o vedere decurtati i benefici economici erogati loro. Per questo l'operatore IPS deve aggiornarsi circa le condizionalità delle indennità economiche di cui beneficia il soggetto per mantenere questi *benefits* sociali ed economici e nel contempo aprire alla persona uno spiraglio all'interno del mercato del lavoro, magari con un contratto part time. Qualora, di contro, si concordi con l'utente e si valuti che le sue risorse potrebbero permettergli di acquisire

un ruolo lavorativo con uno stipendio competitivo (maggiore rispetto ai *benefits* erogati) si può optare per la ricerca di un lavoro (più sostanzioso a livello di tempo) nonostante si vada incontro alla perdita delle indennità.

L'operatore IPS, rispettando l'autodeterminazione della persona, non deve e non può sostituirsi a lui in questa scelta: egli aiuterà il soggetto a ragionare razionalmente sui pro e i contro delle varie ipotesi lasciando a quest'ultimo la decisione finale.

4.3.6. Rapida ricerca del lavoro

La rapidità nella ricerca attiva del lavoro è un'altra peculiarità del metodo IPS nonché l'elemento che lo contraddistingue maggiormente dai metodi tradizionali d'inserimento lavorativo protetto: il passaggio dal *train and place* al *place and train*.

*"In supported employment, lengthy prevocational assessment, evaluation, training, practice, and preparation are de-emphasized. Step-wise approaches designed to prepare people for work ... tend to discourage people who want competitive employment."*⁷⁵

Becker e Drake affermano difatti che i suddetti metodi "protetti" possono influire negativamente sulla motivazione delle persone, scoraggiando in loro la ricerca di lavoro nel mercato competitivo. Questo aspetto incide particolarmente nelle persone che già in una fase iniziale mostrano scarso interesse e/o una motivazione altalenante. Per tale ragione, nel programma IPS si cercano di evitare esperienze iniziali quali formazioni reiterate, tirocini, borse lavoro e altre strategie di preparazione utilizzate nei metodi tradizionali.

Il modello IPS prevede che vi sia un primo contatto di persona tra il soggetto e un potenziale datore di lavoro entro 30 giorni dall'inserimento nel programma. Come vedremo in seguito, questo dato ha un rilievo molto importante nella valutazione del programma stesso, tanto da costituire un punto di valutazione acquisita tramite lo strumento della cosiddetta "*fidelity*". Tale rapidità si ritiene importante poiché mostra alle persone inserite nell'IPS che il loro desiderio di lavorare – nel libero mercato – è stato preso seriamente in considerazione e si sta concretizzando, oltre ad alzare il livello di motivazione personale.

⁷⁵ Becker, Drake, op. cit., p. 8.

La valutazione iniziale viene eseguita, anch'essa in tempi rapidi, attraverso un *assessment* dei bisogni che segue uno specifico programma. Inizialmente l'operatore IPS stila un "*profilo professionale dell'utente*" (Fioritti, Berardi 2017) ovvero aiuta il soggetto a compilare e creare il proprio *curriculum vitae* vagliando con lui il livello di istruzione, le sue precedenti esperienze lavorative e/o competenze sviluppate e, immancabilmente, le sue preferenze in merito alla tipologia di impiego che vorrà cercare. Tali informazioni vengono dapprima apprese dal paziente e dall'*équipe* del servizio di salute mentale a cui è in carico e in un secondo momento, con l'autorizzazione del soggetto stesso, queste informazioni possono essere richieste anche ai familiari, ai precedenti datori di lavoro o associazioni/parrocchie/enti di cui fa parte. Questa prima fase può servire anche per aumentare o ridimensionare, qualora si ravvisasse la necessità, le aspettative della persona.

L'operatore IPS dovrà, *in itinere*, tenere aggiornate tali informazioni modificandole in base alle competenze acquisite, al percorso svolto, ai risultati raggiunti, ai cambiamenti clinici o qualsiasi altro elemento che concorra a modificare il profilo professionale del soggetto.

4.3.7. Lavoro sistematico di sviluppo professionale

Questo principio appartiene prioritariamente al modello statunitense e inizialmente non è stato utilizzato. Si prevede, difatti, che gli operatori IPS concorrano allo sviluppo delle reti con i datori di lavoro del territorio in cui operano, svolgendo così un ruolo di mediazione tra domanda e offerta di lavoro. Gli operatori IPS quindi dovrebbero sistematicamente visitare e tenere contatti con questi datori di lavoro al fine di conoscere approfonditamente le esigenze aziendali e i profili professionali di cui hanno bisogno. Ciò risponderebbe sia alle necessità delle aziende che a quella delle persone con disagio psichico. Ricapitolando, secondo quanto dettato dal principio IPS l'operatore dovrebbe tessere relazioni con le aziende del territorio, tenersi aggiornato sulle varie opportunità usufruibili nel territorio stesso nonché supportare eventuali richieste sia dei soggetti partecipanti al programma IPS sia dell'azienda in cui questi ultimi sono inseriti. Nonostante questo principio sia molto discusso, in quanto si pensa sia di difficile realizzazione qui in Italia, si stanno sperimentando degli inserimenti di operatori IPS all'interno delle agenzie interinali del lavoro. Questo aggancio con i datori di lavoro può

essere inoltre utilizzato, limitatamente e in accordo con il soggetto inserito nel programma IPS, al fine di risolvere eventuali problemi o chiedere specifici adattamenti.

4.3.8. Sostegno a tempo illimitato

Il metodo IPS prevede il sostegno e il supporto del soggetto nell'accompagnamento alla ricerca lavorativa nonché nell'adattamento propedeutico all'inserimento lavorativo e nel mantenimento del lavoro stesso, affrontando con la persona eventuali difficoltà, dubbi e/o complicanze.

“The types and amounts of support are diverse. For example, psychiatrists might adjust medications ... employment specialists might meet with a person several times a week outside of the job to review work performance, and a family support person might meet with the family to reduce their anxiety.”⁷⁶

Come sopra descritto, ogni tipo di supporto può influenzare positivamente il supporto del soggetto, ognuno a proprio modo: la famiglia può creare un ambiente di supporto favorevole, il servizio di salute mentale che ha in carico la persona può supportare la persona con l'utilizzo della *recovery* clinica, l'operatore IPS può programmare incontri cadenzati per sostenere la performance lavorativa e mantenere costante il livello di motivazione. Tutti questi soggetti forniscono supporto a loro modo, creando una rete sociale solida e funzionale. La tipologia di supporto tenderà a variare a seconda della fase raggiunta all'interno del programma IPS.

Elemento da notare in questo principio è l'assenza di una tempistica in cui si conclude il programma IPS, questo perché non è prevista: l'individuo riceverà il supporto necessario fintanto che ve ne sia il bisogno. Nonostante ciò, ad aggiungersi alla valutazione in itinere, vi è una valutazione dopo un periodo di tempo passato nel programma, periodo che solitamente è di circa un anno. Ciò permette di fare il punto della situazione assieme al soggetto e a valutare con lui se proseguire o concludere il percorso uscendo dal programma IPS.

⁷⁶ *Ivi*, p. 9.

4.4. La sperimentazione del metodo IPS in Europa: lo studio EQUOLISE

Nell'importazione di un modello statunitense in Europa (e successivamente in Italia) la prima incertezza ricade di *routine* nella diversità dei regimi di *Welfare* poiché condizionano pesantemente i meccanismi e la strutturazione dei Paesi.

Pure nel trasferimento del metodo IPS vi sono stati dubbi sulla sua trasferibilità essendoci, tra Stati Uniti ed Europa, più differenze che somiglianze.

La prima grande differenza è senz'altro la "generosità" del sistema di *Welfare* europeo, connotato (seppur con differenze interne) da una maggiore tutela dei soggetti fragili, in questo caso dei soggetti aventi problemi di salute mentale, rispetto al modello neoliberista che mira alla responsabilità individuale. Oltre a questo, l'Europa propone diverse opportunità di inserimento lavorativo protetto nonché legislazione in materia di tutela dei lavoratori comparativamente più ampia del tipico "*hire and fire*"⁷⁷ utilizzato dagli statunitensi. Anche i tassi di occupazione e le modalità di funzionamento del mercato, infine, sono elemento di differenza tra i due Paesi.

Per favorire la disseminazione del metodo, si è pensato di eseguire nel 2013 uno studio proprio in Europa, al fine di testare l'efficacia dell'*Individual Placement and Support* anche in condizioni diverse da quelle in cui tale metodo è stato sviluppato, variabili non sempre favorevoli come abbiamo potuto vedere.

Per questo motivo è nato lo studio EQUOLISE il quale ha coinvolto sei città di sei Paesi Europei: Londra per il Regno Unito, Ulm e Guenzburg per la Germania, Rimini per l'Italia, Zurigo per la Svizzera, Groninga per i Paesi Bassi e Sofia per la Bulgaria.

L'obiettivo di tale ricerca sta nella verifica dell'efficacia e della convenienza economica del modello IPS rispetto ai tradizionali modelli riabilitativi e di inserimento lavorativo.

EQUOLISE è un acronimo che sta per "*Enhancing Quality Of Life Implementing Supported Employment*" che letteralmente significa migliorare la qualità della vita e implementazione del supporto lavorativo.

Le persone selezionate per partecipare allo studio randomizzato controllato sono state scelte in base a precisi criteri tali da poter garantire dei risultati *evidence based*. I soggetti, nei vari centri aderenti, possedevano tutti una diagnosi di malattia mentale

⁷⁷ "*Hire and fire*": in Italiano si traduce letteralmente "assumere e licenziare". Modo di dire che enfatizza la velocità posseduta dai datori di lavoro di assumere e licenziare senza alcun ostacolo.

(anche grave come la psicosi o il disturbo bipolare), avevano un'età compresa tra 18 anni e l'età pensionabile delineata dalle varie Nazioni coinvolte (solitamente l'età si aggira intorno ai 60-65 anni), erano stati malati e avevano riportato una disfunzioni gravi negli ultimi 2 anni, vivevano nel territorio, non avevano avuto un'impiego all'interno del libero mercato nell'ultimo anno ed infine, elemento imprescindibile del metodo IPS, desideravano ottenere un lavoro competitivo (*Figura 7*).

Proprio per garantire l'equiparabilità tra i vari sistemi e servizi dedicati alla salute mentale presenti sui centri inseriti nello studio EQUOLISE, la selezione dei partecipanti è stata limitata a pazienti con gravi malattie mentali disoccupati da almeno un anno. Questa

Figura 7: Caratteristiche iniziali del gruppo di controllo

	IPS (n=156)	Vocational service (n=156)	Total (n=312)
Age (years)	37.3(9.80)	38.3(9.94)	37.8(9.86)
Men	93 (60%)	95 (61%)	188 (60%)
Age at first psychiatric contact (years)	26.8(8.36)	26.5(8.54)	26.6(8.44)
Number of admissions in lifetime			
0	13 (8%)	18 (12%)	31 (10%)
1-5	117 (75%)	105 (68%)	222 (71%)
6-10	16 (10%)	21 (14%)	37 (12%)
≥11	10 (6%)	11 (7%)	21 (7%)
Clinical diagnosis			
Schizophrenia / schizoaffective disorder	122 (79%)	126 (82%)	248 (80%)
Bipolar disorder	28 (18%)	23 (15%)	51 (17%)
Other	5 (3%)	5 (3%)	10 (3%)
Work history			
>1 month in past 5 years	88 (56%)	86 (55%)	174 (56%)
≤1 month in past 5 years	68 (44%)	70 (45%)	138 (44%)
Number of years in education	12.1 (3.83)	11.6(3.09)	11.9 (3.48)
Living situation			
Alone	51 (33%)	54 (35%)	105 (34%)
With friends / relatives	85 (55%)	77 (49%)	162 (52%)
Sheltered accommodation	20 (13%)	25 (16%)	45 (14%)
Born in country of residence	135 (87%)	147 (94%)	282 (90%)

Data are mean (SD) or number (%).

scelta è stata determinata dalla somiglianza con i precedenti studi controllati randomizzati effettuati in territorio statunitense.

Una volta selezionati, i soggetti partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al programma IPS o ai metodi di inserimento lavorativo protetto previsti nel Paese di riferimento. Tale selezione è avvenuta tra il 1° aprile 2003 e il 30 maggio 2004.

La differenza tra uomo e donna è stata considerata storicamente rilevante ai fini della probabilità di impiego, una disparità che

si accentua se intervengono complicanze di livello sanitario, pertanto, i partecipanti allo studio sono stati allocati nei servizi e con gli operatori IPS tenendo conto del sesso e della storia lavorativa pregressa, operando in quest'ultimo elemento una distinzione tra

chi avesse accumulato più o meno di un mese di occupazione nel libero mercato nei cinque anni precedenti allo studio.

Le caratteristiche socio-demografiche sopra riportate sono state riassunte nella *Figura 6*; in quest'ultima possiamo osservare anche l'equità che lo studio ha voluto mantenere nell'allocazione dei soggetti partecipanti nei due distinti gruppi: il gruppo *place and train* e il gruppo *train and place*.

Lo studio EQUOLISE è partito dall'idea che i soggetti assegnati all'IPS avrebbero avuto maggiori probabilità di ottenere un lavoro rispetto a coloro i quali erano inseriti nei metodi tradizionali di inserimento lavorativo. Una seconda ipotesi fu che le persone partecipanti al programma IPS sarebbero state impiegate più a lungo e avrebbero riportato un minore accesso alle strutture sanitarie e/o ospedaliere in confronto agli altri soggetti selezionati.

Il principale *outcome* inerente al contesto lavorativo, ovvero l'esito selezionato per il monitoraggio dei due gruppi, fu l'entrata all'interno del mondo dell'impiego lavorando per almeno un giorno. Furono poi stabiliti altri esiti i quali tenevano conto del numero di ore lavorate, il numero di giorni lavorativi nonché la durata - e il mantenimento - dell'impiego. Esiti secondari sono stati invece identificati nell'abbandono del servizio, sia esso programma IPS o inserimento protetto, e il ricovero in ospedale o in strutture.

4.4.1. Applicazione del modello all'interno dello studio

L'intervento vero e proprio ha visto l'allocazione di uno o due operatori IPS in ogni centro identificato. Gli operatori in questione dovevano essere in precedenza formati sul modello IPS per garantire qualità ed efficacia per aderire al meglio all'obiettivo identificato dal programma stesso. Agli operatori, la formazione è stata erogata, all'inizio dello studio, direttamente dall'autrice del modello IPS, ovvero la Dott.ssa Deborah Becker, tramite *webinar*, nonché da uno specialista in tecniche di riabilitazione londinese il quale ha seguito, durante il corso dello studio, gli operatori stessi offrendo loro momenti di supervisione tramite videoconferenze ogni 2 settimane. L'idoneità e l'adeguatezza degli operatori è stata valutata con la cosiddetta "*fidelity scale*", una scala di valutazione *ad hoc*, che avremo modo di vedere prossimamente. Ogni operatore IPS ha preso in carico un massimo di 25 soggetti.

Come da modello, i soggetti selezionati inseriti nell'IPS non sono stati sottoposti ad una fase iniziale di formazione bensì sono stati supportati dall'operatore nell'identificazione e nello sviluppo di obiettivi realistici da loro desiderati per approcciarsi in tempi brevi (30 giorni di norma) all'attivazione nella ricerca lavorativa nel mercato competitivo. Il supporto previsto, nonostante sia a tempo indeterminato, è terminato ai fini dello studio dopo 18 mesi con la fine del *follow-up*.

Sempre in linea con i principi del metodo, l'operatore IPS durante lo studio ha lavorato assieme agli operatori del Servizio di salute mentale (o servizi affini per quanto riguarda gli altri Paesi) partecipando attivamente alle *équipes*, fondamentali per l'identificazione di criticità e positività del soggetto partecipante al programma IPS.

I servizi che lo studio ha scelto sono quelli che già di per sé erano predisposti alla riabilitazione del disagio mentale, per quanto riguarda Rimini, ad esempio, è stato scelto il ramo dell'USL che si occupava di riabilitazione ovvero il "Programma Salute Mentale". Fondamentale difatti era l'individuazione di un servizio predominante nel territorio prescelto che possedesse già personale adeguato alla riabilitazione di tali patologie (gli psichiatri, ad esempio) e che offrisse al contempo programmi di inserimento lavorativo protetto (*train and place*) di alta qualità. Tali programmi di inserimento dovevano quindi essere in grado, tenendo in considerazione le disfunzioni e le esigenze riabilitative del paziente, per garantire un programma di inserimento lavorativo "protetto" volto a permettere al soggetto di acquisire adeguate capacità lavorative e di essere conseguentemente impiegato in una mansione.

4.4.2. Metodologie applicate

I soggetti inseriti nel programma IPS come quelli inseriti negli inserimenti lavorativi protetti sono stati seguiti per 18 mesi. Questi ultimi sono stati sottoposti in itinere a varie interviste: la prima al momento della loro selezione, una a 6 mesi l'inizio dello studio, la terza ad un anno di distanza mentre l'ultima alla fine dei 18 mesi.

I dati ottenuti sono il risultato degli esiti ottenuti in relazione agli *outcomes* lavorativi previsti, dal livello di ospedalizzazione (o ricoveri/inserimenti in struttura), dall'esito delle interviste svolte durante lo studio, dal livello di soddisfazione sul lavoro, dal totale di ore lavorate, dai questionari sottoposti ai partecipanti allo studio all'inizio e alla fine

dell'esperienza lavorativa nonché dal parere degli esperti (ovvero dell'*équipe* di riferimento) che ha seguito i soggetti nel loro percorso.

All'interno delle interviste sopra citate è stato ovviamente considerato anche il funzionamento clinico e sociale dell'intervistato, valutando al contempo la qualità della vita e la necessità di assistenza utilizzando parametri strutturati e precedentemente convalidati. Per garantire l'affidabilità delle interviste, inoltre, gli addetti adibiti alla somministrazione di queste ultime sono stati formati e monitorati periodicamente per salvaguardare ed implementare le loro capacità di interpretazione dei colloqui.

4.4.3. Il gruppo di controllo e la ripartizione

Il campionamento massimo è stato di 312 persone, numero in linea con la capienza massima di prese in carico di un singolo operatore IPS (ricordiamo corrispondente ad un massimo di 25 persone) suddivisi nei sei centri Europei inseriti nello studio, ovvero 52 persone per centro. In ogni sede europea codesti soggetti selezionati sono stati suddivisi equamente tra il programma IPS e i metodi tradizionali di inserimento lavorativo garantiti dal *Welfare* nazionale (rispettivamente 26 per l'IPS e 26 per gli inserimenti protetti).

4.4.4. Risultati

La *Figura 8*⁷⁸ riassume gli stadi dello studio EQUOLISE: in essa viene riassunto tutto il lavoro svolto dall'inizio alla conclusione della ricerca e della messa in discussione dello stesso modello *Individual Placement and Support*.

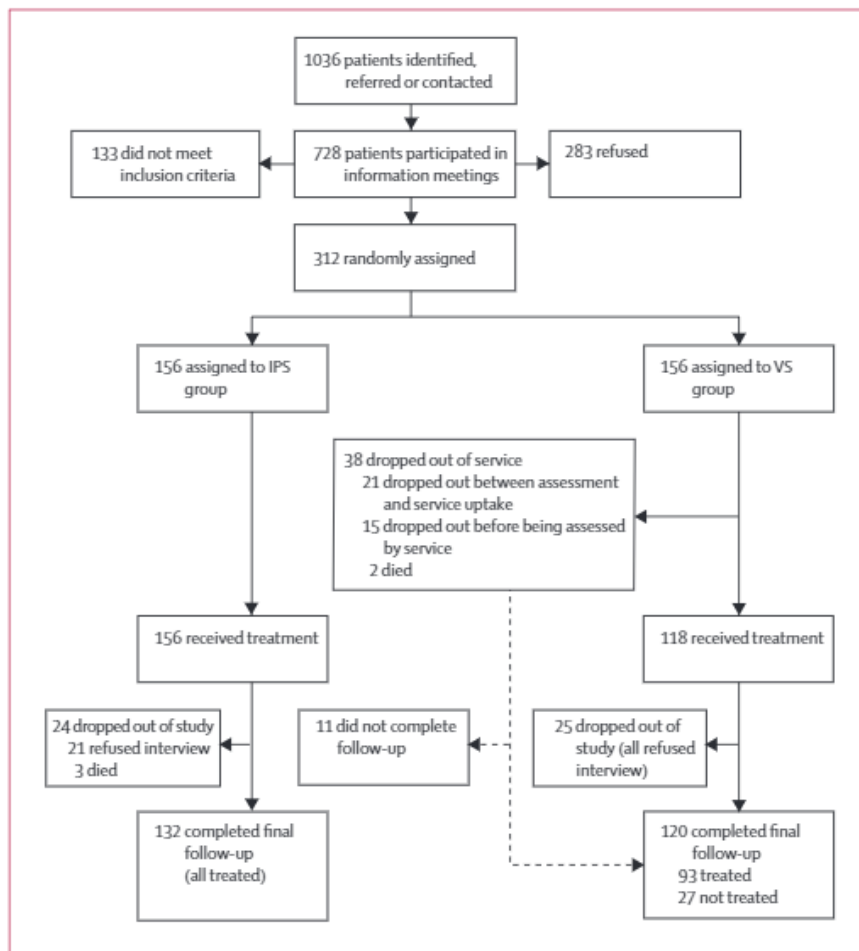
Notiamo come di 300 soggetti partecipanti allo studio, l'81% di loro (corrispondente a 252 persone) hanno completato il colloquio finale di *follow-up*. Lo studio dimostra che tra coloro i quali hanno raggiunto il monitoraggio finale e quelli che hanno abbandonato lo studio prima della sua conclusione non vi sono sostanziali differenze sociodemografiche o caratteristiche di base. Per entrambi i gruppi di controllo tale abbandono è quindi additabile a variabili terze non significative per lo studio. Cinque

⁷⁸ Nella figura per IPS si intende l'Individual Placement and Support, mentre per VS si intende il cosiddetto *vocational service* in riferimento ai servizi che erogano inserimenti lavorativi con metodi tradizionali.

persone, tre appartenenti al gruppo IPS e altre due del servizio tradizionale, sono morte per cause naturali all'interno del programma di ricerca.

Per convalidare la differenza dei due metodi utilizzati nello studio, ovvero l'IPS e il Servizio tradizionale (*train and place*) i ricercatori non hanno previsto la valutazione del livello di fedeltà al programma, la cosiddetta *fidelity scale*, solamente degli operatori IPS (i quali hanno mantenuto buoni o discreti livelli di *fidelity*) bensì hanno sottoposto alla *fidelity scale* anche i professionisti coinvolti con gli inserimenti lavorativi tradizionali per accertare la non sovrapposizione di metodo: gli studiosi hanno comprovato che i vari servizi tradizionali utilizzavano programmi e/o metodi non classificabili come modelli anche vagamente simili all'IPS.

Figura 8: Mappa dello studio EQUOLISE



In tutti e sei i centri europei l'IPS è risultato essere più efficace dei Servizi eroganti metodi di inserimento lavorativo tradizionale (Figura 9) con un 55% di soggetti appartenenti all'IPS che hanno lavorato per almeno 1 giorno rispetto al 28% dei soggetti

dell'altro gruppo. Le persone assegnate all'IPS risultano, inoltre, aver lavorato per più ore ed essere stati impiegati al lavoro per un quantitativo di giorni superiore.

Di coloro che hanno lavorato per almeno 1 giorno, gli appartenenti al programma IPS hanno mantenuto il proprio lavoro per periodi più lunghi rispetto all'altro gruppo: approssimativamente sono stati contati circa 214 giorni contro i 108 accumulati dai soggetti assegnati ai servizi *train and place*.

Figura 9: Esiti degli outcomes: confronto tra IPS e Servizi tradizionali

	IPS	n	Vocational service	n	Difference (95% CI)
Worked for at least 1 day	85 (55%)	156	43 (28%)	156	26.9% (16.4 to 37.4)
Number of hours worked*	428.8 (706.77)	143	119.1 (311.94)	138	308.7 (189.22 to 434.17)
Number of days employed*	130.3 (174.12)	154	30.5 (80.07)	152	99.8 (70.71 to 129.27)
Job tenure (days)*	213.6 (159.42)	83	108.4 (111.95)	39	104.9 (56.03 to 155.04)
Drop-out from service	20 (13%)	156	70 (45%)	156	-32.1% (-41.5 to -22.7)
Admission	28 (20%)	148	42 (31%)	141	-11.2% (-21.5 to -0.90)
Percentage of time spent in hospital*	4.6 (13.56)	148	8.9 (20.08)	141	-4.3 (-8.40 to -0.59)

Data are number (%) or mean (SD). *Data for hours worked were not available for all patients, since not all patients completed follow-up interviews or were able to supply this information. Data for days employed were collected outside interview. Job tenure data were only calculated for the subgroup of patients who worked. Data for hospital use were missing for 23 patients. †Bootstrapped estimates of difference between means and bias corrected and accelerated 95% CIs presented.

Anche per quanto riguarda il tasso di drop-out dal programma adibito, l'IPS vede una differenza di abbandono del servizio pari a -32,1%.

L'*Individual Placement and Support* è riuscito non solo a dare possibilità di inserimento più concrete ma a ridurre al contempo la probabilità di ricoveri. Si sottolinea tale dato in quanto si palesa la possibilità di dare beneficio alle persone affette da disagio psichico in un contesto di *recovery* clinica. Dalla tabella sovrastante si nota, difatti, come i soggetti assegnati ai servizi tradizionali trascorrevano circa il doppio del tempo in ospedale (o strutture simili): una grande vittoria per la salute mentale.

Sommando gli esiti si delinea la maggiore efficacia del modello IPS in termini sia di risultati professionali che in termini clinici di riabilitazione.

Per quanto riguarda gli esiti lavorativi vi sono state differenze significative tra il modello IPS e i servizi tradizionali in 5 Paesi su 6 i quali riportano i seguenti risultati:

- Londra: differenza del 32,0% (56,3-7,7);

- Rimini: differenza del 30,8% (56,5-5,0);
- Zurigo: differenza del 38,5% (60,2-16,7);
- Sofia: differenza del 40,7% (64,4-17,1);
- Ulm-Guenzburg e Groningen: differenza rispettivamente di 11,5% (38,5-15,4) e 7,7% (32,7-17,3).

Come si denota, nei centri tedeschi l'eterogeneità emersa tra il modello IPS e i servizi tradizionali non riporta un livello statisticamente rilevante nella variazione dell'efficacia dell'IPS. Tale dato è stato giustificato con il basso tasso di occupazione presente in Germania. Gli studiosi difatti affermano:

“Only local unemployment rates explained a significant amount of the heterogeneity in effectiveness of IPS (Q= 5.82, p=0.016), herpes increased GDP growth per head, long-term unemployment rate, and risk of a benefit trap (as assessed by IPS workers) accounted for a significant amount of heterogeneity in getting a job, irrespective of service”⁷⁹

I dati che risultano essere significativi per l'efficacia dell'*Individual Placement and Support* sono identificabili nelle condizioni socio-economiche, ovvero, nell'aumento della crescita del PIL pro capite, nel tasso di disoccupazione di lunga durata e nel meccanismo della *benefit trap* (Figura 10).

Figura 10: Variabili socio-economiche dello studio

	IPS effect size		Getting a job	
	Q	p value	Q	p value
Local unemployment rates*	5.82	0.016	0.984	0.321
GDP per head growth (annual %) 2003†	1.66	0.198	9.56	0.002
% GDP spent on health 2002‡	0.229	0.632	2.55	0.110
Long-term unemployment rate (1999)§	0.532	0.466	16.16	<0.001
Benefit trap? (2004-05)¶	1.62	0.445	10.90	0.004

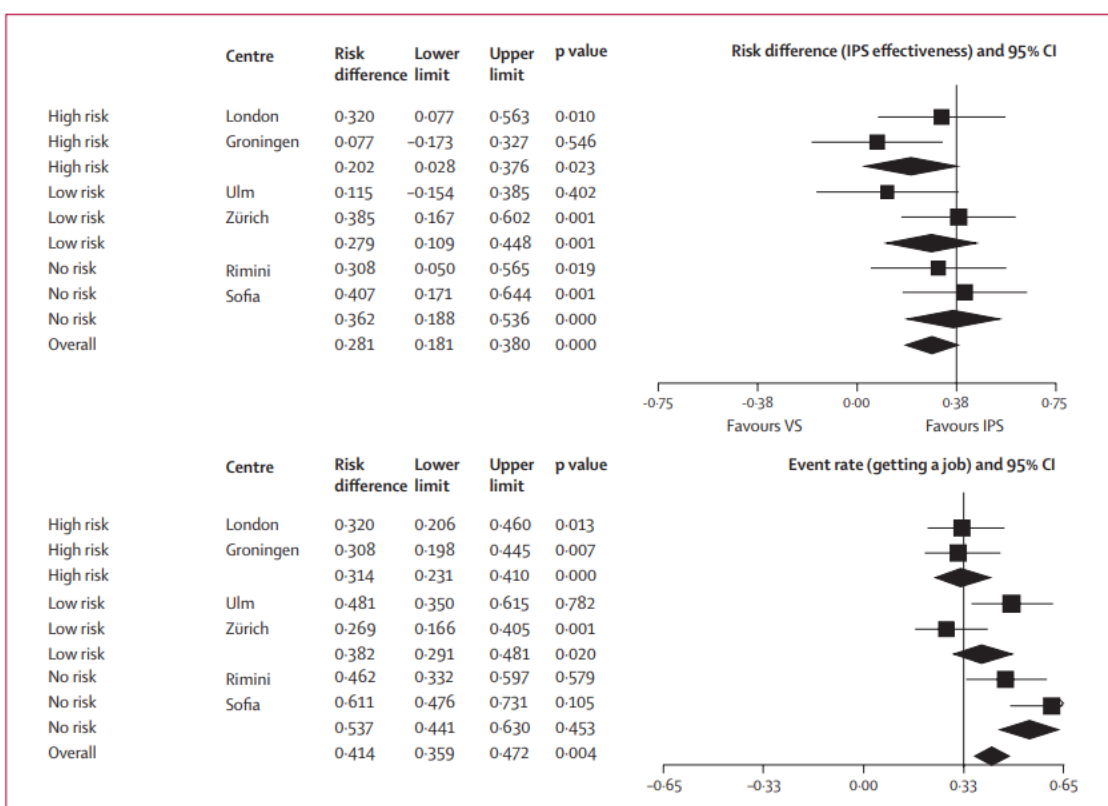
La *benefit trap* fu tra i primi elementi menzionati dagli studiosi come possibile variabile determinante la maggior o minor efficacia del metodo IPS. Riprendendo quanto già accennato, dei benefici erogati dal *Welfare* superiori o pari ad un ipotetico stipendio possono determinare una bassa spinta motivazionale. Al contrario, il soggetto sarà più

⁷⁹ Becker, Drake, op. cit., p. 1150.

determinato nella ricerca di un impiego lavorativo se è consapevole che i benefici derivanti da un impiego sono più ampi di quelli percepiti dal *Welfare*.

La *Figura 11* mostra il rischio della variabile della *benefit trap* sull'effetto dello studio nei vari centri Europei coinvolti. Dove si riteneva probabile che vi fossero dei *benefits* superiori rispetto a quelli percepiti da un possibile stipendio veniva associato un minor livello di *risk difference*, ossia un minor margine di errore statistico⁸⁰ dell'efficacia del modello IPS. Un rischio maggiore di *benefit trap* era associato a percentuali inferiori di probabilità di trovare un lavoro.

Figura 11: Ripercussioni della benefit trap nell'efficacia IPS e nella ricerca lavoro



4.4.5. Conclusioni

A seguito dello studio EQUOLISE possiamo quindi affermare che il metodo *Individual Placement and Support* è il più efficace nel supporto lavorativo delle persone con disagio

⁸⁰ Per margine di errore si intende un intervallo di possibilità che deve tener necessariamente conto della possibilità di commettere alcuni errori di rilevazione. Il campione statistico è difatti una parte di popolazione rappresentativa del più ampio target di riferimento. Il *risk difference* è quindi necessario per cercare di far aderire il più possibile alla realtà la ricerca. Non si parla quindi di dati assoluti bensì di dati relativi.

mentale. Emerge difatti uno scarto di quasi il doppio tra i risultati dell'IPS rispetto a quelli raggiunti dai servizi eroganti modelli di inserimento lavorativo tradizionali.

Non solo i soggetti partecipanti allo studio hanno ottenuto impieghi lavorativi più spesso rispetto alle persone inserite nell'altro gruppo ma si sono avuti esiti positivi anche per quanto riguarda la tenuta dell'impiego lavorativo e la maggior quantità di ore lavorative svolte.

Gli studiosi, inoltre, hanno notato come il modello IPS, aumentando le possibilità di inserimento lavorativo, ha contestualmente aumentato la riabilitazione clinica (*recovery* clinica) e il benessere bio-psico-sociale del soggetto con patologie psichiatriche.

"We noted that a high rate of employment did not have a detrimental effect on clinical wellbeing and relapse, which would have been indicated by an increased number of psychiatric admissions."⁸¹

I professionisti sanitari coinvolti nello studio temevano che l'alto livello di stress, comportato dall'aumentare delle ore e dei giorni del tempo di lavoro, incidesse negativamente sul benessere e sulla stabilizzazione clinica delle persone affette da malattia mentale. In aggiunta, si è notato che l'inserimento dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo IPS all'interno del mercato competitivo non ha comportato una riduzione dell'ospedalizzazione e/o di ricoveri in strutture adibite.

Per quanto riguarda quest'ultimo dato, la riduzione dei ricoveri, negli studi statunitensi di efficacia dell'IPS (gli studi randomizzati controllati visti in precedenza) non emerge. Gli studiosi imputano questa differenza al maggiore grado di integrazione socio-sanitaria presente negli Stati Europei.

Nonostante le incredibili differenze su vari fronti tra gli USA e l'Europa lo studio ha fatto emergere comunque l'efficacia dell'IPS. Al contrario dei dati emersi negli USA, lo studio EQUOLISE ha mostrato come i diversi contesti socioeconomici influiscono nell'efficacia o meno dell'IPS, soprattutto per quanto riguarda i tassi locali di occupazione.

Sofia e Rimini, città che hanno dimostrato di avere i servizi IPS di maggior successo (valutati grazie alla *fidelity scale*), sono stati i due centri in cui erano riportati tassi di disoccupazione locale nettamente inferiori rispetto alla media nazionale. I soggetti all'interno del gruppo IPS, sebbene affetti da gravi malattie mentali, hanno trovato più

⁸¹ *Ibidem*, p. 1151

facilmente impieghi anche senza qualifiche professionali (le posizioni con maggiore successo sono stati impieghi nei magazzini e nella ristorazione) grazie ad un'economia locale dinamica e favorevole all'assunzione di soggetti affetti da problematiche di salute mentale.

Gli studiosi hanno stabilito che, complessivamente, i soggetti partecipanti hanno ottenuto con maggiore facilità un impiego lavorativo quando l'economia statale era in crescita, cosa che di conseguenza favoriva l'aumento e la creazione di nuove posizioni lavorative; nel caso di un'economia in decrescita gli effetti si ripercuotevano anche sulle possibilità dei partecipanti di ottenere un ruolo lavorativo.

4.5. L'introduzione del metodo IPS nel DSM di Rimini e la diffusione del metodo in Italia

Una volta conclusa la fase di sperimentazione del metodo con lo studio EQUOLISE, nel DSM di Rimini si sono potuti osservare risultati positivi tangibili, risultati che superarono di gran lunga l'aspettativa riposta. Come da *outcomes* individuati nello studio, a Rimini si è notata la rilevanza del metodo IPS nell'entrata dei soggetti in carico al CSM nel mondo del lavoro competitivo, la quantità delle ore lavorate dei suddetti soggetti e la tenuta lavorativa, senza contare i benefici economici derivanti dalla percezione dello stipendio (anch'esso competitivo). Esiti positivi di gran lunga più rilevanti sono stati in termini di benessere bio-psico-sociale degli individui partecipanti al programma IPS, sia in termini di funzionamento generale e miglioramento della qualità della vita (ad esempio, il grado maggiore di autonomia raggiunto), sia in termini di *recovery* clinica che ha portato in via generale a una riduzione nell'utilizzo di psicofarmaci e dei ricoveri psichiatrici.

Tali elementi hanno fatto sì che il metodo IPS non rimanesse in quel segmento di ricerca sperimentale ma divenisse un vero e proprio servizio adottato in forma permanente. Il metodo IPS, com'è successo poi in tutti i DSM che ne hanno adottato in pianta stabile l'utilizzo, va ad affiancarsi agli altri servizi di inserimento lavorativo tradizionali, quei servizi eroganti un maggior livello di protezione e utilizzando la metodologia *train and place*, senza quindi smantellare tutte quelle tutele nate ed erogate sotto il segno della Legge 68/99.

L'azienda AUSL di Rimini ha pertanto deciso di creare un contesto istituzionale idonea all'adozione del metodo IPS al fine di organizzare e coordinare i vari servizi atti all'inserimento lavorativo nelle sue varie forme, per questo nel maggio del 2004 è stato creato il progetto *"Agenzia Aziendale per il lavoro dei soggetti svantaggiati. Metodologia-programma IPS."* che da lì a poco è stato modificato in *"Accompagnamento alla ricerca di opportunità lavorative con metodologia IPS"*. In questo periodo non esisteva ancora un coordinamento o un ente di riferimento adibito alla supervisione dell'IPS, difatti si è affidata la gestione del progetto al gruppo *"Coordinamento Opportunità Lavorative"*⁸² appartenente alla stessa AUSL di Rimini con estensione provinciale.

Il modello IPS si è potuto consolidare nella città di Rimini per più di dieci anni, divenendo un metodo consolidato all'interno dei servizi adibiti alla salute mentale. Inoltre in questi anni, oltre a coloro i quali soffrono di disturbi psichiatrici, hanno potuto essere inseriti nel programma IPS circa 100 persone composte da soggetti con diagnosi di disabilità intellettiva-fisica nonché di dipendenza da sostanze stupefacenti.

Dal 2004 al 2013 i soggetti che hanno partecipato al programma IPS all'interno dell'AUSL di Rimini sono stati più di 300, soggetti, questi, provenienti solo dai Centri di Salute Mentale del territorio. Come da modello originale, una singola persona può accedere al programma più volte, bisogna dunque considerare che in questa cifra una singola persona che è uscita per poi rientrare nel programma è contata due volte. Per monitorare la continuazione dell'esperienza sono state eseguite più similmente possibili le valutazioni adottate nello studio EQUOLISE per rilevare la differenza di efficacia tra il metodo IPS e quella dei servizi tradizionali di inserimento lavorativo protetto: da questo studio interno è emerso un tasso di occupazione maggiore del 50% dei soggetti frequentanti l'IPS.

"In linea con le condizioni di precarietà che caratterizzano attualmente il mercato del lavoro le tipologie di contratto a tempo determinato prevalgono con valore quasi assoluti rispetto a quelle di tipo indeterminato".⁸³

⁸² Tale gruppo di Coordinamento Opportunità Lavorative dell'AUSL faceva capo alla Dott.ssa P. Canini in collaborazione con la Fondazione En.A.I.P. S. Zavatta Rimini e la partecipazione del Dott. A. Fioritti come referente scientifico.

⁸³ Fioritti, Berardi, op. cit., p. 47.

Fioritti e Berardi (2017) con questa affermazione rilevano, come appreso dallo studio EQUOLISE, che l'IPS si adatta ai meccanismi del mercato in cui viene applicato, rispecchiando la flessibilità e la precarietà esistente in quest'epoca di lavoro che sempre più insegue ideali neo-liberisti.

Grazie al progetto "*TIPS: Training on Individual Placement and Support*" nato nel 2010 per mano dell'Assessorato Regionale alla Formazione e Salute dell'Emilia Romagna si è inserito all'interno del piano sanitario regionale il modello IPS come nuovo strumento da aggiungere ad integrazione dei sistemi di supporto lavorativo già esistenti. Due anni dopo, nel 2012, si è dato vita al progetto "*TIPS-2: Training on Individual Placement and Support Development*" finalizzato a testare l'efficacia dell'IPS su tutti i DSM emiliani, visti anche i risultati raggiunti dallo studio europeo e, in particolare, da quelli emersi nel territorio di Rimini. Il progetto TIPS-2 ha quindi coinvolto tutti i dipartimenti della Regione per un totale di 15 DSM ottenendo, anche in questo caso, ottimi risultati: sono stati contati tra i 700 e i 900 soggetti inseriti nel programma regionale dell'IPS tra il 2010 e il 2015, rilevando un tasso di occupazione del 45%.

Fioritti e Berardi (2017) imputano questo alto grado di successo al soprapporsi di varie condizioni favorevoli all'implementazione del metodo. Al primo posto troviamo l'affidamento del coordinamento e della gestione dell'IPS a personale dedicato e adeguatamente formato. A ciò si aggiunge la scrupolosità con cui si è cercato di trasportare il modello originale dell'IPS partendo dall'integrazione tra operatori IPS e l'équipe del CSM fino all'attuazione della *fidelity scale*.

Ciò che più stupisce, e che di certo ha contribuito per buona parte nel favorire l'esito positivo in questa implementazione, nonché la sua diffusione, è senz'altro il costante collegamento con i centri direttivi americani dell'IPS con i quali i vari CSM che adottano l'IPS inviano i dati raccolti, senza contare che ogni 2/3 mesi, mediante videoconferenze, il centro IPS di Rimini (divenuto un punto di riferimento per il nostro Paese) aggiorna gli autori del modello stesso, Deborah Becker e Robert Drake, sullo stato di implementazione dell'IPS in Italia.

"L'evoluzione dell'applicazione del modello IPS in Emilia-Romagna è stata resa possibile anche al prezioso supporto del Dartmouth Psychiatric Research Center, nell'ambito della Johnson & Johnson Learning Collaborative: è stato instaurato un importante legame di collaborazione con

*i centri IPS degli USA, è stato possibile continuare a formare nuovi operatori e aumentare il numero di centri IPS sia all'interno che fuori Regione.*⁸⁴

Il metodo IPS ora è diffuso e si sta diffondendo sempre più in Italia, entrando a far parte delle politiche inerenti alla salute mentale⁸⁵.

4.6. L'utilizzo e il funzionamento della Fidelity Scale

Gli autori del modello IPS, per garantire una maggiore aderenza possibile al modello predisposto, hanno creato la cosiddetta *fidelity scale* la quale non è altro che la valutazione oggettiva che determina il livello di fedeltà all'approccio originale delineato dal programma IPS. Tanto più si seguono scrupolosamente i principi e le buone prassi descritte nel modello originale, tanto più si otterranno risultati positivi per quanto riguarda l'ottenimento di una posizione lavorativa nel libero mercato.

È stata quindi stilata un'apposita *fidelity scale* che si concentra su tre elementi fondamentali che influenzano la buona riuscita del modello:

- lo staff/l'équipe;
- l'organizzazione;
- i servizi.

Fioritti e Berardi (2017) affermano che tale scala di valutazione ha una funzione "predittiva": un esito positivo condiziona in modo favorevole l'implementazione del metodo IPS, viceversa, un risultato negativo delinea delle problematiche strutturali da individuarsi nella preparazione, nella conoscenza e nella messa in pratica dell'*Individual Placement and Support*.

Ogni *fidelity scale* è adattata al contesto di riferimento, la scala di valutazione italiana è quindi sensibilmente differente rispetto a quelle proposte in altri Paesi. Questo poiché l'équipe, l'organizzazione e gli stessi servizi differiscono sia nella struttura che nell'apporto che erogano nell'implementazione del metodo IPS. Quella che andremo a seguire a descrivere sarà, quindi, la *fidelity scale* utilizzata in Italia.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 50.

⁸⁵ Le esperienze salienti nel 2017 menzionavano la diffusione in alcune Aziende Sanitarie di Regioni quali Sicilia, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Roma, Piemonte e Veneto.

Per quanto riguarda la parte di *fidelity* dedicata all' *équipe* multidisciplinare coinvolta, la valutazione tiene conto del numero dei soggetti in carico ad ogni operatore IPS e i servizi da lui offerti ed infine le fasi di cui si occupa l'operatore IPS. All'interno dell'organizzazione gli elementi rilevanti nella *fidelity scale* sono il livello di integrazione tra operatori IPS e Centro di Salute Mentale e l' *équipe* di tale servizio, la collaborazione esistente tra i professionisti IPS e quelli inseriti nei servizi, la composizione e il livello di supervisione tra il gruppo di lavoro IPS nonché il ruolo del supervisore del gruppo IPS. In questa parte dedicata all'organizzazione risultano rilevante, e sono quindi inseriti nella valutazione, l'applicazione dei principi della *zero exclusion* e della ricerca del lavoro competitivo. Infine, vi è una valutazione su quanto la dirigenza sanitaria sostiene l'IPS. L'ultimo *item* della *fidelity scale* pone un *focus* sui servizi offerti agli utenti nell'ambito dell'*Individual Placement and Support*: informazioni sui benefits, rivelazione della propria condizione fisica, valutazione *in itinere* delle capacità lavorative, ricerca rapida di un lavoro competitivo, ricerca del lavoro individualizzata, contatti con il mercato lavorativo (soprattutto con i datori di lavoro) e il grado di ottenimento di lavori competitivi nel libero mercato.

La *fidelity scale* rientra nelle scale di valutazione denominate "*likert scales*" ovvero degli *items* che prevede la scelta di possibili risposte a livelli crescenti da 1 a 5 in cui il livello 1 non rileva alcuna implementazione del modello IPS mentre il livello 5 corrisponde ad una piena aderenza al modello originale. Il punteggio totale della *fidelity* da una lettura positiva o negativa dell'applicazione IPS (*Tabella 7*).

Tabella 7: Punteggi della Fidelity Scale

Scaglioni individuati nella Fidelity Scale	
<i>Punteggio</i>	<i>Esito</i>
115-125	Fidelity esemplare
100-114	Fidelity buona
74-99	Fidelity sufficiente
<=73	non classificabile come IPS

La *fidelity scale* consiste in una visita da parte di revisori esperti, i cosiddetti *fidelity reviewer*, del metodo IPS presso i Centri di Salute Mentale in cui è stato adottato; solitamente il revisore impiega circa 2 giorni per ottenere i dati richiesti dalla scala di valutazione. Il *reviewer*, infatti, non si limita semplicemente ad osservare e a compilare

la *fidelity* bensì si avvale di fonti multiple di informazioni quali le interviste ai vari operatori coinvolti nell'implementazione del metodo (dagli operatori IPS ai direttori del Dipartimento di Salute Mentale) e partecipa alle riunioni *d'équipe*, interviene nei colloqui tra operatore IPS e soggetti partecipanti al programma nonché nei colloqui con le loro famiglie, prende visione e analizza le cartelle dei soggetti.

Nella stesura della valutazione il *reviewer* non constata solo i punti di positività e di criticità ma fornisce consigli utili a migliorare l'implementazione del metodo IPS elaborando un "piano di miglioramento del servizio".

Le visite di *fidelity* vengono inizialmente svolte dopo 4 o 6 mesi dall'adozione del modello mentre le successive visite vengono eseguite dopo 6 mesi. Al raggiungimento di un punteggio soddisfacente, pari o superiore a 100 punti, le visite si dilazionano ad una volta l'anno.

Capitolo Quinto

L'APPLICAZIONE DEL METODO IPS

5.1. L'introduzione dell'IPS nel CSM di Chioggia

Per quanto riguarda la realtà Veneta, l'*Individual Placement and Support* è sbarcato nel nostro territorio nel 2011, più precisamente nel Dipartimento di Salute Mentale di Treviso nel quale è stata svolta una prima presentazione del metodo e la conseguente formazione. Nel 2013 il DSM di Treviso ha attivato in via sperimentale l'implementazione del metodo IPS, implementazione che è avvenuta con l'affiancamento sul campo degli operatori IPS di Rimini, già rodati nell'applicazione efficace del modello originale. Grazie a tale sperimentazione, l'IPS è stato inserito all'interno delle "*Linee guida regionali del Veneto sugli inserimenti lavorativi*" emanata con DGR n. 21 del 17 gennaio 2012⁸⁶.

Nel 2014 il metodo IPS è giunto anche nel DSM Veneziano (composto da due Unità Operative Complesse per un totale di quattro CSM) per poi espandersi ulteriormente nel 2017.

Per dare anche una cornice di contesto, è bene ricordare che la Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 ha istituito la cosiddetta Azienda Zero, individuando nuovi ambiti territoriali di distribuzione delle ULSS, accorpando così quelle già esistenti. Tale unificazione è stata messa in pratica nel 2018. Per quanto riguarda l'IPS, quindi, all'epoca erano state coinvolte l'ex Ulss 12 di Venezia e l'ex Ulss 9 di Treviso. Con l'accorpamento delle Unità Locali socio-sanitarie - almeno per quel concerne il territorio in cui andremo a vedere l'applicazione del modello IPS - l'ex Ulss 12 di Venezia, l'ex Ulss 13 Miranese e l'ex Ulss 14 di Chioggia sono state incorporate dando vita all'Azienda ULSS 3 Serenissima. Possiamo imputare la diffusione del metodo IPS sia all'unificazione dell'AULSS, poiché in territorio Veneziano tale modello era già in fase di sperimentazione, sia grazie all'internalizzazione delle Linee guida regionali sugli inserimenti lavorativi.

⁸⁶Bur n. 12 del 07 febbraio 2012, DGR n.21 del 17 gennaio 2012 "*Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici e Modello formativo - Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico (ProP) - (DGR n. 2786/2010) e Modello formativo per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici*".

Prima di continuare a vedere in che modo si è insediato il metodo IPS nel nostro territorio, è utile rivedere sinteticamente ciò che le Linee guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichiatrici prevedono, così da dare al lettore una visione d'insieme. In particolare, all'allegato A punto 3.b, il legislatore affronta la tematica dei percorsi d'inserimento lavorativo. All'interno di questa trattazione si parla di una programmazione e gestione della rete dei servizi e della definizione di percorsi individualizzati anche in tema di inserimento lavorativo, seguendo la linea della Legge maestra 328/2000, prevedendo degli elementi comuni di base che vengono identificati come a seguire: è menzionata una valutazione clinica, funzionale e relazionale della persona, aggiungendo a questi elementi anche l'aspetto della motivazione e delle aspettative personali del soggetto; si prosegue poi con l'attivazione di percorsi riabilitativi e il progetto riabilitativo individualizzato e per finire dell'inserimento in un contesto lavorativo *"che opera nel mercato profit e no-profit"*.

Da queste indicazioni si profilano due scelte, che la Legge identifica come *"schemi di processo"*: i percorsi di inserimento lavorativo previsti nelle Linee guida, riferendosi quindi ai percorsi del SIL (Servizio d'inserimento lavorativo) e del SPI (Servizio per l'impiego) e i percorsi di inserimento lavorativo con *"la particolare metodologia IPS"*⁸⁷.

Questa duplice spinta ha sicuramente favorito il diffondersi del modello IPS inquadrato come modello riabilitativo. La volontà di inserire tale strumento all'interno del Dipartimento di Salute Mentale in tutta l'AULSS 3 si ritrova nella ricerca di uno strumento riabilitativo che tenga conto delle conoscenze apprese secondo i dettami dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) poiché, come visto inizialmente, il metodo EBM ha coinvolto in particolar modo l'ambito lavorativo, e che si integri come alternativa ai programmi già strutturati e inseriti da anni nel territorio.

Per inserire formalmente il modello IPS all'interno dell'AULSS 3 Serenissima è stata indetta una gara d'appalto inerente alle attività riabilitative territoriali del DSM all'interno della quale si prevedono nel capitolato tecnico, per l'appunto, le due modalità soprariportate nelle linee guida.

⁸⁷ Ivi, Allegato A p. 19.

All'interno del capitolato⁸⁸ si evidenzia la centralità dell'IPS all'interno della recovery (e dell'EBM) riportando una resa positiva del 70% rispetto ai metodi tradizionali di inserimento lavorativo che si aggirano intorno al 20-30% e il costo ridotto rispetto a questi inserimenti protetti.

In questa sede si sono stabiliti i primi elementi utili all'applicazione dell'IPS riguardanti la tipologia di utenti inseriti, le caratteristiche e il numero di percorsi attivabili. Per quanto riguarda il primo punto, in linea con il modello originale IPS, si è previsto l'inserimento dei soggetti presi in carico da parte del CSM che esplicitano la loro motivazione e la loro voglia di lavorare. Si applica altresì il principio della *zero exclusion*, prevedendo potenzialmente che tutti i soggetti in carico al CSM potrebbero essere inseriti all'interno del programma IPS, senza distinzioni di patologia diagnosticata (o non) poiché non si imputa a questa l'esito positivo o negativo del percorso.

Sempre nel rispetto del modello ortodosso, si stabilisce che ogni operatore IPS possa seguire un massimo di 20 soggetti nel caso di un orario lavorativo a tempo pieno, prevedendo una riduzione a 10 se l'operatore lavora part-time. Il massimo di percorsi attivabili in tutta l'AULSS 3 sono pari a circa 140 annui.

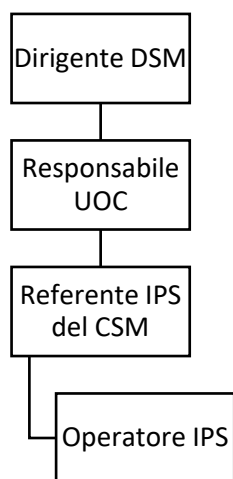


Figura 12: Organigramma del CSM in IPS

Per quanto riguarda il CSM di Chioggia, territorio facente parte del Distretto 4 dell'AULSS 3 insieme a Venezia, è presente un operatore IPS che lavora a tempo pieno; la referente dell'IPS in questo CSM è l'Assistente Sociale (Figura 12). Si specifica che non è previsto debba essere l'Assistente Sociale referente dell'IPS, tale scelta è stata una decisione organizzativa interna. Si configura nel territorio Chioggiotto una gestione mista dell'IPS nel quale i

referenti del modello si identificano con i professionisti (di vario genere) già inseriti ed operanti all'interno dei CSM del territorio AULSS, i quali fanno capo e collaborano attivamente con gli operatori IPS, operatori inseriti nel Servizio come da modello ma delegati dalla Cooperativa appaltante.

⁸⁸ Per questioni legali il capitolato tecnico d'appalto non può essere riportato, è però stato dalla sottoscritta visionato e introdotto dalla Dott.ssa Assistente Sociale inserita all'interno del CSM di Chioggia.

L'operatore IPS del CSM di Chioggia ha un *background* di Educatore Professionale, figura professionale, tra l'altro, molto comune tra coloro che si formano e implementano il modello.

5.2. Le fasi dell'Individual Placement and Support: l'esperienza italiana e del CSM di Chioggia

La strategia d'intervento applicata nell'IPS è stata appositamente stilata dagli autori del modello (Becker e Drake) nelle sue linee principali al fine di garantire una maggior aderenza con il metodo originale per l'ottenimento di risultati efficaci. Nella trasposizione del metodo nel territorio italiano tali linee guida sono state logicamente adattate ai servizi da noi presenti ma non si discostano da quelli che sono i principi guida generali, principi che vengono anzi esaltati.

Nell'esplicitazione delle varie fasi dell'IPS andremo a vedere, in particolar modo, le differenze d'implementazione attuate nel territorio di Chioggia, sottolineando altresì eventuali differenze dall'applicazione originale o dall'applicazione italiana di base. Si anticipa che non sono presenti molte differenze ma tornerà utile evidenziarle poiché metteranno in luce la possibilità di riadattare il modello IPS al contesto territoriale, facendo divenire il metodo un valido aiuto nell'ambito lavorativo in tema salute mentale.

Sostanzialmente le fasi si compongono dall'invio del soggetto, dalla presa in carico, dalla valutazione professionale, dalla costruzione di un piano di intervento individualizzato, dalla ricerca dell'impiego, ed infine, del supporto continuativo. A seguire si provvederà all'introduzione delle fasi e alla loro analisi.

5.2.1. L'Invio e la presa in carico

L'invio si riferisce all'individuazione dei soggetti che potrebbero beneficiare del metodo IPS, pertanto, si andrà qui a descrivere come generalmente si viene inseriti all'interno del programma. Già in questa prima fase è necessario fare una distinzione tra l'applicazione del metodo statunitense e quello europeo/italiano: nel modello originale l'invio può essere compiuto dallo stesso soggetto, si può quindi non passare necessariamente dal Servizio adibito dell'area della salute mentale. Questo aspetto di

collaborazione della triade composta dall'operatore IPS, dall'*équipe* specialistica (nel nostro caso il CSM territoriale) e dal soggetto, è considerato in Europa un passaggio prioritario per la buona prosecuzione della metodologia, per questo motivo l'invio del soggetto all'interno del programma IPS è svolto da un professionista operante nel CSM che, avendo una buona conoscenza del metodo e delle modalità di accesso, segnalerà all'*équipe* del servizio tale possibilità.

Come si deduce, l'invio è considerato un passaggio estremamente delicato e proprio per salvaguardare questa sua peculiarità si sono definite alcune caratteristiche essenziali per la corretta implementazione dell'IPS; tali caratteristiche verranno ora esplicate.

Il primo elemento essenziale consiste nell'eseguire un "*invio semplice e veloce*". Si può effettuare l'invio utilizzando, tra il segnalante/inviante (un professionista appartenente al CSM o il referente dell'IPS interno ad esso) e l'operatore IPS, una modalità verbale o una segnalazione scritta. Entrambe le modalità devono contenere le informazioni principali del soggetto che si ipotizza far accedere al programma IPS: bisognerà quindi informare l'operatore sulle generalità della persona (dati anagrafici) nonché sulla sua situazione clinica, sociale e lavorativa. Come imposto dal modello originale, l'invio deve avvenire in tempi brevi dalla manifestazione dell'interesse del soggetto con disagio mentale ad essere inserito nell'IPS per la ricerca di un lavoro competitivo. Come accennato in precedenza, tale rapidità influisce positivamente sulla motivazione della persona e sulla creazione di un rapporto di fiducia con l'*équipe* del CSM e con l'operatore IPS. In questo modo, inoltre, si permette alla persona stessa di avviare quel processo mentale che gli consente di iniziare ad esplorare i suoi desideri e le sue aspirazioni, cominciando ad identificare la tipologia di mansione che gli piacerebbe intraprendere. Contestualmente all'invio, anche la presa in carico da parte dell'operatore IPS deve avvenire in tempi celeri, tanto che da modello il primo incontro tra i due soggetti sopramenzionati dovrebbe avvenire entro una settimana dall'invio stesso.

Essendovi talvolta difficoltà relazionali da parte del soggetto con disagio psichico è consentito, se si ritiene opportuno, accompagnarlo al primo colloquio conoscitivo con l'operatore IPS. Per fare ciò si presume sia già instaurato un rapporto di collaborazione tra l'operatore IPS e il referente IPS del CSM.

Una seconda caratteristica essenziale della procedura d'invio è l'adozione di criteri di esclusione minimi. Come sappiamo, il principio della *zero exclusion* non pone limiti se

non la mancata motivazione nella ricerca del lavoro. Il manuale italiano di Fioritti e Berardi (2017) indica principalmente tre criteri di inclusione:

“1) Utente disoccupato (o ha un impiego di tipo non competitivo) e desidera un lavoro competitivo. 2) Utente occupato, ma desidera un sostegno nel mantenimento dell’impiego nella ricerca di un lavoro alternativo. 3) L’utente non deve essere contemporaneamente inserito in altri progetti finalizzati all’inserimento lavorativo, tanto meno in progetti tutelati (che prevedano una formazione).”⁸⁹

Si evidenzia qui nuovamente l’unico prerequisito indispensabile per la ricerca di un lavoro competitivo con l’IPS: la motivazione. Gli studiosi affermano, inoltre, che i soggetti che presentano importanti problematiche di salute mentale riportano di intraprendere con più entusiasmo la strada della ricerca di un lavoro competitivo, facendo emergere risorse ed energie maggiori rispetto ad altri programmi in forma protetta. Le motivazioni di questo investimento maggiore si possono trovare nel desiderio di integrarsi a pieno nella società smussando gli stereotipi e le diffidenze.

Infine, come ultima caratteristica essenziale dell’invio, troviamo il coinvolgimento di tutti i professionisti del CSM nell’acquisizione delle norme e dello spirito dell’IPS. Tale caratteristica, sebbene possa sembrare scontata, risulta essere un punto fondamentale per la buona riuscita del metodo IPS. Se non adeguatamente formati ed informati gli operatori del CSM potrebbero opporsi all’inserimento di soggetti affetti da gravi patologie mentali per timore di farli incorrere in una situazione troppo stressante e troppo poco tutelante. La Dott.ssa Mastrocola⁹⁰ sottolinea l’importanza dell’informazione e della confrontazione con l’*équipe* del CSM proprio per evitare queste preoccupazioni da parte dei professionisti riportando alcune frasi-tipo: *“È troppo grave”, “E se fallisce e si scompensa?”, “Con tutti quei deficit come farà?”*.

È possibile che questa apprensione derivi dal retaggio di politiche psichiatriche eccessivamente tutelanti, soprattutto per quanto riguarda il lavoro. Non si vuole qui disquisire sulla riuscita o meno delle attuali politiche, anzi, come già accennato gli inserimenti lavorativi sono un servizio prezioso per la tutela e il diritto al lavoro dei

⁸⁹ Fioritti, Berardi, op. cit., p. 58.

⁹⁰ Antonella Mastrocola è una Psichiatra Direttrice UOC CSM di Ravenna inserita all’interno del DSM DP AUSL della Romagna. La Dott.ssa Mastrocola è anche una delle Docenti che si occupa della formazione degli operatori IPS nell’Associazione IPSilon.

soggetti con disabilità. Si evidenzia, di contro, la risorsa che può rappresentare un metodo innovativo come l'IPS il quale permette il sostegno della persona alla ricerca lavorativa senza palesare forzatamente la presenza dei Servizi, un modello che prevede un'autodeterminazione estrema e che paradossalmente sembra essere più efficace dei programmi tradizionali che non sempre puntano sull'*empowerment* della persona e rischiano di ricadere nell'assistenzialismo. Il manuale di Fioritti e Berardi (2017) riporta alcuni episodi di discordanza di pensieri tra la visione dell'operatore IPS e quella dell'équipe del CSM; a seguire si riportano due esemplificazioni (*Tabella 8*).

Tabella 8: Esempi di situazioni critiche e prospettive tra CSM e IPS

Esempi di situazioni critiche e prospettive tra CSM e IPS			
Situazione	Prospettiva CSM	Prospettiva IPS	Esito
Donna di 25 anni con schizofrenia paranoide, temporaneamente assunta come maestra in un nido d'infanzia privato, iscritta alla facoltà di scienze della formazione. Il primo episodio psicotico era avvenuto proprio sul lavoro. Recuperato il compenso clinico, la paziente ottiene qualche lavoro impiegatizio, ma il suo vero interesse è tornare a fare l'educatrice tra i bambini.	Lo psichiatra inviante concorda con scelte di lavoro impiegatizio ma si oppone al ritorno della paziente nel contesto educativo della scuola materna ritenendolo troppo stressante e dannoso per i bambini stessi.	L'operatore IPS ritiene di accogliere la preferenza lavorativa della cliente, concordando incontri frequenti di verifica sullo stress della giornata di lavoro e sui suoi segni precoci di crisi.	La cliente ha partecipato a un avviso pubblico ed è stata chiamata per una supplenza semestrale in un nido d'infanzia: ha lavorato alacremente, senza crisi; assume regolarmente la terapia specifica; la famiglia d'origine è molto contesta e lei stessa si sente molto gratificata. I colloqui con l'operatore IPS si svolgono con regolarità.
Donna di 30 anni con disturbo depressivo e precedente abuso di sostanze. Spesso cade nel gioco d'azzardo. Coniugata con un uomo disoccupato che fa uso di sostanze. Scarse risorse economiche. Ha sempre svolto lavori di breve durata. Reddito modesto da pensione di invalidità	Per la condizione di difficoltà economica del nucleo familiare, l'équipe del CSM concorda con l'intenzione di cercare presso un ente di formazione un tirocinio lavorativo di qualche mese, finito il quale ne cerca un altro e così via.	L'operatore IPS persuade la donna a proseguire sulla strada di ricerca del lavoro nel libero mercato senza ricorrere a nuove offerte di borse-lavoro: per le difficoltà finanziarie, utilizza i pochi risparmi e i soldi della pensione d'invalidità.	La cliente trova diversi lavori di breve durata e infine un lavoro in una cooperativa come addetta alle pulizie. Il contratto è a termine ma potrà essere rinnovato ripetutamente.

Ma ora vediamo come questa prima fase viene applicata all'interno del CSM di Chioggia. A seguito della formalizzazione del contratto d'appalto, il direttore del DSM e la Responsabile UOS del CSM di Chioggia hanno incaricato l'Assistente Sociale di seguire come referente l'IPS. La scelta è ricaduta in questa professionalità poiché l'Assistente Sociale aveva e ha all'attivo una collaborazione con l'operatore del SIL ed è quindi già inserita nel mondo degli inserimenti lavorativi. Dopo aver introdotto nell'*équipe* del Servizio l'operatore IPS dedicato nel territorio del Distretto 4 (Chioggia, Cona, Cavarzere) dell'AULSS 3, si è attivata concretamente l'implementazione del programma IPS.

L'Assistente Sociale, tramite contatti telefonici ed incontri settimanali in presenza, si confronta con l'operatore IPS sull'opportunità di inserire nel programma le persone in carico al servizio che hanno espresso la volontà di parteciparvi. Il modello originale non prevede la proposta di invio all'IPS da parte degli operatori del CSM. La peculiarità che si vuole evidenziare in questo frangente è la diffusione al *target* previsto dell'esistenza dell'IPS. Il manuale italiano non indaga e non tratta questo aspetto di informazione alla popolazione interessata. Si può presumere che questo silenzio sia dovuto alla caratteristica propria dell'IPS: essere agglomerato nel servizio psichiatrico senza dare nell'occhio. L'IPS ha necessità di garantire un supporto senza essere un baluardo dell'inserimento lavorativo nel mercato competitivo di soggetti psichiatrici, solo in questo modo può operare al meglio della sua efficacia garantendo alla persona di poter scegliere o meno se palesare la sua condizione mentale, concorrendo allo sviluppo dell'autodeterminazione personale.

Detto ciò, è compito dei professionisti operanti all'interno del CSM fare nota tale possibilità. Talvolta sono gli stessi partecipanti al programma IPS ad informare gli altri soggetti in carico al CSM attraverso il metodo del passaparola.

Come da linee guida, l'Assistente Sociale dà le prime informazioni del soggetto che ha manifestato interesse all'operatore IPS, approfondendo insieme alcuni aspetti. Ad oggi non vi sono problematiche inerenti alla capienza dell'operatore IPS, cosa che sarebbe comunque risolvibile prospettando l'aggiunta di un operatore o lo spostamento temporaneo per alcune ore di un operatore IPS operante in territorio limitrofo.

L'assistente sociale del CSM si confronta, oltre che con l'operatore, anche con il medico psichiatra referente del paziente in questione così da dividerne la prima visione d'insieme. In sede d'*équipe* settimanale si condivide con tutti i professionisti (tra cui

l'operatore IPS) tale possibilità, aiutando l'operatore a delineare meglio quegli aspetti che gli torneranno utili nella presa in carico della persona con disagio psichico andando a vagliare, come da modello, la sua situazione clinica, sociale e lavorativa.

Nell'invio e nella presa in carico è fondamentale che l'operatore IPS instauri una relazione di fiducia con la persona; per fare ciò, già nel primo incontro (svolto tra assistente sociale, operatore e soggetto) si spiega all'interessato il metodo di lavoro enfatizzando il ruolo attivo che la persona con disagio psichico è chiamata ad adottare. Per dare ancora più rilevanza a questo aspetto di attivazione e autodeterminazione solitamente l'Assistente Sociale lascia il numero di telefono dell'operatore IPS alla persona invitandolo a chiamare per fissare un primo appuntamento fra i tre.

I successivi contatti, sia essi in forma telefonica o in presenza, vedono l'adozione da parte dell'operatore IPS di un atteggiamento definito da Piegari e Skakic⁹¹ "*normalizzante*": è dovere dell'operatore favorire un clima connotato da un alto livello sociale in contrapposizione alla relazione paternalistica che generalmente si configura nella relazione tra il soggetto e il Servizio psichiatrico. L'atteggiamento dell'operatore è il più possibile informale e alla pari per consentire alla persona di avvicinarsi senza timore facilitando l'instaurarsi del rapporto di fiducia, nella speranza di incrementare la fiducia stessa e la motivazione.

Durante la presa in carico, si iniziano a raccogliere le informazioni per stilare un primo profilo professionale del soggetto, attività che richiede una forte collaborazione tra la persona e l'operatore.

Ai fini della buona prosecuzione e tenuta del programma è rilevante la figura della famiglia e della rete sociale del soggetto psichiatrico poiché tale rete può contribuire al sostegno del percorso per il raggiungimento dell'obiettivo lavorativo, perciò, nella fase di presa in carico, è utile all'operatore IPS acquisire informazioni in merito. L'*équipe* del CSM, avendo in carico il soggetto da più tempo rispetto all'operatore IPS, può dare un forte contributo nell'informare l'operatore sulle dinamiche familiari presenti. Inoltre, è probabile che le famiglie abbiano consolidato un rapporto di fiducia con l'*équipe* specialistica: l'operatore IPS può avvalersi dell'*équipe* per coinvolgere la famiglia e le persone più significative per il soggetto nell'accompagnamento e nel supporto durante

⁹¹ Fioritti Berardi, op. cit. pp. 57-62.

le varie fasi del programma. Non dimentichiamoci che la famiglia è una grande risorsa di informazioni dal momento che può monitorare quotidianamente (o quasi) lo stato d'animo e le condizioni del proprio caro, informazioni queste che risultano essere preziose nel calibrare e adattare le progettualità attivate a favore della persona.

È evidente quanto sia essenziale il coinvolgimento di tutto il personale e l'inserimento nell'*équipe* dell'operatore IPS, in particolar modo in queste prime fasi preliminari in cui si giocano le sorti dell'efficacia del programma.

Soprattutto all'inizio del programma IPS è importante che gli incontri tra l'operatore e la persona avvengano con cadenze frequenti, ad esempio una volta alla settimana, così da rafforzare il rapporto e dare un elemento tangibile d'interesse dell'operatore nei confronti della persona.

Il luogo adibito all'incontro definito dal manuale italiano dovrebbe essere il CSM mantenendo comunque una certa flessibilità, ciò significa che sono acconsentiti anche incontri in luoghi non ufficiali/formali come, ad esempio, un locale o un luogo pubblico o a domicilio.

Nel CSM di Chioggia si propende più per la distinzione, anche fisica, tra CSM e luogo di incontro con l'operatore IPS. In questo territorio, in una fase iniziale di sperimentazione dell'IPS, l'operatore teneva colloqui all'interno del Servizio. Per ragioni strutturali non è stato possibile dedicare un ufficio all'operatore bensì si rendevano a lui disponibili studi e/o spazi per svolgere gli incontri. Con il passare del tempo si è optato per la separazione dei due luoghi con l'ottenimento da parte dell'operatore IPS di un ufficio staccato dal Servizio situato nel centro di Chioggia. Già nel capitolato tecnico l'AULSS 3 aveva previsto che gli spazi dedicati all'operato dell'IPS *“possono essere sia all'interno sia all'esterno degli spazi istituzionali della salute mentale”*. La scelta finale, in ultima, si lascia ai vari Servizi di Salute Mentale coinvolti in modo da adattare l'*Individual Placement and Support* alle peculiarità proprie di ogni territorio.

La scelta di distaccare fisicamente i luoghi per l'implementazione del modello ha in sé criticità e positività, per quanto riguarda il territorio di Chioggia l'adozione di questa strategia sembra ben adattarsi alle varie esigenze emerse. Il soggetto partecipante al programma, in questo modo, ha l'opportunità di “staccarsi” dal Servizio almeno per quanto riguarda questo aspetto di ricerca lavorativa. In aggiunta, avendo l'opportunità di vedere l'operatore IPS in un luogo neutro, la persona può più facilmente lasciarsi

coinvolgere dalla relazione con l'operatore facendo emergere aspetti del suo carattere e della sua personalità che all'interno del CSM avrebbe fatto fatica a mostrare.

Di contro, la relazione tra l'operatore e la referente IPS diventa sensibilmente più meccanica, si pensi ad esempio alla facilità con il quale ci si può scambiare le informazioni in vari momenti della giornata lavorativa quando si è fisicamente presenti nello stesso luogo. Tale problematicità è però facilmente ovviabile con lo scambio di informazioni tramite contatti telefonici e in sede d'*équipe* settimanale che presumono uno degli elementi fondamentali del modello IPS: il buon rapporto di collaborazione tra l'operatore, la referente IPS e l'*équipe* del CSM.

Ritorniamo ancora una volta sulla fiducia tra operatore e soggetto affetto da patologia psichiatrica per introdurre le competenze necessarie richieste all'operatore IPS. L'operatore deve avere e/o acquisire determinate competenze concernenti l'ottima conoscenza del territorio in cui opera e delle possibilità lavorative che quest'ultimo offre. L'operatore, quindi, deve saper sfoggiare le sue competenze per infondere fiducia nel soggetto partecipante al programma IPS ma, prioritariamente, per facilitare la rapida ricerca lavorativa del soggetto evitando di la parte riservata al *training* dei servizi tradizionali di inserimento lavorativo.

A questo si aggiunge la conoscenza dei *benefits* previsti dal *Welfare* e delle condizionalità che pongono nei confronti dell'attività lavorativa, permettendo così alla persona di poter operare una scelta consapevole nel connubio tra *benefits* e lavoro.

Durante l'invio e la presa in carico l'operatore IPS deve confrontarsi con il medico psichiatra curante per approfondire le caratteristiche del disturbo psichiatrico di cui è affetto il soggetto che ha preso in carico. Queste informazioni aiuteranno l'operatore ad indirizzare la ricerca lavorativa in una prospettiva realistica attuando con il soggetto una progettualità aderente alla realtà senza dover necessariamente escludere i desideri e gli obiettivi indicati dalla persona.

Tra le righe di questa prima fase, elemento che poi si propagherà nel corso del programma IPS, vi è la continua disponibilità e supporto da parte dell'operatore nei confronti del soggetto.

5.2.2. La valutazione e la stesura del piano di intervento individualizzato

Nonostante le prime fasi siano fondamentali per porre delle buone fondamenta, anche la fase di valutazione o *assessment* e della stesura del piano individualizzato d'intervento non sono da meno. È certo che a fronte di una buona presa in carico ciò che si andrà ad eseguire sarà un approfondimento delle conoscenze generali avute sin dall'inizio del soggetto nel programma IPS.

Nella fase di valutazione, con l'aiuto di schede apposite, l'operatore andrà ad approfondire con il soggetto tutti gli aspetti essenziali della situazione. La scheda-tipo messa a disposizione dal manuale italiano può essere utile per dare un'idea di quello che utile apprendere oltre che essere uno strumento da adottare (ed eventualmente modificare) e da tenere nella documentazione inerente al percorso IPS.

L'operatore quindi dovrà compilare e acquisire informazioni utili alla creazione un profilo professionale, valutando insieme al soggetto le competenze, i limiti, i desideri e le inclinazioni professionali al fine di stilare un piano individualizzato adattato alle necessità del soggetto stesso. Generalità, storia clinica, terapia farmacologica in corso, possesso o meno dell'invalidità, attitudini, formazione scolastica, esperienze lavorative pregresse, *benefits* percepiti o richiesti: questi sono alcuni degli aspetti che l'operatore dovrà acquisire. Il soggetto è generalmente la fonte primaria di queste informazioni a cui si aggiungeranno quelle raccolte con l'aiuto dell'*équipe* multidisciplinare del CSM, la famiglia o le persone significative nella vita della persona. Avendo il consenso della persona, sono interpellabili anche gli eventuali ex datori di lavoro, con il quale l'operatore può approfondire, ad esempio, le cause dell'interruzione dell'attività lavorativa.

La valutazione non si limita ad essere presente nella fase iniziale bensì è ripresa, rivalutata e modificata durante tutto il tempo di presenza del soggetto nel programma IPS. Si pensi, ad esempio, ad una specifica scelta lavorativa, una mansione che inizialmente il soggetto desidera svolgere ma che a seguito dell'esperienza lavorativa reale viene percepita in modo negativo. Proprio per questo motivo la valutazione non può limitarsi nel tempo, le esperienze lavorative, le condizioni ambientali, la situazione clinica e altri fattori contingenti fungono da variabili durante tutto il percorso.

Dopo aver svolto questa prima fase di *assessment*, l'operatore sin da subito discuterà sull'opportunità o meno di rivelare la propria condizione psichica all'ipotetico datore di

lavoro. È un argomento che va affrontato sin dal principio poiché si vuole lasciare il tempo al soggetto di pensare ai lati positivi e negativi di tale scelta, vagliando le sue preferenze in merito. Essendo un'informazione personale e, trattandosi di IPS, volgendo lo sguardo nel libero mercato, la persona ha il potere di decidere se rivelare o meno la propria patologia psichiatrica, decisione che l'operatore IPS dovrà necessariamente rispettare. Anche se si tratta di una scelta propria del soggetto, l'operatore è chiamato a dare supporto alla persona per consentirgli di avere piena consapevolezza della decisione. I benefici e le criticità del palesare o meno la malattia vanno quindi affrontati con la persona, non solo in questa fase iniziale ma durante tutto il percorso dell'IPS. L'operatore in questo caso non si deve limitare ad illustrare pro e contro ma è necessario portare il soggetto a fare una vera e propria riflessione, avvalendosi di alcune strategie quale il *problem solving*. È consentito anche in corso d'opera modificare la propria decisione.

Gli autori del manuale italiano riportano alcune considerazioni emerse durante i colloqui nei quali si discuteva della rivelazione o meno della patologia psichica, i pareri più comuni sono quelli riportati nella *Tabella 9*.

Tabella 9: Motivi per rivelare o meno la propria condizione psichica⁹²

Motivi per rivelare o meno la propria condizione psichica	
<i>Motivi per rivelare</i>	<i>Motivi per non rivelare</i>
La persona non deve preoccuparsi di nascondere i propri sintomi sul luogo di lavoro	Evitare possibili stereotipi/stigmi sul posto di lavoro
La persona può chiedere più liberamente di fare delle modifiche al suo ruolo lavorativo (es: lavorare meno a contatto con il pubblico)	Alcune persone preferiscono focalizzarsi sugli aspetti positivi della loro vita e del loro lavoro senza concentrarsi eccessivamente sulla propria condizione clinica
La persona riuscirebbe a giustificare l'assenza dal lavoro per motivi correlati alla sua condizione di salute	Alcune persone percepiscono di mettere in risalto prima sé stessi (e non la malattia)
Poter usufruire dei posti riservati a soggetti con disabilità accertata tramite Legge 68/99	

Una volta terminato l'*assessment* iniziale composto dai vari elementi sopra indicati, l'operatore IPS insieme alla referente IPS e all'*équipe* del CSM predispone un piano

⁹² *Ivi*, p. 68.

d'intervento individualizzato (PII). Il PII è quindi un documento redatto in forma scritta creato tenendo in considerazione gli elementi acquisiti nella fase di *assessment*; come per la valutazione, non è un documento imm modificabile ma è necessario apportare dei cambiamenti al variare della valutazione globale. Il piano d'intervento compilato va inserito all'interno della cartella clinica del soggetto. Esiste anche per il PII una scheda-tipo da cui gli operatori facenti parte di un DSM possono prendere spunto.

In linea con la rapidità che connota il modello dell'IPS, il piano personalizzato va steso dopo pochi incontri con la persona inserita nel programma facendo sì di accelerare i tempi ed iniziare quanto prima la ricerca attiva del lavoro del soggetto. Il PII contiene prioritariamente gli obiettivi espressi dalla persona (qualsiasi essi siano), una descrizione sintetica dei punti critici e delle positività che si potrebbero incontrare nel loro raggiungimento, ed infine, alcune indicazioni teorico-pratiche che possono essere utili alla persona per realizzare tali obiettivi. Inoltre, si aggiungono al PII anche degli obiettivi realistici e la definizione del sostegno di cui la persona necessiterà durante il percorso di *Individual Placement and Support*.

5.2.3. La ricerca lavorativa

Le linee guida italiane, seguendo linearmente il modello originale, stabiliscono che il primo colloquio di lavoro per il soggetto debba arrivare entro 30 giorni dall'invio. La ristrettezza delle tempistiche, come oramai abbiamo capito, è fondamentale per tenere sempre alti i livelli di motivazione della persona e per dare a quest'ultima la certezza che il programma IPS non sia il trito e ritrito *place and train* proposto dagli altri servizi connotato da tempi di attesa talvolta eccessivamente lunghi. I tirocini, le borse lavoro, i corsi di formazione e altre forme di preparazione al lavoro non sono contemplate nell'IPS, pertanto dopo aver stilato il profilo professionale si può subito iniziare con il lavoro vivo.

Sin dai primi colloqui l'operatore IPS fornisce al soggetto gli strumenti per poter iniziare la ricerca lavorativa, ricerca che dev'essere basata sulle aspettative e i desideri della persona. Su questo aspetto possiamo, però, aprire una parentesi. È comune che gli ideali del soggetto partecipante al programma IPS non corrispondano a degli obiettivi reali ma siano sproporzionati rispetto alle reali possibilità e capacità. Durante il corso di

formazione IPS, il Dott. Vincenzo Trono⁹³ riporta l'esperienza con un soggetto che voleva fare l'astronauta. È plausibile, parlando di malattia psichiatrica, che le persone vogliano inizialmente perseguire obiettivi irrealizzabili o di difficile realizzazione a causa dell'assenza di una completa aderenza alla realtà. L'esperienza riportata dal Dott. Trono, sebbene estrema, riesce a dare un'esemplificazione eccellente su come poter affrontare desideri e volontà distopiche senza imporsi sul soggetto, rispettando quindi la sua autodeterminazione, sostenendo la persona in un processo di "ritorno alla realtà" attraverso il ragionamento.

L'esempio riportato dal formatore IPS vedeva come protagonista un paziente psichiatrico che aveva espresso la volontà di ricercare un impiego, ragion per cui è stato inserito all'interno del programma. Durante i primi colloqui in cui si vagliano le preferenze e gli obiettivi della persona, tale soggetto ha affermato di voler fare l'astronauta. Essendo la volontà della persona partecipante all'IPS un principio del modello stesso, non si poteva contemplare l'idea di esplicitare in modo diretto l'impossibilità a priori di fare l'astronauta. Si è quindi preferito adottare l'utilizzo di un percorso logico da intraprendere con la persona stessa, analizzando congiuntamente i requisiti richiesti per diventare un'astronauta.

Nonostante la storia faccia sorridere, può essere frequente ritrovarsi di fronte a situazioni simili, pensiamo ad esempio ad un soggetto che riporta all'operatore di voler fare il pilota di aerei o lo scienziato, ebbene, sentenziare un "no" non è un'opzione possibile. In questo aspetto risiede l'innovazione del modello IPS e la spiegazione della sua efficacia: è e rimarrà sempre la persona ad essere la padrona del proprio futuro, l'unica che deciderà sui suoi obiettivi. È pertanto essenziale che l'operatore IPS affianchi la persona e la aiuti a comprendere chiaramente le proprie reali possibilità.

L'attenzione dell'operatore è centrata sul soggetto rispettandone il principio di unicità, tenendo conto delle sue aspirazioni, dei suoi interessi, del suo patrimonio complessivo di punti di forza e di debolezza, l'operatore funge da supporto per la definizione del tipo di impiego desiderato e le varie sfaccettature inerenti ad esso come, per esempio, un lavoro a tempo pieno o indeterminato, un lavoro diurno o notturno, un lavoro manuale

⁹³ Vincenzo Trono è il Responsabile della Funzione Progettazione Educativa, degli Inserimenti Lavorativi e del Budget di Salute del DSM DP AUSL di Bologna, oltre che formatore all'interno del corso IPS fornito dall'Associazione IPSilon.

o un lavoro d'ufficio, puntare sulla ricerca di uno o più lavori, aspetti che devono incrociarsi con le capacità del soggetto.

Non è necessario prolungare i tempi previsti per la ricerca attiva del lavoro, o al contrario forzarne eccessivamente l'accelerazione, se non si hanno elementi chiari su cui procedere poiché in via prioritaria vanno rispettati i tempi celeri previsti dal modello originale per non incidere negativamente sulla motivazione e la fiducia della persona.

Nella pratica osservata nel CSM di Chioggia, l'operatore IPS dopo la valutazione iniziale e la stesura del PII, supporta il soggetto nella creazione del *curriculum vitae* (o dei *curricula* al plurale se si è manifestate l'intenzione di tentare di accedere in settori diversi) adeguati alla branca del mercato prescelto.

La presentazione del soggetto al possibile datore di lavoro inizia proprio dal *curriculum*, a tal fine è fondamentale che l'operatore lavori con il soggetto per creare un curriculum il più possibile accurato e che presenti al meglio le capacità e/o le esperienze della persona. Per fare ciò l'operatore solitamente chiede al soggetto di provare a stilare il suo *curriculum* (anche su un semplice foglio di carta): questa sarà la base su cui l'operatore inizierà a lavorare con la persona per migliorare la propria presentazione dal momento in cui i contenuti e il modo in cui vengono comunicati assumono una forte rilevanza nella ricerca lavorativa.

L'operatore prepara inoltre il soggetto ad un possibile colloquio di lavoro adottando lo strumento del *role playing*, ad identificare i punti di forza che può far emergere durante il colloquio, lavorare insieme a lui sulla comunicazione non verbale e, se si ritiene opportuno, consigliare o accompagnare fisicamente la persona in quello che il manuale italiano chiama il "*restyling del look*" (acquisto di abiti, prodotti di bellezza ecc): vi è quindi un supporto a tutto tondo su ciò che risulta essere funzionale alla ricerca attiva dell'impiego nel libero mercato.

Molto spesso la cura personale e lo stile del soggetto hanno molto a che fare con la percezione che egli ha di sé oltre che con la malattia psichiatrica di cui è affetto. Psicopatologie quali la depressione e la schizofrenia possono portare la persona a non curarsi minimamente o ad avere di contro un aspetto molto eccentrico. L'argomento dell'aspetto fisico e dell'apparenza sono argomenti molto complicati da trattare ma ai quali l'operatore dovrà porvi molta attenzione. L'*équipe* del CSM in questo frangente può aiutare l'operatore a trovare le strategie migliori per introdurre al soggetto

l'argomento oppure, se lo si ritiene più opportuno, far trattare la cosa da un professionista dell'*équipe* (medico psichiatra, assistente sociale, psicologa ecc) qualora vi sia, ad esempio, una buona conoscenza del soggetto che permetta di affrontare in modo costruttivo questo aspetto. Non dimentichiamo, inoltre, che in queste casistiche i familiari possono fungere da risorsa preziosa.

Con l'occasione si potrebbe addirittura innescare un processo di cambiamento della persona che, adeguatamente stimolata e motivata, può raggiungere obiettivi fino a quel momento mai raggiunti o mai presi in considerazione.

Come trattato poc'anzi, è il soggetto stesso che sceglie se rivelare o meno la propria condizione di disagio psichico. Potrebbe succedere che non vi sia la volontà di palesare la malattia ma vi sia la necessità per la persona di essere accompagnata e supportata anche durante il colloquio di lavoro; può anche darsi che la persona voglia rivelare solo parte delle sue condizioni di salute (rivelare ad esempio le patologie fisiche ma non quelle mentali). In base a ciò che il soggetto riterrà più opportuno per la sua persona l'operatore potrà proporre differenti opzioni. A tale scopo sarà utile, di volta in volta, concordate con la persona le modalità di sostegno: si può concordare, ad esempio, il solo accompagnamento fisico e supporto prima di entrare in azienda, entrare insieme all'operatore ma non farlo partecipare al colloquio, far partecipare l'operatore al colloquio.

“Come l'operatore IPS si presenterà, con quali modalità e in che misura interverrà nella relazione con il datore di lavoro, andrà valutato e concordato di volta in volta con l'utente interessato.”⁹⁴

La conoscenza del mercato offerto dal territorio da parte dell'operatore, come già anticipato, è di fondamentale importanza. L'utente, con il sostegno dell'operatore, può avvalersi dei servizi istituzionali dediti alla ricerca lavorativa (SPI/CPI), agenzie per il lavoro, può optare per una ricerca nelle singole aziende oppure affidarsi ai siti *online* di ricerca lavoro. L'operatore IPS del CSM di Chioggia, per quanto riguarda la ricerca tramite siti internet, si affida prioritariamente ai siti indicati dalla Regione Veneto quali Veneto Lavoro o Clic Lavoro ma non è mai scartata l'ipotesi di iscriversi ad altri siti come LinkedIn, Subito.it, Infojobs e simili.

⁹⁴ Fioritti, Berardi, op. cit., p. 89.

Pur apparendo scontata, la ricerca di lavoro richiede tempo e dedizione nonché il possesso di un dispositivo con accesso ad Internet (telefono, tablet, computer). La persona sarà quindi sostenuta dall'operatore IPS per trovare la modalità giusta al fine di conciliare il tempo di vita con il tempo di ricerca del lavoro.

Qualora la persona non avesse un dispositivo elettronico l'operatore può organizzare degli incontri settimanali in cui l'operatore, se ne ha disponibilità, può prestare il suo computer oppure indicare luoghi in cui sono messi a disposizione dei computer come, per esempio, le biblioteche. Se, di contro, vi è la mancata o scarsa capacità da parte del soggetto di utilizzare i dispositivi elettronici, la ricerca tramite dispositivo può essere svolta insieme all'operatore IPS. In questo caso, per rendere attivo il soggetto si possono utilizzare alcune strategie quali stilare una lista di persone da chiamare o portare il proprio curriculum a mano nelle aziende interessate.

Durante la ricerca lavorativa si cercano di vagliare il più possibile le offerte di lavoro offerte dalle aziende a cui corrisponde l'invio del *curriculum* a tutte o a molte di queste. Per evitare che il soggetto inserito nell'IPS si ritrovi nella confusione più totale, l'operatore di solito fornisce alcune indicazioni utili per la schematizzazione delle informazioni raccolte, dei *curriculum* inviati, dei contatti telefonici, delle persone di riferimento, dei colloqui fissati e molto altro. Una tabella, su file o cartacea, a tal scopo può ritornare molto utile per evitare di ripetere azioni già svolte ed evitare figure imbarazzanti nella relazione con i vari datori di lavoro; la tabella può essere stilata ad hoc dall'operatore IPS in collaborazione con il soggetto per andare incontro alle sue esigenze e richieste specifiche.

Un argomento di cui non si parla nei manuali concerne il cosiddetto lavoro nero. Se il soggetto riesce a superare un colloquio di lavoro e gli viene fatta una proposta di un impiego senza contratto, l'operatore IPS del CSM di Chioggia, similmente ai suoi colleghi, non pone veti su tale aspetto. L'operatore quindi si limiterà a discutere con l'utente sui vantaggi e gli svantaggi del lavoro in nero con un occhio di riguardo sulla tematica della tutela dei lavoratori, contribuirà a dare all'utente spunti di riflessione su entrambi ma lascerà la decisione finale alla persona.

“L’operatore non si sostituisce alla persona nelle situazioni, ma può sostenerla rinforzandone le abilità e le risorse e cercando di individuare insieme ad essa modalità e strategie per affrontare le difficoltà.”⁹⁵

5.2.4. Sostegno all’impiego

Dopo aver ottenuto il lavoro, il soggetto inserito nel programma IPS non può essere lasciato solo. Consideriamo lo stress e le difficoltà che quotidianamente qualsiasi persona può incorrere nello svolgimento di un’attività lavorativa, queste criticità sono amplificate se il lavoratore è una persona affetta da un disturbo psichiatrico.

È perciò importante che l’operatore IPS continui ad essere di supporto al soggetto. All’interno del modello IPS questa attività è stata denominata “sostegno all’impiego”, tale sostegno si riferisce sia al sostegno della persona che ha da poco iniziato a lavorare che durante lo svolgimento dell’impiego. Sono comprese, inoltre, anche tutte le sfaccettature del caso come il supporto durante le difficoltà e le crisi sul posto di lavoro e l’eventuale conclusione del rapporto lavorativo.

Come nelle precedenti fasi, l’operatore IPS non potrà seguire un percorso di sostegno standardizzato ma dovrà valutare le singole specificità del caso stilando un piano d’intervento individualizzato. Il PII per il sostegno all’impiego, similmente a quello atto alla ricerca attiva del lavoro, deve tener conto del patrimonio globale della persona e dell’intensità del sostegno che il soggetto richiede. Il manuale italiano di Fioritti e Berardi (2017) offre delle esemplificazioni degli aspetti da considerare all’interno del PII di supporto all’impiego, tali caratteristiche sono state riportate nella *Tabella 10*.

Tabella10: Caratteristiche nel piano individualizzato di sostegno all'impiego⁹⁶

Caratteristiche significative nel piano individualizzato di sostegno all’impiego	
1. Punti di forza	Valori personali, tratti di personalità, rete sociale di sostegno all’utente, capacità cognitive.
2. Fattori legati al lavoro	Mansioni, requisiti fisici, ritmi – ambiente – orari di lavoro, livello di socializzazione, tipo di supervisione, ecc.
3. Informazioni sulla storia lavorativa della persona	La persona ha ricevuto supporto IPS sul campo nei precedenti lavori? È in grado di adattarsi all’ambiente di lavoro? Cos’ha appreso nei lavori

⁹⁵ *Ivi*, p. 85.

⁹⁶ *Ivi*, pp. 89-90.

	passati? Quali sono stati i motivi per cui il lavoro è terminato?
4. Aspetti clinici che potrebbero interferire con il lavoro	L'utente ha fatto abuso di sostanze/farmaci durante il lavoro precedente? Si sono sperimentati effetti avversi dei farmaci? Quali?
5. Preferenze della persona sull'intensità e la tipologia di sostegno	La persona vuole rivelare o meno la sua condizione di salute mentale?

La fonte di informazione principale dev'essere la persona che ha scelto di partecipare al programma IPS, è acconsentito e su alcuni aspetti è doveroso chiedere informazioni anche all'équipe del CSM, alla famiglia e, solo su consenso del soggetto, al datore di lavoro. Il PII di sostegno all'impiego condiviso con l'utente servirà da linea guida al fine di andare incontro alle esigenze del soggetto. Come abbiamo visto, possono essere molte le casistiche in cui si può operare il supporto all'impiego, dall'inizio alla conclusione del lavoro stesso; vedremo quindi a seguire in che cosa consiste specificatamente tale sostegno all'interno delle varie situazioni.

Partiamo dalla prima ipotesi, ovvero l'inizio di una nuova attività lavorativa. Il soggetto ha finalmente raggiunto il suo obiettivo ed ora deve cercare di adattarsi al meglio nella condizione attuale per poter mantenere l'impiego tanto desiderato. Si ricorda che stiamo parlando di soggetti con problemi di natura psichiatrica che in genere tendono a vivere ogni piccolo cambiamento come una rivoluzione nell'organizzazione della loro vita. Iniziare un nuovo impiego, o addirittura sperimentarsi nel primo impiego, significa dover modificare la propria *routine*, conoscere persone nuove, adattarsi all'ambiente circostante, imparare e acquisire nuove mansioni e competenze. Gli autori difatti affermano che tra tutte, l'inizio di un nuovo impiego è la fase più critica dell'intero percorso.

“L'esperienza indica che il massimo rischio di perdere il lavoro per le persone seguite in IPS è appunto nelle fasi di inizio di nuove attività.”⁹⁷

L'operatore IPS dovrà quindi supportare la persona anche nelle attività più semplici, verificando che le sappia adeguatamente gestire. Si dovrà affrontare con l'utente l'orario in cui dovrà svegliarsi per arrivare a lavoro in tempo, come raggiungere e

⁹⁷ Ivi, pp. 94-95.

ritornare dal luogo di lavoro (se con l'utilizzo dei trasporti pubblici si può, ad esempio, verificare insieme a lui in che orari prendere il mezzo), che abiti sono più consoni per lo svolgimento dell'attività lavorativa e così via. Essendo questa fase iniziale un punto cruciale del percorso, sarebbe opportuno che gli incontri tra operatore e soggetto si intensificassero in questa fase, si parla si circa una volta a settimana, così da poter monitorare la situazione ed eventualmente calibrare in modo tempestivo le strategie inserite nel PII. Quando la persona avrà raggiunto un buon grado di autonomia gli incontri possono andare a scemare, riproponendo un sostegno intensificato qualora si ripresentasse la necessità. Di grande importanza, come sempre, è il confronto e il sostegno congiunto dei familiari e dell'*équipe* del CSM.

Il fatto di condividere sin da subito le modalità e l'intensità del sostegno all'impiego è utile a dare una tranquillità al soggetto che potrà percepire tale supporto non come un controllo da parte dell'operatore ma come un vero e proprio sostegno.

Ancora una volta, il *role playing* risulta essere uno strumento utile per imparare a gestire la quotidianità lavorativa e le relazioni con i colleghi e il datore di lavoro. In questa fase si può affiancare anche il cosiddetto *job coaching* al fine di apprendere le nuove mansioni da eseguire nell'attività lavorativa.

Nonostante l'operatore IPS si interessi e incrementi l'efficienza del soggetto nello svolgimento di vari ambiti della quotidianità, il suo lavoro si limita alla sfera lavorativa e ciò che ne concerne. Questo anche per evitare inutili (e non consone) sovrapposizioni lavorative: l'operatore IPS deve interessarsi anche dell'aspetto sanitario della persona e a quest'ultima in corso d'opera verrà chiesto più volte come sta proseguendo il percorso di *recovery*, ma ciò non significa che l'operatore IPS può sostituirsi al medico psichiatra. Questo vale anche per le altre professionalità.

L'operatore IPS è chiamato a supportare il soggetto anche durante le crisi sul lavoro, qualora si presentassero. Oltre a fornire un valido aiuto nel momento critico, l'operatore lavorerà con la persona in un'ottica di prevenzione del rischio, identificando insieme a lui quelli che potrebbero essere gli elementi scatenanti di tali crisi, osservando anche la storia pregressa, utilizzando lo strumento del *problem solving* per rafforzare le risposte del soggetto alle varie situazioni di difficoltà. Così facendo si può scongiurare una crisi dalla quale non vi è ritorno, o evitarla sul nascere, affrontando insieme anche i più piccoli problemi.

Durante i momenti di crisi, è fondamentale coinvolgere l'*équipe* del CSM, ancor di più quando la possibile causa del periodo critico è connessa a questioni psicopatologiche quali la ricomparsa dei sintomi psichiatrici, problemi legati alla terapia farmacologica prescritta o la mancata assunzione della terapia. Ogni evento, sia esso sanitario o sociale, può interferire nel percorso mettendo a repentaglio la sua efficacia e la prosecuzione dell'IPS. Si denota che l'operatore ha una grande responsabilità per quanto riguarda l'individuazione dei segnali negativi, accanto a ciò, si aggiunge la difficoltà del tracciare un netto confine tra la propria mansione (che si occupa dell'ambito lavorativo) e quella degli altri componenti dell'*équipe*. L'operatore, passando molto tempo insieme al soggetto funge da sentinella, la sua abilità sta nell'acquisire strategie adeguate, concordate con i professionisti del Servizio, per indicare alla persona il canale più adeguato da seguire.

“In generale si può affermare che l'operatore IPS interviene sulla materia lavoro e mantiene aperti tutti i canali con gli altri operatori dell'équipe quando il percorso dell'utente nel lavoro vacilla per ragioni collaterali al lavoro stesso.”⁹⁸

Imprescindibile diventa l'organizzazione dell'*équipe* del CSM fin dall'inizio, delineando le varie competenze e ipotizzando eventuali fattispecie con le relative azioni da eseguire nonché l'aggiornamento costante tra i professionisti coinvolti atto a garantire l'efficacia del modello e del Servizio psichiatrico.

Infine, è possibile che nonostante gli sforzi messi in campo dalla persona facente parte del programma IPS e dell'operatore, si arrivi alla conclusione dell'impiego lavorativo. Qualsiasi sia la motivazione, l'esperienza diventerà oggetto di analisi da cui prendere spunto per effettuare dei miglioramenti. Risulta fondamentale non colpevolizzare la persona, creando così una perdita di motivazione e di fiducia in sé stesso. L'operatore IPS inviterà la persona a riflettere su ciò che ha potuto imparare dalla sua esperienza (anche se breve) e che benefici ha ottenuto nel periodo in cui ha svolto un ruolo lavorativo, sostenendolo in una nuova ricerca attiva del lavoro nel libero mercato e, conseguentemente, la sua permanenza all'interno del modello *Individual Placement and Support*.

⁹⁸ Ivi, pp. 108-109.

L'esperienza sarà utile anche per apportare modifiche alla valutazione, ricalibrare il PII e il piano individualizzato di supporto all'impiego, cercando di evidenziare ciò che secondo la diade operatore-soggetto è stato utile e cosa, invece, dovrà essere cambiato.

*"... se una persona ha difficoltà a svegliarsi la mattina e ha perso il lavoro per aver accumulato troppe assenze, può riconoscere di aver bisogno di un lavoro pomeridiano ..."*⁹⁹

Questa può essere anche l'occasione per la persona di capire i suoi bisogni reali, comprendendo al meglio le varie sfaccettature dell'impegno lavorativo. Fondamentale è accompagnare il soggetto in una visione positiva della situazione, situazione che può essere utilizzata a suo favore poiché da questa si possono trarre dei preziosi consigli. L'operatore dovrà focalizzarsi sugli aspetti positivi adottati dalla persona nel corso dell'esperienza, sforzandosi di comprendere anche le cause che secondo la persona hanno portato al licenziamento o alla conclusione dell'impiego.

Utile è raccogliere anche la visione dei familiari e delle persone significative per il soggetto che lo hanno supportato e osservato nel periodo lavorativo. Su consenso della persona, l'operatore IPS può prendere contatti con il datore di lavoro (se non l'ha già fatto in precedenza) per chiedere un ritorno dell'esperienza, cercando di mettere in luce gli aspetti positivi e negativi nello svolgimento dell'attività lavorativa.

Essenziale è il confronto con l'*équipe* del CSM dalla quale trarre vari spunti e punti di vista. Una volta raccolte tutte le informazioni del caso, l'operatore IPS e la persona provvederanno alla modifica del profilo professionale e del PII.

Il tempo previsto da modello originale per il supporto all'impiego è illimitato. Di fatto si mantiene questa prospettiva a tempo indeterminato ma sono previsti dei confronti tra operatore ed *équipe* del CSM per discutere sulla pertinenza del mantenimento o meno del soggetto all'interno dell'*Individual Placement and Support*. Si può anche prospettare una sospensione del programma, riprendendo contatti con la persona in un momento successivo.

Per alcuni soggetti potrebbe invece essere essenziale stabilire un termine temporale, in questo caso si può concordare una tempistica consona che, una volta raggiunta, può essere prolungata.

⁹⁹ Ivi, p. 97.

L'obiettivo finale dell'IPS sarebbe quello di aiutare la persona a divenire totalmente autonoma nello svolgimento dell'attività lavorativa, mirando al raggiungimento del contratto a tempo indeterminato nel libero mercato. Tuttavia, anche se tale obiettivo fosse raggiunto, l'operatore dovrà mostrarsi disponibile all'eventuale reinserimento del soggetto all'interno del programma IPS qualora ve ne sia la necessità.

5.2.5. L'importanza della motivazione nel modello IPS

Come abbiamo potuto osservare, la parte motivazionale gioca un ruolo di grande importanza nel metodo IPS, per questo gli autori del modello originale e gli autori del manuale italiano ribadiscono in ogni fase del percorso tale aspetto.

Può accadere che durante le varie fasi il soggetto inserito nel programma IPS perda la motivazione e ne subisca un calo, i segnali più frequenti sono gli atteggiamenti e le considerazioni colti dall'operatore IPS durante i colloqui, la mancata partecipazione ai colloqui programmati con l'operatore e il non adempimento dei compiti e delle azioni concordate (ricerca attiva del lavoro, messa in pratica di strategie); a questi si aggiungono i segnali colti da parte dell'*équipe* del CSM. Questi segnali sono considerati segnali di *drop-out*, ovvero, elementi che possono portare all'abbandono del programma IPS. L'operatore e l'*équipe* cercheranno di individualizzare i motivi che stanno spingendo la persona a lasciare l'IPS, coinvolgendo anche il soggetto qualora lo si ritenga opportuno. In base ai motivi che emergono si possono adottare delle strategie per riportare il soggetto ad un livello di motivazione adeguato allo svolgimento del programma. Se, ad esempio, emerge che la persona inserita nel programma non si presenta agli incontri poiché fa fatica a ricordarsi l'impegno preso, si possono adottare varie soluzioni tra cui consegnargli un *memorandum* dell'appuntamento, concordare una chiamata il giorno prima dell'incontro per ricordarlo e/o avvalersi del supporto dei familiari condividendo anche con loro la data e l'orario dell'incontro.

Come sempre, l'operatore non dovrà incolpare il soggetto per l'eventuale mancanza di motivazione poiché, così facendo, demotiverebbe ancor di più la persona inducendolo al totale abbandono del programma. È quindi consigliato all'operatore di adottare un approccio empatico nella speranza di comprendere i motivi che lo portano ad adottare determinati comportamenti (o non comportamenti) che mettono a repentaglio l'efficacia del progetto.

L'autodeterminazione è l'elemento su cui più si basa il metodo *Individual Placement and Support* ed è ciò che ne ha determinato la miglior efficacia rispetto ai servizi di inserimento lavorativo tradizionali. Tale aspetto va pertanto curato durante tutto il percorso, ponendolo come primo obiettivo essenziale ed imprescindibile.

5.3. IPS e metodi di inserimento lavorativo protetto: una coesistenza possibile?

Giunti a questo punto, si hanno le informazioni adeguate ad argomentare il quesito che il lettore si sarà posto durante il continuo confronto tra il metodo IPS e i metodi di inserimento lavorativo tradizionali: questi due strumenti possono coesistere?

Da sempre nel mondo del sociale si percepiscono generalmente due scuole di pensiero opposte: la prima propende per l'incremento delle risorse all'interno di servizi già ben strutturati, la seconda più aperta all'allocazione di risorse per la sperimentazione di nuove progettualità. In ambe due le fazioni troviamo argomentazioni valide. I servizi, proprio per la loro connotazione di stabilità, agevolano i professionisti nella creazione della mappatura del territorio e nella creazione di reti e collaborazioni stabili, di contro, più difficilmente si modificano e quando lo fanno hanno la necessità di riservarsi delle tempistiche medio-lunghe. Sul fronte della flessibilità e della maggiore aderenza al contesto sociale intervengono i progetti che, proprio per la loro temporaneità e malleabilità si concentrano su strumenti cosiddetti innovativi. Il carattere temporaneo risulta essere nel contempo un punto debole data l'assenza della certezza futura di poterne usufruire.

Questa riflessione sembra essere stata aggirata dall'IPS, essendo approdato in Italia ai fini della sua sperimentazione e ad oggi in continua diffusione portando come baluardo l'efficacia *evidence based* del suo utilizzo. Attualmente l'IPS non è un servizio ma, grazie al rispetto del principio che prevede il sostegno integrato con il trattamento del disturbo psichico, è riuscito ad integrarsi perfettamente all'interno dei servizi istituzionali della salute mentale come progetto. Questa partenza agevolata, assieme alla formazione all'informazione offerta ai professionisti dell'area, ha favorito lo sviluppo di sinergie anche con i servizi afferenti.

In questa visione integrata i dubbi sulla coesistenza sorgono generalmente sull'adeguatezza dell'implementazione di due strumenti atti all'inserimento lavorativo della persona con disagio mentale: il SIL e l'IPS. Entrambi lavorano con soggetti fragili, il SIL rivolgendosi ad una platea più ampia di disabilità, l'IPS convogliando a sé (almeno per il momento) solo i soggetti con disturbo psichiatrico. Oltre al diverso approccio utilizzato (il SIL con il *train and place* e l'IPS con il *place and train*) i servizi si differenziano sul tema della certificazione: per accedere al SIL è necessaria una certificazione di invalidità lavorativa mentre nell'IPS la persona dev'essere in carico al CSM ma non necessariamente la condizione mentale e lavorativa del soggetto va attestata. Entrambi collaborano con il CSM, entrambi mirano all'inserimento lavorativo. Oltre a ciò non sembrano sussistere, dunque, significative differenze. Sebbene possa risultare di relativa importanza, è l'adozione di un lavoro basato quasi esclusivamente sull'autodeterminazione della persona a distanziare in modo preponderante l'IPS dal SIL. Come evidenziato più volte nel corso dell'elaborato, l'introduzione di questo nuovo metodo di supporto all'impiego non vuole sbaragliare i servizi eroganti un maggior grado di protezione al soggetto con disturbo psichico, tanto meno escludere la possibilità al target di popolazione affette da problematiche di salute mentale la possibilità di intraprendere un percorso con il SIL. Le persone sono uniche e irripetibili e possono affrontare momenti più o meno difficoltosi nell'arco della loro vita, possono percepire necessità e bisogni diversi, bisogni che mutano e si trasformano nel tempo.

I professionisti del sociale e, in questo caso, del sanitario, usufruendo di una moltitudine di risorse e servizi accessibili alla persona, possono prevedere un piano individualizzato che ancora più scrupolosamente può adeguarsi alle necessità del soggetto e alle sue caratteristiche, ricordando che tali caratteristiche non sono un monolite indistruttibile bensì possono modificarsi durante il ciclo di vita.

Riprendendo ciò che è stato affermato all'inizio dell'elaborato, i bisogni della società si modificano costantemente ed è compito degli attori di *policy* fornire spunti e proposte su come rispondere ad uno o più bisogni pubblici emergenti. L'IPS, in questa fattispecie, si configura come una possibile risposta alla volontà e al bisogno di un soggetto con disagio mentale di supporto al lavoro e come unica possibilità di supporto all'impiego all'interno del mercato competitivo.

La risposta alla domanda iniziale, pertanto, è sì: l'IPS e i metodi di inserimento lavorativo protetto possono coesistere, tutt'ora coesistono e si intrecciano a vicenda per offrire al target di popolazione interessata da disagio psichico più opzioni possibili in tema di lavoro ma, prioritariamente, permettono di osservare e affrontare lo stesso fenomeno da due angolazioni differenti.

Fioritti e Berardi¹⁰⁰ individuano tre aree nel mondo del supporto lavorativo: l'area delle attività occupazionali, rivolta a soggetti che *“non chiedono e non sono in grado di reggere un lavoro competitivo”*; l'area della formazione e transizione al lavoro, nelle quali la priorità risulta essere l'inclusione più sul fronte sociale che lavorativo; infine, gli autori individuano l'area *“dell'economia sociale nella Cooperazione Sociale per l'inserimento lavorativo”*, dei percorsi atti principalmente alla reintegrazione sociale del soggetto.

Il metodo IPS senza nulla togliere alle aree sopra descritte si inserirebbe come una quarta area nel mondo dei servizi di supporto all'impiego, aggiungendo a questa cornice un'attività differente di sostegno, una risorsa aggiuntiva. Gli autori difatti affermano:

“... data la molteplicità di bisogni espressa dall'utenza della salute mentale in ambito lavorativo, non è ancora possibile fare a meno degli interventi socio-riabilitativi attivi, delle attività della formazione e transizione al lavoro e dei percorsi di economia sociale nella cooperazione sociale, che con IPS non sono antitetici ma complementari.”¹⁰¹

Anche in territorio statunitense esiste questa complementarità tra servizi tradizionali, i cosiddetti *vocational service*, e il metodo IPS, unione necessaria per far fronte alla richiesta ampiamente diversificata di coloro i quali, nonostante la loro condizione psichiatrica, vogliono inserirsi nel mondo lavorativo.

Come abbiamo visto, è assodato che una risorsa aggiuntiva nel mondo dei servizi dell'area salute mentale è preziosa. D'altro canto, spetta alle *équipe* dei professionisti dei Servizi di salute mentale, nel nostro caso dei DSM, l'essere in grado di differenziare i percorsi individualizzati dei soggetti presi in carico e differenziare le attività in base ai diversi bisogni espressi e non.

Il manuale italiano dell'IPS, per ovviare a tale problematica, propone di utilizzare uno dei principi del metodo per selezionare, in un primo tempo, la strada percorribile: partire

¹⁰⁰ *Ivi*, pp. 124-125.

¹⁰¹ *Ivi*, p. 127.

dalla preferenza del soggetto. Gli autori pertanto invitano l'*équipe* a presentare e a discutere con la persona il ventaglio di possibilità presenti nel territorio, chiedendogli poi espressamente che percorso vorrebbe intraprendere. È doveroso specificare che non è previsto da modello IPS che uno stesso soggetto segua due differenti percorsi tra cui l'IPS, non è dunque possibile partecipare attivamente, ad esempio, al programma IPS e ad un percorso con il SIL.

A ciò, gli autori aggiungono che, nel momento in cui un soggetto preso in carico dal CSM dichiara di voler lavorare, per evitare di demotivare la persona in questa sua carica motivazionale, l'*équipe* potrebbe dapprima indirizzarlo verso il programma IPS. Il metodo sarebbe qui posto sempre come prima scelta al fine di evitare lo spreco di tempo e di risorse (sia del territorio che della persona). Dopo aver escluso la possibilità e la riuscita dell'inserimento lavorativa all'interno il mercato competitivo si potrebbe accedere ai percorsi di formazione e transizione al lavoro. Per i soggetti affetti da disturbo psichico grave o che risultano avere forti disfunzionalità a livello sociale e che non esprimono la volontà di affacciarsi al mondo lavorativo in generale, la scelta ricadrebbe sui percorsi di risocializzazione attiva¹⁰².

Questa modalità di scelta dev'essere sicuramente condivisa e discussa all'interno dell'*équipe*, ogni gruppo di lavoro dovrà quindi trovare un modo per inserire al meglio nel proprio territorio questo nuovo strumento, rispettandone peculiarità, esigenze e bisogni emergenti.

¹⁰² Vincenzo Trono et. al., Il sistema degli interventi sociali riabilitativi attivi, formativi e lavorativi. Manuale Operativo, DSM DP AUSL Bologna, 2012.

Capitolo Sesto

LA METODOLOGIA IPS A CONFRONTO CON IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI

L'*Individual Placement and Support* non coinvolge direttamente la figura dell'Assistente Sociale ma essendo oramai parte di un sistema integrato di servizi è uno strumento trasversale all'operato della professione, in particolar modo se consideriamo la figura dell'Assistente Sociale inserita all'interno del Centro Salute Mentale o nei Servizi affini. Ciò non toglie che la conoscenza di uno specifico ambito non debba essere recepita anche da coloro inseriti in aree differenti, tant'è che non vi sono dei percorsi *ad hoc* che permettono di accedere a determinati settori lavorativi. Come previsto dal Codice Deontologico degli Assistenti Sociali, i professionisti di Servizio Sociale sono tenuti a "*migliorare sistematicamente le proprie conoscenze*"¹⁰³, ebbene, la conoscenza di uno strumento nuovo quale l'IPS è un modo per approfondire le proprie nozioni e poter contribuire al miglioramento nell'esercizio della professione.

Nell'applicazione del modello è coinvolta all'interno dell'*équipe*, formata dai professionisti del CSM e dall'operatore IPS, anche l'Assistente Sociale il quale in alcune casistiche, come quella delineata all'interno del CSM di Chioggia, può addirittura essere la figura deputata alla referenza dell'IPS all'interno del Servizio di salute mentale. Si ricorda che in questa fattispecie, l'Assistente Sociale ha un ruolo di rilievo nell'ambito della prevenzione e nella riabilitazione sociale del soggetto affetto da disturbi mentali, essendo la figura deputata ad apportare la componente sociale all'interno del servizio sanitario, ottemperando al mandato istituzionale previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, i cosiddetti LEA.

Si utilizzerà quest'ultimo capitolo per evidenziare in che modo l'IPS si adatta ai principi e alla metodologia utilizzata dal professionista Assistente Sociale nello svolgimento della sua attività lavorativa – attività lavorativa in generale, senza focalizzarci su un ambito specifico della professione - utilizzando come elemento di paragone il Codice Deontologico degli Assistenti Sociali e l'approccio previsto dal modello IPS come

¹⁰³ Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, *Codice Deontologico dell'assistente sociale*, in vigore dal 1° giugno 2020, p. 8.

applicato in Italia. Appositamente non si tratterà dell'affinità tra i mandati dell'Assistente Sociale all'interno del CSM con l'*Individual Placement and Support*, preferendo cogliere nel più ampio livello deontologico e metodologico le similitudini. Si è operata tale scelta per non limitare la possibilità d'intervento di altri professionisti di Servizio Sociale che in un'ottica di rete possono essere ricompresi (quale, ad esempio, l'Assistente Sociale comunale) e per non indurre il lettore a pensare che l'IPS sia una materia d'interesse esclusivo di chi opera nell'area salute mentale.

6.1. Affinità tra i principi dell'Assistente Sociale e l'IPS

Il Codice Deontologico (CD) costituisce l'identità dell'Assistente Sociale, una preziosa linea guida che aiuta il professionista ad orientare l'esercizio dell'attività lavorativa, vagliando, come si evince dalla suddivisione dei Titoli che lo compongono, vari livelli di intervento.

Il nuovo Codice, in vigore dal 1° Giugno 2020, si rifà alle dichiarazioni e alle Convenzioni internazionali nonché ai Trattati europei. Tra questi spicca la definizione internazionale di servizio sociale¹⁰⁴ che nella sua prima parte afferma che il servizio sociale *"promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale"*, cose che l'IPS porta con sé nella diffusione del metodo. Il cambiamento di rotta dal *place and train* al *train and place* non solo si può configurare come uno sviluppo all'interno dei servizi della salute mentale ma pone in primo piano l'autodeterminazione della persona per raggiungere il più grande obiettivo dell'emancipazione, quanto meno nell'ambito lavorativo. I succitati elementi di sviluppo ed emancipazione sociale di ritrovano nell'adozione della metodologia IPS a seguito dell'azione di supporto all'impiego delle persone con disagio psichico all'interno del mercato competitivo. Il libero mercato è ripreso dalle politiche dedicate alla tematica salute mentale quasi esclusivamente

¹⁰⁴ Traduzione italiana dall'inglese *Global definition of Social Work* a cura di A. Sicora, v1 dd. 30.04.2014. Si riporta a seguito l'intera definizione internazionale di Servizio Sociale: *"Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere. La definizione di cui sopra può essere ampliata a livello nazionale e/o regionale."*

creando delle situazioni tutelate, delle quote riservate a questo *target* di popolazione: in questo modo il legislatore configura sì un impiego nel mercato competitivo ma il modo in cui lo si raggiunge avviene tramite un percorso strutturato ad *hoc* per questa tipologia di soggetti affetti da disabilità. I diritti economici, sociali e culturali che l'Assistente Sociale all'articolo 5, Titolo II del Codice Deontologico è chiamato a promuovere sono pienamente rispettati, anzi, con l'IPS non ci si limita esclusivamente a promuovere il diritto al lavoro bensì si crea la reale possibilità per il soggetto affetto da malattia mentale di poter godere di un impiego lavorativo competitivo da cui poter percepire un salario altrettanto competitivo, un compenso economico che corrisponde alla forza lavoro prestata. Negli inserimenti lavorativi protetti (come si è potuto vedere), difatti, i salari sono generalmente più bassi poiché l'impiego per cui si concorre prevede una limitazione delle mansioni da svolgere o una riduzione d'orario.

Altro collegamento che il Codice dedica nel suo Preambolo è quello riferito alla definizione di salute affermata dall'OMS¹⁰⁵ nel 2014, salute definita come un benessere bio-psico-sociale. Nell'elaborazione dell'*Individual Placement and Support* gli autori si sono basati sul concetto di *recovery* clinica, adottando degli accorgimenti (quale, ad esempio, la forte collaborazione tra operatore IPS ed *équipe* del CSM) che permettono al soggetto partecipante al programma IPS non solo di raggiungere l'obiettivo lavorativo ma di accrescere in lui un benessere olistico, ricomprendendo quindi anche la *recovery* personale. Come previsto dall'articolo 6 del CD, l'Assistente Sociale deve affermare e promuovere la prevenzione e la salute: anche su questo fronte l'IPS rispetta a pieno i principi della professione e concorre alla loro realizzazione.

Già da queste poche considerazioni si può notare un'affinità tra le basi della professione di Servizio Sociale e le basi da cui è nato il metodo IPS. Non ci si limiterà, tuttavia, ad analizzare superficialmente l'analogia tra questi due mondi: a seguire, si prenderanno in considerazione anche gli altri principi deontologici dell'Assistente Sociale visionando come si pone il metodo IPS affianco ad essi.

All'articolo 8 del Codice, il professionista di Servizio Sociale è chiamato a "*riconoscere la centralità e l'unicità della persona in ogni intervento*" adottando, come principio vuole,

¹⁰⁵ OMS, op. cit., *Preamble to the Constitution of WHO*.

l'utilizzo dell'ottica trifocale¹⁰⁶. Ebbene, anche nel modello di riferimento traspare l'individualizzazione degli interventi come aspetto saliente: è prevista difatti la creazione *ad hoc* di un piano d'intervento individualizzato, creato sulla base dei desideri e delle caratteristiche proprie della persona; risulta essere comune, pertanto, il principio di personalizzazione degli interventi. L'intervento individualizzato sottende anche la responsabilizzazione del soggetto poiché è con lo stesso che tale PII viene individuato, vi è dunque una similitudine rispetto allo strumento del patto sociale, strumento proprio dell'Assistente Sociale in accordo con la persona. Responsabilizzare il soggetto, dandogli l'occasione di poter indirizzare la sua vita, significa dargli la possibilità e l'occasione di esercitare i suoi diritti ed esprimersi nella sua volontà, incrementandone l'*empowerment* e ridandogli un ruolo attivo nella gestione della propria vita. Citando l'articolo 26 del Titolo IV del Codice, il professionista di Servizio Sociale "*ricosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente*".

Come visto in precedenza nell'applicazione del metodo, i professionisti facenti parte dell'équipe del CSM devono essere in grado di garantire la maggiore aderenza del metodo all'interno del territorio di riferimento, così da conciliare la domanda espressa con le politiche proposte alla popolazione, popolazione che in questo caso si delinea nel *target* di soggetti affetti da disagio psichico. A ciò può contribuire la figura dell'Assistente Sociale, soggetto deputato professionalmente ad approfondire la realtà territoriale in cui opera e chiamato a conoscere i bisogni, i valori e le peculiarità del territorio stesso (articolo 39 Titolo V del Codice Deontologico). All'interno dell'équipe identificata dal metodo IPS l'Assistente Sociale può quindi contribuire a realizzare il metodo informando e accompagnando nella conoscenza l'operatore IPS e costruire insieme a lui strategie per garantire al *target* di popolazione una risposta concreta che più si adatta ai bisogni espressi, non espressi o ai cosiddetti bisogni emergenti. In questo frangente emerge un'altra responsabilità dell'Assistente Sociale, quella che viene definita la responsabilità nei confronti della società: all'articolo 39 del Titolo V del CD, il professionista di Servizio Sociale, difatti, è chiamato a "*promuovere, sviluppare e sostenere politiche sociali*

¹⁰⁶ L'ottica trifocale si configura come elemento specifico dell'Assistente Sociale, un sistema che considera la relazione e l'interrelazione tra il soggetto, l'organizzazione e la comunità.

integrate, finalizzate al miglioramento del benessere sociale e della qualità di vita”, facendo particolare riferimento ai soggetti connotati da una situazione di fragilità.

Essendo l'IPS una tecnica EBM e rientrando all'interno delle pratiche messe in atto nel mondo del supporto all'impiego, può considerarsi a pieno titolo una politica attiva che concorre a rispondere in maniera sostanziale al bisogno espresso dalla comunità psichiatrica: il bisogno e il diritto al lavoro nonché la necessità di sperimentare le proprie potenzialità in un contesto di “normalità”.

6.2. Un breve case report: il caso di Carlo

Si è voluto, a conclusione di tale elaborato, riportare un caso pratico di Servizio Sociale seguito dalla sottoscritta nell'ambito dell'Area Minori e Famiglie presso un Comune appartenente al territorio dell'AULSS 3. Questa casistica non andrà tanto ad analizzare come viene applicato l'*Individual Placement and Support*, in quanto strumento adottato all'interno dei CSM, bensì vuole riportare al lettore un possibile percorso metodologico che si è ipotizzato (e ad oggi in via di realizzazione) nella progettualità di un soggetto affetto da disturbo psichiatrico, così da mettere in luce quanto la conoscenza del metodo possa trasversalmente contribuire all'incremento dell'*empowerment* e dell'autodeterminazione del soggetto preso in carico. Si percorrerà, pertanto, il percorso riflessivo che l'Assistente Sociale insieme ai professionisti coinvolti ha seguito nel prospettare le tappe del percorso assistenziale a favore del soggetto, ipotizzando un avvicinamento al percorso IPS. Tale soggetto, nel rispetto del segreto professionale e di riservatezza, sarà menzionato a seguire utilizzando un nome di fantasia: Carlo.

Si andrà ad enunciare brevemente il vissuto di Carlo, le vicissitudini che l'hanno portato ad essere preso in carico dal Servizio Sociale, esplicitando gli elementi che hanno portato l'équipe a propendere per un possibile inserimento del ragazzo nel mondo lavorativo, tenendo aperta la possibilità di rivolgersi o al SIL o all'IPS.

6.2.1. Presa in carico del caso e tappe del percorso assistenziale

Il nucleo familiare di Carlo è giunto all'attenzione del Servizio Sociale in questione nel 2017, a seguito di un'ordinanza da parte del Tribunale Ordinario (TO). Il nucleo è composto da Carlo, suo padre, sua madre e una sorella maggiorenne.

Il TO, intervenuto nella separazione altamente conflittuale tra i due genitori del ragazzo quattordicenne, dopo aver interpellato la Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU), stabiliva l'affido ai Servizi Sociali dell'allora minore Carlo con il collocamento presso il padre, incontri protetti tra il minore e la madre, disponendo in un secondo momento un percorso di sostegno alla genitorialità nei confronti di entrambe le figure genitoriali.

La madre di Carlo, nel singolo colloquio effettuato con l'Assistente Sociale, ha mostrato scarso interesse nel vedere il figlio; dopo questo primo e unico contatto la madre si è trasferita e nessuno ha più avuto sue notizie. La sorella ha sempre avuto un rapporto conflittuale sia con il padre, sia con il fratello e sebbene abiti nei pressi della loro residenza non ha più voluto mantenere i contatti con loro e viceversa; la ragazza risulta essere presa in carico al CSM territoriale.

Carlo era stato inviato dalla Scuola Superiore nel 2015 al Servizio per l'Età Evolutiva (SEE), per *"difficoltà emotivo-relazionali e di apprendimento"*, la Psicologa e Psicoterapeuta del SEE ha mantenuto i contatti con Carlo fino al 2017, anno in cui il ragazzo non si è più presentato al Servizio. Proprio in quell'anno, a seguito dell'arrivo della prima ordinanza è stato attivato dal Servizio Sociale comunale il Servizio di Educativa Domiciliare (SED) al fine di poter dare un sostegno relazionale a Carlo e monitorare la situazione e le dinamiche familiari con il padre. Il padre, in questo frangente, non ha mai iniziato il percorso di sostegno alla genitorialità previsto da decreto; ciò ha alimentato quegli elementi di fragilità portando la diade padre-figlio ad una difficoltà relazionale soprattutto per quanto riguarda l'ambito scolastico, area in cui Carlo risulta carente.

A fine 2019 il ragazzo ha conosciuto all'interno di un Centro Medico, a cui si è rivolto per degli accertamenti sanitari, uno Psicologo e Psicoterapeuta con cui ha subito stretto un rapporto di fiducia. Lo Psicologo è stato pertanto coinvolto all'interno dell'*équipe* creata a favore del nucleo e ha iniziato con il ragazzo un *"percorso di psicoterapia a orientamento psicodinamico"*. Dopo pochi mesi, a causa dell'emergenza sanitaria in corso, lo Psicologo ha dovuto interrompere le sedute in presenza: ciò è stato vissuto dal ragazzo come un'ulteriore difficoltà a cui si è aggiunto l'arrivo della maggiore età. Viste le condizioni di necessità si è ritenuto opportuno riprendere le visite in presenza in cui lo Psicologo ha notato la crescita di una resilienza da parte di Carlo, dimostrandosi più loquace e attivo.

Nel 2020 Carlo, ormai maggiorenne, è stato ammesso in terza superiore. Il Servizio Sociale ha richiesto una relazione da parte della scuola frequentata dal ragazzo in cui, nonostante la promozione (probabilmente dovuta all'emergenza sanitaria), i docenti evidenziavano *“livelli di apprendimento non adeguatamente consolidati”*, predisponendo dunque un PEI¹⁰⁷.

A causa di vari avvicendamenti di mansione del ruolo di Assistente Sociale, Carlo non è mai stato affiancato dalla collega dell'Area Adulti Anziani, continuando ad essere preso in carico dall'area Minori. Tra colleghe si è concordato, vista la situazione già di per sé molto confusionaria, di non far subire al ragazzo un ulteriore cambiamento, optando per il mantenimento della presa in carico nell'area minori.

A febbraio 2021, Carlo ha manifestato allo Psicologo del Centro Medico la volontà di abbandonare il percorso scolastico per approcciarsi al mondo del lavoro; lo Psicologo, in accordo con l'Assistente Sociale, ha optato per prendere del tempo con Carlo al fine di elaborare insieme la scelta e vederne i risvolti positivi e negativi. Nel contempo, il padre ha contattato il Servizio Sociale preoccupato della situazione scolastica del figlio.

Il ragazzo ha manifestato la scelta di lasciare la scuola solamente allo Psicologo, non coinvolgendo in nessun modo il padre; dopo alcune sedute ha poi deciso di sua spontanea volontà di rendere partecipe di questa scelta anche il papà, pur sapendo che non sarebbe stato d'accordo con tale decisione. In vari colloqui di confronto intrapresi tra l'Assistente Sociale e lo Psicologo è emersa da parte di Carlo una forte volontà di avvicinarsi al mondo del lavoro ma, vista la precarietà dovuta al Covid-19 e i tratti di *“passività, introversione e diffidenza”* del ragazzo, non si è voluta escludere a priori la frequenza scolastica in quanto unico spazio di socializzazione utilizzabile da Carlo in questo periodo. Inoltre, si è deciso di concretizzare il passaggio con il Centro Salute Mentale, finora reso difficoltoso dalla situazione sanitaria, avanzando l'ipotesi di intraprendere un percorso di certificazione per poter accedere alla Legge 68/99 al fine di far accedere Carlo al SIL.

In questo frangente l'Assistente Sociale, in attesa del Tavolo di Lavoro programmato con l'Assistente Sociale e la Psichiatra del CSM, ha introdotto allo Psicologo il metodo IPS chiedendone un suo parere circa la possibilità di realizzazione del metodo nei confronti

¹⁰⁷ Piano Educativo Individualizzato

di Carlo. Lo Psicologo, vista la grande autodeterminazione dimostrata dal ragazzo, ha ritenuta valida l'ipotesi.

Ad oggi si è in attesa di un confronto con il CSM, Servizio che dovrà primariamente prendere in carico Carlo sotto un aspetto sanitario. Nel prossimo incontro d'*équipe* (Assistente Sociale del Comune, Psicologo-Psicoterapeuta privato, Assistente Sociale del CSM e Medico Psichiatra) si evidenzierà anche questo aspetto, così da dare loro elementi per poter procedere alla stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) e procedere all'individuazione d'*équipe* delle tappe del percorso assistenziale condiviso.

6.2.2. Considerazioni

Come si evince da questo *case report*, l'avvicinamento nel mondo del lavoro può implicare per un soggetto affetto da disturbo psichico la necessità di un supporto. Si possono dunque aprire prioritariamente due strade: il SIL e l'IPS. Nel caso di Carlo l'elemento che si è voluto tenere in considerazione è la giovane età e la grande volontà che ha dimostrato da tre mesi a questa parte di volersi avvicinare alla vita lavorativa. Un primo inserimento nel programma IPS, in questo caso, potrebbe consentire a Carlo non solo di sperimentare le sue risorse ma di uscire dai suoi schemi connotati da passività e introversione per lasciare spazio al nascere di un ruolo attivo. Infine, darebbe modo al ragazzo di non sedimentarsi nell'assistenzialismo, su cui potrebbe più facilmente adagiarsi con l'utilizzo dei percorsi di inserimento lavorativo tradizionali e, nel mentre, sviluppare le sue doti relazionali affacciandosi al mondo esterno. Si dà per scontato che il progetto e le conseguenti tappe verranno modificati in base alla situazione (qualora si verificassero delle condizioni che richiedano un riassetto della valutazione) tenendo dunque aperte tutte le possibilità.

Qualsiasi sarà la decisione di Carlo e dell'*équipe* del CSM in collaborazione con i professionisti già coinvolti, si saranno vagliate tutte le possibili opzioni, strumenti e risorse validi non solo ad oggi ma fruibili anche nel prossimo futuro.

CONCLUSIONI

La disamina dell'IPS proposta in tale elaborato ha dato modo di conoscere l'*Individual Placement and Support*, metodo che si è scoperto essere un approccio riabilitativo, nato come branca del più ampio mondo del *Supported Employment* e che si rivolge a soggetti affetti da disagio psichico. La peculiarità del metodo si trova nel sostegno all'impiego di persone appartenenti a questo *target* di popolazione, ribaltando la logica della preparazione al lavoro preferendo approcciarsi in modo diretto al lavoro stesso. L'impiego ricercato dall'operatore IPS insieme al soggetto non appartiene a segmenti o aree riservate bensì si rivolge al mercato competitivo del lavoro. L'esperienza lavorativa diventa pertanto essa stessa un modo per sperimentarsi ed accrescere le conoscenze nell'ambito del mercato del lavoro, esperienza che sostituisce i corsi di formazione, i tirocini e le altre metodologie adottate nell'applicazione degli strumenti di inserimento lavorativo protetto.

Il legislatore, fino ad ora ha ricercato e proposto delle politiche che per quanto propendano verso l'attivazione del soggetto, risultano talvolta eccessivamente tutelanti: quest'alta forma di protezione può disincentivare la volontà e la motivazione del soggetto alla ricerca attiva del lavoro, incorrendo il rischio di cadere nel cosiddetto assistenzialismo.

Con lo studio EQUOLISE il metodo IPS si è diffuso in Italia, diventando sempre più un valido strumento da affiancare ai modelli tradizionali di supporto all'impiego. Come esplicitato più volte nel corso della tesi, l'IPS non vuole sostituire i modelli istituzionalizzati nel territorio ma dev'essere inteso come strumento aggiuntivo alle politiche di inserimento lavorativo finora implementate.

Avendo analizzato entrambi i modelli, ovvero le tecniche *train and place* dei modelli tradizionali e il *place and train* dell'IPS, possiamo descriverne lati positivi e negativi che connotano entrambe le tecniche. Nell'ottica *train and place* vi è una forte responsabilizzazione sociale a seguito della creazione di posti *ad hoc* riservati a soggetti affetti da disabilità, oltre a ciò, il legislatore ha previsto anche un sistema di inserimento lavorativo a cui si affiancano delle sanzioni a fronte del suo mancato rispetto. Gli inserimenti tradizionali, inoltre, prevedono la formazione di suddetti soggetti tramite

corsi strutturati e tirocini (formazione che si è visto essere generalmente scarsa nei soggetti con disagi mentali in età scolare). Prevedendo ciò, il legislatore tutela pubblicamente e istituzionalmente i soggetti fragili, concorrendo alla costruzione di buone prassi e spianando per quanto possibile le disuguaglianze. Di contro, le metodiche del *train and place* implicano nella loro applicazione il coinvolgimento di molti attori, divenendo così strumenti complessi e piuttosto lenti. Questi elementi rendono difficoltosa anche la modifica degli stessi che, proprio a causa di tali caratteristiche, non riescono ad adeguarsi in modo celere all'evoluzione dei bisogni. Per quanto riguarda la tecnica *place and train* sottesa nell'IPS, la responsabilizzazione viene spostata dall'ambito sociale a quello individuale, aumentando la possibilità d'incremento dell'*empowerment* e dell'autodeterminazione del soggetto partecipante al programma IPS attraverso strategie che mirano al supporto della motivazione personale. L'IPS, in aggiunta, prevede un minor dispendio di risorse (sia umane che economiche) risultando dunque di più semplice applicazione rispetto ai modelli tradizionali. Ciò ne favorisce anche la flessibilità e l'aderenza ai bisogni riscontrati nel territorio di applicazione, elementi che permettono all'IPS di essere maggiormente riproducibile. Sebbene l'efficacia del modello sia stata comprovata e sia tutt'ora monitorata, vi sono degli aspetti spinosi che rimangono scoperti. Gli autori e gli studiosi mettono in evidenza che l'efficacia del metodo è direttamente proporzionale alla tendenza del mercato del lavoro: ciò sta a significare che più il mercato ha un andamento positivo, più efficace risulterà essere il metodo IPS e viceversa. Un altro aspetto da tenere in considerazione è l'abilità richiesta nel libero mercato: l'IPS per essere efficace richiede al soggetto delle capacità non tanto per la partecipazione al modello quanto per rispondere in modo adeguato alle offerte del settore lavorativo che si è scelto di perseguire.

Da questo confronto si evince la sconvenienza di applicare un singolo metodo, pertanto, l'opzione più proficua, nonché quella prescelta dai Servizi, è la convivenza di entrambe le tecniche fino a qui delineate: l'IPS e i metodi tradizionali non solo possono coesistere ma insieme concorrono alla creazione di un sistema integrato che offre maggiori risorse nell'ambito del supporto all'impiego offrendo un'occasione in più per monitorare i bisogni espressi ed inespressi del territorio.

FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFICHE

A

- Angelozzi A.; *Quale lavoro? Considerazioni sulla riabilitazione lavorativa ed il Supported Employment in psichiatria; Psichiatria di comunità*, Vol 5 n. 2, 2005.
- Associazione Nuovo Welfare, *Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia*, Roma 2002.

B

- Bartoli G., et al., *Salute Mentale e Lavoro: l'esperienza della Regione Friuli Venezia Giulia. Progetto Prop.P.*, Isfol 2015.
- Basso P., *Tempi moderni, orari antichi. L'orario di lavoro a fine secolo*, Franco Angeli; Edizione 2011.
- Becker D. R., Drake R. E., *A working life for people with severe mental illness*, Oxford University Press, 2003.
- Becker R. D., Drake R. E., *Supported Employment for People with Severe Mental Illness. A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*, 2005.
- Bond. G. R., *Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based-Practice*, Psychiatric Rehabilitation Journal, Volume 27 n. 4, Spring 2004.
- Bottà M., *Dopo venti anni di collocamento disabili*, Welforum, 30 Ottobre 2020.
- Burns. T, Catty J., Becker T., Drake R. E., Fioritti A., Knapp M., Lauber C., Roessler W., Tomov T., Van Busschbach B. J., White S., Wiersma D., EQUOLISE group, *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial*, The Lancet 2007.
- Burns. T, Catty J., White S., Becker T., Koletsi M., Fioritti A., Rossler W., Tomov T., Van Busschbach B. J., Wiersma D., Lauber C., EQUOLISE group, *The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support*, Schizophr Bull 2009.

C

- Caliman G., *Promuovere "resilience" come risorsa educativa. Dai fattori di rischio ai fattori protettivi*, Unisal.
- Clic Lavoro www.cliclavoro.gov.it

- Commissione delle Comunità Europee, Libro Verde. *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea*, Bruxelles 14/10/2005.
- Conrad J, *Heart of Darkness*, 1899
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali CNOAS, *Codice deontologico dell'assistente sociale*, 2020.
- Corrivetti G., Intervista per psicologiafenomenologica.it, 24/02/2019.

D

- Dartmouth University <http://sites.dartmouth.edu/ips>
- Davidson L., Tondora J., Lawless M. S., O'Connell M. J., Rowe M., *Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, Trento 2009.
- Drake R. E., Bond G. R., Becker D. R., *Individual placement and support: and evidence-based approach to supported employment*, Oxford University Press, New York 2012.
- Drake R. E., McHugo G. J., Becker D. R., Anthony W. A., Clarck R. E., *The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes*, Journal of consulting and clinical psychology 1996.
- Doronzo S. E., *Il Collocamento mirato dei diversamente abili*, Bari 30 ottobre 2012.

F

- Ferrera M. (a cura di), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Terza Edizione, Bologna 2019.
- Fioritti A., Rinaldi M., Bruschetta S., *L'Individual placement and support (IPS) e la crisi italiana. Ricerca e prassi di collocamento lavorativo a sostegno individualizzato per pazienti gravi*, In *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*, FrancoAngeli, Milano 2013.
- Fioritti A., Maone A., *La riabilitazione psichiatrica orientata alla recovery. Lavoro e vita indipendente*, In *Recovery: nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
- Fioritti A., Trono V., *Nuove proposte per l'inserimento lavorativo*, Osservatorio Isfol, 2015.

- Fioritti A, Berardi D. (a cura di), *Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali*; Bononia University Press, Bologna, marzo 2017.
- Fondazione Cariplo, *Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici*, Quaderno n. 12, 2013.
- Fondazione Studi Consulenti del Lavoro, *L'inclusione lavorativa delle persone con disabilità in Italia. Dossier*, 2020.

G

- Grimaldi, Deriu (a cura di), *I vent'anni della Legge 68. Traiettorie verso il futuro. Dall'inserimento lavorativo all'inclusione*, Fiera di Vicenza, 27.01.2020.

H

- Harnoise G., Gabriel P., *Mental Health and Work Impact, Issues and Good Practices*, WHO - International Labour Organisation, 2000.

I

- Inapp, Public Policy Innovation, www.inapp.org
- ISFOL, Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, *Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali*, 197 I libri del Fondo Sociale Europeo, 2014.
- ISTAT, *Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni e istituzioni*, Roma 2019.

M

- Mandleco B.L., Peery J.C., *An Organizational Framework for Conceptualizing Resilience in Children*, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2000.
- Ministero della salute, www.salute.gov.it
- Morvan J.S., *Représentations des situations de handicap et d'inadaptation chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service et les enseignants spécialisés en formation*, P.U.F., Paris 1988.

N

- Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazione dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, 2006.
- Nations For Mental Health, *Mental health and work: impact, issues and good practices*, Ginevra 2000.

O

- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Nota introduttiva all'edizione italiana dell'ICF.

P

- Piga A., Stylianidis C., Canova C., Blasi G., Marin I., Pellegrini M., et al., La dimensione sociale e politica della recovery: per intraprendere i vari e diversi viaggi nelle possibilità di guarigione, forumsalutementale.it, [http://www.news-forumsalutementale.it/public/La dimensione politica della RECOVERY versione 23 giugno1.pdf](http://www.news-forumsalutementale.it/public/La_dimensione_politica_della_RECOVERY_versione_23_giugno1.pdf)
- Piro P., *Il supporto all'impiego nelle persone con disturbi mentali. Un cambio di paradigma?*, Vita, 2 gennaio 2018.

R

- Raineri M. L., *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione*, Seconda edizione aggiornata, Erickson, Trento 2014.
- Ranieri Salvadorini, *Così le aziende aggirano la legge per scartare i lavoratori disabili*, Il Fatto Quotidiano, 16/05/2018.
- Ranci C., Pavolini E., *Le politiche di Welfare*, Il Mulino, Bologna 2015.
- Regione Veneto, www.Regione.veneto.it
- Romano S., *La programmazione delle policy a sostegno dei processi di inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Superamento dei limiti e sviluppo delle potenzialità della legge 68/99*, POR FSE 2014-2020 Regione del Veneto, 2020.

S

- Sabatelli R., Marchisi D., Piegari D., Fioritti A., *Per un lavoro da protagonisti: il progetto EQUOLISE*, Psichiatria di comunità 2005.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Recovery and Recovery Support*, 23/4/2020.
- Saraceno C., Naldini M., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino; Edizione 2013.
- Senato della Repubblica, *Disabili psichici e inserimento lavorativo: un percorso di ricerca*, Documento di valutazione n. 5, Impact Assessment Office, Luglio 2017.

- Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Relazione tecnica illustrativa, [Relazione tecnica IPS 08062018 \(1\).pdf](#)

T

- The IPS Employment Center, <https://ipsworks.org/>
- Trono V., et al., *Manuale operativo. Il sistema degli interventi sociali riabilitativi attivi, formativi e lavorativi*, DSM DP AULSS di Bologna, Bologna 2012.
- Torreggiani A., *SuperAbile Inail. Modalità di assunzione delle persone con disabilità psichica*, 16 marzo 2020.

V

- Veneto Lavoro, *L'inclusione lavorativa delle persone con disabilità in Veneto*, Osservatorio Mercato del Lavoro, Misure/87, Gennaio 2020.
- Veneto Lavoro, www.venetolavoro.it

W

- Welforum, www.Welforum.it
- Wehman P., Moon M. S., *Vocational rehabilitation and supported employment*, Brookes Publishing, Baltimore 2000.
- World Health Organization, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, 2010.