

## Capitolo 3

### L' Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana

#### Ricerca e prassi di collocamento lavorativo e sostegno individualizzato per pazienti gravi

*Angelo Fioritti\*, Miles Rinaldi\*\* & Simone Bruschetta\*\*\**

*\* Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Bologna*

*\*\* South West London and St George's NHS, Mental Health NHS Trust, Head of Recovery & Social Inclusion*

*\*\*\* IPS Supported Employment Trainer, Certificate Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire – USA*

L'importanza del lavoro nei processi di trattamento e riabilitazione delle persone con disturbi psichici è nota sin dai tempi delle istituzioni manicomiali, ove assumeva per lo più le forme della ergoterapia o della terapia occupazionale. Ma con l'avvio delle politiche di deistituzionalizzazione è risultato ben chiaro che il lavoro è ben più della organizzazione del tempo personale e della occupazione di tale tempo in attività dotate di senso. Il lavoro è il principale marker con cui la maggior parte delle persone misura la propria inclusione sociale, è una caratteristica fondamentale della identità, è la realizzazione di aspirazioni profonde inerenti la persona. Negli ultimi trent'anni è andato ben al di là della ergoterapia.

Nella maggior parte dei Paesi occidentali l'inserimento lavorativo è stato prevalentemente perseguito attraverso i c.d. "schemi a responsabilità sociale". Se il lavoro è un diritto del cittadino e se esistono classi di cittadini svantaggiati che trovano serie difficoltà nell'accedere a questo diritto, allora devono esistere meccanismi sociali che garantiscano la fruizione di tale diritto. Questo è il senso dello sviluppo dei sistemi di collocazione mirata previsti dalla Legge 68/92, basata sulla riserva di quote di posti di lavoro nelle aziende pubbliche e private per i cittadini con disabilità, compresa quella psichica. Ma è anche il senso del forte impegno dei Centri di Salute Mentale italiani nella sperimentazione di percorsi protetti di formazione ed inserimento, basati sullo strumento delle borse lavoro, in collaborazione o meno con la cooperazione sociale e con vari soggetti del terzo settore. Il modello cooperativo italiano ha attratto grande attenzione da parte della comunità scientifica e professionale internazionale, così come tutti gli schemi a responsabilità sociale che hanno offerto ed offrono ad un grande numero di persone opportunità che non troverebbero nel mercato del lavoro competitivo. Tuttavia gli schemi a responsabilità sociale hanno incontrato sempre maggiori ostacoli nel garantire il raggiungimento di posizioni lavorative effettive, vale a dire posizioni contrattualizzate, disponibili a qualsiasi cittadino, svantaggiato o meno. La Legge 68 ha mostrato discrete capacità di sostegno e di contrattualità in favore di cittadini con disabilità fisica ed intellettiva, mentre è risultata più un ostacolo che una risorsa nella maggior parte dei casi per i pazienti con disturbi mentali. Il movimento cooperativo di tipo B è stato in genere la risorsa principale su cui i Dipartimenti di Salute Mentale hanno potuto contare, ma nell'ultimo decennio hanno incontrato sempre più problemi nel ritagliarsi quote di lavoro nel mercato liberalizzato e nel promuovere il lavoro contrattualizzato dei propri soci svantaggiati. Inoltre la nuova generazione di pazienti psichiatrici, meno disabile rispetto a quella deistituzionalizzata dal manicomio, esprime sempre maggiore insoddisfazione rispetto ai lunghi percorsi formativi, alle lunghe procedure di preparazione al lavoro, alla ridotta probabilità di ingresso nel mondo del lavoro competitivo.

Negli Stati Uniti queste contraddizioni si sono rese evidenti già all'inizio degli anni '90, in virtù delle particolari condizioni socio-economiche e della attività dei servizi di salute mentale di quel Paese. In modo culturalmente coerente con i valori e lo spirito americano sono stati sperimentati con successo alcuni "schemi a responsabilità individuale". Secondo questo approccio il lavoro è una scelta individuale nella quale ciascuno mette in gioco le proprie motivazioni, le proprie capacità e le proprie esperienze. La forza di questa spinta motivazionale rischia di essere frenata dagli schemi a responsabilità sociale, mentre può essere potenziata con supporti personalizzati alle capacità individuali. Tali schemi vanno sotto il nome di *supported employment* e sono stati sperimentati con successo in moltissimi Stati dell'Unione e dal 2000 in molti altri stati europei. Il più noto fra i dispositivi di *supported employment* è l'*Individual Placement and Support (IPS)*, messo a punto all'inizio degli anni '90 dal gruppo di Psichiatria Sociale della Dartmouth University, diretto da Robert Drake. Tale metodologia ha oramai una mole di studi a suo sostegno che ne documenta una efficacia relativamente indipendente dai contesti economici e sociali nei quali è stata testata ed un gradimento crescente da parte della popolazione clinica che lo utilizza. In questo capitolo cercheremo di descriverne le basi teoriche e le modalità applicative e di fornire una rassegna delle principali esperienze americane, europee ed italiane.

### ***La Recovery, i principi e la prassi dell'IPS***

Durante l'era della deistituzionalizzazione (ed in larga misura ancora oggi) le pratiche di salute mentale hanno prevalentemente perseguito la stabilizzazione dei sintomi e la protezione dei pazienti gravi dagli stress relativi al ruolo di adulto e di lavoratore nella vita di tutti i giorni, secondo il ben noto *modello vulnerabilità-stress*. Secondo tale modello si aiutano i pazienti a percorrere tappe intermedie in *setting* altamente protetti (quando non segregati), come laboratori, unità pre-lavorative, *enclave jobs*, a occupare posti a tempo determinato gestiti dal più o meno direttamente dai servizi clinici stessi, prima di prendere in considerazione un tipo di lavoro permanente e competitivo. Questi programmi lavorativi protetti hanno comportato un approccio lento e graduale nella preparazione all'occupazione in ambito competitivo, con l'effetto di perpetuare aspettative basse e disabilità a lungo termine.

Wehman e Moon (1988) sono stati i primi a focalizzare i loro interventi orientati allo sviluppo delle competenze socio-professionali su un modello di sostegno al lavoro da loro stessi definito *place and train*, cioè di contemporaneo collocamento e formazione, capovolgendo la pratica di fornire lunghe preparazioni pre-lavorative prima di trovare un lavoro (modello *train and place*). Il modello *place and train* prevede l'assistenza alle persone nella ricerca di una occupazione in tempi relativamente brevi, per poi fornire il training individualizzato e un sostegno adatto alla tipologia di lavoro trovata ed alle caratteristiche della persona.

L'IPS trae origine dal lavoro di Wehman e Moon e considera il lavoro come un pilastro della *recovery* dalla grave patologia mentale. I più importanti principi metodologici della *recovery* risultano infatti particolarmente utili alla comprensione dello spirito del Metodo IPS, se letti nell'ottica della inclusione lavorativa.

[BOX 1. circa qui]

Tutti e dieci questi principi di *recovery* sono pienamente recepiti nel metodo IPS, il quale è andato strutturandosi sulla base delle esperienze sul campo degli anni '90 ed attualmente è manualizzato (Becker & Drake, 2003; Swanson & Becker, 2010) sulla base di otto principi che qui riprendiamo

integralmente. È di rilievo il fatto che gli utenti del metodo IPS sono sempre concettualizzati e definiti come clienti, proprio a sottolineare la particolare contrattualità che hanno nel rapporto con gli operatori ed il fatto che sono loro e le loro preferenze a guidare il processo. Ecco gli otto principi alla base dell'IPS:

- 1- **Obiettivo lavoro competitivo.** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a ottenere occupazione competitiva nel mercato del lavoro. L'occupazione competitiva è definita come : “un lavoro per cui viene pagato almeno il minimo salariale, con uno stipendio uguale a quello che gli altri ricevono svolgendo lo stesso lavoro, con sede in contesti non discriminanti accanto agli altri lavoratori senza disabilità, con una posizione non riservata a persone con disabilità”. I clienti preferiscono posti di lavoro competitivi al lavoro protetto. Lavorare fianco a fianco agli altri senza disabilità psichiatriche aiuta a ridurre lo stigma e la discriminazione.
- 2- **Sostegno integrato con il trattamento della patologia mentale:** I servizi IPS sono strettamente integrati con il lavoro dei servizi di salute mentale. Gli specialisti IPS sono membri di team multidisciplinari che si incontrano regolarmente per esaminare l'evoluzione della situazione dei clienti. Le discussioni includono informazioni cliniche e riabilitative che sono rilevanti per lavorare, come gli effetti collaterali dei farmaci, i sintomi persistenti, le difficoltà cognitive, ecc.. Essi condividono le informazioni e sviluppano idee per aiutare i clienti a migliorare il recupero della loro condizione di funzionamento sociale.
- 3- **Zero exclusion:** L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta del cliente. Ogni persona con grave malattia mentale che voglia lavorare è idoneo per l'IPS, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dai sintomi, dalla storia lavorativa, o da altri problemi come abuso di sostanze o disturbi cognitivi. Il nucleo della filosofia di lavoro IPS è che tutte le persone con disabilità possono lavorare accedendo a posti di lavoro competitivi nella comunità, senza alcuna specifica formazione propedeutica, e che nessuno dovrebbe essere escluso da questa opportunità. Va sviluppata una nuova cultura del lavoro in salute mentale in modo che tuttiprofessionisti possano incoraggiare i clienti a prendere in considerazione l'inclusione lavorativa.
- 4- **Attenzione alle preferenze del cliente:**I servizi si basano su le preferenze e le scelte dei clienti, non sulle valutazioni e sui giudizi dei professionisti. E' importante affermare l'assoluta preminenza delle preferenze del cliente riguardo al tipo di lavoro che si cerca, alla natura del supporto richiesto allo specialista IPS ed all'èquipe clinica, ed alla possibilità di divulgare la propria condizione psichiatrica al datore di lavoro.
- 5- **Consulenza sulle opportunità economiche:** Gli specialisti IPS aiutano i clienti ad accedere a e mantenere i benefici sociali ed economici, come sicurezza sociale, assistenza medica, altre indennità economiche e pensionistiche. La paura di perdere i *benefit* è una delle ragioni principali che spingono i clienti a decidere di non cercare lavoro. È fondamentale che i clienti ottengano informazioni accurate per informare e guidare il programma sin dall'avvio della collaborazione e nel tempo per prendere decisioni razionali sui cambiamenti lavorativi, rispetto al salario e alle ore di lavoro.
- 6- **Rapida ricerca del lavoro:** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a cercare lavoro direttamente, piuttosto che offrire una scelta tra l'ampia gamma di attività pre-lavorative di valutazione e formazione o di esperienze lavorative “protette”. Iniziare la ricerca del lavoro precocemente (cioè entro 30 giorni dall'inizio della collaborazione) dimostra ai clienti che il loro desiderio di lavorare è preso sul serio, e trasmette ottimismo sulle molteplici opportunità che la comunità locale fornisce ai clienti per raggiungere i propri obiettivi professionali.

- 7- **Lavoro sistematico di sviluppo professionale:** Gli specialisti IPS sviluppano relazioni con i datori di lavoro del territorio in cui operano con due finalità ben distinte. Da un lato essi hanno la necessità di conoscere bene le opportunità lavorative del territorio, ed in particolar modo devono sapere quali sono i datori di lavoro che per tipo di produzione o per sensibilità sociale possono offrire maggiori probabilità di successo per i propri clienti. Tali conoscenze possono essere messe a disposizione di clienti per una loro autonoma ricerca in un secondo tempo. Dall'altro lato, in un numero limitato di casi gli specialisti IPS, in modo assolutamente concordato con il cliente, entrano in relazione con i datori di lavoro per aiutare a risolvere particolari problemi o per chiedere adattamenti specifici per venire incontro alle esigenze del cliente e del datore di lavoro.
- 8- **Sostegno a tempo illimitato:** I tempi della durata del sostegno sono individualizzati e basati sulle richieste e sulle necessità del cliente. Gli specialisti IPS e gli altri membri dell'equipe clinica territoriale, oltre a fornire un sostegno all'impiego, cercano anche altri supporti naturali disponibili (ad esempio, familiari, amici, colleghi). L'obiettivo è quello di aiutare il cliente a diventare il più indipendente possibile nel suo ruolo professionale, fornendo supporto e, se necessario, assistenza diretta. Dopo un periodo consistente di tempo dall'inizio di un lavoro competitivo (ad esempio, un anno), si discute la possibilità di uscire dal programma di sostegno all'impiego IPS.

## **L'operatore IPS**

Lo specialista IPS è un operatore che può provenire da diversi background: educatori, terapisti della riabilitazione, psicologi, infermieri. Negli USA ci sono anche persone senza specifica formazione educativa o sanitaria. La formazione è molto semplice, consiste in un training teorico di una o due settimane, seguito da una introduzione nel lavoro spesso in affiancamento per un mese prima di raggiungere una piena autonomia lavorativa, durante la quale ed a tempo indeterminato si effettuano supervisioni almeno mensili. Ogni operatore ha in carico in ogni dato momento tra 20 e 25 utenti. Il suo ruolo risulta fondamentale per la realizzazione dei programmi di inclusione socio-lavorativa nei centri di salute mentale territoriale.

In particolare il lavoro dello *specialista IPS* si basa su un approccio personalizzato ai bisogni socio-professionali dell'utente a partire dalle preferenze lavorative di quest'ultimo. Le fasi in cui si sviluppa il lavoro personalizzato di questa figura di operatore sono quindi tre:

- 1- L'avvio della collaborazione con il paziente, finalizzato a stabilire una relazione collaborativa, a valutare assieme il contesto, a rafforzare risorse e motivazione, a sviluppare un piano d'azione;
- 2- La ricerca del lavoro, durante la quale vengono messe in atto le strategie definite nel piano, dalla simulazione dei colloqui, alla loro effettuazione, alle sessioni di verifica circa cosa migliorare nella presentazione, nel cv etc....;
- 3- Il mantenimento del lavoro una volta trovato, comprensivo delle sessioni dedicate ad analizzare i rapporti con i colleghi ed il datore di lavoro, gli eventuali problemi, la gestione di insuccessi, la decisione se rivelare o meno i propri disturbi.

Il modo in cui l'utente e l'operatore affrontano le varie fasi dall'avvio della collaborazione tra loro e quella con il datore di lavoro, influenza il percorso terapeutico ed il processo di guarigione della patologia mentale.

Gli *specialisti IPS* hanno anche il compito di monitorare gli esiti, valutare i processi e produrre i feedback, utilizzando parametri di "fedeltà" al modello manualizzato dell'IPS, la cosiddetta *fidelity*.

La scala di *fidelity* all'IPS ha infatti validità predittiva ed associazioni positive con gli esiti degli inserimenti lavorativi (Bond et al., 1997). Gli effetti dell'intervento IPS dipendono cioè da come questo viene realizzato, come per tutti i programmi che implementano fedelmente gli elementi-chiave di una pratica basata sull'evidenza. La scala di fedeltà all'IPS indica sia il *cosa* che il *come* fare e rappresenta un valido strumento di ricerca ma, cosa ancora più importante, un indispensabile strumento di gestione quotidiana. Misurare la *fidelity* serve quindi a minimizzare lo scarto fra la ricerca e la pratica in questo settore (Rinaldi et al., 2008).

L'implementazione dei programmi IPS determina inoltre cambiamenti importanti del funzionamento sia delle equipe multidisciplinari dei servizi territoriali di salute mentale che di altre figure-chiave dei servizi di assistenza socio-sanitaria. Altri cambiamenti avvengono inoltre nelle strutture organizzative, nella cultura e nel clima interno delle altre agenzie sociali della comunità locale nonché dei sistemi politici di queste ultime.

I programmi IPS funzionano quando dimostrano di comprendere nella loro pratica anche i bisogni della comunità locale e di metterne in discussione i pregiudizi professionali rispetto alla patologia mentale, come ad esempio quelli sulle ricadute e sull'ospedalizzazione dei pazienti. Una delle strategie ottimali in questo caso è quella di integrare uno specialista per l'impiego nelle equipe dei Centri di Salute Mentale.

### **La ricerca empirica sull'IPS**

Il collocamento ed il sostegno individualizzato non rappresentano più un *nuovo* tipo di intervento, ma una metodologia di intervento basata su robuste evidenze scientifiche. I risultati delle ricerche hanno dimostrato in modo consistente che l'IPS è 2-3 volte più efficace degli approcci tradizionali basati sulla riabilitazione sociale, sulla formazione professionale o sull'orientamento lavorativo, la cosiddetta *vocational rehabilitation - VR*. I risultati di queste ricerche sono coerenti negli USA, in Canada, ad Hong Kong, in Australia e Nuova Zelanda (Bond, 2010). Recenti ricerche stanno inoltre dimostrando un'evidenza di efficacia anche nei casi di esordio e primo episodio psicotico (Rinaldi et al., 2010).

Nello studio EQOLISE, il primo *trial* controllato e randomizzato sulla efficacia dell'IPS condotto in Europa (Burns et al. 2007), 312 pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato a servizi IPS (n=156) o a servizi locali di riabilitazione lavorativa (*local vocational rehabilitation service*) (n=156), con un *follow up* a 18 mesi. L'IPS si è rivelato più efficace nell'ottenimento del lavoro (55% vs 28%). Con l'IPS i partecipanti hanno mantenuto il lavoro più a lungo e guadagnato di più, mentre nell'approccio tradizionale VR è stato più frequente il *drop-out* e il ricovero in ospedale (31% vs 20%). L'inserimento lavorativo infine, realizzato con ambedue i modelli, non ha avuto alcuna influenza negativa sulle condizioni cliniche o sulla frequenza di ricadute dei pazienti.

In sostanza la letteratura internazionale dimostra in modo coerente che l'IPS aiuta più persone a trovare lavoro, aumenta il loro reddito e permette di migliorare in misura maggiore sintomi, benessere, finanze, autostima e relazioni. Non vi sono invece evidenze che l'IPS aumenti la probabilità di deterioramento clinico, di recidive o ospedalizzazioni.

### **L'esperienza dell'Emilia Romagna**

In Emilia Romagna nel 2007 più dell'11% degli utenti a carico dei Centri di Salute Mentale era disoccupato e più del 7% percepiva una pensione di invalidità. L'importanza del percorso di

inserimento professionale nel mercato competitivo che è stato avviato attraverso il metodo IPS è quindi stata subito chiara sia dal punto di vista simbolico che dal punto di vista del costo sociale.

L'IPS è attivo nella Provincia di Rimini dal 2003 a seguito dell'esperienza pilota condotta per lo studio EQOLISE (Sabatelli et al., 2005), quando, notati i suoi elementi di valore, si è ritenuto opportuno mantenere l'attività IPS presso i CSM dell'Azienda USL di Rimini, affidandola al Coordinamento Opportunità Lavorative, funzione trasversale collocata presso la Direzione Generale. L'IPS a Rimini rientra quindi oggi in uno spettro di progettazioni offerte ai cittadini con gradi di tutela differenti a seconda della richiesta che l'utente stesso formula.

L'affidamento operativo è attribuito a professionisti "esterni" al personale dell'Azienda USL (*IPS workers*), con formazione di tipo psicosociale, i quali operano in stretta connessione con i Servizi sui percorsi dei cittadini volti al reperimento di postazioni occupazionali. Il progetto proposto prevede, inoltre, la connessione con la rete locale dei soggetti deputati all'inserimento lavorativo, con le associazioni di settore e con il mondo imprenditoriale.

Gli utenti sono cittadini aventi o meno certificazione di invalidità, richiedenti opportunità lavorative, in carico ai Servizi socio-sanitari dell'Azienda USL. Non sono previste esclusioni relative alla diagnosi, né secondo criteri di eleggibilità. Il progetto prevede anche il monitoraggio post-assunzione per massimo dodici mesi, in quanto si è valutato impossibile, rispetto alle risorse economiche fruibili, garantire una presa in carico a tempo illimitato degli utenti, così come previsto nella versione americana del metodo. Esiste però la possibilità, per uno stesso cittadino, di rientrare nel progetto, qualora lo richieda, anche dopo una prima conclusione di percorso. Esso è inoltre stato esteso, oltre che agli utenti del Dipartimento di Salute Mentale per il quale tale approccio nacque, anche a quelli provenienti da tutte le aree a integrazione socio-sanitaria delle Aziende USL: Handicap Psico-fisico, Disagio Psicosociale e Dipendenze Patologiche.

L'applicazione del metodo è riconducibile nelle sue linee generali all'approccio ortodosso ricavabile dal manuale IPS di riferimento (Swanson & Becker, 2010); la sperimentazione effettuata e l'esperienza in atto, in linea con l'adattamento al contesto, hanno condotto all'introduzione di modifiche e di elementi innovativi specifici per la realtà e la cultura italiana.

I tassi di occupazione raggiunti dal progetto italiano, se pur con variazioni annuali, sono sempre stati molto elevati, nell'ordine del 50%, superando fortemente i risultati occupazionali raggiungibili con gli altri approcci utilizzati nell'area in questione.

Nel 2011, grazie a al progetto TIPS, presentato in partenariato con la rete Enaip, l'IPS è stata testata in tutti i Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, complessivamente presso quindici Centri di Salute Mentale, replicando sostanzialmente i risultati ottenuti a Rimini. Sempre nell'ambito del progetto TIPS sono stati effettuati due corsi di formazione per operatori IPS, il secondo dei quali nel settembre 2012 ha formato specialisti provenienti anche da tre regioni (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Sicilia) che stanno adesso avviando esperienze nei loro territori.

Anche altri programmi di sostegno all'impegno come quelli basati sull'auto-promozione e sul microcredito si stanno confrontando con questa metodologia per affrontare la recente congiuntura socio-economica sfavorevole, generata dalla crisi finanziaria del mondo occidentale, nel mercato del lavoro, nella legislazione e negli atteggiamenti culturali rispetto all'offerta di servizi di salute mentale.

### ***Dalla crisi attuale italiana verso nuove direzioni***

Diverse ricerche recenti, hanno dimostrato che in Italia nell'ultimo decennio è sempre stato in forte

e costante aumento il numero di utenti dei servizi di salute mentale che hanno richiesto e beneficiato di programmi di inclusione lavorativa. Sono aumentate enormemente le spese per *borse lavoro* e *formazione professionale*, ma il numero di persone che accedono ad un regime di praticantato, il numero di persone che utilizzano i benefici della legge 68 e soprattutto il numero di persone che ottengono posizioni competitive di lavoro è rimasto inequivocabilmente lo stesso, se non minore. Cioè le borse lavoro e la formazione professionale assorbono la quasi totalità dell'aumento della domanda. Questo dato è ormai al centro del dibattito su come modificare l'approccio al lavoro dei DSM.

Alcuni aspetti emergono chiaramente:

- 1 - La domanda di lavoro da parte degli utenti è in costante aumento. Questo può riflettere i miglioramenti nella cura e riabilitazione che riduce la disabilità e l'emarginazione, ma anche la maggiore consapevolezza dei diritti di inclusione sociale;
- 2 - L'attuale crisi finanziaria globale potrebbe aver fatto ulteriormente aumentare la domanda, in quanto gli utenti normalmente impiegati nel mercato competitivo possono ora trovare maggiori difficoltà ed essere spinti a chiedere aiuto;
- 3 - Gli schemi tradizionali e le disposizioni di legge sembrano produrre un numero ormai stabilizzato ma enormemente limitato di accesso ai posti di lavoro competitivi, vale a dire il loro tasso diminuisce ogni anno con l'aumento della domanda, oscillando ormai tra il 5 ed il 10% di tutti i percorsi avviati;
- 4 - Gli schemi a responsabilità sociale basati sulla Legge 68, le borse lavoro e la formazione professionale funziona come una nicchia, fuori dal mercato di lavoro competitivo, in cui una popolazione più ampia e più grande viene sottoimpiegata e sottopagata per anni con probabilità minime di entrare lavoro competitivo;
- 5 - Lo stesso sistema sembra ormai funzionare come un ammortizzatore sociale per il mercato del lavoro dei cittadini in condizioni di vulnerabilità, nei periodi di crisi economica, in attesa di tempi migliori. È interessante notare che alcune amministrazioni locali ha iniziato ad utilizzare le Borse Lavoro per i cittadini disoccupati "a rischio di depressione" per servizi che loro stesse devono garantire, ottenendo indirettamente manodopera a basso costo.

È facile capire, a questo punto, come gli schemi a responsabilità individuale come l'IPS diventino di grande interesse. L'esperienza condotta in Emilia-Romagna emergono dati molto positivi rispetto alla occupazione nel mercato del lavoro competitivo ed assolutamente in linea con quelli ottenuti negli studi internazionali. Sostanzialmente con l'IPS una percentuale tra il 40 ed il 50% degli utenti trova una occupazione contrattualizzata entro sei mesi, alcuni perdono e trovano successivamente di nuovo il lavoro ed una volta avviato il programma in ogni dato momento circa il 50% delle persone è in condizione lavorativa.

Dai dati delle rete di valutazione e monitoraggio della regione Emilia Romagna emergono inoltre tre questioni controverse, rappresentative e caratterizzanti il dibattito metodologico italiano in merito.

- 1- alcuni utenti trovano lavoro nel mercato informale vale a dire "lavori in nero". Questo è molto conflittuale con l'insieme dei valori civili rappresentati dalla Costituzione e radicati nella sensibilità dei professionisti italiani. Tuttavia si stima che il "nero" del mercato del lavoro rappresenta il 10-50% di tutte le opportunità lavorative a seconda delle regioni e questo risultato rimanda alle competenze che gli utenti hanno nell'adattarsi alla realtà locale ed a fare scelte economiche razionali.
- 2- Una seconda questione controversa è la precarizzazione dei posti di lavoro. Buona parte degli utenti trovano lavoro part-time o con contratti annuali. Ciò è molto lontano dal *golden standard* del tempo pieno e del tempo indeterminato, che le regolamentazioni tradizionali

perseguono. Borse lavoro e Formazione professionale tecnicamente non possono essere considerati lavori precari, in quanto tendono a procrastinare sempre l'ingresso nel mercato del lavoro. Tuttavia i lavori precari rappresentano più del 50% delle opportunità che oggi tutti i lavoratori giovani hanno sul territorio nazionale. Ciò dimostra ancora una volta come gli utenti sono in grado di compiere scelte razionali di partecipazione al mercato del lavoro.

- 3- Un terzo aspetto controverso riguarda il 50% degli utenti che non trovano un lavoro con l'IPS, e che richiedono ancora molto impegno e molte risorse da parte dei Servizi di salute mentale. Ciò richiede innanzitutto l'attuazione di un sistema composito di sostegno all'inclusione lavorativa con diverse opzioni da offrire, in un ordine cronologicamente sensato. Tutti i programmi che favoriscono l'accesso a posti di lavoro competitivo dovrebbero essere utilizzati prima e per un numero sufficiente di anni. Soltanto dopo dovrebbe essere possibile accedere al sistema del lavoro "protetto", che però va inteso solo come *buffer* temporaneo per le condizioni di "crisi", sempre aperti ad una prospettiva di nuove opportunità nel mercato del lavoro competitivo.

Le condizioni di crisi attuale, se da un lato costituiscono senza dubbio una fonte aggiuntiva di stress per tutti ed a maggior ragione per i cittadini affetti da disturbi mentali, possono costituire l'occasione per rivedere e rendere più adatti ai tempi i meccanismi di intervento nell'area della inclusione sociale e lavorativa. Gli schemi a responsabilità individuale e l'IPS in particolare costituiscono un interessante esempio di ammodernamento della offerta dei servizi utile anche in Italia.



## BIBLIOGRAFIA

Becker D. R. & Drake R.E. (2003), *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program*, Oxford University Press, New York.

Bond G. R. (2007), Modest implementation efforts, modest fidelity, and modest outcomes, *Psychiatric Services*, 58, 334.

Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E. & Vogler K.M. (1997) A fidelity Scale for the IPS model of supported employment, *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 40, 265-284.

Bond G.R., Drake R.E. & Becker D.R. (2012) Generalizability of the IPS model of supported employment outside the U.S., *World Psychiatry*, 11, 32-39.

Burns T., Catty J., Becker T., Drake R., Fioritti A., Knapp M., Lauber C., Roessler W., Tomov T., van Busschbach bJ., White S., Wiersma D., for the EQOLISE Group (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial, *The lancet*, 370, 1146-1152.

Rinaldi M., et al (2008) Individual Placement and Support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 13, 50-60

Rinaldi M., et al. (2010). First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry* 22, 2, 148-162.

Sabatelli R., Manchisi D., Piegari D. & Fioritti A. (2005) Per un lavoro da protagonisti: il progetto EQOLISE. *Psichiatria di Comunità*, 4/4, 224-229.

Swanson S.J. & Becker D.R. (2010), *Supported Employment. Applying the Individual Placement and Support (IPS) Model to help clients compete in the workforce*, Hazelden, Center City MN.

Wehman P. & Moon M.S. eds. (1988), *Vocational Rehabilitation and Supported Employment*, Paul Brookes, Baltimore.

Box 1. I dieci principi della recovery applicati all'inserimento lavorativo (Da Wehman & Moon, 1988)

1. **Olismo**: Il lavoro realizza un bisogno umano come quelli di salute, di spiritualità, di relazioni e di "casa".
2. **Responsabilità**: Le persone partecipano attivamente ai dispositivi centrati sull'obiettivo di trovare lavoro e mantenerlo.
3. **Orientamento alla persona**: I trattamenti ed i servizi sono basati gli obiettivi di ciascun individuo.
4. **Focus sui punti di forza**: I Servizi si devono adeguare alle risorse, alle abilità, alle competenze ed alle preferenze dei clienti.
5. **Non-linearità**: Le transizioni scolastiche e lavorative vanno supportate come parti dello stesso sviluppo professionale.
6. **Rispetto**: Un lavoro competitivo sviluppa sicurezza e stima di sé.
7. **Supporto tra pari**: È importante condividere tra pari le storie di lavoro, di scuola e di recovery.
8. **Empowerment**: Le persone hanno il diritto di scegliere il loro modo di essere sostenute e di partecipare alla decisioni lavorative.
9. **Auto-determinazione**: Le persone devono poter prendere le loro decisioni sulla tipologia di lavoro che preferiscono e sulle modalità di collaborazione con gli operatori.
10. **Speranza**: Il lavoro promuove la speranza e la motivazione verso un futuro migliore.