

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



Lavoro sociale e salute mentale: il ruolo
dell'assistente sociale

Relatore: Prof.ssa Chiara Pattaro

Laureando: Giovanni Ferrari
matricola N. 1202169

A.A. 2021/2022

Alla mia famiglia e alle persone a me più care, per aver creduto in me e avermi permesso di diventare quello che sono.

Alla mia relatrice Prof.ssa Pattaro, che mi ha accompagnato nella stesura dell'elaborato con precise indicazioni e preziosi suggerimenti.

Alla mia tutor di tirocinio, che mi ha fatto crescere professionalmente trasmettendomi la sua passione per questo lavoro.

Ai miei amici, che mi hanno sostenuto ed incoraggiato durante questi anni di università.

A me stesso, per aver avuto la costanza e la tenacia di conquistare questa meta.

Indice

<i>Introduzione</i>	1
1. EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE ALL'INTERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE	5
1.1. Servizio Sociale e integrazione sociosanitaria negli anni:	5
1.2. La salute mentale oggi:	8
1.3. Funzioni dell'assistente sociale all'interno del Centro di Salute Mentale: ..	12
2. RUOLO E COMPETENZE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ALL'INTERNO DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE	17
2.1. Gli strumenti professionali dell'assistente sociale nella salute mentale: ..	17
2.2. Il ruolo all'interno dell'équipe e il lavoro di rete:	22
2.3. Comunità ed inclusione:	26
3. L'IMPORTANZA DELL'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA PER LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI	33
3.1. Il concetto di recovery	33
3.2. Inclusione lavorativa	37
3.3. Il caso dell'IPS (Individual Placement Support)	42
<i>Conclusioni</i>	47
<i>Bibliografia</i>	51

INTRODUZIONE

La scelta di questo argomento deriva dalla particolare curiosità che nutro in generale nei confronti del tema della salute mentale e, in parallelo, a chi in quest'area ci lavora. L'interesse per questo argomento è frutto, infatti, anche della mia personale esperienza di tirocinio presso il Centro di Salute Mentale di Mestre.

L'intento è quello di descrivere ed approfondire il tema delle potenzialità che le persone affette da disturbi mentali portano con sé, al di là della malattia, cercando di ripercorrere l'evoluzione dell'approccio nei confronti delle malattie mentali negli anni e, infine, quali sono le azioni utilizzate ad oggi per contrastare fenomeni di discriminazione e favorire la riabilitazione.

La tesi, nella prima parte, si propone di presentare sia l'evoluzione dei servizi di salute mentale nel contesto italiano, sia l'integrazione socio-sanitaria che la caratterizza. Oggi, la salute mentale è riconosciuta come un fattore fondamentale per il benessere delle persone, influenzando notevolmente sulla qualità della vita d'ognuno. La ricerca di interventi individualizzati ed efficaci rivolti all'utente, la particolare attenzione al miglioramento della qualità della vita delle persone e il rispetto dei suoi diritti fondamentali sono aspetti molto recenti in ambito psichiatrico. Solo dal 1978, con l'introduzione della Legge Basaglia, l'approccio alle persone con problemi di natura mentale cambiò. Con la Legge 180/78, infatti, vennero abbandonate le pratiche di semplice cura e con loro vennero chiusi i manicomi, restituendo così dignità e diritti a tutte le persone affette da disturbi mentali. Fino a quel momento, per quest'ultimi, l'unica prospettiva possibile era un lungo l'internamento manicomiale. Evolvendosi, la psichiatria ha compreso che le malattie mentali oltre alla componente fisica hanno anche un carattere psicosociale, portando con sé numerose ricadute a livello relazionale e sociale. Per giunta, molto spesso le situazioni di disagio mentale sono fortemente attanagliate dallo stigma, che altera l'immagine della persona che ne soffre e, d'altra parte, favorisce una forte discriminazione ed esclusione sociale. Per tutelare i diritti e fronteggiare condizioni di debolezza e fragilità che spesso

accomunano le persone affette da patologie psichiatriche, è stato creato un sistema di servizi mirati che garantiscono cure individualizzate e favoriscono lo sviluppo dell'empowerment degli utenti e in un percorso finalizzato al recupero della responsabilità e dell'autonomia. Oggi, il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso la molteplicità dei professionisti presenti, coinvolge la persona in diverse attività riabilitative, affiancandolo e sostenendolo nel proprio percorso di recovery, acquisendo la consapevolezza del proprio potenziale e le capacità per gestire il proprio disturbo. Tra i vari interventi vanno evidenziati anche quelli offerti dalle strutture residenziali o semi-residenziali, graduate in base alla loro possibilità di assistenza, finalizzate al recupero di abilità di natura sociale e relazionale.

Nel secondo capitolo invece saranno analizzate le competenze e il ruolo che l'assistente sociale ha all'interno del Centro di Salute Mentale. Partendo dagli strumenti specifici che il professionista utilizza quotidianamente per la realizzazione del processo di aiuto. Nello svolgimento del lavoro però l'assistente sociale non è da solo, bensì collabora con tutti gli altri professionisti presenti all'interno del Centro per il raggiungimento degli obiettivi fissati dall'intera équipe. Ciò lo aiuta a considerare l'utente a 360 gradi e a fronteggiare il bisogno d'aiuto espresso dall'utente in maniera completa. Molto spesso però, l'équipe non basta ad affrontare la parte sociale dei bisogni dell'utente e l'assistente sociale deve saper cercare le risorse necessarie offerte anche all'interno della rete di servizi istituzionali e non, presenti nel territorio. Quest'ultimo diventa così lo spazio in cui si possono ricercare e trovare le adeguate risorse necessarie. È importante quindi, che l'assistente sociale adotti un approccio che permetta lo sviluppo della comunità locale, attraverso le proprie conoscenze e metodi.

Negli anni i servizi di salute mentale hanno certamente svolto un lungo percorso di trasformazione partendo dall'istituzionalizzazione fino ad arrivare a pratiche attuate all'interno della comunità. Nel terzo capitolo infatti viene spiegato concretamente in che cosa consiste oggi e come si caratterizza il processo di recovery. Successivamente viene evidenziata l'importanza che gioca l'attività lavorativa nella quotidianità delle persone affette da un disturbo mentale, e come è regolato burocraticamente il processo di inserimento lavorativo. Infine, viene presentato e discusso uno strumento a sostegno dell'integrazione lavorativa che ho avuto anche modo di poter vedere durante il percorso di tirocinio: il programma IPS (Individual Placement Support). L'IPS, infatti, prevede che

l'operatore IPS di riferimento indirizzi l'utente verso l'inserimento diretto nel mercato del lavoro, mantenendo un'ottica orientata al processo di recovery. Si tratta di un affiancamento quotidiano, di uno spazio facilitante che permette all'utente la possibilità di una piena realizzazione di sé e di acquisire un adeguato grado di autonomia per poter affrontare correttamente le difficoltà ordinarie.

CAPITOLO 1

EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE ALL'INTERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE

1.1. Servizio Sociale e integrazione sociosanitaria negli anni

La relazione tra Salute Mentale e Servizio Sociale non nasce in modo omogeneo, bensì, dall'insieme di più elementi ed avvenimenti che, a cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta, diedero un'enorme svolta organizzativa al fenomeno.

Inizialmente, dopo la Seconda guerra mondiale, gli aspetti sociali di vita della persona non venivano considerati nell'ambito della salute, pertanto, i Servizi rispondevano al problema solo attraverso l'utilizzo delle classiche pratiche terapeutiche. Infatti, per via della Legge Crispi, n. 6972 del 1890, le attività assistenziali di natura sociale erano confinate ad associazioni di beneficenza, volontariato e ai Comuni (Rossi, 2014). L'approccio utilizzato era quello medico, centrato sui concetti di corpo e patologia. In quel periodo, la legge di riferimento era la n.36 del 1904 "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*" che delineava un sistema basato sulla pericolosità sociale del malato psichiatrico e sull'obbligatorietà del trattamento (Campanini, 2020). Gli interventi si svolgevano quindi attraverso la diagnosi e la cura delle parti lese della persona, al fine di normalizzare gli aspetti disfunzionanti causati dalla malattia mentale.

Nel periodo a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso l'attenzione non è più centrata sul concetto di corpo, bensì sempre più sulla persona. Le idee sono sempre più rivolte ad un obiettivo riabilitativo e ad un successivo reinserimento sociale. Tuttavia, in questa fase storica, il percorso di riabilitazione avviene ancora all'interno degli istituti manicomiali.

Il 1968 rappresenta un anno cardine per la realtà politica e culturale dell'Italia, perché attraverso le proteste, si rivendicavano una serie di diritti civili, politici e sociali. Le lotte della popolazione interessano anche il campo della Salute Mentale, con grosse spinte volte al superamento dei manicomi e alla strutturazione di una rete di servizi territoriali. Anche gli Assistenti Sociali contestano la realtà di quegli anni, enfatizzando la necessità di attuare cambiamenti a livello strutturale. Il mondo della psichiatria in quegli anni venne investito da una transizione lessicale e concettuale importante: si passò da termini quali “manicomio” ad “ospedale psichiatrico”, da “alienazione” a “malattia mentale” o ancora da “custodia di manicomio” ad “assistenza sanitaria specializzata e sociale”. Queste modifiche rispecchiavano esattamente le idee in fermento di quegli anni. Tuttavia, si dovrà attendere la legge 180/78 per un'effettiva trasformazione (Campanini, 2020). In questi dieci anni, nel frattempo, vennero istituiti i Centri di Igiene Mentale, attraverso l'art. 3 della legge n. 431/1968. All'interno di questi Servizi, aventi però ancora una matrice di stampo manicomiale, gli Assistenti Sociali iniziano a sperimentare e adottare ottiche innovative, dando sempre maggiore rilievo ed importanza all'interconnessione con il territorio (Capello Rizzarello 2014).

I grandi dibattiti e le sperimentazioni di quegli anni portarono, alla fine degli anni Settanta, alla riforma psichiatrica e sanitaria. Nel maggio del Settantotto, infatti, viene approvata la legge 180/78, la quale, in materia di salute mentale, supera l'istituzione manicomiale, introducendo inoltre i Trattamenti Sanitari Obbligatori e Volontari. Grazie a questa riforma, ora, la cura del disturbo psichiatrico non considera più l'internamento in una struttura manicomiale, ma prevede la presa in carico da parte di una rete di servizi territoriali, volta alla cura della persona. Il Servizio Sociale ora si impegna a realizzare interventi finalizzati alla domiciliarità, all'inserimento sociale e lavorativo. Si arriva quindi ad “una visione unitaria e integrata della salute – fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio” (Giorgi, Pavan, 2019, p.432). Inoltre, un'altra grande novità introdotta nel Settantotto, è la legge n.833/78 che introduce il Servizio Sanitario Nazionale, costituendo così i distretti sociosanitari, avvicinando in questo modo i servizi ai cittadini e favorendone la partecipazione (Campanini, 2020). Il territorio acquista così un ruolo imprescindibile, non solo perché cardine della programmazione e degli interventi, ma diventa anche il luogo di integrazione

sociosanitaria tra i diversi Servizi e professionisti durante la fase di progettazione e realizzazione dei progetti specifici per le persone.

Successivamente, il quadro di riferimento normativo, venne meglio delineato dai Piani sanitari nazionali e dai due Progetti obiettivo: il primo, del 1994, sancisce l'organizzazione di matrice dipartimentale del SSN, individuando il Centro di Salute Mentale come struttura sanitaria territoriale e non ospedaliera; il secondo progetto obiettivo, del 1999, invece, pone l'attenzione rispetto al pericolo connesso al mancato coordinamento tra le varie figure professionali presenti durante il percorso di cura e riabilitazione.

Emersero però delle criticità che misero in discussione l'efficienza del vecchio Sistema Sanitario Nazionale: in primis, risultò complesso il rispetto delle competenze e dei ruoli di Stato e Regioni. Inoltre, la cospicua presenza politica all'interno della programmazione e gestione dei Servizi favorì casi di clientelismo, in cui le nomine del personale avvenivano in base alla vicinanza a particolari schieramenti.

Un passo cardine che interessa la figura dell'Assistente Sociale in Italia avviene con l'introduzione della *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, conosciuta anche come Legge 328/2000. Quest'ultima riconosce un ruolo chiave all'Assistente Sociale, attribuendogli una posizione centrale nella costruzione e nel mantenimento della rete, risaltandone la specificità professionale e affidandogli funzioni di promozione e coordinamento, volti a valorizzare le risorse disponibili e a rispondere ai bisogni. Infatti, la Legge 328/2000 prevede l'introduzione del Piano di Zona, ovvero di uno strumento essenziale per la gestione delle politiche sociali a livello territoriale, a cui partecipa anche la figura dell'Assistente Sociale. I Comuni ora sono i soggetti principali per l'erogazione dei servizi sociosanitari; le Regioni, invece, sono incaricate di fornire il quadro normativo di riferimento al quale i Comuni sono obbligati ad aderire. Lo Stato, a sua volta, ha il compito di definire i LIVEAS, ovvero i livelli essenziali di assistenza sociale che devono essere rispettati dalle aziende. L'ottica è quella di favorire sempre più l'integrazione tra Servizi, per poter fronteggiare al meglio situazioni di difficoltà progressivamente più complesse che coinvolgono più fattori, ad esempio questioni di lavoro o di salute (Campanini, 2020). Con la riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta nel 2001, le competenze nell'area del welfare vengono attribuite alle Regioni, contribuendo così a creare un

dislivello a livello nazionale, rendendo sempre più complesso l'obiettivo verso una maggiore uniformità dei diritti e delle linee operative (Ferrario, 2014, cit. in Campanini, 2020).

Oggi l'attenzione è sempre più rivolta alla prevenzione dei disturbi mentali, all'accesso ai servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e all'esercizio dei diritti umani, per poter garantire alle persone affette dalla malattia mentale il più alto livello di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione (Campanini, 2020).

1.2. La salute mentale oggi

Come già precedentemente accennato, la realtà psichiatrica italiana venne estremamente revisionata con l'introduzione della Legge Basaglia, legge 180/78. La fine dell'era manicomiale fu frutto di un cambiamento culturale e legislativo significativo, che spostò l'interesse dal concetto di cura a quello di riabilitazione, intesa come un processo finalizzato ad identificare, prevenire e ridurre le cause invalidanti, e, nello stesso tempo, sostenere la persona affinché possa sviluppare e adoperare le proprie risorse personali (Ba, 2003, cit. in Campanini, 2020). Si iniziò quindi a prendere in considerazione più elementi che caratterizzano il disturbo della persona: la gestione delle competenze sociali, la riduzione dello stigma e il sostegno sociale con risposte a bisogni riguardanti casa, lavoro e relazioni interpersonali. In quest'ottica, riabilitare significa concentrarsi sull'invalidità causata dal disturbo mentale, con il fine di aiutare la persona a guarire, ovvero, a rimuovere le barriere causate dall'invalidità, aumentando le possibilità della persona di scambio di risorse e affetti e potenziando la sua autonomia individuale e il senso di responsabilità verso sé stesso e gli altri. Questo lavoro centrato sulle competenze personali consente all'individuo di affrontare le sfide e i problemi quotidiani, affiancato da un percorso che riguardi il contesto ambientale familiare, sociale e lavorativo (Carozza, 2006, cit. in Campanini, 2020).

La legge 180/78, sancisce definitivamente la fine del manicomio, tuttavia, mantiene la possibilità di adottare soluzioni necessarie nei confronti dei malati di mente, attraverso il trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Il ricovero obbligatorio viene

effettuato presso una struttura ospedaliera nel momento in cui le certificazioni mediche attestino che: la persona si trova in uno stato di alterazione tale da necessitare urgenti interventi terapeutici; gli interventi proposti per la cura vengono rifiutati; non è possibile adottare misure tempestive extra ospedaliere.

Ora, l'attenzione è alla salute in senso generale, e si ritiene che, attraverso la collaborazione con famiglia e l'ambiente del paziente, si possa fronteggiare l'evoluzione della malattia e i mutamenti della qualità della vita (Campanini, 2020). Di conseguenza, i Servizi interessati alla cura della salute mentale adottano politiche atte a garantire condizioni di vita soddisfacenti alle persone affette da disturbi mentali attraverso sia aiuti di natura economica e materiale, sia dando la possibilità di vivere e di riabilitazione in residenze protette e/o semi-protette, cercando di favorire l'inserimento lavorativo e l'accesso a contesti di socializzazione. Come si evince, oggi Servizi e legislatura non agiscono più attraverso la cura e la segregazione della persona, bensì operano per favorire quanto più possibile il reinserimento sociale (Carli, Paniccia 2011).

Con l'entrata in vigore della legge 833/78, venne istituito il DSM (Dipartimento di Salute Mentale), ossia l'insieme delle strutture e dei servizi coinvolti nella presa in carico. Oggi, la struttura del Dipartimento di Salute Mentale si compone di:

- Centri di Salute Mentale (CSM): coordina le attività sul territorio di riferimento per la prevenzione e la tutela della salute mentale della popolazione. Effettua diagnosi, cura e riabilitazione di tutti i disturbi mentali per persone maggiorenni. Nel CSM vengono elaborati progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, attuati con un'attività territoriale programmata che comprende la possibilità di interventi ambulatoriali, nell'ambiente sociale e al domicilio del paziente. Nel CSM opera un team multi professionale composto da medico psichiatra, psicologo, infermiere professionale, OSS, assistente sociale, educatore professionale e/o terapeuta della riabilitazione. Per ogni paziente che necessiti una presa in carico viene individuato un operatore di riferimento;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): si tratta di una struttura inserita all'interno dell'ospedale, destinata al trattamento di patologie acute mentali non gestibili ambulatorialmente al CSM o a domicilio e che necessitano pertanto di ricovero. Eroga trattamenti sanitari in regime di

ricovero ospedaliero, volontari (TSV) od obbligatori (TSO). Il ricovero avviene in seguito ad una valutazione psichiatrica al Pronto Soccorso o in altro reparto dell'Ospedale, oppure su invio previa valutazione da parte del CSM. All'interno del SPDC operano: psicologo, medico psichiatra, infermieri e operatori socio-sanitari. Il Servizio compie attività clinica specialistica di approfondimento diagnostico, psicopatologico e strumentale, colloquio clinici psichiatrici, psicologici e terapia farmacologica, colloqui di sostegno e di gruppo da parte degli infermieri, attività di psicoterapia di gruppo e psicoeducazionale;

- Strutture semiresidenziali Day Hospital Territoriale (DHT): il Day Hospital Territoriale è l'area sanitaria per interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi a breve e medio termine, per i quali si ritiene insufficiente l'intervento ambulatoriale e non sia opportuna la degenza in regime di ricovero ospedaliero. Gli interventi previsti consistono in colloquio psichiatrici e/o psicologici, colloqui di valutazione, sostegno da parte degli infermieri e trattamenti farmacologici. È possibile l'integrazione con attività riabilitative o con azioni di tipo educativo realizzati attraverso altri operatori;
- Centro Diurno (CD): si tratta di una struttura sanitaria con funzioni terapeutico-riabilitative finalizzata a favorire il recupero di capacità compromesse dalla patologia e la reintegrazione sociale dei soggetti con disturbi mentali. All'interno del Centro vengono svolte attività specifiche di provata efficacia nel recupero di funzionalità compromesse dalla patologia, attività volte a favorire il reinserimento nei contesti sociali quotidiani e attività di sostegno alle famiglie ed al paziente volte a contrastare il disagio dato dagli aspetti residuali della patologia;
- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP): si tratta di strutture residenziali, aperte 24/24, di natura sanitaria, destinate ad interventi terapeutico-riabilitativi, continuativi e prolungati, per situazioni patologiche conseguenti o correlate alle malattie mentali. La condizione di residenzialità vuol consentire un intervento continuativo ed intenso mirato alla riacquisizione di abilità personali e di capacità relazionali e sociali. L'inserimento avviene con un progetto personalizzato, documentato e

rivalutato periodicamente dal team multi professionale formulato su proposta dell'équipe del CSM. L'équipe è formata da un medico responsabile clinico, infermieri e OSS. A seconda dell'intensità del progetto terapeutico riabilitativo e quindi delle necessità assistenziali, le CTRP vengono classificate in Tipo A e Tipo B;

- Comunità alloggio di Base ed Estensiva (CA): sono strutture socio-sanitarie, con diversi livelli di assistenza, destinate ad interventi terapeutico-riabilitativi, continuativi e prolungati, da effettuarsi in un contesto di tipo comunitario per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale. Sono destinate alla prosecuzione del progetto riabilitativo a favore di persone con problemi psichiatrici gravi ma in fase di compenso che presentano parziali livelli di autonomia e necessitano ancora di sostegno per la gestione della propria autosufficienza. La loro finalità è l'accoglienza e la gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue. I livelli di protezione previsti dalla normativa vigente riflettono anche il grado di autonomia dei pazienti e le diverse caratteristiche del progetto riabilitativo: la Comunità Alloggio Base ospita persone che hanno già recuperato una buona autonomia e la presenza del personale è garantita sulle 12 ore; la Comunità Alloggio Estensiva, invece, prevede percorsi di durata prolungata per persone che hanno ancora necessità di un forte supporto assistenziale e che hanno già attuato percorsi terapeutico riabilitativi intensivi. La gestione prevede la presenza di personale sulle 24 ore;
- Gruppi Appartamento e Gruppi Appartamento Protetti (GA e GAP): si tratta di strutture socio-sanitarie destinate alla riabilitazione di persone con problematiche psichiatriche, che abbiano raggiunto un buon livello di autosufficienza, in grado di assolvere da soli, o con un minimo sostegno, le funzioni della vita quotidiana. Gli interventi terapeutico-riabilitativi si concentrano prevalentemente sul sostegno alla gestione autonoma della vita quotidiana della persona e della cura della persona, privilegiando i contesti di vita comunitaria.

Oggi, quindi, la riabilitazione fornita dai Dipartimenti di Salute Mentale interessa sia l'individuo, sia la comunità in cui è inserito, affinché quest'ultima possa

accompagnare la persona nel percorso riabilitativo. Il recupero delle capacità perse a causa della malattia e il miglioramento delle dinamiche sociali mirano a garantire l'autonomia dell'utente e al proseguimento della propria vita il più possibile indipendente dai servizi sociosanitari. I DSM ora sono quindi orientati verso riabilitazione, considerando le persone affette da disturbi di salute mentale come risorse e soggetti attivi, invece di cercare di aggiustare gli effetti negativi della malattia attraverso percorsi di riabilitazione prestabiliti. Al contrario, i Servizi concentrati sul contenimento del disturbo, non sono a conoscenza di come le persone imparino a far fronte alla patologia (Davidson, 1994, cit. in Campanini, 2020).

1.3. Funzioni dell'assistente sociale all'interno del Centro di Salute Mentale

La figura dell'Assistente Sociale non è sempre stata presente all'interno dei servizi di salute mentale, infatti, questa professione approda in questo mondo solamente nel 1948 (e in un primo momento solo all'interno dei manicomi) a seguito della promulgazione della Costituzione della Repubblica. Inizialmente l'Assistente Sociale svolge piccole funzioni burocratiche, seguendo principalmente le direttive dello psichiatra. (Civenti, Cocchi, 1994, cit. in Campanini, 2020). La vera svolta arriva con l'introduzione della legge Basaglia: ora per i pazienti psichiatrici la figura dell'Assistente Sociale funge da collante tra il sistema sanitario e sociale, al fine di favorire una presa in carico globale della persona e il suo reinserimento nell'ambiente naturale di vita. La figura dell'Assistente Sociale ha acquisito negli anni sempre più importanza nel Dipartimento di Salute Mentale, instaurando e/o rafforzando i legami tra enti pubblici e terzo settore, offrendo un aiuto concreto agli utenti attraverso il supporto costante, favorendo così l'autonomia della persona durante la sua quotidianità. Questo graduale avanzamento professionale è dovuto ad una progressiva presa di coscienza rispetto alla cura della patologia mentale: il disagio psichico è accompagnato da un disagio sociale, di conseguenza non è pensabile di sezionare il problema dando maggiore importanza al solo aspetto psichiatrico, ma si dovranno compiere anche azioni rivolte all'attenzione dell'ambiente in cui la persona vive (Campanini, 2020). È necessario che l'Assistente Sociale abbia una mappatura ben chiara delle risorse presenti e disponibili nel territorio, in termini di servizi, cooperative del terzo settore, enti, associazioni. Per poter

concretizzare la presa in carico globale nei confronti dell'utente, infatti, il professionista deve programmare interventi specifici affiancando il supporto di altri enti, per poter offrire il miglior piano di trattamento individuale possibile alla persona. All'Assistente Sociale funge quindi da collante tra le varie parti coinvolte, orientandole al benessere della persona.

Ad oggi, all'interno del Centro di Salute Mentale, l'Assistente Sociale ricopre una posizione essenziale per la promozione ed il mantenimento del benessere psicofisico dei soggetti affetti da patologie mentali e per il loro reinserimento sociale. Il Professionista si interfaccia sia con i limiti ed i deficit causati dalla patologia mentale, che con le potenzialità possedute dall'utente stesso. Se durante la presa in carico lo psichiatra e lo psicologo, al di là dell'ambiente sanitario, hanno il compito di risolvere i conflitti interiori agendo sugli aspetti patologici della personalità, l'Assistente Sociale, impegnato invece nella sfera sociale dell'utente, si concentra maggiormente sugli aspetti sani della persona e sulle abilità residue, facendo leva su quelli e agendo con interventi concreti per favorire l'*empowerment*, assumendo un ruolo più educativo (Civenti, Cocchi, 1994, cit. in Campanini, 2020). È quindi di fondamentale importanza che quest'ultimo tenga sempre in considerazione il punto di vista della persona, in relazione alla situazione di disagio che la interessa e al modo che ha di affrontare i problemi, sia del passato che della quotidianità, sostenendola e considerandola sempre come soggetto attivo, favorendo la capacità di prendere decisioni, fare programmi e di organizzarsi.

Nella relazione con l'utente, soprattutto durante le prime fasi della presa in carico, l'Assistente Sociale agisce attraverso interventi principalmente di segretariato sociale, consentendo l'orientamento dell'utente verso i corretti ambiti previdenziali, per poter ricevere ad esempio l'invalidità civile, l'inabilità lavorativa o la pensione sociale, oppure indirizza la persona alla conoscenza e l'eventuale presa in carico in altri servizi del territorio (Campanini, 2020). In questa prima fase, che coincide anche con la raccolta di informazioni, il professionista può affidarsi anche all'ambiente di vita della persona, come la famiglia, le reti amicali, oppure può avvalersi anche delle segnalazioni fatte da altri servizi.

Davanti ad un bisogno complesso, per il quale è necessaria la valutazione e l'intervento di differenti professionisti, l'Assistente Sociale partecipa all'elaborazione e alla compilazione, assieme ai membri dell'équipe, del progetto individualizzato rivolto

all'utente. L'Assistente Sociale, al fine di ricostruire l'identità della persona e nel recupero delle risorse, deve rilevare i bisogni, le esigenze espresse e le aspettative rivolte al futuro.

Come già precedentemente accennato, nella fase di presa in carico, la persona con problemi di natura mentale necessita di interventi multidisciplinari e multiprofessionali. Nel concreto, l'Assistente Sociale del CSM agisce in diverse aree (Beneduce, 2000, cit. in Campanini, 2020): la prima riguarda la limitazione della capacità giuridica dell'utente. Qualora la patologia psichiatrica limiti o influenzi le abilità e le capacità giuridiche della persona, il professionista è coinvolto nella nomina dell'Amministratore di Sostegno, come previsto dalla legge n.6 del 2004. Dopo che lo psichiatra ha verificato l'incapacità della persona, l'Assistente Sociale collabora a stilare una relazione in cui sono contenuti sia gli aspetti clinici di natura sanitaria, sia informazioni personali (riguardanti il patrimonio e la situazione familiare) del paziente. L'Assistente Sociale agisce nei confronti dell'utente affinché tale limitazione non venga percepita come una costrizione con finalità di controllo, bensì come una protezione ed un sostegno (Campanini, 2020). In quest'area il professionista può assumere anche un ruolo di mediatore con i familiari, informandoli riguardo le procedure burocratiche e sostenendoli nella scelta della soluzione più adeguata da intraprendere per la persona malata.

Un'altra area di intervento che interessa l'Assistente Sociale del Centro di Salute Mentale riguarda la sfera familiare dell'utente, indipendentemente dal fatto che sia figlio o genitore. Qualora la persona rimanga inserita all'interno del proprio contesto familiare, l'Assistente Sociale ricopre un ruolo fondamentale per quanto riguarda il contributo ai cosiddetti *caregivers*, ovvero coloro che affiancano e seguono la cura della persona malata. La situazione familiare molto spesso può gravare notevolmente sulla vita dei *caregivers*, che si trovano a dover svolgere un carico di impegni molto stressanti, sia per quanto riguarda la loro vita quotidiana sia per provvedere alla persona malata e alle sue necessità. L'Assistente Sociale in questo caso ha il compito di intervenire a supporto delle famiglie, cercando di fronteggiare tutte quelle criticità di natura psicologica che il caregiver si trova a sopportare, come ad esempio accettare la malattia della persona cara. Inoltre, il professionista può intervenire attraverso periodici colloqui con le famiglie della persona, organizzando specifici gruppi di auto-mutuo aiuto, coinvolgendo quindi altre persone che si trovano in condizioni simili. Questi gruppi di auto-mutuo aiuto sono di grande supporto perché permettono di condividere le difficoltà di ognuno, facendo sentire

meno sole le persone lì presenti, anche grazie allo scambio di consigli e possibili soluzioni. L'Assistente Sociale risulta di fondamentale importanza anche nel momento in cui le famiglie non si dimostrino interessate e non partecipano alla vita della persona; il professionista cercherà di agire per il recupero dei rapporti, affinché si possa creare una relazione collaborativa, nell'interesse dell'assistito.

L'Assistente Sociale agisce anche per quanto riguarda il mondo lavorativo dell'utente. Per quest'ultimo, il lavoro è uno strumento assai importante, perché consente di reimparare ad organizzarsi la giornata in maniera salutare, di accrescere la propria autonomia nella gestione del denaro e migliorare l'organizzazione per quanto riguarda gli spostamenti. Inoltre, per le persone affette da disturbi mentali, il lavoro permette alla persona di identificarsi con il ruolo acquisito, potenziando la propria immagine di sé, favorendo le relazioni e l'inserimento nelle reti sociali, aumentando così la serenità dell'utente e, di conseguenza, diminuiscono i periodi di crisi acuta delle patologie e alleggerendo il carico di cura che grava sui *caregivers*. Questo processo è reso possibile dall'interconnessione professionale tra Assistente Sociale del CSM e Servizi quali centri per l'impiego, il Servizio di Inserimento Lavorativo e le cooperative (Campanini, 2020). Infine, l'Assistente Sociale, qualora l'utente necessiti di assistenza continua, partecipa assieme all'équipe ai programmi di inserimento in strutture semiresidenziali o residenziali del Dipartimento di Salute Mentale o convenzionate con esso. L'inserimento in struttura ha lo scopo di fornire alla persona un ambiente adeguato e adatto dal punto di vista relazionale e riabilitativo, favorendo così l'integrazione sociale e l'aumento del livello di autonomia individuale. In questo modo, sarà garantito alla persona il supporto necessario per affrontare la quotidianità, favorendo così le basi per un successivo reinserimento sociale.

Come si evince, all'interno del Centro di Salute Mentale l'Assistente Sociale ricopre un ruolo di fondamentale importanza. A quest'ultimo spetta il merito di sostenere l'integrazione tra i vari Servizi del territorio per poter garantire un'efficace presa in carico, sia in conformità della legge che del proprio mandato deontologico e professionale. L'Assistente Sociale deve essere quindi in grado di analizzare il contesto e cogliere le necessità individuali dell'utente, al fine di riabilitare la persona imparando ad affrontare le difficoltà che la malattia mentale comporta, promuovendo inoltre la rimozione di qualsiasi forma di discriminazione e stigmatizzazione.

CAPITOLO 2

RUOLO E COMPETENZE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ALL'INTERNO DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE

2.1 Gli strumenti professionali dell'assistente sociale nella salute mentale

Come già precedentemente affermato, l'azione professionale dell'assistente sociale è orientata a promuovere condizioni benessere ed equilibrio all'interno dell'ambiente delle persone, promuovendo azioni che rendano possibile il verificarsi sia della crescita e realizzazione personale, sia dello sviluppo collettivo (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020). Il processo di aiuto è quindi orientato all'introduzione di cambiamenti che interessano il piano relazionale ed emotivo della persona, attraverso una diversa configurazione della situazione, la promozione della consapevolezza e responsabilità, l'aumento delle competenze sociali, dell'autonomia, delle risorse e azioni volte a rimuovere le cause del disagio (Dal Pra Ponticelli, 1983), accrescendo il livello di soddisfazione ed autorealizzazione. L'assistente sociale guarda la persona nella sua globalità, considerandola come soggetto attivo e tenendo sempre conto dell'indivisibilità con il contesto in cui è inserita e delle potenzialità da realizzare. Quest'ottica di promozione del benessere si impegna dunque accrescere e rafforzare la capacità di azione sia della persona, che della società.

Nella relazione d'aiuto, il procedere dell'assistente sociale è orientato alla persona e volto al raggiungimento dell'obiettivo concordato, fondato sulle rispettive responsabilità. È quindi di fondamentale importanza che il legame tra il professionista e l'utente sia autentico, affinché la relazione diventi un'opportunità per promuovere crescita e cambiamento. La relazione, dunque, deve accompagnare la persona all'individuazione e alla persecuzione degli obiettivi, attraverso la riflessione e il sostegno nella capacità di scegliere e decidere. Affinché si possano concretizzare le attività ed il raggiungimento

degli obiettivi prefissati, l'assistente sociale si serve di strumenti che agiscono su diversi fronti: attraverso le relazioni umane e sociali per agire a livello personale e familiare; tramite le opportunità offerte dal contesto socio-ambientale il professionista interviene a livello sociale; infine, mediante prestazioni a livello istituzionale (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020). Concretamente, l'assistente sociale agisce tramite il colloquio, la visita domiciliare, la documentazione professionale e la capacità di ascolto e osservazione.

Il colloquio è uno strumento fondamentale, necessario ed indispensabile per il professionista, mediante cui opera in un rapporto diretto con le persone. Attraverso il colloquio, l'assistente sociale può arrivare a conoscere direttamente i problemi sociali del paziente, può approfondire la natura del bisogno, permette di studiare diversi aspetti della problematica, scoprendo ed analizzando sempre più il vissuto dell'utente, creando allo stesso tempo le condizioni per poter lavorare con quest'ultimo. Attraverso la comunicazione verbale e non verbale, veicolano sia aspetti volti alla costruzione di una relazione significativa, sia aspetti finalizzati ad attivare i mezzi e le risorse disponibili dall'ambiente e dal Dipartimento di Salute Mentale (Campanini, 2002, cit. in Campanini, 2020). È importante non confondere uno strumento come il colloquio con una normale conversazione: il colloquio è un'interazione tra il professionista e la persona con uno scopo ben preciso, delineato ed accettato da entrambe le parti (Kadushin, 1980, cit. in Allegri et al., 2017). Dunque, durante lo svolgimento di un colloquio tra assistente sociale ed utente, verranno appositamente trattati uno o pochi argomenti, relativi all'obiettivo che ci si è posti. È opportuno che il professionista mantenga la regia dell'interazione, controllandone le modalità e i tempi (Allegri, et al., 2017). Ad esempio, l'assistente sociale, in base alla situazione, può decidere se il colloquio debba essere svolto con la sola persona o affiancato dalla presenza di persone vicine all'ambiente di vita quotidiano dell'utente. Ma non solo, il professionista può valutare anche il contesto ambientale in cui svolgere fisicamente il colloquio, se in ufficio o nell'abitazione dell'utente, attraverso una visita domiciliare. Tali variabili influenzano direttamente il colloquio, per cui dovranno essere attivate tecniche e strategie specifiche (Miodini, Zini, 1997, cit. in Allegri et al., 2017). A tal proposito, va considerato il tipo di utenza con cui gli assistenti sociali dell'ambito svolgono la loro azione professionale. Generalmente, si tratta di utenti che appartengono ad una classe meno agiata, sia da un punto di vista economico che culturale

e che chiedono di essere accettate per quello che sono, evitando stigma e pregiudizi. Alcuni, ad esempio, sentono l'esigenza di ripetere sempre le stesse domande, raccontare sempre le stesse storie e chiedono costantemente attenzione e ascolto. Altri, al contrario, manifestano assoluta passività, evitando di partecipare alle attività e di assumersi alcun tipo di responsabilità per la paura di sbagliare.

Proprio per la peculiarità del servizio in cui è inserito, è importante che l'assistente sociale che opera all'interno del Centro di Salute Mentale approcci a questo tipo di utenza modulando il proprio atteggiamento in base a ciò che percepisce e sviluppi durante il colloquio una serie di determinate abilità atte alla buona costruzione di una relazione professionale durante la fase presa in carico, anche con una prospettiva di tutela verso sé stesso. In primis, risulta fondamentale per il professionista stabilire un corretto grado di empatia nei confronti dell'utente, ovvero, essere in grado di accompagnare emotivamente la persona durante il percorso, mantenendo comunque una certa distanza emotiva, per evitare di restare eccessivamente coinvolti (Allegri, 1997). Nel lavoro empatico col paziente psichiatrico, il professionista deve saper riconoscere le emozioni della persona, riconoscendo il contenuto legato ai pensieri che suscita, e deve riuscire ad utilizzarle ai fini terapeutici. Di conseguenza, l'assistente sociale deve essere in grado di cogliere tutti gli aspetti relativi anche alla comunicazione non verbale che avvengono durante il colloquio, per poter cogliere al meglio gli stati emotivi, l'autenticità, e il grado di sofferenza. A causa della malattia mentale più o meno invalidante, durante un colloquio, al professionista spetta sia il compito di facilitare la comunicazione verbale con l'utente, rendendo l'interazione più fluida e ricca di informazioni, sia fronteggiare diverse situazioni comunicative complesse che potrebbero verificarsi, evitando che l'utente si faccia l'idea di un professionista distratto o superficiale. È indispensabile che il professionista sappia cogliere anche le parole ed i comportamenti provocatori della persona, cercando di reagire attraverso comportamenti utili a beneficio di quest'ultima, evitando di rispondere ad una provocazione con un'altra provocazione. Dal canto suo però, l'assistente sociale non deve fornire stimoli personali (ad esempio noia, fastidio) o ambientali (ad esempio lunghe attese del paziente per il colloquio) evitando di scatenare nel paziente una situazione di crisi o destabilizzazione. È inoltre di fondamentale importanza che l'assistente sociale dimostri all'utente di averlo compreso, stimolandolo a fornire ulteriori informazioni ed invitandolo ad esternare i suoi dubbi. In questa fase, è

utile usare maggiormente le stesse parole e frasi utilizzate dal paziente. Durante la fase di colloquio, tra i compiti dell'assistente sociale collocato nel CSM vi è anche quello, qualora ce ne fosse il bisogno, di richiamare l'utente alla realtà, tenendo sempre a mente le difficoltà che la persona può manifestare durante l'interazione e agendo adattandosi alle capacità di comprensione sia cognitiva che emotiva che quest'ultimo presenta. Inoltre, il professionista deve fare attenzione a non trasformare il colloquio in un interrogatorio, riempiendo di "perché" la persona ed assumendo un atteggiamento giudicante nei suoi confronti. Questo andrebbe ad intaccare e destabilizzare la relazione con l'utente, bloccando di conseguenza il colloquio per via del timore di essere giudicato o manipolato (Clerici et al., 2017).

Strettamente legato al colloquio è lo strumento della visita domiciliare. Essa viene infatti definita come un particolare tipo di colloquio, caratterizzato dalla particolarità dell'ambiente, poiché "si svolge in uno spazio diverso da quello istituzionale" (Cellentani, 1997, p. 157) in cui l'assistente sociale lavora quotidianamente. Per via della familiarità con il proprio ambiente di vita, è la persona ad avere il controllo della relazione al suo interno (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020). Attraverso la visita domiciliare, il professionista è aiutato a comprendere le circostanze in cui vivono gli interessati ma non solo, permette di essere maggiormente vicini alle persone nei loro contesti di vita quotidiana, per seguirle ed accompagnarle nel processo di aiuto. Entrare nel domicilio della persona significa interrompere la routine quotidiana dell'utente, andando a vedere cosa fa quest'ultimo nella sua intimità, come si comporta, chi frequenta e come si relaziona. Di conseguenza, l'assistente sociale deve aver ben chiaro, e nel caso chiarire anche all'utenza, lo scopo della visita domiciliare, in modo da evitare fraintendimenti sull'utilizzo dello strumento. La visita domiciliare è caratterizzata da diversi elementi: innanzitutto il controllo e gestione da parte dell'utente, ad esempio, l'assistente sociale può essere accolto nella stanza riservata per gli ospiti, oppure il professionista può trovarsi di fronte ad una casa elegante e pulita proprio in vista dell'arrivo di quest'ultimo; in seconda battuta, la fiducia è un'importante tappa di iniziazione rispetto alla relazione d'aiuto; infine, la visita domiciliare è vista come una disponibilità a conoscere e ad entrare in contatto con l'utente e la sua sofferenza. (Allegri, et al., 2017).

Un altro strumento a disposizione dell'assistente sociale del CSM è la documentazione professionale. Se il patrimonio informativo ricavato dai continui scambi comunicativi, sia con l'utente, che con altri professionisti o altri Servizi, non venisse adeguatamente documentato, rischierebbe di essere disperso. Inoltre, la documentazione ha lo scopo di analisi e rielaborazione, poiché attraverso questo strumento il professionista chiarisce e riorganizza le idee attribuendo un senso alle azioni compiute. Inoltre, consente di progettare e valutare l'andamento del progetto. Questo perché la costante documentazione agevola l'individuazione di obiettivi e priorità, fornendo inoltre la possibilità di valutare il percorso in riferimento agli obiettivi precedentemente stabiliti (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020).

Infine, è fondamentale che l'assistente sociale, tra i suoi strumenti, acquisisca e affini la propria capacità di ascolto e osservazione, necessari per la conoscenza e la comprensione. Quest'ultimi consentono, per ciò che riguarda l'utente, di stabilire nei suoi confronti un contatto non superficiale; per ciò che riguarda l'assistente sociale, consentono di rilevare le emozioni suscitate durante il corso dell'incontro con la persona. Per ascolto non si intende solamente il banale udire ciò che accade nel luogo in cui proviene l'incontro, bensì si riferisce anche a ciò che avviene all'interno del professionista, ascoltando ad esempio le preoccupazioni che lo turbano. Al contempo, l'osservazione è un ulteriore fonte d'informazione, che permette la comprensione dei messaggi non verbali espressi dall'utente. Richiede una partecipazione autentica ed attiva del professionista per poter riuscire a cogliere segnali ed indizi, recependo e comprendendo al meglio il messaggio. Rispetto alla situazione, l'osservatore deve saper porsi in maniera ricettiva, implicando l'uso del proprio sé per poter esserci e sentire, consapevole di influenzare la stessa situazione osservata. L'assistente sociale infatti, nell'atto dell'osservazione, porta con sé il proprio mondo interno, che lo aiuta a comprendere, oppure può distorcerla o ostacolarla.

Nell'esercitare la sua professione, il professionista deve impegnarsi a non perdere mai di vista i principi declinati nel codice deontologico, quali il rispetto della persona nella sua globalità, il diritto all'autodeterminazione e la valorizzazione delle risorse.

Concludendo, come si evince, l'assistente sociale è una figura fondamentale per il Dipartimento di Salute Mentale, perché attraverso il corretto uso dei propri strumenti professionali, offre un concreto aiuto agli utenti, che se stimolati e supportati possono

riprendere in mano la conduzione della propria vita, imparando ad affrontare le difficoltà che la malattia comporta.

2.2 Il ruolo all'interno dell'équipe e il lavoro di rete

Come già accennato, per fronteggiare la natura complessa e multiforme dei problemi sociosanitari, la normativa riguardante i servizi sociali punta alla gestione unitaria e integrata degli interventi attraverso la cooperazione e i contributi di tutti gli attori coinvolti. Richiede quindi l'integrazione del contributo di ruoli professionali differenti, di competenze, di responsabilità e di risorse differenziate (Fabbri, 2006) per poter consentire l'attivazione di maggiori risorse per l'attuazione degli interventi di aiuto, favorendo una visione più ampia dell'osservazione del caso. Il professionista che partecipa all'équipe rappresenta quindi una specifica disciplina, portando con sé precise conoscenze della materia, informazioni e risorse. Per un buon funzionamento dell'équipe, è importante che i membri riconoscano il ruolo di ciascuno dei presenti, come professionisti di una determinata area di intervento, riconoscendo quali sono le proprie specifiche competenze e i proprio compiti, distinguendoli da quelli degli altri professionisti. Inoltre, è di fondamentale importanza che le informazioni rilevate da ciascun membro circolino all'interno dell'équipe multidisciplinare, diventando così patrimonio di conoscenza comune. Attraverso le riunioni d'équipe vengono discussi e fissati gli obiettivi da raggiungere, le modalità e i compiti per conseguirli.

All'interno del Centro di Salute Mentale, ma non solo, il lavoro d'équipe è un processo volto ad un obiettivo prestabilito dai partecipanti stessi attraverso il continuo dialogo ed aggiornamento riguardo le situazioni degli interessati. Si tratta quindi di una presa in carico continuativa e a lungo termine, per poter permettere una maggiore efficacia degli interventi nei confronti degli utenti affetti da gravi disturbi mentali. L'équipe del CSM si compone in genere di diverse figure professionali: psichiatri, educatori, psicologi, assistenti sociali e personale infermieristico e socio-sanitario. L'integrazione, quindi, si realizza concretamente nel momento in cui tutti i professionisti membri del gruppo si confrontano sugli aspetti che interessano l'utente, discutendo le varie possibilità d'intervento in maniera aperta e disponibile, stando al passo con i bisogni in continua evoluzione dell'utente.

Seppur, come affermato in precedenza, ogni professionista contribuisce al lavoro d'équipe in base al proprio ruolo, vi sono comunque funzioni comuni a tutti i membri. Ad esempio, è necessario che gli operatori, nel corso del loro primo contatto con l'utente, sappiano cogliere i segnali ed i bisogni espressi da quest'ultimo, in modo da poterne discutere in seguito con gli altri professionisti e per poter poi adeguare al meglio il tipo di intervento. D'altra parte, invece, per poter garantire un buon funzionamento dell'équipe, è bene che ogni professionista non si sostituisca ad altri ruoli. Ad esempio, l'assistente sociale, seppur più o meno informato a riguardo, non potrà mai descrivere le caratteristiche e le funzioni dei farmaci ad un utente; questo perché il professionista deve assumere la consapevolezza che, in questo ambito, non è competente tanto quanto lo psichiatra.

Dal momento in cui la patologia mentale non colpisce soltanto il corpo, ma debilita l'intera vita delle persone, la cura all'interno del Centro di Salute Mentale non si limita ad aspetti prettamente medici ma considera anche la sofferenza che ne deriva, a livello personale e sociale. All'interno dell'équipe del Centro di Salute Mentale, l'assistente sociale deve essere in grado di saper fornire a quest'ultima una buona diagnosi sociale relativa alla persona, attraverso la compilazione della scheda sociale, rispettando la gradualità degli interventi in relazione all'obiettivo prefissato. Proprio per le peculiarità del CSM, l'assistente sociale deve inoltre saper controllare le paure della persona, rassicurandola in merito al progetto personalizzato. Inoltre, è importante che il professionista sia pronto a porsi in una posizione di coordinamento del progetto terapeutico per quanto riguarda la dimensione sociale, per via della propria familiarità e dimestichezza con l'attività di rete. Ciò avviene attraverso la programmazione del lavoro sulla base di un progetto specifico, tramite la definizione degli obiettivi, dei tempi per il raggiungimento di quest'ultimo, verificando e valutando costantemente le decisioni all'interno del gruppo di lavoro.

All'interno dell'équipe, l'assistente sociale è quel professionista designato a favorire l'individuazione delle risorse mancanti a livello sociale, mantenendosi sempre in contatto con professioni diverse e garantendo un punto di riferimento tra queste varie figure affinché si realizzi una presa in carico completa per l'utente (Donadoni, Pinciara, 1994).

Come si evince, l'équipe è quindi un luogo privilegiato d'interazione tra i diversi professionisti presenti in un'organizzazione, finalizzato alla programmazione e al raggiungimento di un obiettivo. Si tratta di uno strumento essenziale nel processo di riabilitazione psichiatrica. Richiede a tutti i membri un certo grado di interdipendenza e sinergia. La corretta formulazione di progetti globali adeguati comporta un miglioramento tangibile riguardo al benessere e alla qualità della vita per l'individuo che sarà in grado di tornare a gestire la propria quotidianità in maniera responsabile e indipendente.

Negli ultimi anni, grazie anche ad una spinta di natura legislativa, gli operatori parlano di reti sociali riferendosi sia al modo di lavorare in équipe, sia alla capacità di instaurare reti con la realtà esterna all'organizzazione.

A livello istituzionale, sia per poter fronteggiare i problemi sociali in continua evoluzione e di natura sempre più complessa, sia per poter effettuare una precisa programmazione dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, si sente l'esigenza di promuovere una rete di collaborazione che coinvolga diversi soggetti, attraverso accordi ed intese tra enti pubblici e terzo settore. Con l'espressione "lavoro di gruppo" si intende una pluralità di integrazione, superando la semplice interazione tra i diversi membri del gruppo. Per trarre al meglio le potenzialità offerte dal lavoro di rete è necessario sviluppare una cultura delle diverse professioni e delle organizzazioni: l'integrazione è il risultato di un percorso che presuppone competenze di natura relazionale, con l'obiettivo di evitare sovrapposizioni e passaggi superflui tra operatori ed enti diversi (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020). In quest'ottica, la figura dell'assistente sociale dovrebbero essere vista, in veste di operatore di rete, come guida relazionale (Folgheraiter, 1998, cit. in Andrenacci, 2009) e promotore del benessere relazionale e materiale delle persone all'interno del loro ambiente, aiutando la comunità a trovare ed utilizzare i mezzi necessari per perseguire i propri obiettivi (Gui, 2004, cit. in Allegri, 2015) e incentivando lo sviluppo di relazioni orientate al bene della persona. L'intervento di rete, infatti, sviluppa una strategia che considera al centro il cambiamento nella qualità dei rapporti sociali, a partire dalla domanda (Anzalone, 2004).

Il lavoro di rete si caratterizza per due elementi fondamentali: la programmazione e la progettazione. La programmazione consiste nella strategia di suddivisione di fasi ed obiettivi relativi ad un progetto concordato, rispettando la sua temporizzazione. Per

progettazione invece, si fa riferimento all'identificazione degli obiettivi concreti e tangibili da perseguire e delle attività concrete da attuare (Bruni, Ferraro, 2009).

Bartolomei e Passera (2011) definiscono le reti come quell'insieme di risposte umane ed istituzionali che si intrecciano con rapporti stabili in funzione del percorso d'aiuto. Di conseguenza, si possono distinguere tre tipologie di reti con cui l'Assistente Sociale si interfaccia: le reti primarie sono quell'insieme di legami caratterizzati da affettività e/o affinità che svolgono una funzione protettiva e di sostegno (ad esempio le relazioni familiari o amicali); le reti secondarie formali si riferiscono alle istituzioni (ad esempio gli enti pubblici), in cui vi è un rapporto di tipo professionale tra utente e professionista; infine, le reti secondarie informali si riferiscono ai gruppi che si sviluppano per far fronte a determinati bisogni alle persone (ad esempio le associazioni di volontariato) (Ferrario, 1992, cit. in Campanini, 2020).

Vi sono situazioni in cui però i servizi non prendono in carico la domanda dell'utente in modo globale, ma si limitano a lavorare individualmente con la persona ed il suo bisogno, attraverso risposte mirate che, in maniera contraddittoria ai principi del Servizio Sociale, non prendono in carico il problema, dando un sostegno limitato alle possibilità che il servizio può offrire, non andando realmente incontro alle reali esigenze della persona.

A far da sfondo al *lavoro di rete*, si colloca il *lavoro in rete*, attraverso cui si realizza una collaborazione interprofessionale in cui ciascun operatore, mantenendo la propria posizione istituzionale e funzionale separata, lavora all'unisono con altre figure professionali su progetti specifici, attraverso una struttura organizzativa definita. Accomunare le teorie e i metodi delle varie professioni permettono di superare una visione settoriale dell'individuo, e di favorire la natura globale dei bisogni e la complessità delle situazioni con cui l'assistente sociale e la rete entrano in contatto (Cellini, Dellavalle, 2015, cit. in Campanini, 2020).

Concretamente, all'interno dei servizi di salute mentale, l'Assistente Sociale è incaricato di esplorare le reti degli utenti, consapevole dell'enorme aiuto che potenzialmente esse possono fornire, anche per approfondire la conoscenza riguardo il contesto di vita della persona, individuando eventuali criticità e allo stesso tempo le risorse che possono essere attivate per poter rimuovere la situazione di disagio. In un primo momento, quindi, verranno esplorate le reti primarie, verificando e valutando i

legami esistenti e le funzioni svolte da ogni singolo membro. La presenza o meno di una rete sociale solida e proficua per la persona influisce direttamente sul processo di aiuto, migliorandolo o peggiorandolo a seconda della qualità delle interazioni. In ambito psichiatrico è quindi di fondamentale importanza far leva sulle reti sociali in cui la persona è inserita, poiché rappresentano un elemento cruciale nel trattamento. L'assistente sociale, quindi, è incaricato di attivare le sinergie e le relazioni, connettendo i singoli interventi al territorio, gestendo le reti, coordinando e mediando le relazioni tra le persone coinvolte nell'intervento, rispettando sempre i compiti e i ruoli delle altre professionalità, valorizzando il contributo dei membri dell'équipe (Morlini, 2006).

Per fronteggiare in maniera efficace ed efficiente il mondo dei disturbi mentali, i Dipartimenti di Salute Mentale devono impegnarsi a coinvolgere la comunità, favorendo la partecipazione attiva delle persone e delle famiglie, favorendo il concetto di *empowerment*. Concretamente, il DSM deve favorire la creazione di una rete di strutture territoriali che possano accompagnare la persona nel percorso di recupero in maniera integrata e collaborativa.

2.3 Comunità ed inclusione

Come evidenziato nei precedenti paragrafi, il Servizio Sociale considera allo stesso tempo l'ambiente sia come il contesto nel quale compare il bisogno dell'utente preso in carico, sia come spazio in cui si possono trovare le adeguate risorse utilizzabili per il caso. Tutto ciò implica azioni orientate alla conoscenza dei bisogni emergenti della comunità, alla pianificazione e integrazione sociale delle risorse e alle funzioni relative al rapporto con la gente, per la creazione di legami di solidarietà (Dal Pra Ponticelli, Pieroni, 2005).

La nostra quotidianità, caratterizzata dalla globalizzazione e dalla frammentazione, spesso mostra la fragilità di un sistema contrassegnato da cambiamenti sia a livello macro sia micro sociale. In questo scenario, molti studiosi hanno espresso l'importanza dei gruppi inseriti all'interno della comunità. Questa grande rilevanza deriva dal ruolo critico che i gruppi assumono, in quanto ogni individuo "può sperimentare l'interdipendenza con le altre persone, comprendere ed affrontare le dinamiche relative ai

rapporti interpersonali e collettivi entro ambiti e contesti diversi, enfatizzandone vantaggi e limiti” (Mosso, Testoni, 2015, pp. 30). La comunità quindi, si compone di diverse forme di gruppi. Dunque, con il termine comunità inclusiva ci si riferisce ad un luogo in cui viene data la possibilità ad ognuno di esprimere la propria specificità tramite la partecipazione attiva e consapevole alla vita comunitaria attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle differenze, senza alcun tipo di discriminazione. Per consentire che ciò si realizzi, il Servizio Sociale deve impegnarsi su due fronti: da una parte si sente la necessità dell’introduzione di norme istituzionali più inclusive che riducano la differenza tra classi sociali; in secondo luogo, il Servizio Sociale dovrebbe essere in grado di individuare dei percorsi di empowerment attraverso cui le persone siano accompagnate verso la realizzazione dei propri obiettivi (Mosso, Testoni, 2015).

Il servizio sociale di comunità adotta un approccio complesso per poter permettere lo sviluppo della comunità locale, attraverso le proprie conoscenze, metodi e tecniche specifiche della professione. Promuove iniziative con la collettività e connette persone e gruppi tra loro perché possano intraprendere azioni utili a fronteggiare problemi comuni (Allegri, Facchini, 2013). L’approccio comunitario si regge sull’idea che in ogni comunità sono presenti risorse, nelle persone e nel territorio, non ancora totalmente sviluppate. La finalità è quella di promuovere il senso di comunità, attraverso l’accompagnamento delle persone e dei gruppi nella definizione dei bisogni e nella valorizzazione delle risorse presenti. L’Assistente Sociale deve essere in grado di lavorare a livello collettivo, sia per potenziare le reti, sia per promuovere iniziative volte alla partecipazione riguardo le decisioni e gli interventi da intraprendere a favore della comunità. Martini e Torti (2003, cit. in Allegri, 2015) individuano cinque attività concrete:

1. Azioni rivolte alla responsabilizzazione collettiva;
2. Attivazione e sostegno delle attività di collaborazione fra gli attori presenti nella comunità;
3. Facilitare la partecipazione degli attori alle decisioni riguardanti il sistema;
4. Sviluppare relazioni che rinforzino la dimensione della fiducia;
5. Sviluppo di competenze da parte dei membri della comunità.

È importante evidenziare come l’Assistente Sociale abbia un ruolo di facilitatore all’interno dell’ambiente comunitario, rispettando il principio di autodeterminazione della comunità nel suo insieme (Allegri, 2015). Per facilitatore si intende quel processo

in cui una persona neutrale, in questo caso l'Assistente Sociale, propone diagnosi sociali ed interviene per aiutare un gruppo a migliorare il modo in si interfaccia nei confronti dei problemi e delle decisioni. Il professionista deve aiutare il gruppo aumentando la sua efficacia e migliorando la sua struttura (Schwarz, 2002, cit. in Allegri, 2015).

Il servizio sociale, applicando l'unitarietà del metodo, si svolge dentro un contesto che va dal singolo caso e arriva fino al lavoro con i gruppi, ossia nella dimensione comunitaria. Per far sì che il lavoro dell'Assistente Sociale possa essere considerato servizio sociale di comunità, è fondamentale dunque che il professionista orienti il gruppo al raggiungimento di molti altri soggetti, per sensibilizzare su un problema e attivare così elementi per fronteggiarlo. La logica della partecipazione prevede che tutte le attività e le scelte siano costruite assieme alla comunità, aumentando il grado di consapevolezza delle persone, delle organizzazioni e delle associazioni rispetto a problemi presenti e risorse disponibili. Un processo partecipativo, infatti, funziona veramente solo nel momento in cui le persone si sentono libere e non strumentalizzate (Bobbio, 2004, cit. in Allegri, 2015).

Nel rapportarsi con la comunità, l'assistente sociale deve essere quindi in grado di assumere una posizione di facilitatore, ovvero assumere un ruolo neutro attraverso cui compiere diagnosi e interventi rivolti ad aiutare un gruppo affinché migliori il modo con cui affronta e risolve i problemi e prende le decisioni, migliorandone il processo e la struttura (Schwarz, 2002, cit. in Allegri, 2015). Un corretto processo partecipativo si svolge nel pieno rispetto dell'autonomia del gruppo, infatti, funziona solamente se le persone al suo interno si sentono libere e non strumentalizzate. L'intento del facilitatore è infatti quello di promuovere concretamente la fiducia nell'approccio cooperativo e nella pianificazione di soluzioni che soddisfino diversi punti di vista.

All'assistente sociale spetta anche il ruolo di mediare, ovvero permette alle parti di confrontare le proprie posizioni e di cercare con l'aiuto di un mediatore una soluzione al conflitto che favorisca le posizioni. L'obiettivo non si limita solamente alla semplice regolazione del conflitto interpersonale, bensì persegue finalità di ricostruzione del legame sociale. L'assistente sociale, quindi, deve essere in grado di affrontare il conflitto nella prospettiva dello sviluppo della comunità, ovvero attivare percorsi affinché il contrasto venga compreso a livello locale e utilizzato per la crescita della comunità stessa. Un altro compito simile alla mediazione che spetta all'assistente sociale è quello della

negoziiazione, che a differenza della prima, non prevede la presenza di una terza figura neutrale nel processo di ricerca di una soluzione o di un accordo mutualmente vantaggioso. Le parti devono impegnarsi a discutere sugli interessi e sui problemi che stanno dietro le posizioni assunte, prevedendo la possibilità di raggiungere una soluzione totalmente diversa da quella inizialmente ipotizzata ma ugualmente soddisfacente.

Dal Pra Ponticelli e Pieroni (2005) individuano tre modelli teorici atti a promuovere una “welfare community”, ovvero quella comunità che attraverso l’impegno riesce a fronteggiare i bisogni della popolazione, senza contare esclusivamente sugli interventi pubblici. In questo modo i servizi pubblici e privati sono strettamente integrati, sia a livello istituzionale che operativo, entrambi orientati a costruire una rete integrata di prestazioni territoriali. Il modello “*sviluppo di comunità*” parte dal presupposto che nessuno può prescindere dal contesto nel quale è inserito e si prefigge l’obiettivo di “rendere capace” la comunità di prendere coscienza delle proprie problematiche e di mobilitarsi per risolverli. Ciò può avvenire attraverso azioni di informazione e di sensibilizzazione affinché il singolo e la comunità abbiano chiari i propri problemi e si mettano in una posizione di auto-aiuto, cioè riescano a trovare le proprie risorse per affrontarli. In questo modello, il servizio sociale svolge ruoli orientati allo sviluppo di relazioni positive fra i vari elementi che compongono il sistema sociale. L’idea di fondo è quella di garantire la presenza di tutti, anche dei soggetti più deboli, nelle decisioni importanti riguardanti la comunità. È importante quindi che l’azione professionale ponga il proprio potere istituzionale a servizio delle persone appartenenti alla comunità, affinché si sviluppi il processo di empowerment della comunità stessa e dei gruppi. Il secondo modello proposto, chiamato “*community care*”, si riferisce a tutte quelle attività volte a costruire e sostenere i “social network”, ovvero le reti sociali alle quali gli individui si rivolgono nel momento in cui la loro situazione diviene così “problematica” che le sole risorse personali non bastano, ma si ha bisogno di un sostegno sociale. Le reti sociali si possono distinguere a seconda della loro affinità e stabilità: si va dalla “nicchia di persone”, in cui si può trovare il supporto offerto dai parenti stretti, dagli amici intimi; una “zona di intimità” nella quale, collocati su più gradi, sono presenti gli amici, i colleghi di lavoro con i quali possono nascere relazioni strette in grado di offrire un sostegno emotivo all’utente con la loro stessa presenza; infine, si arriva alla “zona di efficacia” nella quale si trova aiuto di natura psicosociale, economico e materiale nell’ambiente. In

questo modello, è importante che il professionista sia adeguatamente preparato per quanto riguarda il lavoro con i gruppi, la gestione della negoziazione e la capacità di attivare processi decisionali.

Infine, il modello della “*pianificazione sociale*” approccia ai problemi che interessano la comunità attraverso la collaborazione ai processi di “pianificazione sociale”. Per poter permettere ciò, in ogni comunità devono essere presenti servizi, prestazioni e risorse, che devono essere organizzate e gestite dalle istituzioni pubbliche con la partecipazione attiva della popolazione locale. Il processo di pianificazione deve partire necessariamente dalla conoscenza dei bisogni e delle risorse del territorio, per poter giungere ad un piano di interventi orientato a raccogliere e diffondere informazioni, coinvolgendo le risorse comunitarie e integrandole a quelle pubbliche. Tale modello presuppone che il professionista sappia padroneggiare determinate abilità, di natura organizzativa e di identificazione dei problemi, cogliendo il potere offerto dalle reti e le aree di conflitto da evitare. Deve inoltre saper rapportarsi e lavorare con i gruppi, impostando le ricerche, pianificando i progetti e diffondendo informazioni di cui è in possesso. Tale modello si costituisce di interventi integrativi e coordinativi che hanno come interlocutori principalmente le istituzioni pubbliche, pur non trascurando il coinvolgimento in maniera attiva della comunità in attività di programmazione dei servizi.

Oggi le persone con disturbi mentali, a causa della forte stigmatizzazione che le accomuna, si trovano a rivestire spesso ruoli di marginalità all'interno della nostra società. Ciò accade sia per la mancanza di risorse di natura economica, culturale e sociale, sia per l'incapacità di intraprendere una partecipazione ad attività lavorative e socialmente importanti, quale ad esempio l'istruzione. Proprio per questo, uno degli obiettivi principali dell'intero Dipartimento di Salute Mentale dev'essere quello dell'aumento della partecipazione delle persone psichiatriche alla vita comunitaria.

Adottando dunque un'ottica comunitaria ed inclusiva, i servizi psichiatrici s'impegnano a favorire l'integrazione con la comunità circostante, per poter creare una serie di reti che consentano alle persone di integrarsi nel tessuto sociale, garantendo la continuità delle misure assistenziali. Per una riabilitazione efficace, infatti, il Dipartimento di Salute Mentale deve impegnarsi a coinvolgere in maniera attiva sia l'individuo e le sue peculiarità, sia la comunità di riferimento, affinché quest'ultima possa accompagnare la persona durante le fasi di riabilitazione. Va comunque ricordato che il

progetto riabilitativo che deriva da una precedente presa in carico della persona da parte del CSM, è finalizzato al raggiungimento dell'autonomia necessaria per il proseguimento della propria vita il più possibile indipendente dai servizi terapeutici-assistenziali. Il processo di aiuto si prefigge quindi lo scopo di dare alla persona tutte quelle capacità necessarie che occorrono per rivestire un ruolo sociale, insegnandole a gestire i limiti imposti dal disturbo. Ma per consentire che ciò avvenga, è importante che la comunità non limiti il processo riabilitativo della persona attraverso atteggiamenti di discriminazione. Quest'ultimi andrebbero solamente a gravare sulla persona in termini di tristezza e frustrazione, provocati da un senso di solitudine ed inadeguatezza, aggravando la debolezza emotiva della persona. Non sono solamente fattori come la tipologia e l'intensità del disturbo mentale a causarne la cronicità, bensì anche il risultato di una serie di variabili: i rapporti familiari problematici, progetti terapeutici non adeguati alla persona e infine nella chiusura dell'ambiente sociale che nega la possibilità di instaurare relazioni (Ba, 2004, cit. in Campanini, 2020).

Le responsabilità che coinvolgono l'Assistente Sociale nei confronti della comunità sono contenute e descritte anche all'interno del Codice deontologico proprio della professione (CNOAS, 2020). Al Titolo V viene evidenziata l'attenzione sul dovere di giungere ad una precisa conoscenza riguardo la realtà comunitaria in cui opera. Tale aspetto deriva dalla recente riforma dei servizi sociali (legge 328/200), in quanto da quel momento i servizi si inseriscono in un sistema integrato la cui principale caratteristica è la pluralità di soggetti che collaborano alla programmazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni.

CAPITOLO 3

L'IMPORTANZA DELL'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA PER LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI

3.1 Il concetto di recovery

Come descritto nel precedente capitolo, oggi i Servizi di salute mentale adottano un'ottica riabilitativa orientata sui principi della psichiatria sociale e di comunità. Per una riabilitazione efficace, infatti, si deve coinvolgere sia l'individuo e le sue peculiarità, sia la comunità nella quale è inserito, affinché quest'ultima possa accompagnare la persona durante le fasi di riabilitazione. Lo scopo, quindi, è quello di fornire alla persona le capacità necessarie per poter rivestire un ruolo sociale, gestendo i propri sintomi e superando i limiti imposti dalla disabilità. Qualora la somministrazione degli adeguati farmaci e la corretta formulazione dei progetti non siano sufficienti per riacquisire la condizione psicofisica antecedente alla malattia, il processo di recovery non intende accanirsi sul recupero delle capacità perdute, quanto invece ad arricchire e riorganizzare le risorse che la persona ha a disposizione, aiutandola ad affrontare le difficoltà nel modo corretto (Barone, et al., 2016).

Ciò che differenzia il processo di recovery dalla comune pratica di riabilitazione è il fatto che consista in un processo riflessivo relativo alla propria condizione e al proprio disturbo, seguito da una seguente riorganizzazione affinché vi sia un miglioramento della vita. Viene quindi dato potere all'utente riguardo la gestione della propria quotidianità, nonostante la presenza della malattia. È importante che infatti gli operatori non attendano la totale scomparsa della malattia mentale per considerare la persona in grado di pensare e valutare cosa sia meglio per sé stessa, anzi, è necessario che quest'ultimi considerino sempre il punto di vista della persona, entrando in empatia e assecondando il più possibile

le sue volontà. Inoltre, gli operatori devono prestare particolare attenzione anche al vissuto del paziente e agli obiettivi che si prefigge, affinché gli interventi nascano proprio dalla volontà, dalle abilità e dagli interessi dimostrati dalla persona e si concretizzino in attività che permettano la valorizzazione dei suoi punti di forza (Berardi, Fioritti, 2017).

Solitamente, prima di iniziare il percorso di recovery, la persona affetta da disturbo mentale, si presenta in una condizione di disagio, in cui non si accetta, e non riesce ad affrontare normalmente la quotidianità, non capendo le potenzialità che possiede. Molto spesso, infatti, la conseguenza diretta dell'impatto del disturbo mentale sulla dimensione sociale ed individuale della persona causa un distacco dalle attività significative e dal rispetto delle regole presenti all'interno della comunità, provocando il fenomeno dell'esclusione sociale. Tuttavia, l'inclusione all'interno della società in cui si vive risulta di fondamentale importanza per lo sviluppo dell'empowerment della persona, che sta alla base del benessere mentale, contrastando i processi legati all'isolamento e all'esclusione.

Con il termine recovery si intende quel processo di guarigione dalla patologia mentale fondato sulla possibilità di superare il trauma e la disabilità provocata dalla malattia, con particolare riguardo nei confronti delle conseguenze dei trattamenti, della perdita delle capacità o delle opportunità di accesso ad attività che hanno un significativo valore personale. Essendo strettamente legata al concetto di inclusione sociale, il recovery si pone l'obiettivo di favorire le relazioni positive con l'intera comunità, non solo con l'équipe multiprofessionale, favorendone quindi il reinserimento sociale. Tale ottica si fonda sulla possibilità di usufruire di contesti socio-professionale in cui, sia utenti che operatori, possano trasformare le relazioni in relazioni significative ed emotive, andando in questo modo a costruire una rete di sostegno sociale favorendo un'evoluzione culturale e civile. Quest'ultime possono tradursi nei confronti dell'utente in una forma di esistenza più dignitosa e gratificante, cominciando dal miglioramento della qualità di vita attraverso la cura ed il sostegno fornito dalle relazioni affettive e dall'inserimento lavorativo (Barone, et al, 2016). Tale modello è basato quindi su variabili di natura sociale e culturale, collocandosi appieno dentro l'orientamento comunitario.

Come si evince, il modello di recovery pone grande importanza ai fattori legati alla soggettività volti a riorganizzare il rapporto non solo con la malattia, ma con la vita. Si tratta quindi di un fatto personale, di un processo, o un percorso (Mezzina, 2012, cit. in Barone, 2016). Tuttavia, come già accennato, il processo di recovery non può esser

visto come un percorso solo individuale, bensì come un fatto interpersonale e sociale, proprio perché attiene all'individuo, collocandosi nella sua globalità dentro un contesto sociale e culturale. In questo senso, quando la persona riesce ad accedere alla dimensione partecipativa di comunità, si ha l'evidenza di come la persona stia pian piano uscendo dall'isolamento (Mezzina, 2017).

In concomitanza al concetto di “guarigione clinica” basata su dei veri e propri indicatori medici, si è sentito il bisogno di costruire anche degli indicatori di “guarigione sociale”, riferiti all'osservazione dei processi di recovery contestualizzati all'interno di un arco di tempo, ovvero l'acquisizione di una posizione lavorativa, di uno stile di vita soddisfacente e privo di assistenza, la ricostruzione di un'identità positiva nonostante la gravità della malattia. Emerge così il concetto di recovery personale, che non pretende tassativamente un ritorno ad uno stato di benessere precedente alla nascita della malattia, bensì un costante tentativo di creare e mantenere un nuovo modo di vivere, fondato sull'autodeterminazione della persona (Barone, et al, 2016).

Durante il processo di recovery personale la persona in sé rimane il perno determinante del processo, attraverso la propria autodeterminazione, la propria capacità di resilienza e di risposta alla malattia, il cambiamento personale e la contemporanea assunzione di responsabilità (Mezzina, 2017).

Quindi, un Servizio orientato alla promozione del processo di recovery ha un approccio positivo nei confronti degli utenti, sostenendoli attivamente e favorendone la realizzazione dei loro progetti, delle attività che preferiscono, nei limiti delle risorse disponibili. Inoltre, si impegna a combattere la discriminazione, attraverso occasioni di coinvolgimento e partecipazione, creando il contatto e l'accoglienza tra cittadinanza e persone con disabilità mentali. Combattere lo stigma è un posizione fondamentale che il Dipartimento deve assumere, attraverso iniziative di sensibilizzazione e di informazione riguardo le tematiche relative alla salute mentale. Abbandonando i preconcetti derivanti dalla stigmatizzazione stessa, che spesso portano la persona a giustificare la propria esclusione e il senso di inferiorità vissuto, la sensibilizzazione comunitaria andrebbe a favorire l'utente in primis.

Diverse ricerche evidenziano quattro tipologie di interventi a livello terapeutico ed organizzativo, necessari per un'evoluzione dei sistemi di cura mentale verso il modello di recovery (Davidson, 2009, cit. in Barone 2016): la prima modifica prevede che le

relazioni sul campo tra personale ed utenti diventino più egualitarie, collaborative, stimolanti e fondate sull'empowerment (Deegan, 1997, cit. in Barone, 2016). Ad esempio, diversi autori riconoscono l'importanza dell'inserimento sul campo di operatori del supporto tra pari, come ex-utenti o familiari esperti, al fine di fornire un supporto di base o un primo orientamento nei Servizi di Salute Mentale. Ciò andrebbe sensibilmente a migliorare anche la soddisfazione degli utenti, mantenendo l'efficacia su esiti quali l'occupazione e l'abitazione. È importante quindi che gli operatori abbiano la capacità di "stare accanto" e di fare sentire la loro presenza sia durante le fasi di ripresa, sia nella fasi successive in cui dovranno emergere rapporti basati sulla reciprocità e parità, favorendo un sé competente. La seconda modifica relativa al sistema dei Servizi prevede un loro riorientamento verso il supporto attivo agli utenti nel raggiungimento dei propri obiettivi di vita attraverso il processo di autodeterminazione degli utenti, piuttosto che un'ottica centrata al raggiungimento degli obiettivi dei professionisti. Per favorire questo aspetto, è necessario che l'Assistente Sociale in particolare si impegni a rimuovere le barriere formali e informali che impediscono la corretta realizzazione di ciò. Conseguenze importanti di tale approccio sono la facilitazione dell'inclusione comunitaria e una progressiva riduzione della dipendenza dai Servizi per la salute mentale. La terza modifica prevede un ampliamento della tipologia di sostegno che i Servizi di salute mentale possono fornire, in modo da potervi comprendere anche attività culturali e dispositivi ludici ed espressivi. Si tratta inoltre di sostenere lo sviluppo delle relazioni informali che interessano il tempo libero, permettendo di sviluppare e divulgare atteggiamenti positivi verso il disagio mentale, contribuendo alla lotta all'integrazione sociale. Infine, la quarta modifica consiste nell'assegnare agli utenti diversi ruoli di collaborazione. In tal senso, un orientamento al recovery garantisce l'accesso degli utenti ai gruppi di auto-mutuo aiuto, nonché il sostegno all'associazionismo (Slade, 2009, cit. in Barone, 2016). Infatti, la persona può ricavare enormi aiuti dal confronto con i pari, attraverso consigli e strategie per star meglio e aver cura di sé. Il buon funzionamento di queste quattro regole è confermato dagli utenti che hanno sperimentato l'importanza e la validità terapeutica dell'integrazione nel proprio contesto sociale, contrapponendosi all'inserimento nei contesti sanitari istituzionalizzati (Barone, et al, 2016).

È inoltre necessario che gli operatori coinvolti nel processo di recovery prevedano fasi di verifica e di valutazione durante tutte le varie fasi della presa in carico, al fine di

eventuali riformulazioni e di monitoraggio dei progressi. Inoltre, la valutazione riguardo la pertinenza degli interventi non si baserà sulla riduzione degli effetti della malattia, bensì sull'acquisizione delle abilità individuali sviluppate per fronteggiare le proprie esigenze.

In aggiunta, va sottolineata l'importanza del lavoro nel processo di recovery. L'attività lavorativa è uno dei principali facilitatori e indicatori di recovery, in particolare se il tipo di impiego è frutto di una scelta dell'utente: il lavoro è uno strumento essenziale per il raggiungimento di una realizzazione personale. Questo perché conferisce dignità e autostima, contribuendo allo stesso tempo ad abbandonare l'identificazione con il ruolo di paziente e ad acquisire un'identità attraverso l'assimilazione di un ruolo sociale. Inoltre, il lavoro aiuta a conferire un senso di normalità alle vite degli utenti.

Come si evince, i Dipartimenti di Salute Mentale sono invitati ad orientarsi verso il recovery, iniziando a considerare i loro utenti come le più grandi risorse che il servizio ha a disposizione e vedendoli come esperti della propria condizione. Con questa visione, si andrebbe ulteriormente a superare la considerazione della persona esclusivamente nel suo ruolo di malato, arrivando a considerare quest'ultima sempre in movimento per raggiungere i suoi obiettivi e i suoi desideri.

Concludendo, il metodo recovery fonda l'impegno e la forza di credere in sé stessi come componente essenziale dei processi terapeutici relativi ai Servizi di salute mentale, impostando la cura sin dall'inizio sull'assunzione del rischio. Infatti, il diritto della persona di sbagliare è un aspetto fondamentale di tale metodo, che sposta il focus da "una malattia da curare" ad "una vita da vivere". Tramite tale cambiamento le persone con problemi di salute mentale potranno rivendicare sempre più il proprio diritto ad una piena cittadinanza, riuscendo a gestire la malattia, continuando a seguire i propri sogni e le proprie ambizioni, costruendo così una vita dignitosa all'interno della comunità in cui la persona è inserita.

3.2 Inclusione lavorativa

Per favorire il processo di recovery della persona, l'obiettivo principale della presa in carico da parte dei Servizi è l'inserimento socio-lavorativo degli utenti.

Inizialmente, il lavoro era già presente negli ospedali psichiatrici, senza però l'obiettivo del reinserimento sociale, retribuzioni, riconoscimenti. Nel tempo ha assunto la valenza di un intervento volto all'inserimento o al reinserimento nel mondo del lavoro per tutte quelle persone che, per via di un disturbo mentale, hanno perso o hanno visto ridursi alcune delle loro competenze, tra cui le capacità relazioni e quelle organizzative (Campanini, 2020).

L'attività lavorativa permette di strutturare il tempo dell'utente in modo da valorizzarlo, di favorire una modifica della percezione e dell'immagine di sé attraverso l'assunzione del ruolo, andando inoltre a migliorare le relazioni interpersonali aumentando la consistenza delle reti (Sanicola, 2009). Inoltre, l'attività lavorativa è da considerarsi come uno strumento fondamentale sia perché permette alle persone affette da disturbo mentale di reimparare a vivere la loro giornata in maniera salutare, sia perché accresce l'autonomia nella gestione del denaro, nella cura di sé. È importante sottolineare come oltre ai vantaggi diretti per la persona, ci siano anche numerosi vantaggi indiretti che coinvolgono tanto i servizi quanto le famiglie, questo perché aumentando il livello di autonomia aumenta conseguentemente anche il livello di benessere, provoca miglioramenti sugli effetti delle cure riducendo di conseguenza i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e alleggerendo il carico familiare. Va ricordato che le aspettative che i familiari nutrono per l'individuo influenzano considerevolmente l'andamento del processo riabilitativo della persona; è possibile, infatti, che tali aspettative condizionino l'atteggiamento dell'utente nei confronti delle attività proposte, rendendolo più o meno partecipativo e predisposto. Inoltre, nel processo di inserimento ed integrazione lavorativa, il focus si sposta dall'intolleranza, che spesso la comunità dimostra nei confronti delle persone affette da malattie mentali, alla tolleranza e accettazione, condizionata in ogni caso dalla capacità performativa del soggetto.

Con il termine integrazione lavorativa si intende non solo l'inserimento, quale condizione necessaria ma non sufficiente, bensì anche il riconoscimento dell'individualità del soggetto e la sua diversità nel contesto lavorativo. Quest'ottica implica da parte delle organizzazioni la capacità ad adattarsi alle specificità soggettive, anche quando queste si esprimono con connotati di debolezza causati dalla patologia (Callegari, 2009).

Nel processo di integrazione lavorativa, la persona affetta da disturbi mentali rientra nella categoria delle "fasce deboli", con cui non si fa riferimento semplicemente

ad un gruppo specifico, bensì ad una situazione di vulnerabilità che può coinvolgere chiunque. Nella realtà odierna, infatti, accade sempre più frequentemente che queste persone non siano richieste dai sistemi economici, che, al contrario, cercano fattori umani e professionali ad alto potenziale, flessibili, in grado di sorreggere carichi di lavoro ed emotivi spesso molto pesanti.

Negli ultimi anni, la cooperazione sociale è diventata uno strumento fondamentale per la comunità. Con cooperazione sociale si intende tutte quelle attività, di carattere cooperativo, che erogano servizi di natura assistenziale, educativa, formativa, sanitaria o culturale (Bianchi et al., 1988, cit. in Berardi, 2017) aiutando le persone che si trovano in situazioni svantaggiate, allo scopo di perseguire l'integrazione sociale dei cittadini e la promozione di essa. Le cooperazioni sociali si differenziano dalle normali forme private di organizzazione in quanto non hanno finalità di lucro, collocandosi così in una terza dimensione. Con l'introduzione della Legge 381/1991 "Disciplina delle cooperative sociali", le cooperative sociali vennero regolamentate e divise in due tipologie: da un lato, le cooperative sociali di tipo A impegnate nella gestione dei servizi sociosanitari ed educativi; dall'altro, le cooperative sociali di tipo B che permettono lo svolgimento di diverse attività finalizzate all'inserimento socio-lavorativo. In quest'ottica, attraverso la mediazione delle reti e l'instaurazione di una comunicazione transitiva tra istituzioni e persone, tali cooperative di tipo B fungerebbero come ulteriore strumento facilitatore per l'occupazione delle persone con disturbi mentali verso situazioni produttive (Callegari, 2009).

La legge principale che regola l'inserimento lavorativo di persone disabili è la legge n. 68 del 12 marzo 1999, intitolata "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", con lo scopo di promuovere le capacità e le potenzialità delle persone affette da una qualsiasi forma di disabilità, anche mentale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% (accertata dall'Inail, Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali). La legge 68/99 impone alle aziende anche la presenza di una quota di persone con una certificazione d'invalidità, proporzionata alla dimensione dell'azienda (Mangiavillano, 2011). La normativa, infine, prevede che l'inserimento lavorativo avvenga con criteri mirati, riconoscendo ed evidenziando le specificità delle persone disabili e dei contesti produttivi.

Per quanto riguarda l'ambito dell'inserimento lavorativo, il ruolo dell'assistente sociale è caratterizzato da incontri di verifica finalizzati alla mediazione lavoratore e datore di lavoro, cercando di rilevare in anticipo eventuali momenti di disagio o rinforzo. La mediazione sociale viene quindi considerata come ponte comunicativo in grado di connettere i bisogni soggettivi della persona e le sue richieste di natura economica produttiva riguardanti il mercato del lavoro. È quindi necessario che l'assistente sociale acquisisca una cultura ed un atteggiamento negoziante negli interessi dell'utente; abbia chiaro quindi cosa si vuole (quali sono gli obiettivi), cosa si pensa vogliano gli altri e quali proposte ed alternative si possono proporre, cercando così di creare un terreno comune affinché le parti possano essere in grado di soddisfare i propri interessi. D'altra parte, la mancata precisione su ciò a cui si tende è una delle cause di fallimento di mediazione e negoziazione. A fronte di ciò, gli incontri di verifica e bilancio valutativo fra assistente sociale e responsabili aziendali sono anch'esse situazioni di mediazione e negoziazione, in cui si decide sull'assunzione o meno della persona interessata. In questi incontri viene valutata la corrispondenza dell'utente riguardo gli impegni sottoscritti, il tipo e la durata del contratto proposto, la mansione specifica ecc. Sul piano metodologico ed operativo, l'assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale struttura il suo interventi rispetto a tre aree principali di attività (Fioritti, Berardi, 2017):

- L'area delle attività occupazionali e dei lavori protetti è rivolta a tutti gli utenti che non sono in grado di intraprendere e reggere un lavoro competitivo. Coinvolge tutte quelle persone affette da gravi disabilità che, di conseguenza, vedono limitarsi il loro funzionamento personale e sociale. Queste azioni intervengono sul livello di motivazione e sulla stima di sé, sul potenziamento di abilità e competenze, su ritmi e tempi che scandiscono la quotidianità;
- L'area della formazione e transizione al lavoro comprende tutte quelle attività regolate dalla legislazione europea, nazionale e regionale e da accordi e protocolli d'intesa a livello locale. Queste attività prevedono consistenti percorsi di formazione e valutazione degli utenti e frequenti interventi di mediazione e di negoziazione con i datori di lavoro. Ha il compito di promuovere l'insieme di capacità professionali e relazionali che le persone con disturbi mentali acquisiscono attraverso la partecipazione di percorsi preparatori, al fine di soddisfare le richieste del mercato di lavoro. Si tratta

quindi di meccanismi di supporto e di mediazione il cui obiettivo finale è l'interrelazione utenze-mansione-azienda. Tale area è rivolta alle persone il cui funzionamento personale e sociale necessita un rafforzamento, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica;

- L'area dell'economia sociale nella Cooperazione Sociale per l'inserimento lavorativo: col termine economia sociale ci si riferisce al "terzo settore" che affianca e si differenzia dal settore pubblico e privato. I servizi riabilitativi, formativi e lavorativi orientati in quest'ottica spesso non conducono la persona verso l'occupazione lavorativa, ma costituiscono un processo volto a riallacciare i legami tra utente e società. In base alla gravità della patologia, questi percorsi possono essere di natura riabilitativa, formativa o lavorativa.

Seguendo quest'ottica, l'incontro tra persona e datore di lavoro avverrà in un secondo momento; prima verranno valutate con il professionista le capacità lavorative e le abilità residue possedute dall'utente.

A far da sfondo a questo processo, è corretto evidenziare gli interventi che avvengono in strutture residenziali e/o semiresidenziali, attuati in previsione di un futuro reinserimento sociale e lavorativo della persona. In queste sedi gli utenti riapprendono le corrette regole di convivenza con gli altri, organizzando il proprio spazio rispettando quello altrui e gestendo il tempo per svolgere le attività quotidiane.

In quest'ottica, la riuscita di un buon intervento è determinata dal grado di integrazione raggiunto dalla persona seguita e sulla sua capacità di mantenere una vita normale ed equilibrata.

Congiuntamente alla presa in carico da parte dei Servizi del territorio, si dovrebbe pensare ad altre azioni di welfare orientate a mettere in condizione le persone affette da disturbi mentali di poter disporre di un reddito minimo di sussistenza e di alloggio stabile in cui vivere. Senza l'integrazione di questi due sistemi di sostegno sociale e abilitazione al lavoro (e adeguate tempistiche progettuali) potrebbe risultare vano qualsiasi tipo di intervento, perché insufficiente per affrontare e migliorare la situazione generalmente molto complessa (Callegari, 2009).

3.3 Il caso dell'IPS (Individual Placement Support):

Il programma IPS (Individual Placement Support) è uno degli strumenti riabilitativi a sostegno dell'integrazione lavorativa a disposizione del Centro di Salute Mentale (CSM). Tale tecnica si concretizza attraverso il sostegno all'impiego degli utenti del Centro di Salute Mentale, che vengono indirizzati all'inserimento diretto nel mercato del lavoro competitivo tramite un sostegno individuale e l'individuazione delle abilità residue. Mantenendo l'orientamento rivolto verso il processo di recovery, quindi, nell'IPS l'utente si presenta come persona, e non più come paziente, che, in base alle proprie preferenze ed aspirazioni, può raggiungere una posizione sociale adeguata evitando così l'esclusione (Berardi, Fioritti, 2017).

Il programma IPS interviene enfatizzando un approccio individualizzato per ogni singolo partecipante. L'operatore non dovrà stabilire le capacità dell'utente, cosa lui sia in grado di fare e cosa sia bene per lui, bensì dovrà assumere un atteggiamento di guida esperta che offre le proprie competenze professionali a disposizione dell'utente stesso. La piena realizzazione dell'approccio individualizzato coinvolge anche aspetti più pratici, come ad esempio l'incontro tra operatore e persona in luoghi in cui quest'ultima possa sentirsi a proprio agio oppure valutare di coinvolgere o meno i familiari. Come si evince, un intervento individualizzato non deve essere considerato come definitivo e imm modificabile, ma come indicativo, quindi soggetto a variazioni nel tempo man mano che si conosce meglio l'utente o in base alle esperienze che esso compie. È fondamentale, inoltre, che l'operatore non offra agli utenti un pacchetto standardizzato di opportunità lavorative, in base alla disponibilità del mercato del lavoro, bensì accompagni ogni persona a ragionare sulle proprie abilità e aspirazioni professionali. Questo perché è noto quanto la soddisfazione lavorativa sia direttamente correlata all'incontro tra le caratteristiche personali dell'utente e le caratteristiche del lavoro stesso. In questo modo, la persona si sentirà pienamente coinvolta, ascoltata ed incoraggiata ad assumere un ruolo attivo nelle decisioni quotidiane. Altrettanto importante è che l'operatore sia in grado di esprimersi empaticamente per mostrare il proprio interesse nei confronti dell'utente e, al contempo, facilitare la relazione umana essenziale nel supporto all'impiego (Berardi, Fioritti, 2017).

Può accadere, d'altro canto, che l'utente non dimostri più interesse per il programma IPS o appaia demotivato nella ricerca attiva del lavoro. In questi casi, l'operatore ha il compito di interrogarsi su quali potrebbero essere i motivi personali di tale cambiamento. Generalmente, l'operatore IPS deve essere in grado di anticipare e prevenire i problemi dell'utente che possono nascere all'avvio e allo svolgimento dell'attività lavorativa. Inoltre, va ricordato che l'operatore IPS è membro attivo dell'équipe multidisciplinare presente all'interno del Centro di Salute Mentale; è quindi opportuno che egli coinvolga le altre figure professionali e cerchi di approfondire assieme quali possano essere i motivi di tale abbandono.

Per una buona riuscita del progetto IPS gli operatori sono incaricati di rispettare i principi fondamentali della professione, in linea con il processo di recovery; inoltre, ogni operatore specialista del programma IPS non deve superare la presa in carico di 20 persone, poiché si è dimostrato che la numerosità del carico personale di utenti è direttamente correlata all'efficacia del metodo. Ciò permette l'incontro con gli utenti a cadenza settimanale, consente un maggior supporto nei loro confronti e permette di svolgere regolarmente una serie di attività correlate, come la partecipazione alle riunioni d'équipe o l'instaurazione ed il mantenimento di rapporti con i vari datori di lavoro. Innanzitutto, per rispettare il primo principio del programma IPS, l'operatore deve perseguire la ricerca di un lavoro competitivo per l'utente. Per lavoro competitivo si intendono tutti quegli impieghi lavorativi appartenenti al libero mercato del lavoro, accessibili a chiunque, in salute o con disabilità. Un impiego competitivo porta con sé molteplici miglioramenti, tra cui l'inclusione e integrazione lavorativa, riducendo così lo stigma e allo stesso tempo aumenta l'autostima degli utenti. Al contrario, un impiego in un lavoro non competitivo, ovvero tutti quei lavori riservati a persone affette da disabilità, collocherebbe la persona in una condizione protetta, che impedirebbe l'evoluzione e favorirebbe la cronicizzazione della malattia. In seconda battuta, è bene che i servizi IPS siano perfettamente integrati con le attività delle salute mentale. In questo modo, gli operatori IPS sono membri attivi dell'équipe multidisciplinare, contribuendo ad esaminare l'evoluzione delle situazioni degli utenti sotto diversi punti di vista. Un terzo principio fondamentale afferma che la partecipazione al programma IPS è una libera scelta della persona.

Qualsiasi persona che voglia lavorare può accedere al progetto IPS, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica o da altri fattori. È importante sottolineare come questo concetto porti con sé un gran cambiamento nell'approccio alla malattia mentale: il metodo IPS chiede ai professionisti del CSM di evitare una valutazione preliminare delle capacità dell'utente, e di affidarsi alla sua intenzione. Di conseguenza, il servizio psichiatrico abbandonerà la vecchia visione di rinvio dell'inizio dell'attività lavorativa a quando la persona ha raggiunto "un sufficiente compenso". Tale principio favorisce quindi un cambiamento culturale del lavoro nel campo della salute mentale, in cui tutti i professionisti lasciano all'utente la facoltà di orientarsi e decidere. È inoltre importante che le attività IPS siano basate sulle preferenze e le scelte dell'utente, che possono riguardare il tipo di lavoro da individuare e la scelta di far presente o meno la propria condizione psichiatrica al datore di lavoro. Un altro fattore cardine dell'IPS è la rapida ricerca di lavoro. Il modello prevede infatti che il primo contatto tra persona e potenziale datore di lavoro avvenga entro trenta giorni dall'inizio del percorso IPS. Questo principio è fondamentale perché da un lato dimostra agli utenti che la propria richiesta è stata presa sul serio, dall'altro è importante anche per tutte quelle persone che dimostrano una motivazione scarsa o altalenante. È importante che gli operatori IPS sviluppino relazioni con i vari datori di lavoro presenti nel contesto territoriale, sia perché gli specialisti devono conoscere bene le opportunità lavorative del territorio, sia, tuttavia in rari casi, per poter entrare in relazione con il titolare per aiutare l'utente a risolvere particolari problemi. Infine, il sostegno previsto nei confronti degli utenti non deve esaurirsi solamente nella fase di accompagnamento alla ricerca del lavoro, bensì deve essere applicato anche in una successiva fase, quella di mantenimento del lavoro stesso. Generalmente, dopo un anno dall'inizio del lavoro si discute riguardo un'uscita dal programma di sostegno all'impiego IPS (Fioritti, Berardi, 2017).

Poiché in questi anni il mercato del lavoro è in continua trasformazione, per una buona riuscita del progetto è necessario che l'operatore IPS sia sempre in grado di muoversi in questo ambiente complesso, tramite la costante informazione sulle normative inerenti al mondo lavorativo, le tipologie di contratti utilizzati dalle aziende, le caratteristiche specifiche legate al proprio territorio, le offerte di lavoro concrete. Tale informazione avviene tramite contatti con figure che si occupano di lavoro (agenzie,

centri per l'impiego ecc.), attraverso la ricerca informatica o infine tramite consigli ricevuti dall'équipe o dal supervisore (generalmente l'assistente sociale).

In questa prospettiva, può sembrare che l'assistente sociale sia privato della sua funzione di integrazione lavorativa. Tuttavia, è bene evidenziare che quest'ultimo mantiene ancora un ruolo decisivo in questo campo, non solo sostenendo in prima persona l'utente che ha scelto di intraprendere il programma IPS, ma anche illustrando i percorsi alternativi possibili nel caso egli si rifiutasse di proseguire il progetto di affiancamento IPS. Inoltre, è fondamentale che l'assistente sociale aiuti l'utente anche nelle aree di competenza sociale extra lavorative, come ad esempio la gestione del denaro guadagnato attraverso il lavoro, il pagamento dell'affitto dell'abitazione o la sua manutenzione.

L'assistente sociale, quindi, può assumere il ruolo di supervisore. Lo scopo è quello di supportare l'operatore affinché possa attuare nel migliore dei modi le strategie volte al raggiungimento dell'inserimento lavorativo dell'utente, obiettivo principale del programma IPS. Per poter far ciò, l'assistente sociale organizza delle riunioni cadenzate (generalmente ogni due settimane), in cui vengono discussi i casi, condivisi strumenti ed informazioni, e valutati i nuovi inserimenti o eventuali chiusure. Con l'aiuto della supervisione, l'operatore IPS imparerà a gestire il proprio tempo, pianificando correttamente gli appuntamenti e l'organizzazione del proprio lavoro d'ufficio. Inoltre, qualora ce ne fosse bisogno, l'assistente sociale può decidere di aiutare l'operatore con un "addestramento sul campo", attraverso l'accompagnamento nei colloqui o nello svolgimento delle sue mansioni, cercando appunto di migliorare le sue capacità (Sanicola, 2009).

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale, è previsto un team IPS composto da almeno due operatori specialisti dell'impiego e da un supervisore, generalmente, appunto, l'assistente sociale. Attraverso tale sinergia è possibile favorire la comunicazione ed il passaggio di informazioni fra i vari professionisti coinvolti. Per consentire una stretta integrazione professionale, banalmente, è necessario che l'operatore IPS partecipi regolarmente alle riunioni d'équipe organizzate dal CSM. Durante tali riunioni il professionista IPS fornirà un aggiornamento sulle condizioni della persona sul posto di lavoro, sui progressi a livello di carriera e gli eventuali cambi di lavoro. Partecipando alle riunioni, oltre a poter fornire il proprio punto di vista riguardo gli utenti in carico, l'operatore IPS può individuare anche possibili candidati per il

percorso, soprattutto fra i nuovi casi segnalati dal CSM. Inoltre, contribuisce a diffondere una cultura riabilitativa di fiducia nei confronti degli utenti. All'interno dell'équipe, quindi, l'operatore IPS assume una posizione di sentinella, rilevando le possibilità inesprese e le risorse poco valorizzate delle persone. A quest'ultimo spetta anche un periodico resoconto dei risultati generale dell'intervento, come ad esempio il numero di utenti che mantengono il lavoro oppure il numero di coloro che sono ancora alla ricerca. Infine, è bene che in équipe vengano discussi tutti gli eventi associati al lavoro, che possono portare con sé sentimenti di fallimento o frustrazione, andando così a peggiorare il percorso. Anche qui, come precedentemente citato, l'operatore IPS assieme ai professionisti dell'équipe, devono essere in grado di prevedere tali momenti (che ad esempio possono verificarsi a seguito di un licenziamento), analizzandoli in seguito assieme all'utente, cercando di individuare le cause del fallimento (Berardi, Fioritti, 2009).

Il programma IPS va quindi inteso come uno spazio d'azione facilitante che consente all'utente di attuare le fasi necessarie per la ricerca di un impiego lavorativo, in condizioni ottimali di sicurezza e libertà. In Italia è evidenziata anche dai dati che emergono riguardanti gli inserimenti lavorativi. Seppur la crisi economica degli ultimi anni abbia incrinato e ridotto le opportunità lavorative e le disponibilità delle aziende nell'assunzione dei soggetti appartenenti alle cosiddette "fasce deboli", in buona sostanza, gli utenti che trovano un'occupazione lavorativa contrattualizzata entro sei mesi dall'avvio del programma IPS oscillano tra una percentuale del 40 e il 50% (Fioritti, et al., 2014, cit. in Berardi, 2017). Inoltre, viene evidenziato come la partecipazione ed il mantenimento di un impegno competitivo possano migliorare i sintomi e la qualità della vita (Bond, et al., 2001, cit. in Berardi, 2017), la riduzione del tasso di ospedalizzazione (Hoffman, et al., 2014, cit. in Berardi, 2017) e la riduzione del tasso di abbandono del programma (Burns, et al., 2007, cit. in Berardi, 2017). D'altra parte, nei paesi con un welfare particolarmente sviluppato, come la Germania e l'Olanda, il reddito proveniente dall'attività lavorativa è paragonabile a quello percepito con i sussidi. Di conseguenza, gli utenti non sono motivati a mettersi in gioco e cercare lavoro.

CONCLUSIONI

Come inizialmente affermato, scopo di questa tesi è stato quello di analizzare l'evoluzione e i cambiamenti che i servizi di salute mentale hanno subito nel corso degli anni e, con essi, com'è cambiato l'approccio alla malattia con particolare attenzione alla figura dell'assistente sociale.

In tempi relativamente brevi, l'evoluzione della psichiatria ha eliminato un forte sistema di esclusione e istituzionalizzazione che marginalizzava a livello sociale le persone affette da disturbi mentali. Fino all'introduzione della legge 180/78 gli internati erano spogliati di diritti e dignità, senza alcun tipo di speranze di riammissione all'interno della società. Con l'introduzione della sopracitata Legge Basaglia, cambiò lo sguardo nei confronti dei malati, la cui cura e riabilitazione da allora è nelle mani d'un'équipe di professionisti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Ora si intende la disabilità psichica come un disturbo nell'adempimento di quei ruoli sociali che normalmente ci si aspetta da un individuo. Difatti, oggi non è più la società a dover essere tutelata dalla follia, bensì è la persona malata a dover essere salvaguardata dai danni che la società gli può trasmettere, anche in maniera indiretta. Questa nuova ottica mira al miglioramento della qualità della vita attraverso la personalizzazione degli interventi, favorendo l'inclusione nella comunità restituendo fiducia nello svolgimento delle attività quotidiane e nella vita.

In questa realtà, trova spazio un professionista spesso sottovalutato: l'assistente sociale. Quest'ultimo, infatti, negli anni ha visto riconoscersi sempre di più il proprio contributo e l'affermarsi del proprio ruolo all'interno del mondo della salute mentale: dallo svolgimento di compiti burocratici molto limitati o di semplice segretariato sociale all'interno dei manicomi, oggi ricopre una posizione cardine nel processo d'aiuto. Attraverso gli strumenti specifici propri della professione, l'assistente sociale si adopera per favorire una corretta riabilitazione ed un corretto reinserimento sociale ed un eventuale inserimento lavorativo dell'utente. Inoltre, grazie alla sua capacità di far rete

sia all'interno dei servizi che all'esterno, l'assistente sociale costituisce un ponte che consente da un lato la realizzazione di un progetto individualizzato attraverso una presa in carico globale dei servizi, dall'altro permette di connettere il servizio di cura con il servizio di comunità. Proprio da quest'ultima, infatti, l'assistente sociale deve quindi saper ricavare risorse utili per il progetto d'aiuto, facilitando e mediando le parti affinché la comunità stessa migliori il modo con cui affronta i problemi che la coinvolgono.

Adottando i principi di psichiatria sociale e di comunità, il Dipartimento di Salute Mentale si impegna a coinvolgere sia l'individuo e le sue peculiarità, sia la comunità nella quale è inserito, affinché la persona riacquisisca le capacità necessarie per poter rivestire un ruolo sociale, imparando a gestire i propri sintomi. Negli ultimi anni si fa sempre più leva sul concetto di recovery, processo che consiste in un'attività riflessiva riguardo la propria condizione e al proprio disturbo, seguito successivamente da una riorganizzazione affinché vi sia un miglioramento della vita, favorendo il pieno potere decisionale della persona seguita. Seguendo quest'ottica di recovery, è quindi fondamentale che i Dipartimenti siano sempre più orientati a favorire l'integrazione lavorativa dell'utente. Così facendo, l'attività lavorativa regola la quotidianità dell'utente psichiatrico, modificando la percezione di sé attraverso l'assunzione del ruolo e andando a rafforzare le reti. Per poter favorire ciò, negli ultimi anni si è sviluppato prima in America e successivamente nel territorio italiano, il progetto IPS (Individual Placement Support). Quest'ultimo si prefigge il compito, attraverso un operatore inserito all'interno dell'équipe presente nel Centro di Salute Mentale, di accompagnare e supportare attivamente la persona nella ricerca di un impiego lavorativo affinché essa possa sia assimilare le capacità per superare le proprie barriere imposte dalla malattia, sia acquisire una posizione all'interno della comunità.

Un passo importante che i Dipartimenti di Salute Mentale oggi devono essere in grado di compiere riguarda la prevenzione dell'insurrezione di disturbi mentali. Al contrario del passato, in cui la cura iniziava solamente nel momento in cui il problema si presentava, oggi si percepisce una grande spinta orientata alla prevenzione, ma con alcune carenze significative. Tali lacune sono perlopiù generate dall'assenza di strumenti necessari per attivare una concreta prevenzione; inoltre, è necessario introdurre un processo di sensibilizzazione dei cittadini sul tema. È importante che venga promossa una cultura secondo cui la malattia mentale non è qualcosa di pericoloso di cui doversi

sbarazzare o dover placare e arginare, adottando un'ottica antecedente alla legge 180/78, bensì come qualcosa che riguarda gli aspetti personali dell'essere, che se accolti e valorizzati arricchiscono l'intera comunità.

Un altro percorso importante che i Dipartimenti di Salute Mentale devono essere in grado di intraprendere riguarda la lotta allo stigma che le persone affette da disturbi mentali si trovano a dover subire all'interno della società. Molte volte, lo stesso utente interiorizza i pregiudizi negativi su sé stesso, imponendosi automaticamente dei limiti e ruoli dai quali è molto difficile uscire. Contrastare lo stigma significa concretamente far leva sul processo di recovery: la sfida è quella di riuscire a dimostrare alla società l'enorme risorsa di cui essa stessa dispone, attraverso il reinserimento lavorativo e sociale. In maniera parallela, inoltre, è necessario, come per la prevenzione, attuare un percorso di sensibilizzazione comunitario, che vada a sfatare così miti e tabù che ancora attanagliano questo tema.

Ritengo che aver avuto la possibilità di svolgere il tirocinio presso il Centro di Salute Mentale sia stata un'esperienza totalmente formativa, perché mi ha permesso di maturare una maggiore consapevolezza rispetto ai problemi relativi alla salute mentale, abbandonando vecchi preconcetti ed andando a toccare e verificare con mano l'effettiva realtà. Allo stesso tempo, ho potuto verificare e riflettere riguardo la figura dell'assistente sociale e gli strumenti che utilizza quotidianamente per la progettazione e la gestione della presa in carico degli utenti.

Concludendo, nonostante i grandi progressi compiuti nel mondo della salute mentale negli ultimi cinquant'anni, rimangono ancora molte sfide aperte che i Dipartimenti di Salute Mentale devono saper affrontare, tra cui il mantenimento dello stato di benessere psichico una volta concluso il progetto d'aiuto, la lotta contro lo stigma, la sempre maggiore inclusione sociale delle persone affette da disagio mentale e una concreta campagna di prevenzione.

Bibliografia

- Allegri E., (1997), *Supervisione e lavoro sociale*, Roma, Carocci Faber.
- Allegri E., (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Roma, Carocci Faber.
- Allegri E., Facchin C., (2013), *Partecipazione e competenze*, "Bifulco", 1, pp.63-75
- Allegri E., Palmieri P., Zucca F., (2017), *Il colloquio nel servizio sociale*, Roma, Carocci Faber.
- Andrenacci R., (2009), *La visita domiciliare di servizio sociale*, Roma, Carocci Faber
- Anzalone M. C., (2004), *Il lavoro di rete per la promozione alla salute*, "Professione sociale: rivista di studio, analisi e ricerca", 1, pp. 84-92.
- Barone R., Bruschetta S., Frasca A., (2016), *Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented*, "Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici", 13, pp. 2-12.
- Bartolomei A., Passera A. L., (2011), *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*, Roma, Edizioni CieRe.
- Berardi D., Fioritti A., (a cura di) (2017), *Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali*, Bologna, Bononia University Press.
- Bruni C., Ferraro U., (2009), *Pianificazione e gestione dei servizi sociali. L'approccio sociologico e la prassi operativa*, Milano, Franco Angeli.
- Callegari L., (2009), *Inclusione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate: cooperazione, mediazione e valutazione negoziale nelle buone prassi integrative*, Bologna, Centro studi di psicologia e sociologia applicate.
- Campanini A. (a cura di) (2020), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Roma, Carocci Faber.
- Cappello Rizzarello F., 2014, *Discrezionalità e condizionamento organizzativo nella pratica professionale di servizio sociale*, Tesi di dottorato (non pubblicata) in Comparative social work indirizzo Sociologia e Ricerca Sociale – XXV Ciclo, Università degli Studi di Trento.
- Carli R., Paniccia R.M., (2011), *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Milano, Franco Angeli.
- Cellentani O., (1995), *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Clerici M., Depalmas C., Loretto L., Milia P., Nivoli A., Nivoli G. C., (2017), *Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi*, "Rivista di psichiatria", 4, pp. 150-157.
- CNOAS, *Codice Deontologico dell'assistente sociale*, Ordine Assistenti Sociali Consiglio Nazionale, 2020.
- Dal Pra Ponticelli M., (1983), *Obiettivi, funzioni e procedimento metodologico del servizio sociale*, Siena, Ponticelli.

- Dal Pra Ponticelli M., Pieroni G., (2005), *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, Roma, Carocci Faber.
- Donadoni D., Pinciara B., (a cura di) (1994), *L'assistente sociale psichiatrico*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Fabbri V., (2006), *Il gruppo e l'intervento sociale. Progettare, condurre, valutare*, Roma, Carocci Faber.
- Ferrario P. (2014), *Politiche sociali e servizi. Metodi di analisi e regole istituzionali*, Roma, Carocci Faber.
- Giorgi C., Pavan I., 2019, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in «Studi storici», n. 2, pp. 432.
- Lopardo C. (2020), *Servizio Sociale e tutela della salute mentale: le prospettive aperte (e non ancora realizzate) dalla legge n. 180/78*, "Rivista di Sociologia e Scienze Umane", 9, pp. 215-222.
- Mangiavillano R. L., (2011), *Come funziona la legge sull'inserimento lavorativo*, "Mensile di fede, politica, vita quotidiana", 1, pp. 29.
- Mezzina R., (2017), *"Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery"*, in Seabra Sade R. M. (a cura di), *Boas práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização*, Oficina Universitaria, São Paulo.
- Morlini A., (2006), *Disagio sociale e psicofisico grave. Percorsi con donne e uomini nel Servizio socio-educativo domiciliare*, Milano, Franco Angeli.
- Mosso C., Testoni I., (2015), *Dai gruppi alla comunità. Problemi umani e società inclusiva*, Torino, UTET Università.
- Rossi P. (2014), *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Roma, Carocci Faber.
- Sanicola L., (2009), *Dinamiche di rete e lavoro sociale. Un metodo relazionale*, Napoli, Liguori editore.