

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

# Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata - FISPPA

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Sociale, del Lavoro e della Comunicazione

# Tesi di laurea Magistrale

L'inserimento lavorativo di persone con vulnerabilità psichiatrica: metodi e strumenti.

The employment of people with psychiatric vulnerability: methods and tools.

*Relatrice*Prof. Santilli Sara

Laureando/a: POZZI SERENELLA

*Matricola*: 1080990

Anno Accademico 2022/2023

"Torna comodo trattare alla stregua di pazzi coloro che non si è in grado di comprendere" G. Simenon

# INDICE

Introduzione	4
Capitolo 1. Concetti e modelli di base	7
1.1 Il concetto di recovery	7
1.2 Il modello stress vulnerabilità	16
1.3 Il modello bio psico sociale	20
Capitolo2. Analisi delle risorse e della motivazione al cambiamento	21
2.1 Le abilità di coping.	21
2.2 Le abilità di problem solving	27
2.3 Abilità di fronteggiamento dello stress e delle frustrazioni	33
2.4 Il profilo del case manager	35
- L'empatia e la fiducia	38
- Le emozioni	42
Capitolo 3. Lavoro e inclusione	45
3.1 Dall'"inserimento" al "lavoro dignitoso"	45
3.2 Il modello evidence based Individual Placement and Support IPS	51
3.3 Ulteriori strumenti di inserimento lavorativo	63
3.4 Stigma e percezione di discriminazione	70

Capitolo 4. Studio esplorativo qualitativo sull'inclusione lavorativa: la prospettiva di un gruppo	
di lavoratori del settore	73
4. 1 Metodo	77
4.1.1 Partecipanti	77
4.1.2 Strumenti e procedura di somministrazione	79
4.2 Analisi qualitativa sul principio di inclusione	79
4.3 Analisi qualitativa sul lavoro dignitoso	84
4. 4 Discussione	86
4.5 Limiti dello studio	88
4.6 Implicazioni future	88
Bibliografia	91

#### Introduzione

La stesura di questa tesi avviene dopo molti anni dall'inizio del mio percorso di studi, anni lunghi e complessi, anni impegnativi, ricchi di novità, anni di paure, difficoltà, rinunce, abbandoni, ma anche di caparbietà, supporti, amore ed amicizie.

Nel 2004 ho avuto la possibilità di iniziare il mio lavoro come Educatore Professionale presso la Residenza Il Convento di Ferrara, residenza che rientra nel percorso di trattamenti intensivi per pazienti con disturbo psichiatrico in carico al DAI SM DP, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Ferrara.

Nel 2009 poi, ho chiesto il trasferimento presso il Servizio Psichiatrico Territoriale Distretto Sud/Est, nel quale tutt'ora lavoro. Ho avuto modo, nel tempo, di conoscere molti aspetti del disturbo psichiatrico e l'avvicendarsi delle metodologie di lavoro, prima medicocentriche, legate spesso alla sintomatologia e all'aspetto farmacologico, poi successivamente incentrate su aspetti gruppali orientati alla socializzazione, con minori obiettivi personalizzati. Nell'ultimo decennio si inverte gradualmente la rotta e ci si avvicina al concetto di recovery, all'ascolto dei bisogni e degli obiettivi del paziente, alla ricerca dell'autonomia, agli aspetti di autodeterminazione, alla necessità di considerare il paziente come risorsa per sé stesso e per gli altri.

Ed è su questi concetti che vorrei sviluppare la mia tesi, consapevole dell'inevitabile taglio educativo e riabilitativo, dato dal mio ruolo professionale, mantenendo comunque il focus di insieme del lavoro di équipe all'interno dei servizi, formati da diverse figure professionali, lavoro in sinergia per il miglioramento della qualità dell'intervento complessivo.

Il lavoro di riabilitazione mi ha aiutata a comprendere il punto di vista dell'altro, ha stimolato il miglioramento di abilità di supporto e coinvolgimento, di motivazione e cura del paziente.

Il mio desiderio è quello di far comprendere, ad alcuni, che la malattia mentale è molto altro oltre all'apparente difficoltà e disagio, può essere serbatoio di risorse, umiltà e desiderio di cambiamento,

che molto spesso non viene compreso, perché "mettersi nei panni dell'altro" è complesso, molto più semplice invece stigmatizzare e ghettizzare il paziente, etichettare e non conoscere.

E' importante comprendere che il soggetto deve essere visto nella sua interezza, egli è portatore di sentimenti, emozioni, talenti, necessità, bisogni, paure e sogni, la diagnosi è solo una parte, un aspetto della vita, che gli permette comunque di avere interazioni sociali, di meritare rispetto e di desiderare. Il concetto di persona è fondamentale, ad essa viene attribuita autodeterminazione, quindi capacità di scelta nonché capacità di sbagliare, fondando la cultura del rapporto terapeutico sulla simmetria, ovvero sul vedere l'altro come persona con dignità, come un cittadino con diritti e doveri, spostando l'ottica accuditiva, verso invece la promozione della capacità di autonomia.

Il lavoro dei professionisti della salute mentale è quello di aumentare, dove necessario, l'insight del paziente per migliorare le sue capacità di introspezione, di autoconvincimento e di autovalutazione, avere coscienza di malattia significa riuscire ad attribuire i sintomi della propria malattia in maniera anticipata, ma anche retrospettiva, significa accettare il trattamento proposto, significa avere una maggiore motivazione nella realizzazione del cambiamento.

La tesi si suddividerà in 3 capitoli conseguenti all'individuazione di percorsi individualizzati all'interno di una cornice più grande legata alla consapevolezza e all'autodeterminazione della persona con disturbo psichiatrico.

Nel primo capitolo affronterò il concetto di recovery, i modelli stress vulnerabilità e biopsicosociale come esempi di comprensione di una realtà sconosciuta come la malattia psichiatrica, concetti che si legano alla trasformazione e alla funzione attiva del sé.

Nel secondo capitolo svilupperò le strategie e le abilità che il paziente deve saper applicare per autodirigersi, ovvero le abilità di coping, di problem solving e di fronteggiamento delle situazioni stressanti, legate alle relazioni e alle attività che la persona svolge nella sua vita, come ad esempio l'attività lavorativa.

Nel terzo capitolo svilupperò il tema dell'autonomia e del lavoro, concetto legato all'acquisizione di un ruolo sociale, laddove sia possibile, difronte allo stigma e alla percezione del paziente psichiatrico come diverso. Il lavoro come elemento di costruzione di un'identità, ma allo stesso tempo fonte di messa alla prova rispetto alle abilità. Il lavoro prima di aver superato le discriminazioni di inserimenti protetti e di visioni ridotte alla disabilità e all'inserimento dei pazienti in ruoli predeterminati.

Nell'ultimo capitolo ho sviluppato una ricerca qualitativa, con l'ausilio di un'intervista semistrutturata somministrata ai colleghi del Servizio Psichiatrico territoriale nel quale svolgo la mia attività. Verrà affrontato il tema dell'inclusione, processo multidimensionale, che cerca di creare le condizioni per una partecipazione piena ed attiva di ogni membro della società, soprattutto a livello di proposte e decisioni, nel caso specifico di pazienti con vulnerabilità psichiatrica e della loro inclusione nel mondo del lavoro.

## Capitolo 1. Concetti e modelli di base

# 1.1 Il concetto di recovery?

Il termine recovery, in italiano, può essere tradotto come ristabilimento, recupero, ripresa o guarigione, ma, parallelamente, il termine inglese, ci suggerisce la complessità del concetto nel quale si riconoscono due componenti principali.

Nell'ottica sanitaria recovery (Lieberman & Kopelowicz, 2002) è definito come il recupero a seguito di un trattamento medico, mentre l'altro aspetto, quello sociale fa riferimento al miglioramento e alla riorganizzazione della propria vita che avviene in seguito al ragionamento rispetto alla propria condizione, da parte di ogni individuo.

Il recovery in psichiatria non può essere visto come un modello da applicare ad ogni paziente in maniera indistinta e con le stesse metodologie, è invece un percorso individuale che porta l'utente dei servizi a vivere una vita soddisfacente, con obiettivi di vita, anche in presenza di disturbi psichiatrici. Il recovery è un percorso personale costruito dall'utente che il Servizio deve sostenere e agevolare con le risorse che ha a disposizione. E' una strada di scelte personali che la persona intraprende per migliorare e cambiare il proprio modo di vivere, la persona si dà nuovi significati e propositi.

Recovery è stato definito in molti modi ovvero un punto di vista, una prospettiva oppure un processo, in nessuna di queste definizioni, però, il recovery (Carozza, 2006) fa riferimento alla scomparsa o diminuzione della sintomatologia, ma si concentra sullo sviluppo di capacità, di potenzialità per il riconoscimento della persona nei suoi ruoli sociali.

Gli utenti stessi dei servizi psichiatrici hanno coniato il termine recovery introducendo un concetto non clinico, un processo di ripresa attraverso il fronteggiamento degli eventi della vita quotidiana e il mantenimento della funzionalità sociale e cognitiva.

La necessità di riscoprire punti di forza sui quali fare fulcro per superare momenti di difficoltà è un aspetto cruciale della capacità di recovery, mentre l'utilizzo di abilità di coping rispetto alle situazioni di blocco è il consolidamento di abilità e capacità di autodeterminazione e di autonomia.

Gli studi finora elaborati sui processi, sui contesti e sui servizi che favoriscono la ripresa delle persone affette da disturbo mentale, evidenziano che ci sono dei fattori che favoriscono oppure ostacolano pesantemente i processi di ripresa delle persone che stanno cercando di fare esperienze di cambiamento della propria esistenza.

Uno dei fattori ostativi è rappresentato dai luoghi, spesso gli stessi che si occupano del paziente, come le residenze e i servizi, che sono caratterizzati dalla separatezza, dalla monotonia, dal "permanere" dei pazienti, per anni, in povertà di stimoli e mancanza di prospettive di emancipazione.

Purtroppo, pur avendo superato gli ospedali psichiatrici grazie alla riforma Basaglia, permangono istituzioni e residenze dove le prospettive di ripresa e di emancipazione sociale ricordano quanto affermava Franco Basaglia (1960): "... l'immagine dell'istituzionalizzato corrisponde dunque all'uomo pietrificato dei nostri ospedali, l'uomo immobile, senza uno scopo, senza un futuro, senza un interesse, uno sguardo, un'attesa, una speranza verso cui tendere...".

Di qui l'importanza della creazione di una rete di opportunità che vanno dalla casa, all'inserimento lavorativo, alla formazione professionale che, nei contesti e nei luoghi della comunità in cui si vive facilitino i processi di guarigione.

Attraverso la motivazione, il coinvolgimento, l'accesso ai diritti di cittadino, si evita il rischio di creare forme di dipendenza e di isolamento sociale che si tenta invece con ogni mezzo di scardinare. Un principio determinante nel percorso riabilitativo riguarda la lotta allo stigma, all'emarginazione e all'esclusione sociale.

I percorsi di ripresa non sono mai avulsi dal retroterra culturale, dalle famiglie, dal contesto in cui le persone vivono. Favorire un percorso di ripresa delle persone significa capire ed affrontare il senso di impotenza, vergogna, svalutazione vissuta dalle persone affette da malattia mentale, lottare contro di esso cercando di vincere lo scoraggiamento e l'esclusione dai contesti di normalità.

L'inclusione sociale, la frequentazione di contesti reali di vita, la ricerca delle cure dentro la comunità di appartenenza, nei rapporti di vicinato, con gli amici, i negozianti, gli altri membri della comunità sono parte dell'esteso concetto di recovery.

Recovery non significa necessariamente liberarsi e procedere in modo autonomo, vuol dire mantenere buoni livelli di funzionamento e fronteggiamento delle difficoltà quotidiane. Il termine recovery può essere spesso affiancato al concetto di trasformazione (Bruschetta e Barone, 2013), ovvero al percorso evolutivo che si allontana dal verbo guarire. E' un processo di cambiamento personale, di riappropriazione del proprio funzionamento premorboso e di visione positiva rispetto alla propria progettualità.

Nel Piano di Azione Globale per la Salute Mentale 201:3-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si legge: "è importante offrire trattamenti orientati alla recovery in cui sia prevista la partecipazione attiva di tutti gli stakeholder coinvolti, al fine di offrire alle persone la possibilità di vivere una vita piena a produttiva all'interno della comunità".

Diversi sono gli elementi che facilitano il recovery, ovvero il sistema dei servizi che deve porre i bisogni degli individui al centro del progetto di cura, la promozione delle loro opinioni, la tolleranza per la diversità, la responsabilità di ogni singolo rispetto alle cure, l' ospedalizzazione come ultima ratio, un rapporto di partnership tra gli operatori e i soggetti, la condivisione dei programmi individualizzati degli utenti con i loro famigliari, in ultima, ma di fondamentale importanza sono gli interventi tempestivi e proattivi.

In questo processo di trasformazione e cambiamento un ruolo decisivo è svolto dai professionisti. Le relazioni che si sviluppano devono essere caratterizzate da continuità, disponibilità, ascolto, comprensione, apertura e rispetto. Tutti i professionisti devono essere formati con programmi di

aggiornamento permanenti, la formazione degli operatori deve prevedere il coinvolgimento degli utenti come portatori di esperienza attiva, che esprimono la loro percezione e le loro capacità.

La malattia mentale, qualsiasi essa sia, deve essere considerata come una condizione in cambiamento e non statica, il tutto dipende dall'ambiente circostante, dalle interazioni e dai piani di trattamento. La malattia mentale può essere considerata una condizione dinamica, dipendente da una serie di fattori, tra cui l'ambiente, le interazioni sociali e il tipo di trattamento. Il rapporto tra malattia e ambiente incide sia sul decorso che sugli esiti: è molto importante la percezione che il paziente ha di sé stesso come persona intera e quanto gli altri lo percepiscono come tale, oltre che la qualità del rapporto che ha con il contesto in cui vive.

L'assunzione che le persone con gravi disturbi psichici abbiano una vita senza scopi e progettualità è stata messa fortemente in discussione, da ciò sono derivate nuove prospettive e importanti conseguenze. Il focus è stato spostato dal disturbo alla persona, ritenuta capace di recuperare le sue energie per poter migliorare i propri livelli funzionali di base. Sono stati messi in discussione alcuni pregiudizi che in passato hanno condizionato sia la visione sia delle patologie che dei trattamenti (Carozza, 2006).

Il recovery comporta lo sviluppo di nuovi significati e apprendimenti nella vita di una persona che cresce e si sviluppa, oltre gli effetti catastrofici della condizione patologica. Un contributo importante alla nascita del concetto di recovery è stato dato anche dalla diffusione di movimenti socio-politici per la difesa dei diritti delle persone con disabilità psichiatrica e l'emissione di normative finalizzate al superamento dell'emarginazione e dell'incuria in cui queste persone vivevano.

Il concetto di recovery è stato definito e tradotto in molti modi, ma nessuna accezione coincide con la scomparsa della malattia, piuttosto essa rispecchia lo sviluppo di abilità perdute con la malattia e il recupero di un ruolo valido e soddisfacente all'interno della società (Carozza, 2006).

Non si riferisce a una cura o a una prestazione specifica, ma implica un percorso, spesso non chiaro, durante il quale la persona deve imparare a fronteggiare gli eventi quotidiani, avere buone capacità

relazionali e sociali, servendosi anche di opportuni sostegni e riconoscendo i propri limiti. Per Liberman e Kopelowicz (2005) le persone sono in recovery quando i sintomi della loro malattia non interferiscono con il loro funzionamento nella vita quotidiana.

Per poter parlare di recovery i miglioramenti ottenuti devono essere mantenuti almeno per due anni. I pazienti in fase di ripresa hanno un minor numero di sintomi e di ricoveri, recuperano molte aeree di vita perdute in seguito alla malattia; rifiutano il ruolo di persone malate, non solo sviluppando la capacità di gestione del sintomo e riconoscendo i segnali precoci di crisi e i trigger della vita quotidiana, ma gestendo i sintomi.

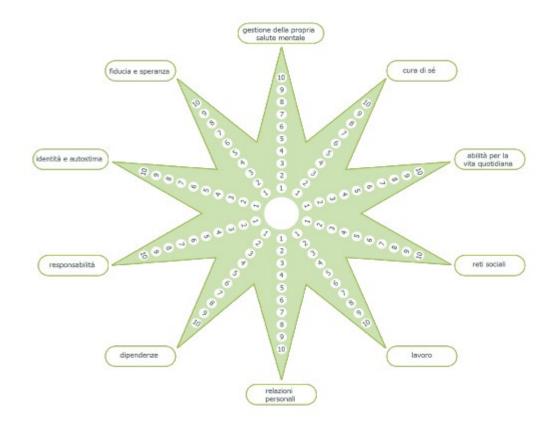
Essi recuperano il loro diritto di essere trattati con dignità e rispetto, recuperano o acquisiscono ruoli e responsabilità, sviluppano l'empowerment che favorisce la capacità contrattuale, possono autodeterminarsi nel prendere decisioni che riguardano non solo il trattamento, ma scelte di vita.

Attraverso il percorso di recovery c'è una ricostruzione dei contatti personali, sociali e ambientali, c'è un'integrazione nella comunità e ciò ne consegue la possibilità di condurre una vita significativa.

Conseguenti a questi cambiamenti sono l'aumento dell'autoefficacia e dell'autostima.

Per la misurazione e l'autovalutazione del percorso di recovery viene utilizzata una Scala (Burns e MacKeith, 2014) con la quale si possono punteggiare dieci aree di vita a seconda del momento in cui la si compila, la valutazione va da 0 a 10, dove 0 è la fase di blocco dove ancora il paziente non è consapevole del disturbo e sceglie di non farsi seguire dai servizi, passando alle fasi intermedie dove c'è consapevolezza e, in parte, volontà di cambiamento, che avviene lentamente fissandosi piccoli obiettivi personali da verificare ogni settimana con il proprio case manager, in attività di supporto al raggiungimento di tappe di vita. La persona che raggiunge il punteggio 10 vive nel raggiungimento dei propri obiettivi di vita, è capace di autodeterminarsi e sceglie da sè quali siano le aree prioritarie. La Recovery Star è uno strumento di lavoro efficace, che visivamente fa intuire alla persona quali sono stati, e in quali aree, in passi fatti verso l'obiettivo. La scelta degli obiettivi è sempre individuale, si scelgono obiettivi SMART, ovvero Specifici, relativi ad una decisione circostanziata; Misurabili,

ovvero dove possano essere visibili i miglioramenti; Attainable, Raggiungibili, ossia non troppo lontani dalla realtà, quindi realistici; Rilevanti, importanti per il raggiungimento del proprio stato di recovery; Temporalmente definiti, che abbiano un lasso di tempo definito e non troppo dilatato.



Strumento elaborato da Triangle Consulting (2011) su mandato del Menthal Health Providers Forum

La stella è composta da dieci aree della vita quotidiana, per ognuna è necessario dare un punteggio. La persona può decidere di compilarla in autonomia con l'ausilio di una guida cartacea, oppure può siglarla con l'operatore che la aiuterà a comprendere le varie fasi del cambiamento. Lo strumento recovery star è un buon ausilio, una risorsa per un supporto concreto e visivo della situazione, una fotografia dell'attuale momento del paziente. E' un buon punto di partenza per far comprendere alla persona che il cambiamento è legato alle scelte personali, ognuno può decidere di lavorare e di concentrarsi sulle aree che desidera e preferisce. Il Recovery è un processo complesso e non lineare, di cambiamento, un'esperienza di crescita oltre la malattia. Il Recovery è un processo personale, un progetto fiducia in sé stessi, di sviluppo delle aspettative positive. Ogni persona riorganizza il senso

di sé: stima ed efficacia personale. Per quanto sia un processo continuo si possono evidenziare anche delle fasi di passività, in cui si subiscono gli eventi della vita, si passa alla rabbia e alla lotta contro la frustrazione, all'accettazione e all'empowerment, in cui si valorizzano elementi della propria esperienza (Liberman e Robert, 2009).

Sono stati identificati diversi elementi comuni ai vari percorsi come ad esempio la ripresa di aspettative sul futuro, la consapevolezza verso la malattia, l'accettazione della nuova condizione, il coinvolgimento, la proattività rispetto al proprio progetto di vita e la rivendicazione di un senso di sé positivo.

Le persone identificano il principio del percorso di recovery attraverso la definizione di piccoli obiettivi di vita, che successivamente diventano progetti; migliora la fiducia nelle proprie capacità e la sensazione di benessere migliora la capacità di trascorrere del tempo di qualità; migliora la fiducia e la stima in sé stessi e nel poter fare passi avanti. La percezione del futuro non è più così spaventosa o lontana, è invece fruibile e crea coraggiosi passaggi liberi dallo stigma interno.

Altri segni sono più oggettivabili: il ricoprire un ruolo valido e soddisfacente, la realizzazione di relazioni significative, la riduzione e il controllo dei sintomi, il miglioramento della salute fisica.

Diversi passaggi importanti facilitano il percorso di recovery come il miglioramento della percezione di sé stessi nelle aree che riguardano l'autoefficacia e la responsabilità personale. Gli attori di questo cambiamento cambiano prospettiva, poiché riescono a stabilire nuovi obiettivi e di conseguenza sentono crescere fiducia nelle proprie potenzialità.

Il recovery attribuisce importanza all'autonomia, ovvero all'esperienza diretta di ognuno, recovery significa assunzione di responsabilità, significa coltivare aspettative positive ed aumentare la propria efficacia personale.

La possibilità di compiere delle scelte è fondamentale per il processo di miglioramento, per rinsaldare la propria capacità di autodeterminazione.

Il processo di recovery passa da diverse fasi, la fase di shock dove la persona sperimenta per la prima volta la malattia mentale, viene travolta da episodi che non conosce ai quali non era preparata, eventi spesso traumatici che segnano le aspettative di vita future.

La fase di diniego (Carozza, 2006) dove avviene la negazione, non solo dell'evento traumatico, ma anche della paura di essere etichettati. Spesso la persona tenta di nascondere il proprio vissuto non solo a sé stesso, ma soprattutto agli altri, non conosce cosa gli succede, è spaventato e impaurito, tanto da non ammettere la sua necessità di essere aiutato e supportato.

Fase di disperazione e lutto, consiste in sentimenti di depressione, sensazione di incapacità ad affrontare le situazioni presenti e mancanza di aspettative positive. Spesso in questa fase c'è il blocco, la fase in cui non si riesce a dare un nome a quello che succede, e spesso la persona si trova a preferirsi ferma immobile, che fare qualsiasi doloroso passo, anche nello stesso riconoscimento.

La fase della rabbia vien spesso indirizzata contro la malattia e contro, di solito, chi ha comunicato la diagnosi. La rabbia è ritenuta fondamentale per il cambiamento, si percepisce che non c'è più una fase statica, ma c'è un movimento vitale che condurrà alla consapevolezza delle parti sane di se.

Fase dell'accettazione è dove si risolvono le fasi precedenti di diniego, lutto e rabbia e si iniziano a percepire dei piccoli cambiamenti, dove la persona decide di farsi supportare ed affrontare un percorso di accettazione della malattia. In questa fase inizia la consapevolezza del disturbo, ma anche delle risorse e delle possibilità che la vita offre per una visione più positiva. La persona inizia a sperimentarsi attraverso dei piccoli obiettivi quotidiani.

La fase di coping, è dove la persona inizia a mettere in campo le proprie strategie per migliorare la situazione attuale, si impegna attraverso le proprie risorse per vedere realizzati alcuni successi.

L'ultima fase che è quella dell'empowerment, termine sul quale vorrei soffermarmi per dare valore all'impegno e allo sforzo di ogni persona che intraprende un percorso di recovery. L'empowerment infatti è il senso di efficacia e di controllo che il paziente percepisce sulla propria vita e sulla realtà che lo circonda. La persona sperimenta un maggior senso di fiducia poiché, nonostante la presenza

della malattia, il processo di cambiamento evolve, utilizzando strategie e conoscendo il proprio limite legato alla sintomatologia. Il poter fare, il poter essere, il poter decidere di sé stessi e delle proprie scelte porta maggior fiducia nella persona, fiducia sullo spostamento di prospettiva, quest'ultima verso situazioni positive. La persona in questo momento è fautrice dei propri obiettivi, si riconosce parte di una società, partecipa attivamente non solo nelle sue scelte personali, ma anche in quelle che inglobano altre persone, migliora il suo senso di appartenenza. La persona si sente responsabile, può applicare ogni sua competenza, riesce a gestire i sintomi, le crisi riescono a risolversi in breve tempo e gli obiettivi sono focalizzati. L'atteggiamento di fiducia verso i propri obiettivi di vita, l'accettazione delle proprie difficoltà, la capacità di chiedere aiuto, la costruzione di nuove prospettive positive, lo stabilire azioni concrete da compiere sono tutti passaggi fondamentali per il processo di empowerment e, in seguito, di raggiungimento del recovery (Carozza, 2006).

#### 1.2 Il modello stress-vulnerabilità

La teoria stress-vulnerabilità è un modello che spiega lo sviluppo della malattia secondo cui, in alcuni individui la combinazione di vulnerabilità genetica e presenza di fattori stressanti può causare l'insorgenza di disturbi psichici. Sebbene non esista una causa precisa da attribuire alla comparsa dei sintomi, sono da tenere attenzionati diverse tipologie di fattori concomitanti. Potrebbe essere utile un tentativo di spiegare inizialmente il concetto di stress e il concetto di vulnerabilità.

#### Lo stress

Il termine "stress" può essere affiancato a termini quali pressione, sollecitazione, sforzo, tensione, rispetto alle passate definizioni di difficoltà, ostacoli o impedimenti. Viene utilizzato per indicare una "spinta a reagire" esercitata sull'organismo da differenti stimoli, definiti stressor, che possono provenire dall'interno o dall'esterno. Già dal 1936, Hans Seyle, iniziò ricerche sullo stress e su una possibile comparsa di sintomi e segni legati alle risposte di adattamento a stimoli esterni pericolosi. L'autore sostiene che stimoli diversi hanno la capacità di determinare risposte stereotipate, ma non confermate dallo stimolo, ma dall'intensità in cui viene vissuto lo stesso. Ad esempio alle persone che hanno una bassa soglia di tolleranza allo stress, servono eventi stressogeni minori per la comparsa di alcuni sintomi, a differenza di altre persone con maggiore tolleranza ai quali serviranno eventi di maggiore entità per slatentizzare la sintomatologia. Avere una bassa vulnerabilità, perciò, significa maggiore tolleranza agli stress.

#### La vulnerabilità

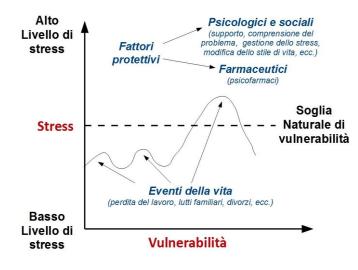
Altro concetto fondamentale per capire il modello è quello di vulnerabilità che si riferisce al funzionamento e ai tratti che caratterizzano un soggetto. I tratti definiscono la persona sia per quanto riguarda le capacità di adattamento allo stress, sia per abilità di fronteggiamento delle situazioni

difficili, sia per la struttura di personalità, nonché per predisposizione genetica, anche se, non è ancora ben chiaro, come possa essere convolta l'ereditarietà. Di certo è opportuno conoscere presenza di disfunzioni o di precedenti casistiche di disturbo nella familiarità del paziente, tuttavia tale presenza non è sempre costante alla comparsa di disturbo psichiatrico.

Nello specifico esistono diversi livelli di vulnerabilità, di certo l'esposizione continuativa e sistematica agli stressors su un individuo vulnerabile porta un aggravamento dei sintomi psichiatrici e all'aumento di eventi negativi associati al peggioramento della qualità della vita (Rick E., David D., 2005).

Legato al concetto di vulnerabilità possiamo introdurre anche il concetto di vulnerabilità cognitiva, che riguarda tutte le difficoltà legate all'area dell'aspetto cognitivo, quali la memoria di lavoro, la capacità di memoria e le funzioni esecutive, tutto ciò comporta la necessità ad acquisire nuove abilità sociali e di coping per il raggiungimento dell'autonomia nella scelta di obiettivi personali. Il processo di riabilitazione prevede, all'interno del concetto di recovery, lo sviluppo e l'intervento sulle abilità di base per favorire l'empowerment e l'autoefficacia del paziente. Migliorare l'aspetto cognitivo pertanto favorisce un miglior approccio alla risoluzione di problemi e alla gestione degli eventi stressanti.

Il modello stress vulnerabilità quindi indaga le cause psicosociali e biologiche che agiscono sull'individuo come cause dell'insorgenza di sintomi psichiatrici, in alcuni soggetti infatti, la presenza di entrambi i fattori causa lo sviluppo della malattia. L'effetto combinato fra vulnerabilità genetica ed aventi stressanti favorisce la comparsa del disturbo mentale a cui l'individuo specifico è vulnerabile. Il modello stress vulnerabilità analizza l'interazione fra fattori di rischio premorbosi e fattori di stress ambientali utili per comprendere meglio chi potrebbe sviluppare il disturbo e chi no.



Fonte: Zubin e Spring 1977

La figura rappresenta nel miglior modo il modello teorico, dove sui due assi troviamo la vulnerabilità e il livello di stress. Possiamo vedere la linea orizzontale che raffigura la soglia di vulnerabilità naturale al di sotto della quale ci sono gli eventi di vita, che vengono gestiti da ognuno di noi attraverso abilità cognitive, psicologiche, di problem solving e abilità di coping, mentre al di sopra troviamo il livello di guardia, da attenzionare, per lo sviluppo e il presentarsi di alcuni sintomi. Maggiore è lo stress che si affronta, con minori risorse, più facilmente si rientrerà nel livello di comparsa di sintomatologia, se alto è il livello di vulnerabilità personale.

Il modello vulnerabilità-stress può suggerire quindi, che fattori di stress relativamente piccoli possano portare all'insorgenza del disturbo in una persona altamente vulnerabile, mentre un altro modello vulnerabilità-stress potrebbe suggerire che un evento stressante di intensità maggiore potrebbe causare una reazione simile nella persona con scarsa vulnerabilità.

Lo stress è una reazione di allarme, per cui davanti ad una situazione di pericolo, l'organismo si prepara ad una azione difensiva od offensiva, spesso utile alla sopravvivenza. Lo stato di sovraeccitazione viene innescato dal sistema nervoso alla percezione di un pericolo nell'ambiente circostante. Questa reazione è condivisa fa gli uomini e gli animali permettendo loro di attivare risorse fondamentali nella situazione pericolosa. Selye (1976), medico austriaco, che si interessò a questa

tematica, sperimentò in laboratorio quella che venne chiamata sindrome generale di adattamento, legandola al concetto di reazione all'allarme dove la prima risposta allo stress è appunto una situazione di preoccupazione al pericolo che ci si trova a dover affrontare. Se la prima reazione allo stress esterno è la condizione di allarme, la condizione, invece prolungata, viene chiamata fase di resistenza, che prevede diverse risposte diverse rispetto alla reazione di allarme (Rick E., David D., 2005). L'esposizione ad una situazione stressante prolungata può innescare la fase di esaurimento, dove spesso tutte le risorse vengono, appunto, esaurite. Se nel mondo animale la condizione di allarme viene innescata dalla presenza di un predatore o un pericolo reale legato alla sopravvivenza, fra gli uomini, lo stress viene invece rappresentato da diversi fattori ambientali, che passano dal lavoro, alle relazioni sociali, alla perdita di una persona cara, ad una separazione; dalle risorse economiche, quindi dalla mancanza di un'abitazione, mancanza di lavoro, difficoltà a reperire supporti per la propria famiglia; da aspetti legati alla salute fisica e mentale. Aspetti stressanti possono essere la mancanza di autonomia e libertà rispetto alle scelte della vita dovute all'utilizzo di sostanze o dovute proprio a limitazione fisiche.

Lo stress può presentarsi attraverso una serie di sintomi che possono essere fisici, ad esempio mal di testa, problemi del sonno, tachicardia, stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, problemi della sfera sessuale; sintomi legati al comportamento disfunzionale come ad esempio disturbi dell'alimentazione, mancanza di assertività, utilizzo di sostanze e difficoltà nelle funzioni esecutive; sintomi cognitivi legati alla perdita di memoria, difficoltà a risolvere i problemi, facile distraibilità e difficoltà nella gestione degli aspetti emotivi e riconoscimento delle sensazioni ed emozioni. Lo stress è correlato a diversi disturbi legati all'umore e alla sfera psicosomatica.

In conclusione possiamo dire che eventi stressanti fanno parte della nostra quotidianità, lo stesso stress può essere utile per l'attivazione di risorse e risoluzione di problemi, ma può altresì causare un malfunzionamento di alcuni aspetti e aree della vita, compromettendo il benessere dell'individuo. Di fondamentale importanza è il riconoscimento dello stress e la messa in campo delle strategie di

fronteggiamento e l'eventuale supporto di una terapia che aiuti nel gestire i sintomi e accedere alle proprie risorse personali.

## 1.3 Il modello biopsicosociale

Il modello biopsicosociale citato all'interno di questo elaborato vuole spiegare come, in psichiatria, si è superato il concetto di malattia mentale, per introdurre un approccio che si occupi di tutte le parti della persona, nello specifico la particolarità biologica, psicologica e sociale.

Ogni persona ha dentro di sé questi tre aspetti che sono interdipendenti.

Già nel 1977 Engel, in contrapposizione all'approccio medico, promosse quello olistico e perciò rivoluzionario che riconosceva ad ogni individuo una storia personale, ma allo stesso tempo pensieri e sentimenti. Il funzionamento biologico è l'insieme delle funzioni genetiche e biochimiche, processi che sono esterni alla coscienza; il funzionamento psicologico invece è legato a comportamenti, personalità e umore, è il mondo interno della persona che ne elabora l'informazione e la comunicazione; il funzionamento sociale è invece legato a fattori socioculturali, familiari ed economici messi in relazione con l'ambiente circostante.

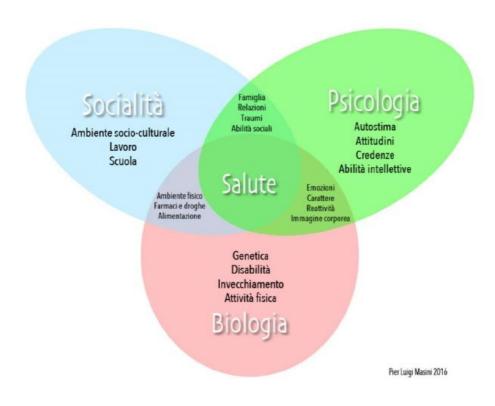
Il modello biopsicosociale è in contrapposizione a quello tradizionale medico poiché trova sviluppo in diverse discipline come la psicologia e la sociologia e non solamente al fattore biologico della malattia.

Il modello biopsicosociale ci rimanda molto al modello prima esplicitato di vulnerabilità e stress, dove la persona che ha una vulnerabilità a un tipo di malattia mentale può essere più soggetta alla sua slatentizzazione e i fattori sociali, lo stress, la vita familiare e lavorativa innescano questo stato di malessere e perciò di sofferenza e malattia. Spesso i fattori sociali, lavorativi o cognitivi intervengono nello scatenare la malattia, la difficile gestione della situazione presente, dei sintomi di malessere, intervengono nello sviluppo della malattia. Engel (1977) afferma ancora che l'approccio biomedico

sia imperfetto poiché non solo il corpo contribuisce alla malattia, ma anche la mente gioca un ruolo significativo.

Il modello biopsicosociale include tutti i fattori che influiscono sull'intera persona e contribuiscono ad apportare cambiamenti nella salute o nello stato di salute mentale. Mette l'accento sull'articolazione fra trattamenti farmacologici, psicoterapici e socio-riabilitativi.

Per una migliore diagnosi è necessario, secondo il modello descritto, considerare tutte le dimensioni sociali dell'individuo, dalla dimensione culturale del paziente che permette di comprendere le sue abilità, il ruolo all'interno della società di appartenenza e la cultura fondamentale nella relazione con il terapeuta e i valori con i quali è cresciuto e con i quali si rapporta ogni giorno che gli altri; importanti sono le dimensioni religiose e spirituali che supportano, spesso le capacità di successo del paziente. La persona è importante in tutte le sue dimensioni, integrazione di tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali permette di costruire al meglio l'identità del soggetto che ci sta difronte e con il quale dobbiamo impostare un percorso terapeutico e riabilitativo.



La rappresentazione grafica del modello esprime tutto quello che è necessario valutare di una persona quando si parla di malattia mentale e si comincia un percorso di amamnesi e valutazione.

Come sostiene ad esempio Gatchel, ogni intervento "che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto" (Gatchel, 2004).

E' fondamentale che ogni aspetto venga approfondito così da poter rendere la futura diagnosi e di conseguenza il trattamento, tali da essere create sulle necessità e bisogni del paziente, tenendo conto delle sue abilità e risorse, della sua rete sociale, delle competenze e delle credenze.

Un aspetto rilevante è la possibilità di indagare con la persona la sua rappresentazione della salute mentale, i suoi processi di costruzione della salute, i modelli seguiti fino a quel momento.

Conoscere il modo in cui si è pensata fino a quel momento la malattia psichiatrica è utile per conoscere gli stereotipi, la definizione di stigma o autostigma. Le determinanti per un buon andamento del trattamento sono legate agli atteggiamenti e alle conoscenze della persona nei riguardi della salute e della malattia.

All'interno del modello rappresentato graficamente ci sono tutti gli aspetti legati all'individualità di una persona, indagarli aiuterà a costruire una miglior gestione della malattia. All'interno del modello si sottolineano diversi aspetti, il paziente visto all'interno del contesto sociale, la conoscenza e l'utilizzo di strategie di coping, il supporto garantito dai Servizi attraverso trattamenti specifici.

Se l'influenza biologica è predominante nel modello, viene considerata solo una parte della malattia, l'affiancamento invece determinato dall'influenza psicologica, legata ad esempio all'approfondimento dei pensieri negativi e dell'influenza sociale, che considera la posizione economica, religiosa e di credenze personali, potrà favorire la progettazione di un percorso terapeutico riabilitativo.

## Capitolo2. Analisi delle risorse e della motivazione al cambiamento

#### 2.1 Le abilità di coping

Le abilità di coping sono le modalità di risposta soggettiva a situazioni di vita o eventi stressanti, possono essere strategie di tipo cognitivo o comportamentale che la persona utilizza per affrontare gli eventi (Gingerich e Mueser, 2019). La capacità di reazione a stimoli esterni o interni sono diverse per ogni individuo e dipendono da variabili diverse, ovvero dalla gravità del problema, dal momento che la persona sta vivendo e in cui deve affrontare lo stress, e dalle stesse caratteristiche individuali. La moltitudine di risposte agli eventi stressanti possono quindi dipendere sia dall'individuo, sia dall'ambiente in cui si presenta il problema.

Le strategie di coping sono molteplici e incentrate su situazioni complesse. E' possibile valutare il problema oppure le emozioni che si vivono, ad esempio alcune strategie vengono utilizzate per affrontare la base del problema, ovvero aiutano a comprendere le cause per gestirlo al meglio, esse tendono a voler eliminare la radice dell'evento stressante; le strategie, invece, che si concentrano sulle emozioni cercano di individuare elementi su come gestire le situazioni emotive, ma, di conseguenza, tentano di ridurre, invece, il peso emotivo che spesso si deve gestire all'interno di situazioni problematiche, se non conflittuali. Le strategie di coping che vengono utilizzate e suggerite per migliorare lo stato di tensione o difficoltà del momento possono essere diverse, ovvero la fuga o l'evitamento, che servono per prendere le distanze e poter prendere decisioni non facendosi travolgere da aspetti emotivi, l'evitamento totale delle situazioni potrebbe essere controproducente, poichè sarà comunque necessario, in un secondo momento affrontare il problema (Gingerich e Mueser, 2019). La persona utilizza più strategie di coping nello stesso momento e nella stessa situazione, la necessità di utilizzare strategie di coping positive, come ad esempio l'umorismo, può avere ricadute positive sul benessere emotivo della persona. L'umorismo può ridurre il carico di stress e dare sollievo in

situazioni in cui è necessario prendere le distanze per vedere da lontano il problema, ma anche la possibile soluzione.

Il coping viene anche diversificato fra coping reattivo e coping proattivo (Schwarzer & Knoll, 2003), nel primo caso si parla di strategie che vengono messe in atto per affrontare una situazione di stress o conflittuale, mentre il coping proattivo si riferisce a strategie anticipative, reazioni a situazioni di stress che potrebbero capitare nel futuro, che vengono analizzate e sulle quali vengono strutturate possibilità di risposta attiva. Risposte anticipate possono aiutare la persona ad essere pronta nell'evolvere di qualsiasi situazione, sentirsi preparato agli avvenimenti e saperli affrontare al meglio. Esistono anche delle abilità di coping disadattivo che spesso non consentono di risolvere i problemi, ma limitano solamente i sintomi, come ad esempio tentare di non far verificare un evento solo per l'ansia che si presenti e che non sia facilmente gestibile con gli strumenti posseduti; l'evitamento è un coping disadattivo, potrebbe tornare utile solo nella fase di comprensione dell'evento, ovvero prima dell'elaborazione e della possibile risoluzione, per prendere le distanze e ragionarci in modo più calmo e distaccato, ma successivamente potrebbe diventare disfunzionale. Lo stesso vale per le situazioni di fuga, che insieme all'evitamento possono, si, aiutare nell'immediato la persona ansiosa, ma allo stesso tempo possono invece generare stati di allontanamento dalle situazioni reali da fronteggiare (Schwarzer & Knoll, 2003).

Il concetto di coping è un insieme di strategie che sono utili alla persona per contrastare una situazione complessa. L'utilizzo delle strategie di coping è molto legato alla reattività di una persona, molto spesso le persone più reattive verso gli stimoli si sentono più in grado di rispondere alle richieste che arrivano dal mondo esterno, non si sentono travolte dagli eventi, ma in grado di far fronte alle difficoltà. La reattività dipende molto dal coinvolgimento personale verso lo stimolo che riceviamo, questa capacità può essere molto adattiva e, nel tempo, può essere anche allenata. Tenersi pronti per fronteggiare gli eventi della vita attraverso strategie di coping significa saper gestire le difficoltà, ma anche gestire le proprie emozioni. I meccanismi di adattamento sono soggettivi, chi non presenta

vulnerabilità spesso si sente maggiormente in grado di affrontare problemi e difficoltà valutando tutte le risorse a loro carico, mentre per soggetti più passivi sarà necessario intensificare l'allenamento a situazioni difficoltose e problematiche e all'applicazione di strategie di fronteggiamento (Lazarus e Folkman 1984).

Le strategie di coping vengono spesso menzionate e associate ad un altro termine complesso che è quello di empowerment, ovvero alla capacità della persona di contribuire al proprio benessere attraverso l'operatività delle strategie soggettive. Spesso le risorse interne vengono messe in campo, vengono utilizzate le abilità già conosciute, ma alcune volte è necessario allargare il proprio bagaglio per ridurre gli svantaggi dati dalle situazioni problematiche. Sia le strategie di coping che l'empowerment favoriscono l'aumento delle risorse personali, prevedono un accrescimento e un miglioramento della condizione per puntare al benessere psicologico della persona e alla positività dell'ambiente nel quale essa vive. Migliorando e potenziando le proprie risorse si riesce a fronteggiare anche le situazioni sociali complesse e al contempo aiutano a sentirsi parte di una comunità attraverso un coinvolgimento sociale positivo (Gingerich e Mueser, 2019).

Le abilità di coping sono modificabili e adattabili agli eventi, esse vengono valutate dall'individuo per il modo migliore di gestire gli eventi, ma anche attraverso il recupero di informazioni e, di conseguenza, nella necessità di chiedere aiuto e supporto per la loro attivazione o per il loro miglioramento.

Per affrontare con efficacia gli eventi stressanti è necessario tenere in considerazione oltre che l'evento stesso, anche l'attivazione di risposte di allontanamento o di fronteggiamento della situazione.

Le strategie di coping attivo sono diverse e riguardano la progettazione e la soluzione di problemi, la persona che si trova in difficoltà dovrebbe tentare una pianificazione, fare ipotesi sui passi da percorrere per raggiungere l'obiettivo e successivamente rendere operative le possibilità.

La differenziazione di strategie di coping avviene in due categorie quella orientata al problema e quella orientata alle emozioni. Ad esempio rispetto all'orientamento al problema, se la persona mette in campo un coping attivo saprà progettare gli interventi per migliorare la situazione, in caso contrario invece eviterà l'evento stressante per il tempo necessario a tenere sotto controllo le paure e i timori della situazione nuova e problematica.

Per quanto riguarda il coping emozionale (Lazarus e Folkman, 1984) invece, l'individuo arriva ad attribuire un significato a quello che gli sta succedendo, riesce a chiedere aiuto e supporto emotivo ad altre persone e infine riesce ad attribuire significati positivi agli avvenimenti. Rispetto invece alla difficoltà emotiva di accogliere le difficoltà, la persona si trova a non accettare, a negare, in alcuni momenti, quello che le sta accadendo e utilizza il disimpegno mentale per convogliare la sua attenzione su altro e non rimanendo, invece, focalizzata sul problema o situazione da risolvere. In altre occasioni può succedere che la persona decida per un isolamento sociale, che può essere di durata definita per non concentrarsi solo sul problema che si è manifestato.

## 2.2 Le abilità di problem solving

All'interno degli strumenti necessari per un raggiungimento di uno stato di benessere e quindi di recovery, è utile, per la persona saper risolvere un problema.

Il Problem Solving è una delle tecniche evidence based e allo stesso tempo è una strategia di coping, è un processo di apprendimento e di individuazione di azioni da applicare, partendo dall'esperienza concreta della persona (Barbieri e al, 2008).

L'utilizzo della strategia di problem solving supporta gli utenti ad individuare le azioni da mettere in atto difronte ad un problema, utilizzando l'esperienza diretta.

Spesso le abilità cognitive, in relazione con il funzionamento sociale, influenzano la capacità di organizzare e risolvere eventuali problematiche da affrontare. Simulare la strategia di problem solving permette di introiettare la metodologia e consente anche di aumentare le competenze e acquisire nuove abilità. Nei pazienti più compromessi dalla malattia, la simulazione della risoluzione dei problemi aiuta nell'apprendimento e nell'acquisizione di aspetti concreti. Il recupero di aspetti di abilità, non allenate, permette alla persona di proseguire il proprio progetto di vita, migliorando gli aspetti comunicativi e riducendo aspetti di ritiro.

Fare esperienza diretta di risoluzione delle problematiche di vita quotidiana, individuando azioni pratiche da utilizzare riduce la paura dell'affrontare l'imprevisto e contribuisce anche ad aumentare l'autostima e l'efficacia personale.

L'utilizzo del Problem Solving è un modo per affrontare una condizione che ci mette in difficoltà, dove il problema è anche un obiettivo da raggiungere, ma allo stesso tempo è un ostacolo e impedimento nel superamento del problema (Carozza, 2006).

Il problema è uno stato di disagio per la presenza di impedimenti nel nostro quotidiano, alle volte ci troviamo in difficoltà nella loro risoluzione poiché ci vengono richieste capacità e conoscenze non abituali e che non ci permettono di raggiungere la meta. Per il potenziamento di queste abilità sarà

necessario incrementare la nostra risposta al problema attraverso il Problem Solving, processo diviso in più fasi che ci permette di osservare il problema da altre prospettive, cercando la miglior soluzione possibile in quel determinato momento.

L'incremento delle strategie di problem solving aiutano allo stesso modo le possibilità di poter fronteggiare diverse situazioni avendo a disposizione possibili e creative soluzioni alternative (Barbieri e al, 2008).

L'utilizzo di strategie di problem solving possono essere favorite da alcune caratteristiche dell'individuo stesso, ovvero la buona gestione delle emozioni, necessaria per la comprensione dello stato di confusione o allarme che può crearsi quando ci si trova difronte ad un problema. Mantenere la calma difronte ad un ostacolo è utile per una visione più chiara dei passaggi necessari al suo svolgimento, spesso lo stato di agitazione e ansia può generare caos e difficoltà.

Fondamentale è credere nelle proprie capacità di raggiungere l'obiettivo, perciò sia l'autostima, ovvero valutare ed apprezzare sé stesso credendo nel proprio valore personale, che l'autoefficacia, ovvero la buona percezione che ognuno ha rispetto alle proprie capacità, migliorano nettamente le capacità di successo.

Al contrario invece alcune convinzioni negative, come l'ingestibilità del problema o la sua irrisolvibilità, possono ostacolare la motivazione personale alla risoluzione. Altri aspetti quali la rigidità cognitiva, che è data dall'incapacità a pensare possibili altre prospettive di cambiamento e risoluzione, oppure da influenze ambientali negative portate da agenti esterni, possono ostacolare la risoluzione del problema in atto (D'Zurilla e Goldfried, 1971).

Il problem solving è una buona strategia per il fronteggiamento dei problemi, può essere utile per migliorare la prospettiva e il nostro punto di vista rispetto alle difficoltà, ci stimola anche nell'utilizzo di abilità e di risorse individuali.

Attraverso l'utilizzo di questo metodo si possono supportare individualmente e in modo gruppale le persone che afferiscono ai servizi. Attraverso l'uso di role playing, del modelling, del brainstorming

e del rinforzo positivo si offre la possibilità di un processo di possibile risoluzione di problemi contribuendo anche alla crescita e autodeterminazione di ogni singola persona.

L'individuo si può sperimentare, attraverso l'applicazione del metodo, un'autonomia nelle scelte per la vita quotidiana. Sperimenta la capacità di occuparsi in modo indipendente della sua vita e delle situazioni che gli si presentano.

# LE FASI DEL PROBLEM SOLVING

1. <u>DEFINIRE</u> IL PROBLEMA, IDENTIFICARE L'OBIETTIVO



2. <u>ESPRIMERE</u> LIBERAMENTE TUTTE LE POSSIBILI SOLUZIONI



3. <u>VALUTARE</u> I SVANTAGGI E GLI SVANTAGGI DI OGNI SOLUZIONE



4. <u>SCEGLIERE</u> LA SOLUZIONE PIU' FACILMENTE ATTUABILE



5. ORGANIZZARE UN PIANO DI LAVORO PER METTERE IN PRATICA LA SOLUZIONE SCELTA



6. <u>VERIFICA DEI RISULTATI</u>



Sopra schematizzate le fasi del problem solving utili per fare chiarezza su una metodologia che possa essere fruibile in ogni campo della vita con passaggi lineari.

Come si sviluppano le fasi del problem solving:

- 1. Definire il problema serve per chiarirne quale sia la natura e quale tipo di obiettivo mi voglio prefissare. E' necessario, per un miglior risultato, definire il problema in ogni sua parte, sviscerare quali siano le difficoltà incontrate, siano esse pratiche o emotive.
- 2. Esprimere tutte le possibili soluzioni, in una sorta di brain storming, dove vengono elencate tutte le idee con le quali affrontare il nostro problema (molto interessante proporlo all'interno di gruppo di lavoro, nel quale abbondano le proposte, ognuna di esse legata alle abilità di ogni presente, si confrontano le esperienze e le possibilità in modo più supportivo)
- 3. Valutare i vantaggi e svantaggi di ogni soluzione, per ogni possibilità di soluzione si analizzano i pro e contro, anche delle proposte più assurde, poiché, in questo modo, si possono comprendere, per ogni proposta quali siano le più applicabili.
- 4. Scegliere la soluzione più adatta al contesto e alla persona, alle sue abilità e agli strumenti che ha a sua disposizione. Si opterà per la proposta più realistica, meno rischiosa, scelta che comporti meno rinunce.
- 5. Organizzare un piano di azione, dove si decide quali siano le azioni da compiere. Si possono elencare i ruoli, ovvero chi fa che cosa, se si necessita di un supporto esterno e quali siano i mezzi a disposizione e le applicazioni sul campo.
- 6. Verificare i risultati, ovvero considerare la fattibilità della soluzione attraverso il raggiungimento dell'obiettivo. Valutare e rivedere le opzioni se la soluzione sembra non essere adeguata a quel problema.

Le fasi del processo di problem solving possono essere affinate e migliorate ogni volta che si analizzano gli obiettivi raggiunti, le fasi non sono rigide, la schematizzazione è utile alla persona o al gruppo per avere una visione più ampia e chiara del problema, soprattutto se la difficoltà a cui andiamo incontro ci sembra insormontabile (Barbieri e al, 2008). Le fasi descritte sono maggiormente applicabili per la soluzione di problemi concreti, più difficile per situazioni che hanno a che fare con aspetti emotivi, per i quali si preferisce l'utilizzo di altre metodologie. Il campo di applicazione può essere diverso, dalla gestione del denaro, alla cura di sé fino al controllo di compiti lavorativi. Il problem solving ha l'obiettivo di migliorare aspetti cognitivi e comportamentali della persona per mantenere e migliorare il suo funzionamento sociale. La metodologia del problem solving è utile alla soluzione di problemi della quotidianità, ma serve anche a riorganizzare informazioni, processi di scelta e supporta in modalità di pensiero alternative, come assumere un'altra prospettiva.

## 2.3 Abilità di fronteggiamento dello stress e delle frustrazioni

Attraverso l'acquisizione di abilità di coping la persona soddisfa le esigenze e le richieste interne ed esterne, richieste di risposta agli eventi della vita quotidiana (Gingerich e Mueser, 2019).

Avere abilità di fronteggiamento degli ostacoli e delle difficoltà permette all'individuo di padroneggiare le situazioni e i ruoli sociali ad esso correlati.

Abbiamo già approfonditamente parlato dello stress e della difficoltà a gestirlo soprattutto se troppo intenso e prolungato, da ciò possono scaturire sintomatologia e difficoltà di organizzazione, lo stesso stress può essere causa di isolamento e di inefficacia personale. La gestione della sintomatologia in un soggetto con abilità disfunzionali di condotta, rende più difficoltoso il processo di raggiungimento di obiettivi di vita e di recovery.

I fattori stressanti, oltre che a complicare il quadro, con l'intrusione di aspetti di difficile gestione, possono intervenire nel processo di ripresa dell'individuo, ed è per questo che è necessario migliorare le abilità di riconoscimento precoce per affrontarne le cause.

Un obiettivo di fondamentale importanza per l'assetto riabilitativo è il supporto del recupero dei ruoli sociali individuali, comprendere quali siano i bisogni, le necessità e le risorse con le quali il paziente può contribuire e migliorare lo sviluppo di altre funzioni.

La figura dell'operatore della riabilitazione è specifica per la motivazione e l'accompagnamento della persona nella comprensione del proprio progetto di vita. L'individuo che ci si trova di fronte, molto spesso è confuso sui propri ruoli, disorganizzato rispetto alla strada da seguire ed i passi da fare, la figura riabilitativa supporta la riconnessione con sé stesso, con gli altri e con l'ambiente circostante, attraverso il riconoscimento delle proprie azioni, pensieri ed emozioni (Zorzi e Girotto, 2004).

L'aspetto di riavvicinamento e riconoscimento delle proprie emozioni è fondamentale per sentirsi vicini alla realtà e connessi con essa, è possibile provare un senso di alienazione difronte ai cambiamenti, traumi o frustrazioni e perciò sentire abbandonarci il senso di noi stessi.

"L'alienazione da sé stessi è la trasformazione di un sé conosciuto e valorizzato in un sé sconosciuto e svalutato. Tale trasformazione accade sia nel modo in cui la persona si percepisce sia nel modo in cui essa viene percepita dagli altri. Quando un ambiente interno ed esterno sono sinergici nell'incrinare il senso di sé, l'alienazione da sé viene decisamente favorita" (Estroff, 1989).

Parlare di alienazione è precisare lo stato delle persone che incontrano nella loro strada la malattia mentale, essa è la perdita di contatto con sé stessi, non riescono a vivere in maniera coerente al proprio sentire, spesso si vive poco nel presente e il blocco non permette evoluzioni nell'agire quotidiano. I sentimenti prevalenti sono il pessimismo e la visione oscurata di quello che è stato il passato.

In questa situazione di smarrimento della propria identità, perciò, viene incoraggiato il paziente a ritrovare aspetti del proprio sé e ruoli dati dalla socializzazione. L'aspetto emotivo non appare più importante, fino al congelamento e alla chiusura in un mondo isolato e desocializzante. La condizione di solitudine accentua il distacco dalla realtà, dalle emozioni, sentimenti e situazioni emotive legate al rapporto con sé stessi e con gli altri. La solitudine è legata all'incapacità, non solo di vicinanza con l'altro, ma anche di mettersi in connessione, ovvero di comprendere gli stati emotivi altrui. Se esprimere il proprio sentire aiuta le azioni, sarà difficile definire obiettivi e scopi concreti, tutto ciò incrementa lo stato di depressione e malessere, l'alienazione esprime in questo modo la propria forma. L'intervento dell'operatore della riabilitazione è, in questa solitudine, creare uno spazio, una piccola incrinatura dove possa introdursi e instillare fiducia, per favorire il processo di ripresa (Carozza, 2010).

Il tentativo di approccio alla vicinanza è impegnativo, ma aiuta a vivere esperienze di autenticità e di intimità con sé stessi ed il proprio sentire. Lasciare all'operatore lo spazio dell'intimità aiuta a lasciare nel passato aspetti disfunzionali e lasciarsi guidare da sentimenti consapevoli, senza giudizi.

L'operatore sostiene, in questo passaggio, una relazione costruttiva che favorisca la capacità di comunicare i propri bisogni e desideri.

#### 2.4 Il profilo del case manager

Obiettivo di questo capitolo è quello di evidenziare la figura dell'operatore della salute mentale, che sia esso psicologo, educatore, tecnico di riabilitazione psichiatrica o assistente sociale, come colui che promuove il benessere della persona che accede ai Servizi. Alla luce delle rinnovate metodologie legate alla messa al centro del paziente (Cerati, 2010), si parte proprio dalla persona per avere una visione di insieme e poter individuare i bisogni, le risorse, le capacità, i punti di forza e di debolezza della stessa. Il punto di vista dell'operatore è solo una parte di un'ampia visuale sul futuro del paziente. E' necessario individuare e attribuire valore e significato alle capacità della persona e alla sua determinazione nel definirsi ruolo attivo nella riabilitazione, nelle scelte da compiere e nei passi da fare.

Il riconoscimento dell'individuo oltre la malattia è fondamentale per la creazione di aspetti di fiducia e speranza nel futuro.

Gli obiettivi riabilitativi devono essere personalizzati e adeguati al paziente, per questo prima di iniziare un percorso è opportuno identificare quali sia le risorse personali e della rete, compresa di famigliari o altre persone significative, che possono essere di supporto al trattamento dell'individuo. E' necessario comprendere come la persona si relaziona con il mondo esterno, quali sono le sue abilità assertive, se utilizza invece passività o aggressività, quale sia, perciò, l'interazione utilizzata per raggiungere i propri obiettivi e scopi, passaggi fondamentali per il consolidamento dell'autostima. E' necessario sondare altresì le abilità cognitive che permettono la comprensione di sfaccettature della comunicazione e permettono di organizzare e pianificare obiettivi di vita attraverso l'utilizzo della

Il significato della riabilitazione ha avuto un'evoluzione importante passando da obiettivi socializzanti e ricreativi a obiettivi più finalizzati alla gestione del paziente nella sua totalità, valutandone capacità e, soprattutto, bisogni individuali.

memoria, dell'attenzione, della concentrazione e delle funzioni esecutive.

Il recupero funzionale della persona passa dal reinserimento sociale e lavorativo. L'obiettivo è quello di rendere il paziente consapevole e autonomo, la definizione degli stessi obiettivi personali viene stesa considerando i desideri e scoprendo passo per passo come raggiungerli. Il paziente non ha più un ruolo passivo, ma diventa il protagonista del suo processo riabilitativo (Carozza, 2006).

La figura riabilitativa affianca la persona a conoscere in modo approfondito la malattia e i sintomi, utilizza la psicoeducazione come strumento per avvicinare anche i familiari nella gestione delle crisi e nella consapevolezza di risorse e limiti del paziente. Il case manager, operatore di riferimento, aiuta la persona ad ascoltare i propri bisogni e a dare senso alla propria esistenza. Spesso la condizione di ritiro sociale e l'esperienza di fallimento sono la causa del permanere del paziente in una situazione di disillusione in cui non struttura nessuna progettualità. L'operatore sostiene ed incoraggia nella creazione di un ideale di vita che aiuta nel processo di cambiamento, allo stesso tempo la collaborazione, l'instaurarsi di un sentimento di fiducia reciproca, la condivisione supportano il cambiamento del significato stesso dell'esistenza del paziente. L'operatore aiuta il paziente a elaborare le esperienze negative, ovvero a processare gli eventi traumatici legati al fallimento delle opportunità, al dolore e alla delusione che ne derivano. Dall'altra parte però l'operatore e paziente valutano insieme le risorse attuali, le aspettative di successo, le abilità da mettere in campo, valutano obiettivi di vita e li declinano, sperimentano il bisogno di credere in qualcosa di concreto, offrendo strategie e metodologie per il supporto nella vita quotidiana (Cerati, 2010).

Il mantenimento delle aspettative positive nel paziente è un aspetto fondamentale per il raggiungimento di qualsiasi tipo di obiettivo, sia esso piccolo o grande, concreto o astratto, il paziente ha bisogno di pensare a sé stesso come un possibile fruitore di successi. Per questo il case manager dovrebbe possedere diverse abilità a livello interpersonale, intrapersonale e sociale per motivare il paziente al suo percorso senza farsi sabotare. Credere e sostenere il paziente, come supportarlo nei suoi momenti di crisi o di dubbio, riuscire a stabilire con lui obiettivi realistici, valorizzare i processi di cambiamento e analizzare i fallimenti, rientra nell'attività riabilitativa di lavoro attivo col paziente.

Il confronto con il paziente aiuta nelle prime esposizioni di vita, nel favorire il dialogo, nell'affrontare domande e dubbi sulle relazioni, aiuta a mettere in ordine pensieri, allena alle relazioni sociali e offre possibilità al paziente di sperimentarsi in una situazione protetta.

La relazione terapeutica che si istaura con la persona è fondamentale poiché è necessario scardinare la posizione di isolamento del paziente e la sua idea di non essere accettato, soprattutto nel momento della crisi o della difficoltà. E' necessario accettare i sentimenti e le emozioni del paziente, ma è utile rassicurarlo e normalizzare le situazioni che sta affrontando, rendendole comprensibili. La riformulazione dell'evento o dell'esperienza negativa è fondamentale, aiuta l'individuo a non sentirsi sbagliato, a comprendere la possibilità di eventuali ricadute, a far fronte alle difficoltà (Cerati, 2010). L'operatore supporta, perciò, sia i comportamenti funzionali, ma soprattutto quelli disfunzionali, senza giudicare e senza allontanarsi dal paziente, egli interrompe la catena di fallimento e di rifiuto che spesso lo tiene emarginato e all'interno di una sensazione di colpevolezza.

Nei momenti di maggiore difficoltà il case manager deve dimostrarsi comprensivo, deve processare con il paziente quanto è successo, le azioni, emozioni e sentimenti che sono emersi nella situazione, è molto importante riuscire a far esprimere i propri vissuti per elaborarne il senso e scoprendone il bisogno sotteso.

La figura del case manager è utile soprattutto nei momenti di maggiore difficoltà, diventa un riferimento per la scelta di passi da intraprendere, diventa una persona di cui si può aver fiducia, diventa uno stimolo ad impegnarsi e un mediatore nei momenti di conflittualità (Liberman, 1998).

L'operatore, nel suo bagaglio porta diversi strumenti riabilitativi utili per la valutazione funzionale e, attraverso questi strumenti, è possibile fare una fotografia dello stato attuale della persona e declinare obiettivi di vita e traguardi da raggiungere.

L'utilizzo di strumenti di lavoro è fondamentale per il quadro generale e per indicare nel programma terapeutico quali possano essere abilità da migliorare o da consolidare. Anche la persona stessa può vedere, attraverso questi strumenti, quali siano le aree di forza e quelle di debolezza, può prendere

consapevolezza delle sue aree critiche, ma soprattutto delle aree funzionali, sulle quali si fonda il progetto riabilitativo (Cerati, 2010).

Un aspetto importante, se non fondamentale è basare la relazione terapeutica sulla fiducia e la creazione di momenti di empatia, dove il terapeuta veste i panni del paziente per meglio comprendere il suo punto di vista.

Dedico un capitolo a parte all'empatia e alla fiducia fra operatore e persona vulnerabile, in quanto, ritengo fondamentale, che lo sviluppo di un rapporto professionale non sia solo basato su una comunicazione chiara e schietta, ma necessiti, obbligatoriamente, di momenti e spazi di sensibilità reciproca.

## L'empatia e la fiducia

L'empatia è uno strumento di base per la comunicazione, essa è un'abilità che permette di intraprendere relazioni interpersonali soddisfacenti, avendo attenzione all'altro.

L'empatia è una competenza sociale che permette il riconoscimento delle emozioni degli altri, riuscendo a mettersi nei panni dell'altro comprendendone non solo i pensieri o punti di vista, ma anche e soprattutto emozioni e sentimenti (Cerati, 2010).

Attraverso l'ascolto empatico, la relazione interpersonale è non giudicante e consente l'accesso allo stato d'animo dell'altro, non solo attraverso la comunicazione verbale, ma soprattutto percependo gli aspetti del non verbale, i comportamenti e il linguaggio del corpo.

Ascolto empatico prevede che i sentimenti non vengano confusi con i propri, ma che vengano colti aspetti degli altri attraverso l'attenzione e l'ascolto attivo.

Empatia significa provare a sperimentare cosa prova l'altro entrando nella sua esperienza.

Alla base dell'empatia ci sarebbe un meccanismo di simulazione, ovvero, l'ascolto delle sensazioni ed emozioni dell'altro attiverebbe le stesse aree cerebrali coinvolte, come se le stesse vivendo in prima persona (Sanicola, 2013).

"Percepire un'azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente. Ciò consente all'osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell'altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. [...] Quando vedo qualcuno esprimere col proprio volto una data emozione e questa percezione mi induce a comprendere il significato emotivo di quell'espressione, non conseguo questa comprensione necessariamente o esclusivamente grazie a un argomento per analogia. L'emozione dell'altro è costituita dall'osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione che produce nell'osservatore uno stato corporeo condiviso con l'attore di quella espressione. È per l'appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra osservatore e osservato a consentire questa forma diretta di comprensione, che potremmo definire *empatica*" (Gallese, Migone e Eagle, 2006).

L'empatia è caratterizzata da un insieme di componenti di tipo cognitivo, affettivo, motivazionale e comportamentali, nonchè espressivi. Tutte queste componenti acquisiscono nell'esperienza empatica parti di relazione importanti a comprendere al meglio l'emozione dell'altro.

Lo sviluppo della capacità empatica avviene attraverso un'evoluzione del proprio stato emotivo, quando una persona si sente in grado di condividere le emozioni altrui, ma anche le prospettive e la distinzione dall'altro, come due distinti soggetti.

Un aspetto cardine dell'empatia è la capacità di mentalizzazione, dove l'attenzione all'altro viene maturata e introiettata (Bateman A.W., Fonagy P., 2004).

L'empatia utilizza aspetti di condivisione degli stati emotivi altrui e la preoccupazione per l'altro. La mentalizzazione, invece, è riferita ad una abilità metacognitiva, ovvero allo sviluppo di aspetti psicologici interni che consentono di comprendere non solo il proprio funzionamento, esempio,

attraverso la capacità di regolare le emozioni, oppure di controllo degli impulsi, ma anche le manifestazioni altrui.

La mentalizzazione permette di favorire la comprensione di sentimenti, desideri e intenzioni dell'altro, essa ha origine nella modalità di attaccamento sicuro fra madre e bambino, che, se funzionale, permette di sentirsi compresi sviluppando fiducia in sé stessi; uno sviluppo amorevole favorirà la mentalizzazione, come allo stesso modo favorirà la capacità di riconoscimento dall'altro. Il soggetto che non avrà possesso della teoria della mente, non riuscirà a dare un senso ai comportamenti altrui, ma avvertirà, in primo luogo, una mancanza di controllo sulla propria vita e nelle relazioni con gli altri (Bateman A.W., Fonagy P., 2004).

L'empatia che nasce, quindi, dal processo di mentalizzazione, riguarda ogni persona, nel nostro caso dovrebbe intervenire da parte del terapeuta/riabilitatore la capacità di immedesimazione nelle emozioni e nei sentimenti del paziente. L'importanza di condividere aspetti emotivi del paziente, avvicinano il case manager, migliorano e rinsaldano il rapporto terapeutico.

L'empatia e il coinvolgimento nelle relazioni di cura è indispensabile e inevitabile, il contatto e la partecipazione emotiva in una relazione terapeutica è parte del trattamento, poiché attraverso questi aspetti si coltiva, nel paziente, la speranza nella terapia e migliora la sua compliance, ovvero la sua adesione all'intervento sia esso farmacologico o riabilitativo.

L'ascolto attivo, da parte dell'operatore dedicato alla cura, è fondamentale per incrementare l'empatia e di conseguenza una maggiore disponibilità del paziente in favore della cura, è necessario l'utilizzo di parole ed espressione di sentimenti che accolgano, per consolare, il paziente nei momenti di comunicazione della diagnosi o nella proposta di trattamenti specifica (Fassino, 2009).

Un altro aspetto molto importante del processo empatico è il saper riconoscere le emozioni. Questo processo è complesso e multifattoriale ed è legato ad esperienze presenti e passate alle quali vengono aggiunte altre componenti che sono quella della valutazione cognitiva, eseguita difronte ad un determinato stimolo emotigeno; l'attivazione fisiologica legata all'arousal, ovvero alla condizione di

ipervigilanza attraverso la quale si attiva la persona insieme a tutte le forme di comunicazione verbale e non verbale, esempio il lessico o tutte le espressioni facciali e posturali (Gross, 1998).

Le emozioni sono un evidente segnale che ci sono dei cambiamenti nell'individuo, ma soprattutto nell'ambiente e nelle relazioni che lo circondano e che lo contraddistinguono. Le emozioni principali sono tristezza, gioia, rabbia, paura, disgusto, esse non sono stabili nel tempo, ma variabili per presenza ed intensità, ma è proprio con le emozioni e attraverso di esse che l'operatore sanitario intensifica il trattamento del paziente. Il riconoscimento emotivo (Gross, 1998) spesso è molto complesso poiché inficiato dalla patologia, da schemi mentali e dalla difficile gestione delle stesse. Il lavoro sulle emozioni spesso non è legato a situazioni ragionate o a simulazioni di condizioni relazionali, spesso invece la pratica avviene in situazioni contingenti e molto calde, dove il paziente si trova sovrastato dall'emotività che segue la situazione o la relazione, perciò è necessario fermarlo per comprendere meglio quali sono i suoi trigger e quali possibili risposte è necessario sviluppare per contenere e gestire determinati comportamenti conseguenti l'emozione.

L'intervento riabilitativo ha lo scopo di tradurre l'emozione del paziente in comprensione dei bisogni, in ascolto e in fiducia nel terapeuta, fondamentale per l'esito positivo della relazione terapeutica. L'ascolto aiuta nell'aumento della metacognizione, migliorare la consapevolezza delle proprie capacità e dei processi cognitivi. Sviluppare la metacognizione vuol dire aiutare l'individuo a riflettere sui propri stati mentali, con lo sviluppo di questa abilità possiamo controllare i pensieri e di conseguenza incrementare le competenze.

L'attribuzione degli stati mentali può avvenire attraverso la conoscenza della teoria della mente, ovvero comprendere non solo le emozioni, ma anche i desideri e i pensieri che rispetto al proprio comportamento e a quello degli altri (Allen & Fonagy, 2008). Mentalizzare significa abituarsi a comprendere la propria mente e quella altrui, per la gestione degli stati emotivi interni e per migliorare la comprensione delle relazioni con chi ci sta intorno, significa investire nella consapevolezza del

rapporto con gli altri. La mentalizzazione è un'abilità di uso quotidiano che permette, non solo di comprendere gli stati propri e altrui, ma anche il comportamento ad essi correlato.

Mentalizzare significa rappresentarsi il funzionamento della mente.

#### Le emozioni

Nell'analisi dei processi alla base della regolazione emotiva, Gross (1998) sviluppa un modello che tiene conto di cinque fasi: la selezione della situazione, la modifica della situazione, il dispiegamento dell'attenzione, il cambiamento cognitivo e la modulazione della risposta finale. La selezione della situazione si riferisce all'avvicinamento a o all'evitamento di determinate persone, luoghi od oggetti allo scopo di regolare le emozioni, la situazione viene scelta dall'individuo. Poi, una volta selezionata, la situazione deve essere adattata in modo tale da modificare il suo impatto emotivo. La sua modifica presuppone una serie di sforzi attivi per alterare l'impatto emotivo, chiamati in letteratura "meccanismi di coping con focus sul problema" (Lazarus & Folkman, 1984). Un aspetto particolare che può modificare la situazione durante il suo svolgimento è l'utilizzo della mimica facciale, in quanto, la regolazione emotiva, passa attraverso queste espressioni che possono cambiare il risultato delle interazioni. Il terzo passo implica che il dispiegamento dell'attenzione sia usato per selezionare su quale aspetto della situazione la persona si focalizza. Il dispiegamento attentivo si avvale principalmente di tre strategie: la distrazione, la concentrazione e la ruminazione. La distrazione ha come focus attentivo la parte razionale della situazione, allo scopo di allontanare la propria attenzione dall'emozione suscitata dalla situazione che si sta vivendo. La concentrazione, invece, presuppone l'accesso alle proprie risorse cognitive e può essere usata per portare l'attenzione sulla causa scatenante l'emozione, al fine di regolarla adeguatamente. Nell'aspetto di ruminazione l'attenzione è rivolta ai sentimenti, ma profondamente negativi.

Una forma di cambiamento cognitivo identificata da Gross (1998) è la "riconsiderazione", definita come una strategia di trasformazione della situazione per modificare il suo impatto emotivo sulla persona stessa, prima che le tendenze emotive di risposta appaiano.

Inoltre, nello sviluppo del suo modello (Gross & McRae, 2020), Gross aggiunge una strategia di cambiamento cognitivo, che nomina "accettazione", che si riferisce alla capacità di accogliere le emozioni senza un giudizio valutativo a riguardo. A seconda del tipo di risposta elicitata, comportamentale, esperienziale o fisiologica, verranno prodotte le reazioni adeguate e coerenti ad essa: per esempio, ad aspetti fisiologici/esperienziali dell'emozione corrisponderà una risposta modulata a livello fisiologico/esperienziale (Gross & McRae, 2020).

Le emozioni insorgono e si manifestano in un arco temporale (ore/minuti), il modello modale delle emozioni, permette di concettualizzare efficacemente la natura dinamica dei processi emotivi, rappresentandoli come una sequenza di eventi. La sequenza ha inizio con la presenza di un evento o situazione psicologicamente rilevante (situation) che cattura l'attenzione (attention) del soggetto, e che può provenire sia dall'esterno che da una rappresentazione interna. Questa situazione viene quindi valutata dal soggetto (appraisal) come positiva o negativa sulla base dell'impatto che ha sull'attuale obiettivo del soggetto. È questa valutazione del contesto che innesca una serie di processi (response) fisiologici, cognitivi, comportamentali e soggettivi che caratterizzano le diverse emozioni. L'inizio dell'esperienza emotiva, ha come conseguenza la modifica della situazione iniziale, portando quindi ad una ripetizione del ciclo, con una nuova situazione come punto di partenza (Gross & McRae, 2020).

Le emozioni principali sono cinque e partirò dalla tristezza per l'incipit descrittivo della nostra veloce panoramica. La tristezza è un'emozione che si lega a situazioni negative, quando si perde qualcosa oppure quando si è vittima di eventi sfortunati. In questi casi l'umore crolla ed è spesso legato al senso di colpa per non essere riusciti ad evitare che la situazione dolorosa si presentasse o per non essere riusciti a gestirla, in questo caso è presente anche la ruminazione, ovvero il pensiero costante

e continuo con una percezione di autosvalutazione. La mimica assume espressioni come labbra piegate ingiù e sguardo senza vita, spesso la persona piange, è anedonica e senza progettualità. La persona triste non ha spinta verso gli altri e quindi verso l'esterno, ha la tendenza a lamentele verso sé stesso e verso ciò che avrebbe potuto fare.

La tristezza spesso viene associata alla depressione, ma quest'ultima è una patologia per la quale è necessario un intervento terapeutico, prima che esiti in situazioni drammatiche (Zorzi e Girotto, 2004).

La paura è un'altra delle emozioni di base, spesso è legata a situazioni non conosciute dove la persona si sente in pericolo, perciò attiva aspetti di attacco-fuga come reazione automatica di sopravvivenza. Nel corpo dell'individuo si modificano alcuni aspetti fisiologici ad esempio il cuore batte più velocemente, anche il respiro si fa più rapido, può essere presente sudorazione dei palmi, ma l'aspetto più importante è che i sensi sono più attivi e vigili per rispondere in modo rapido. L'emozione di paura è percepita in situazioni di reale pericolo, lo scopo è quello di difesa o di fuga dall'eventuale situazione pericolosa.

La paura può diventare ansia, quando la nostra mente effettua previsioni negative rispetto alla situazione che dobbiamo affrontare, l'ansia si manifesta attraverso sensazioni corporee come giramenti di testa, confusione, respiro corto, dolori al torace o tachicardia, sudorazione di mani e piedi oppure paura di perdere il controllo. L'ansia può diventare ingestibile soprattutto quando le situazioni esterne vengono sopravvalutate come estremamente fallimentari, perciò viene evitata qualsiasi esposizione che possa generare altre risposte senza controllo (Zorzi e Girotto, 2004).

La rabbia è un'emozione provocata da eventi diversi, ma che spinge il soggetto ad un impulso aggressivo verso la fonte che ha generato il sentimento, ma spesso questa azione non viene manifestata e l'impulso viene represso e trattenuto. Anche l'emozione della rabbia viene adattata alla situazione che la persona sta vivendo e spinge all'azione quando si sente sotto minaccia, non solo minaccia di tipo fisico, ma anche per quelle situazioni che possono intaccare l'autostima o la perdita

di qualche tipo di beneficio. Attraverso l'emozione della rabbia vengono attivate diverse parti del cervello e, dal punto di vista fisico, ci sono sensazioni corporee, come l'aumento del calore interno con ipersudorazione e sensazioni di stordimento che si percepiscono a livello del capo, accelerazione del battito cardiaco e maggiore tensione muscolare. Tutto questo a favore di un eventuale attacco di scontro e difesa contro un nemico. La rabbia è uno stato emotivo a differenza dell'aggressività che è l'aspetto agito di questa emozione. L'aggressività comporta la messa in atto della rabbia, questa stessa è uno stato affettivo intenso che si attiva difronte a stimoli interni o esterni e, soprattutto, all'interpretazione che, degli stimoli, viene data dall'individuo (Zorzi e Girotto, 2004).

Altra emozione difficilmente riconoscibile dal paziente psichiatrico è la gioia, felicità, momenti di estrema vulnerabilità come se non si potesse provare un momento di serenità senza pensare alle conseguenze e senza goderne con pienezza. Spesso la gioia viene confusa o non ben delineata, viene scacciata e demonizzata, il paziente non si sente degno di poter provare sensazioni che non siano negative, perciò è necessario che l'operatore lo supporti nel riconoscimento e nell'importanza di cogliere le sfumature delle emozioni e delle sensazioni piacevoli dei contesti.

Spesso il paziente è abituato al rimuginio (Gross 1998), al pensiero ripetuto di aspetti negativi o di pericoli futuri, attraverso questo pensiero negativo e ripetitivo si lega allo stato ansioso, al pensiero di eventi catastrofici e intrusivi, che spesso non sono controllabili. Il rimuginio trattiene il pensiero positivo e si focalizza su aspetti di ripetitività isolando la mente, impedendo al pensiero di evolvere. Il rimuginio non permette di dimenticare o di allontanarsi dal pensiero spiacevole, ma permette alla persona di credere di controllare la situazione difficile avendo le cose sotto controllo, anticipando l'evento temuto, che, non verificandosi, rinforza tale processo.

Il rimuginio viene visto come l'unica possibile soluzione al problema, ma quando si cronicizza diventa disfunzionale. Il trattamento del paziente avviene spezzando questa catena maladattiva, utilizzando rinforzi positivi e possibile progettualità, attraverso piccoli passi di autonomia nella vita quotidiana. L'importanza è anche nel riconoscimento di aspetti di somatizzazione legati al malessere,

che siano ad esempio difficoltà di concentrazione o memoria o disturbi del sonno o disturbi somatici, come ad esempio la nausea.

L'aspetto riabilitativo del riconoscimento delle emozioni è legato anche alla stesura di un piano di gestione della crisi dove il paziente inizia a comprendere quali sono i segnali che deve riconoscere e tenere attenzionati quando inizia a non stare bene, può in questi momenti affidarsi al Servizio ed elaborare ogni sensazione ed emozione con il proprio case manager, riconoscendo anche le strategie più utili in momenti di vita diversi.

L'accoglimento delle preoccupazioni e il processamento degli eventi è indispensabile per migliorare il modo di affrontare le difficoltà. Scrivere in modo esplicito quali sono le strategie e le metodologie di fronteggiamento è utile per il paziente ad avere un bagaglio di abilità di coping per le eventualità che gli si presentano.

All'interno del Servizio nel quale lavoro, viene utilizzata e compilata con il paziente, una scheda dei segnali precoci di crisi, e poi condivisa con i caregiver, poiché, è necessario, che ogni partecipante al progetto riabilitativo abbia chiaro quali sono i segnali e possa condividerli, alle prime avvisaglie, con il paziente, per chiedere supporto e aiuto nel breve periodo. La scheda viene pensata proprio per agevolare il contatto con il servizio alla comparsa di alcuni segni di malessere e poter quindi evitare delle ricadute. Segnalare lo stato di crisi in modo precoce, significa poter, con lucidità, stendere un piano di lavoro e di fronteggiamento della situazione difficile, attraverso la collaborazione di ogni figura legata al progetto, sia esso il paziente stesso, il familiare, la persona scelta dal paziente e in più gli operatori della salute mentale.

La compilazione della scheda avviene in un momento di buon compenso psico fisico, la persona interessata deve essere consapevole degli aspetti di malessere e, deve criticare con lucidità, gli aspetti sintomatologici, solo in questo modo, attraverso il riconoscimento dei segnali precoci, avviene un buon lavoro di collaborazione fra i protagonisti del progetto riabilitativo.

## Capitolo 3. Lavoro e inclusione

## 3.1 Dall"inserimento" al "lavoro dignitoso"

In questo ultimo capitolo definiremo, introducendo concetti come inserimento, integrazione e inclusione, il concetto di lavoro e i corollari, che in situazioni di difficoltà e disagio si definiscono. Spesso i termini come inserimento, integrazione e inclusione vengono utilizzati come sinonimi, è invece necessario chiarire, come ognuno di questi termini abbia una la valenza e una ricaduta sulle persone coinvolte.

L'inserire è un processo additivo, in base al quale si aggiunge all'interno di un gruppo, un soggetto, con l'intenzione che egli riesca in qualche modo ad adattarsi al contesto e al funzionamento del gruppo. L'inserimento diventa perciò la coesistenza nello stesso luogo di più persone, senza un vero interesse nello scambio fra i soggetti coinvolti.

Il termine inserimento, anch'esso derivato dal latino inserere, ovvero "mettere dentro, introdurre", coniato per ovviare alla mancanza di aspetti relazionali all'interno delle complessità gruppali, è definita riduttiva. L'azione di inserire avviene spesso in contesti sconosciuti alla persona, gli attori coinvolti partecipano e interagiscono per perseguire delle intenzionalità educative che gli vengono proposte, senza azioni trasversali pensate ad hoc, che possono aiutare per la valutazione delle competenze, ma anche per la conoscenza del contesto lavorativo (Pavone, 2010).

Se, invece, si parla di integrazione, derivata anch'essa dal latino integer, che significa "aggiungere ciò che manca perché qualcosa sia completo e integro", si è difronte ad una terminologia che possiede al suo interno la consapevolezza e il valore di ogni persona nello scambio, dove la persona che viene integrata si sente parte di un contesto più grande, con un suo ruolo sociale. Il sentirsi parte di una comunità è un processo di autonomizzazione e di realizzazione della persona.

Con il termine inclusione, invece, si sottolinea la necessità di non etichettare il diverso, ed è un modo per ripensare e costruire le competenze attraverso linguaggi di cooperazione e di collaborazione per promuovere il benessere di tutti (Pavoncello e Spagnolo, 2013).

L'inclusione ha come fine il superamento di barriere, è un processo in continua evoluzione che vede partecipi non solo le istituzioni scolastiche, ma anche i servizi alla persona, in un complesso lavoro di "far conoscere", per vedere nella diversità dei soggetti una risorsa da scoprire e non un'etichetta da applicare. L'inclusione è il cambiamento culturale, è la collaborazione di diverse istanze per lo stesso obiettivo, necessita di un pensiero costruttivo e condiviso fra tutti gli attori.

L'inclusione è un processo multidimensionale che cerca di creare le condizioni per una partecipazione piena ed attiva di ogni membro della società, soprattutto a livello di proposte e decisioni.

L'inclusività è il mezzo migliore per promuovere l'integrazione culturale (UN-DESA, 2009).

L'inclusione sociale ha necessità, sia di interventi mirati e ricavati in ogni singola comunità, sia della costruzione di un sistema di servizi che sia partecipativo nella creazione di una cittadinanza attiva che si senta responsabile della società nella quale vive (Pavoncello, 2013).

A livello macro, quindi, le politiche attuali di inclusione, lavorano perché la persona venga riportata al centro, al fulcro degli interventi, concentrandosi sulle potenzialità di ognuno e di rendendo concreti gli obiettivi che la persona si prefigge. Riportare la persona in primo piano, significa differenziare i bisogni individuali, significa avere chiari gli obiettivi personali. In tutto ciò la persona viene aiutata nel raggiungimento della propria autodeterminazione e nell'affermarsi della sua identità.

Lo sguardo alle politiche sociali si è ampliato nel corso degli anni '90, quando si è iniziato a ipotizzare ruoli lavorativi e sociali anche per gli adulti con disabilità definendo meglio cosa significassero i termini come integrazione, inserimento e inclusione (Pavone, 2010).

Nel disagio mentale si paga lo scotto, anche, di un'assenza di politiche di prevenzione e di supporto alle istituzioni. Limiti che conducono alla non opportunità di far evolvere il potenziale individuale e collettivo, non comprendendo, invece, la necessità di innescare un nuovo processo di sviluppo,

partendo dalla partecipazione delle persone con vulnerabilità psichiatrica alla vita attiva che, diversamente, rischierebbero una reale marginalità (ISFOL, 2013).

L'inserimento lavorativo di persone con una vulnerabilità psichiatrica potrebbe essere vantaggioso per una coesione sociale, per desensibilizzare al pregiudizio e all'esclusione. L'aspetto specifico che tratterò in questo capitolo raccoglie possibilità per un'inclusione dei soggetti con patologia psichiatrica, ma non elimina del tutto le forme, già radicate, di assistenzialismo.

L'Agenda 2030 dell'ONU viene definita come "un programma di azione per le persone, il pianeta e la prosperità", essa viene adottata il 25 Settembre 2015 e prevede l'impegno di 193 paesi membri dell'ONU che tenteranno di perseguire uno sviluppo sostenibile. Per ottenere gli obiettivi prefissati si faranno dei movimenti in diverse direzioni, come la crescita economica, l'inclusione sociale e la protezione dell'ambiente. Il lavoro dignitoso e la crescita economica verranno promossi, il lavoro dignitoso, non solo come fonte di sostentamento, ma come modo per vivere attraverso la realizzazione personale. Molti aspetti dell'Agenda 2030 sono dedicati alla disabilità, si ritengono necessari interventi per ridurre le disugualianze, poiché una società giusta ed inclusiva, offre, a tutte le persone opportunità al suo interno.

"Concretamente, l'obiettivo 10 esige che il tasso di crescita del reddito del 40 per cento della popolazione più povera sia incrementato in modo durevole. Inoltre, entro il 2030 tutti dovranno avere diritto all'empowerment e l'inclusione sociale, economica e politica dovrà essere promossa."

L'Agenda 2030 aspira a garantire le pratiche non discriminatorie, vorrebbe maggiori opportunità per esprimere necessità e bisogni, entro il "2030, potenziare e promuovere l'inclusione sociale, economica e politica di tutti, a prescindere da età, sesso, disabilità, razza, etnia, origine, religione, stato economico o altro".

Ed è qui che vorrei introdurre, vista l'abissale disugualianza di trattamento e di opportunità esistente nel mondo del lavoro, il metodo di lavoro supportato in salute mentale, il modello IPS, che tenta di supportare la persona con vulnerabilità psichiatrica in una società che ignora, molto spesso, cosa significhi e, cosa comporti, soffrire di una malattia mentale. L'apertura verso il mondo del lavoro è minima, spesso legata al grado accertato di invalidità, oppure alla benevolenza di alcuni datori di lavoro.

Fra salute mentale e lavoro c'è sempre stato un rapporto difficile, legato al valore che l'attività lavorativa può assumere all'interno della vita di ognuno, poiché, da una parte la mancanza di lavoro può far vivere situazioni stressanti e precarie, favorendo la comparsa di possibili disturbi, dall'altro lato invece, il lavoro viene considerato strumento riabilitativo, per la promozione ed il reinserimento degli utenti. L'attività lavorativa oltre all'aspetto economico, rappresenta la definizione di un ruolo all'interno della società e l'aspetto di controllo e decisionalità della propria vita, definisce la capacità di autodeterminarsi. Il lavoro aumenta la sensazione di benessere, soprattutto in presenza di sintomatologia, il percorso di inserimento nel mondo del lavoro è centrale nel percorso di recovery della persona. Attraverso l'attività lavorativa la persona sperimenta una sensazione di produttività, emergono capacità di gestione delle relazioni interpersonali, ma anche di fronteggiamento delle situazioni, la salute mentale e la percezione di benessere legata a questa attività, rafforza la percezione dell'autostima e la partecipazione alla comunità attraverso la crescita e allo sviluppo di abilità relazionali e di condivisione (Michielin e Donatello, 2001). Le persone con disturbo mentale da sempre hanno difficoltà ad essere occupabili per pressioni sociali, ovvero problematiche legate alla stigmatizzazione, all'interruzione precoce del percorso e alla ricorrenza di eventuali ricadute sintomatologiche.

L'OMS (2001) sostiene che: «Per salute mentale si può intendere uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive».

### 3.2 Il modello, evidence based, Individual Placement and Support (IPS)

Prima di parlare in modo approfondito di inserimento lavorativo e delle metodologie adottate nel Servizi del DAI SM DP di Ferrara, farò una veloce parentesi legata alla tipologia di offerta, che fino a prima della pandemia da Covid 19 ci trovavamo a proporre al paziente.

Gli interventi di ergoterapia o detta anche terapia occupazionale erano un trattamento di tipo riabilitativo che utilizzava il fare come finalità, per migliorare l'adattamento fisico, sociale e psicologico delle persone con vulnerabilità psichiatrica.

Poiché il fare è fonte di gratificazione e di soddisfazione personale (Pullia, 2001), le attività gruppali come i laboratori erano individuati come luoghi dove potersi riconoscere nelle proprie abilità e dove imparare l'utilizzo di alcuni strumenti di lavoro.

Insieme a queste attività ergoterapiche, come il laboratorio di cucina, cucito e l'ortoterapia, nel 2016 ci siamo approcciati, attraverso un corso di formazione di primo livello, alla metodologia IPS (Individual Placement and Support); che negli anni successivi ho avuto modo di sperimentare su diversi pazienti interessati alla ricerca lavorativa. Durante il periodo pandemico le attività riabilitative e socializzanti sono state sospese perché perlopiù gruppali, mentre la ricerca del lavoro ha subito un rallentamento, solo per alcune persone si è mantenuto costante l'impegno settimanale di colloqui per la ricerca, utilizzando strumenti come chiamate o videochiamate con le quali mantenere il contatto e il supporto.

Cos'ha significato per il Servizio Psichiatrico aprire le porte ad una metodologia innovativa e che non doveva tener conto del paziente compensato oppure della stessa paura del fallimento degli operatori, ma doveva solo considerare la motivazione del paziente all'attività lavorativa?

Gli operatori hanno avuto alcune difficoltà a pensare, dopo un approccio di tipo assistenziale, di poter affidare il paziente ad una messa alla prova, senza, di conseguenza preoccuparsi della fragilità e alle

possibili difficoltà del mondo del lavoro, non solo legate all'aspetto pratico e organizzativo, ma anche l'aspetto relazionale ed emotivo.

Tutti gli operatori sono stati edotti sul metodo e sulle opportunità che lo stesso poteva portare in termine di supporto alla ricerca lavorativa. Nel 2016 ho partecipato ad un corso di 1° e 2° livello per operatori IPS, con quale poi, ho potuto iniziare ad applicare il metodo.

In un secondo momento è stato inserito, a supporto del Servizio, un operatore dedicato, un giorno la settimana per sei ore, per la ricerca lavorativa, mentre io sono rimasta la referente territoriale del metodo.

Il reinserimento del paziente nel mondo del lavoro, non significa inserire di nuovo, ma inserire diversamente (Pullia, 2001), ovvero fare riferimento ad una nuova vita sociale che contenga elementi non solo professionalizzanti, ma anche di tipo relazionale. Reinserire significa partecipazione ed inclusione, ovvero sentirsi accolti dai membri del proprio gruppo, significa sentirsi parte di una comunità, significa riconoscersi e vedersi riconosciuto un ruolo sociale.

"Il posto di lavoro è uno degli ambienti che maggiormente influenzano il benessere psicologico e la salute mentale di coloro che lavorano" (Harnois e Gabriel, 2000).

Il lavoro è un aspetto fondamentale per migliorare aspetti della vita delle persone, non solo dal punto di vista economico, ma per assicurare allo stesso lavoratore autostima e riconoscimento da parte degli altri, il lavoro rappresenta una possibilità per fare parte, come dicevo prima, di una comunità, per poter contribuire all'andamento della stessa.

Il lavoro permette ad ogni persona di fare esperienze e migliorare abilità già possedute, dà l'opportunità di esperire nuovi contatti sociali, di condividere aspetti di vita di gruppo e di incrementare l'identità sociale.

Il lavoro oltre che essere fondamentale per molti aspetti di tipo relazionale ed organizzativo, è necessario per la crescita personale di ogni individuo.

L'altra faccia della medaglia è quello che viene chiamato stress lavorativo, problematiche legate spesso alla tipologia del ruolo svolto e all'ambiente. Stress che viene definito come risposta dell'organismo alle richieste lavorative che non riescono ad essere corrispondenti alle risorse e bisogni del lavoratore stesso. Le cause dello stress lavorativo sono diverse, ovvero il carico di lavoro, la mancanza di istruzioni e procedure chiare e scritte su protocolli, poca sicurezza nella mansione, scadenze oppure tensioni con superiori o con colleghi, che possono dettare l'isolamento dello stesso lavoratore dal gruppo, difficoltà di rapporti con la dirigenza oppure compiti o progetti calati dall'alto senza condivisione alcuna. Non solo, ma lo stress può essere causato da una difficoltà di gestione del tempo casa lavoro, difficoltà per mancanza di supporto, ad esempio asili nido, oppure supporti altri per la gestione dei figli, o difficoltà nel dedicarsi a spazi di riposo e attività extra lavorative.

Il fatto di soffrire di una vulnerabilità psichiatrica, può comportare in alcuni momenti ad avere necessità di pause, oppure ad avvertire il bisogno di avere definito in modo chiaro il lavoro da svolgere, necessita di una visione chiara del ruolo che si ricopre, di pianificazione e controllo del lavoro in modo costante, di eventuale supervisione e richiesta di riconoscimento. In pratica, il lavoratore con vulnerabilità psichiatrica necessita, come ogni altra tipologia di lavoratore di soddisfare bisogni personali, oltre che adempiere ai propri doveri, necessita di essere apprezzato per la mansione che svolge, di gratificazioni e di condivisione con colleghi e superiori per il lavoro svolto, eventualmente apportando, ognuno con la propria professione, lungo il percorso, modifiche e aggiustamenti nel compito.

Il programma IPS, di supporto alla ricerca lavorativa, ha mostrato, in questi anni, la sua efficacia grazie, non solo alla partecipazione dell'utenza o ai numeri delle assunzioni avvenute, ma anche agli obiettivi che la stessa persona ha individuato per sé stessa dopo aver scelto questo percorso (Fioritti e Berardi, 2017).

Questo programma promuove la partecipazione e la responsabilizzazione del paziente nel cercare nuove soluzioni individualizzate; il progetto IPS fornisce supporto non solo nella ricerca, ma nello svolgimento pratico di aspetti burocratici e incrementa abilità di problem solving qualora dovessero presentarsi difficoltà logistiche e concrete nello svolgimento del lavoro stesso; fornisce supporto continuativo nel tempo, ma non solo per l'aspetto prettamente lavorativo, ma anche per gli aspetti legati ad interventi per la vita quotidiana (Fioritti e Berardi, 2017).

Gli invii alla ricerca lavorativa possono essere compilati dal Medico di riferimento del Servizio, ma allo stesso modo dall'operatore/case manager che conosce il paziente con il quale ha indagato ed approfondito i bisogni. Il paziente può altresì candidarsi in autonomia attraverso una autocandidatura, compilando un volantino conoscitivo e, inserendolo in un box appositamente ricavato per le autocandidature. La scheda del paziente viene compilata con dati anagrafici e recapiti, dove il paziente verrà contattato per un primo appuntamento.

Wehman e Moon (1988) sono stati i primi a focalizzare il modello di sostegno al lavoro da loro stessi definito "place and train", ovvero un modello che si occupa di collocamento e formazione, mettendo da parte le attività di training al lavoro, ovvero il modello "train and place". Il modello di Wehman e Moon prevede il supporto alla ricerca in tempi brevi, attraverso un percorso personalizzato e un sostegno adatto alle necessità della persona.

L'IPS si basa sui principi del recovery (Liberman, 2009), che ho ampiamente trattato nei capitoli precedenti, dove l'inclusione lavorativa e l'aspetto della decisionalità del paziente, in quanto persona in grado di autodeterminarsi, vengono ritenuti fondamentali per il recupero e il raggiungimento degli obiettivi di vita. Nella metodologia IPS coloro che usufruiscono del modello vengono chiamati "clienti" proprio a definire che il rapporto e contratto con gli operatori, ed il servizio, è guidato da loro stessi.

Elenchiamo gli 8 principi cardine del modello IPS (Becker e Drake, 2003; Swanson e Becker, 2010) sottolineando il fatto che ogni utente preso in carico secondo il modello ha capacità contrattuale e che ha possibilità di definire quali sono le esigenze e bisogni, cambiando il programma in qualsiasi momento:

- 1- Obiettivo lavoro competitivo. Gli operatori IPS supportano gli utenti nella ricerca di un lavoro competitivo sul mercato del lavoro libero. L'occupazione competitiva è definita come : "un lavoro per cui viene pagato almeno il minimo salariale, con uno stipendio uguale a quello che gli altri ricevono svolgendo lo stesso lavoro, con sede in contesti non discriminanti accanto agli altri lavoratori senza disabilità, con una posizione non riservata a persone con disabilità". (Fioritti e Trono, 2015). Gli utenti tendono a preferire posti di lavoro competitivi al lavoro protetto. Lavorare fianco a fianco agli altri senza disabilità psichiatriche aiuta a ridurre lo stigma e la discriminazione.
- 2- Sostegno integrato con il trattamento della patologia mentale: Gli operatori IPS sono strettamente integrati con il lavoro dei servizi di salute mentale. Gli specialisti IPS diventano parte integrante di un team multidisciplinare che si incontra regolarmente, in riunioni strutturate, per valutare l'evoluzione del percorso degli utenti. Le discussioni includono informazioni cliniche che sono rilevanti per mantenere l'attività lavorativa, come gli effetti collaterali dei farmaci, i sintomi persistenti, le difficoltà cognitive, ecc.. Essi condividono le informazioni e sviluppano idee per aiutare gli utenti a migliorare il recupero della loro condizione di funzionamento sociale. L'operatore IPS collabora con il case manager per strutturare l'aspetto riabilitativo del paziente alla ricerca, vengono garantiti confronti ed eventuale incremento degli incontri qualora il paziente ritenesse stressante la ricerca lavorativa e avesse necessità di supporto e di essere rimotivato difronte a possibili fallimenti.
- 3- Zero exclusion: "Il supporto all'impiego non è finalizzato a condurre gli utenti verso standard preconcetti di preparazione al lavoro prima della ricerca dell'impiego. Gli utenti sono pronti al lavoro quando affermano di voler lavorare" (Fioritti e Berardi, 2017). L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta del paziente. Ogni persona con malattia mentale, in carico al Servizio Psichiatrico, che esprima la volontà di svolgere un'attività lavorativa, è idonea per l'IPS, indipendentemente dalla diagnosi, dalla sintomatologia, dalla storia lavorativa, o da

altri problemi come abuso di sostanze o disturbi cognitivi. Nucleare nei principi IPS è, che tutte le persone con disabilità psicofisica, possono lavorare accedendo a posti di lavoro competitivi, senza alcuna specifica formazione propedeutica. Va sviluppata, perciò, una nuova visione del mondo del lavoro in salute mentale, in modo che, tutti professionisti, possano incoraggiare i pazienti a prendere in considerazione la possibilità di entrare nel lavoro sul libero mercato.

- 4- Attenzione alle preferenze del cliente: L'IPS si basa sulle preferenze e le scelte delle persone che ne usufruiscono e non sulle valutazioni e sui pregiudizi dei professionisti. E' necessario, per il rispetto di questo 4° principio, la decisionalità nelle preferenze della persona, sia per quanto riguarda la scelta della tipologia di lavoro da svolgere, sia per la scelta del dichiarare o meno la propria disabilità sia sul curriculum sia in colloqui di lavoro.
- 5- Consulenza sulle opportunità economiche: Gli operatori IPS supportano i pazienti ad accedere a e mantenere i benefici sociali ed economici, sempre che non si valuti che un'attività a tempo pieno con uno stipendio competitivo, non sia quello che cerca il paziente, spesso le indennità pensionistiche acquisite, in questo caso vengono soltanto soprese. In alcuni casi il timore di perdere i benefit è una delle ragioni che frena il paziente a decidere di non cercare lavoro, oppure a limitare il suo impiego a lavoro part time o ad alcune ore durante il giorno. Il paziente avrà uno spazio dedicato dove otterrà informazioni accurate sui cambiamenti rispetto ai benefit e al salario, così che, capace di autodeterminarsi, il paziente possa scegliere in autonomia quale strada intraprendere.
- 6- Rapida ricerca del lavoro. Un'altra peculiarità del metodo IPS è la rapidità, gli autori Blacker e Drake (2003), sostengono che i metodi tradizionali di supporto di train and place, demotivano la persona e scoraggiano la ricerca nel mercato competitivo. Infatti, gli specialisti IPS supportano i pazienti a cercare lavoro direttamente, piuttosto che offrire una scelta tra l'ampia gamma di attività pre-lavorative di valutazione e formazione o di esperienze

lavorative "protette". Il modello prevede che la ricerca lavorativa inizi precocemente, ovvero entro 30 giorni dall'avvio del programma, poiché è necessario che passi il messaggio, al paziente, che la sua richiesta viene considerata, così da fare in modo che la motivazione alla ricerca rimanga attiva. Inizialmente l'operatore compila un profilo professionale dell'utente (Fioritti, Berardi 2017), ovvero si inizia a stilare un curriculum vitae vagliando quelle che sono le esperienze scolastiche e professionali pregresse, aggiungendo anche le competenze sviluppate e le abilità che la persona può mettere in campo in un'attività lavorativa. Durante il percorso di ricerca sarà premura dell'operatore IPS aggiornare le competenze acquisite nelle esperienze svolte e aggiungere eventuali elementi che modificano il profilo professionale del soggetto.

7- Lavoro sistematico di sviluppo professionale: Viene previsto, in questo principio che l'operatore IPS sviluppi relazioni con i datori di lavoro del territorio in cui operano con due finalità ben distinte, da un lato per la necessità di conoscere bene le opportunità lavorative del territorio, dall'altra sapere quali sono i datori di lavoro e quali le produzioni della zona che potrebbero offrire possibilità lavorative concrete. In Italia questa mappatura non avviene ancora con metodo, ma si sta sperimentando, invece, l'inserimento, non in tutte le realtà regionali, dell'operatore IPS all'interno di agenzie interinali. Gli operatori dovrebbero visitare e tenere contatti con i possibili datori di lavoro per conoscere al meglio quali potrebbero essere le esigenze aziendali e così poter indirizzare il profilo di cui hanno bisogno. Questo approccio potrebbe giovare alle aziende, ma soprattutto alle persone seguite dal metodo, tenersi aggiornati sulle possibilità fruibili nel territorio, attraverso un contatto diretto e, allo stesso tempo, supportare eventuali richieste del paziente (Fioritti, Berardi 2017).

In un numero limitato di casi gli operatori IPS, in accordo con il paziente, entrano in relazione con i datori di lavoro per aiutare a risolvere particolari problemi o per chiedere adattamenti specifici per venire incontro alle esigenze del cliente e del datore di lavoro. 8- Sostegno a tempo illimitato: la metodologia IPS prevede il supporto alla ricerca per tempo illimitato, il progetto, infatti, prosegue nel sostegno anche durante l'attività lavorativa dello stesso paziente, se dovesse trovarsi in situazioni per le quali necessita di un confronto attivo o incertezze sullo svolgimento del lavoro stesso. I tempi della durata del sostegno sono individualizzati e basati sulle richieste e sulle necessità del paziente. Gli operatori IPS e l'équipe territoriale inviante possono sostenere il paziente, non solo attraverso la ricerca lavorativa, ma anche attraverso incontri motivazionali con famigliari e amici per mantenere costante il livello di performance e di attivazione nel lavoro. Tutto questo fa parte di un percorso di recovery clinica del paziente, l'obiettivo comune è quello di aiutare la persona a diventare più indipendente, a scegliere per sè stessa e perciò ad autodeterminarsi. Lo scopo del supporto senza limiti di questo approccio è appunto quello di diventare maggiormente indipendente, attraverso l'assistenza diretta dell'operatore, che insieme alla persona valuterà la costanza e la necessità del supporto fino a chiudere il programma, in media dopo un anno dall'entrata della persona all'interno del lavoro competitivo.

L'operatore IPS può provenire da diversi background: educatori, terapisti della riabilitazione, psicologi, infermieri. Negli USA ci sono anche persone senza specifica formazione educativa o sanitaria (Fioritti e Berardi, 2017). La formazione è molto semplice, consiste in un training teorico, seguito da una introduzione nel lavoro, in affiancamento per circa un mese, prima di raggiungere una piena autonomia lavorativa. Ogni operatore, in base alle ore di contratto, può seguire tra 20 e 25 utenti con in contratto a tempo pieno (36 ore settimanali).

Il suo ruolo risulta fondamentale per la realizzazione dei programmi di inclusione socio-lavorativa nei centri di salute mentale territoriale. L'approccio personalizzato ai bisogni dell'utente e l'attenzione alle preferenze di impiego, fanno del lavoro dell'operatore IPS un modello ricalcante i principi di recovery, poiché questa figura oltre ad un lavoro di tipo individuale e personalizzato,

fornisce al paziente collaborazione e mantenimento della motivazione al trattamento legato alla ristrutturazione di se stesso e al raggiungimento di propri obiettivi di vita (Carozza, 2006).

L'operatore IPS valuta il contesto insieme al paziente, insieme sviluppano un piano d'azione e definiscono strategie per migliorare l'approccio con possibili datori di lavoro, spesso vengono simulati colloqui e svolti role playing per aiutare il paziente nel "provarsi" nella situazione.

Le fasi in cui si sviluppa il lavoro personalizzato di questa figura di operatore sono, l'avvio della collaborazione con il paziente, finalizzato a stabilire una relazione collaborativa; la ricerca del lavoro, durante la quale vengono messe in atto le strategie definite nel piano personalizzato; il mantenimento del lavoro una volta trovato, attraverso la valutazione del clima lavorativo, l'analisi del rapporto con colleghi e con il datore di lavoro, la gestione di eventuali insuccessi e sedute di problem solving se si ritenesse necessario migliorare la competenza dell'utente a risolvere problemi e questioni pressanti. Gli operatori IPS hanno anche il compito di monitorare gli esiti, valutare i processi e produrre i feedback, utilizzando parametri di "fedeltà" al modello manualizzato dell'IPS, la cosiddetta fidelity scale, creata dagli autori del modello, per garantire maggiore aderenza al modello.

Fioritti e Berardi (2017), affermano che tale scala di valutazione avrebbe una funzione predittiva, dove un esito positivo favorirà l'implementazione del metodo, allo stesso modo, un esito negativo, delineerà problematiche strutturali, di conoscenza e di messa in pratica e del metodo.

La fidelity scale, adattata al contesto italiano, valuta gli effetti dell'IPS e cioè, come viene realizzato, attraverso l'applicazione fedele di tutti gli elementi chiave di questa pratica evidence based.

La scala di fedeltà indica cosa fare e come farlo, rappresenta un efficace strumento di gestione degli aspetti quotidiani, misurare la fidelity serve a misurare lo scarto fra ricerca e la pratica in questo settore.

La fidelity scale valuta aspetti dell'équipe multidisciplinare, ovvero conteggia il numero di soggetti presi in carico da ogni operatore IPS, altro parametro è quello del livello di integrazione fra operatori IPS e Servizio Psichiatrico Territoriale che li accoglie, tiene conto del livello di collaborazione fra i professionisti coinvolti, nonché la supervisione fra il gruppo di lavoro e il professionista dell'IPS.

La valutazione è prevista anche per i professionisti della dirigenza medica e di quanto sostiene l'ingaggio dei pazienti a questo progetto.

Uno degli item della scala prevede venga indagato il servizio offerto dall'operatore IPS durante i colloqui, ovvero se vengano date esatte informazione sui benefits, la rilevazione della condizione fisica del soggetto, la valutazione della capacità lavorativa, la ricerca rapida di un lavoro competitivo, la ricerca del lavoro individualizzato e i contatti intrapresi con il mercato del lavoro, ovvero con i datori di lavoro e infine valuta l'ottenimento di lavori competitivi nel libero mercato (Fioritti e Berardi, 2017).

La valutazione con la fidelity scale si concretizza in una visita, presso i servizi territoriali, di revisori esperti, fidelity reviewer, che non si limitano a compilare la scala, ma si avvalgono di interviste agli operatori coinvolti nell'implementazione del metodo e, se necessario e stabilito, partecipano alle riunioni di équipe, intervengono nei colloqui fra operatore IPS e i soggetti che partecipano a questo progetto, prendono visione delle cartelle personali compilate dall'operatore che, nello specifico, non sono cartelle cliniche, ma un fascicolo che viene compilato, in specifico per il programma IPS, che condivide informazioni relative alla ricerca lavorativa, alle candidature, agli obiettivi che il paziente vorrebbe raggiungere durante l'adesione al programma.

Durante la stesura della valutazione il reviewer sintetizza i punti di positività e di criticità, ma formula, con gli operatori IPS e con i referenti del metodo all'interno del Servizio, prospettive di miglioramento e consigli per una maggiore implementazione del metodo.

Implementare il Servizio determina cambiamenti importanti rispetto al funzionamento dello stesso, che riguardano, non solo aspetti organizzativi, ma soprattutto richiede un cambiamento del clima, della cultura e del pregiudizio professionale verso la patologia mentale e la sua reintegrazione rispetto al mercato del lavoro.

L'importanza del ruolo lavorativo della persona con vulnerabilità psichiatrica è risultato chiaro dopo l'avvio delle politiche di deistituzionalizzazione, dove lavorare non era solo occupare il tempo, ma definiva e caratterizzava l'identità di ognuno ed era misura stessa dell'inclusione sociale.

La chiave per l'empowerment della persona con patologia psichiatrica grave è la rimozione delle barriere e la trasformazione del potere fra individui, comunità e servizi. L'utilizzo di strumenti riabilitativi come l'IPS per l'inclusione lavorativa, hanno un'elevata funzione evolutiva, tanto per gli utenti del servizio che per i servizi stessi (Barone, Bruschetta, D'Alema, 2013).

"Questi strumenti, infatti, aumentano la motivazione lavorativa, forniscono occasione per relazionarsi con gli altri, sviluppano competenze sociali, aiutano a progettare il futuro, incentivano l'instaurazione di nuovi rapporti e nuove amicizie, servono a fare esperienze professionali, sviluppano la fiducia in se stessi e negli altri, stimolano la collaborazione con gli altri e il lavoro di gruppo, attivano il confronto con il mercato del lavoro e la conoscenza di diverse realtà lavorative" (Barone, Bruschetta, D'Alema, 2013).

Il sostegno all'impiego inverte quelli che sono i tempi dell'inserimento lavorativo, poiché si cerca, prima del periodo di formazione classico, un posto di lavoro e ci si forma in seguito.

Spesso nei Servizi pubblici vengono proposti agli utenti forme di inserimento protetto che raramente portano ad un'assunzione, il programma IPS, invece, ha l'obiettivo di ottenere un ingresso nel mondo del lavoro competitivo supportano il paziente e valutando concretamente le abilità presenti.

Il metodo IPS motiva il paziente, lo mette nella posizione di essere una persona con le proprie necessità, ma con i propri desideri, ambizioni e scelte, durante il percorso, la persona raggiunge un ruolo sociale ed una posizione all'interno della società traendone personalmente beneficio.

La nuova generazione di pazienti che affluisce nei servizi di salute mentale è più competente, poiché deistituzionalizzata, perciò riesce ad esprimere l'insoddisfazione per periodi di tirocinio o di formazione lunghi e poco remunerativi. L'entrata nel mondo del lavoro diventa la richiesta più pressante, il lavoro competitivo, la possibilità di avere un compenso, di rendersi autonomi e di poter

creare qualcosa di personale, sono la spinta per l'invio all'IPS come aspetto supportivo nella ricerca lavorativa.

L'aspetto dell'inserimento lavorativo, soprattutto nella nuova generazione di pazienti psichiatrici, è fondamentale poiché, se precedentemente si pensava che il livello globale di funzionamento sociale e una minor gravità del disturbo fossero predittori di successo rispetto alla riabilitazione e all'inserimento lavorativo, ad oggi si può affermare il contrario, dato che la gravità della sintomatologia non può essere considerata una stima affidabile del funzionamento lavorativo. Ed è in questo frangente che vengono considerati altri elementi, non solo l'aspetto sintomatologico, perciò viene valutata l'età del soggetto, il titolo di studio, precedenti esperienze lavorative positive anche brevi, aspettative positive verso il lavoro, atteggiamento costruttivo verso l'attività lavorativa e una solida rete di supporto sociale (Michielin e Donatello, 2001).

Il lavoro è una scelta individuale, dove vengono messe in campo le proprie motivazioni, ed è proprio questa motivazione che rischia di venir meno se non coltivata con specifici supporti alle capacità individuali di ognuno.

Il progetto IPS prepara e condivide con il paziente ogni aspetto della ricerca, dal curriculum al colloquio con il datore di lavoro, prepara la persona all'occupazione in ambito competitivo con un supporto regolato e regolare.

Alcune tipologie di pazienti, invece, decidono di non utilizzare questa metodologia, ma preferiscono utilizzare i programmi protetti per una maggiore protezione, per un rientro più graduale all'attività lavorativa, per avere responsabilità limitate e per potersi prima provare in ambiente supportato.

Nel prossimo paragrafo spiegherò gli strumenti di inserimento lavorativo più usati in ambito psichiatrico, come supporto protetto.

#### 3.3 Ulteriori strumenti di inserimento lavorativo

"La Legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", sostituisce ed amplia la precedente Legge 482/1968, la quale dettava obiettivi numerici di collocamento obbligatorio non mirato e risultava essere difficilmente applicabile ed efficace. In particolare, per quanto concerne la psichiatria si ricorda che la Legge 68/1999 si rivolge alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile". (Legge n. 68 del 12 marzo 1999, in tema di "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Gazzetta Ufficiale 23 marzo 1999, Supplemento Ordinario n. 57/L). Tra le due leggi rimane fermo l'obbligo, per le imprese con più di 15 dipendenti, di assumere una quota di persone con disabilità. Il collocamento mirato diventa il focus della nuova Legge 68/99, servizio su cui dovrà basarsi l'inserimento lavorativo. Questa nuova metodologia si fonda sul fatto reale che la capacità lavorativa non viene ridotta solo per la presenza, nell'individuo, di vulnerabilità fisica o mentale, anche accertata. L'integrazione fra servizi è volta a valutare, attraverso strumenti tecnici, le abilità lavorative dell'utente al fine di garantire un progetto personalizzato, in grado di conciliarsi con le necessità delle imprese.

L'inserimento lavorativo attraverso formule di assunzione nominativa, come previsto dalla normativa, è possibile attraverso una convenzione fra centro per l'impiego e impresa che accoglie, stilando un progetto protetto per tutelare la vulnerabilità di alcune categorie.

La difficoltà di assunzione dei pazienti psichiatrici, purtroppo, deve fare i conti con lo stigma, con la poca, se non nulla, conoscenza della diagnosi psichiatrica.

L'inserimento di pazienti psichiatrici richiede, per il mantenimento e affidabilità del progetto, l'inclusione e collaborazione fra servizi sanitari, imprese ed enti locali. Ciò che favorirebbe maggiore sensibilizzazione e responsabilità sociale, sarebbe appunto la collaborazione fra i servizi sanitari specialistici, i Comuni, le Province, le reti cooperative e le imprese.

All'interno del Servizio Psichiatrico territoriale gli strumenti per l'inclusione lavorativa protetta sono diversi, essi permettono di inserire la persona con le sue vulnerabilità all'interno di ambienti lavorativi offrendole un sostegno.

"Per collocamento mirato dei disabili il comma 1 dell'art. 2 della legge intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione" (Legge n. 68 del 12 marzo 1999, in tema di "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Gazzetta Ufficiale 23 marzo 1999, Supplemento Ordinario n. 57/L).

La legge 68/99 prevede il collocamento mirato di una quota di persone con disabilità all'interno delle aziende pubbliche e private. La stessa legge prevede, per il collocamento mirato, strumenti di supporto che valutano la capacità lavorativa delle persone con quote di invalidità, lo strumento utilizzato si chiama diagnosi funzionale che individua correttamente quali sono le potenzialità del soggetto per poi collocarlo più agevolmente e soprattutto all'atto dell'assunzione, il datore di lavoro deve indicare quali sono le mansioni che andrà a ricoprire e quali saranno i ritmi necessari a svolgere quella determinata attività.

"Compito dei servizi competenti è quello di facilitare e sostenere l'incontro "mirato" tra domanda e offerta di lavoro delle persone disabili e non di "trovare il lavoro ai disabili", presupponendo in ogni caso un'attivazione personale dell'interessato e un libero incontro tra le parti, pur se l'impresa è soggetta a un obbligo di legge". (Bordone, 2012)

La commissione valutativa definirà si, il collocamento mirato e l'uso di supporti, ma prevedrà anche la quantità e la qualità dei supporti necessari alla persona per l'inserimento lavorativo.

Ogni mansione che verrà proposta dovrà essere adeguatamente valutata per poter agevolare la persona vulnerabile nello svolgimento della propria mansione. Le capacità della persona devono essere utilizzate al meglio e, sarà necessario, incrementare laddove possibile ulteriori abilità.

Spesso all'interno delle aziende che assumono persone con il collocamento mirato, si rende necessaria la figura di un tutor che si interfacci con il lavoratore, figura che deve indicare quali siano i sussidi più adatti alle sue difficoltà e deve garantire un buon inserimento all'interno del gruppo di lavoro, per evitare che la persona non si senta stigmatizzata perché in una situazione di agevolazione. (Sanna V, 2012).

# Leggi a favore dell'inserimento e inclusione

Nel 2015 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la legge n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari".

Tale legge nasce per far fronte alle diverse necessità di accesso al lavoro dovute alla crisi economica, si focalizza sulla profilazione di un profilo di fragilità che consideri aspetti sociali, economici e sanitari della persona. La normativa è centrata sulla necessità di operare in una logica di multidisciplinarietà e soprattutto sulla personalizzazione degli interventi in base alle esigenze dell'utente.

La legge 14/2015 ha introdotto una nuova tipologia di tirocinio di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento, finalizzato al rafforzamento dell'autonomia delle persone, alla loro riabilitazione e inclusione. (Venturi G., Mattei G., Pistoresi B., Nora A., Addabbo T., Galeazzi G.M., 2021)

L'inserimento lavorativo in azienda può avvenire utilizzando le diverse modalità e tipologie contrattuali esistenti, anche se il primo contatto avviene attraverso un tirocinio, che in seconda battuta, potrebbe diventare un'assunzione.

La L.R. 14/2015 ha potuto supportare, attraverso il confronto con gli altri Servizi, il Centro per l'impiego e l'area inclusione dei Servizi alla Persona, l'inserimento di diversi utenti con fragilità psichica, soprattutto giovani, che faticavano ad accedere e ad usufruire delle possibilità. Quindi per facilitare l'incontro con il modo del lavoro, il Servizio Psichiatrico in accordo con l'utente e le altre interfacce, stilava un percorso di avvicinamento all'attività lavorativa con un primo tirocinio che supportava nuovi ingressi e nuovi momenti di acquisizione di competenze, che successivamente venivano formalizzate. Questi individui, nonostante un elevato grado di vulnerabilità, sono risultati comunque idonei a poter usufruire alle misure di politica attiva previste dalla L.R. 14/2015.

Nel 2022 la L.R. 14/2015 si è modificata in GOL, Garanzia di occupabilità dei lavoratori, per poter attivare percorsi di inserimento lavorativo alternativi e complementari, ma allo stesso modo propedeutici.

Il programma GOL (Ministero del lavoro, 2022) nasce con la Legge di Bilancio 2021, in particolare con l'articolo 1, comma 324, della Legge 30 Dicembre 2020, n. 178. Con questo articolo il Parlamento ha stanziato delle risorse per istituire un apposito fondo. Si tratta del "Fondo per l'attuazione di misure relative alle politiche attive rientranti tra quelle ammissibili dalla Commissione europea nell'ambito del programma React EU.

Il programma GOL, il cui significato è "Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori" è stato introdotto per provare a rilanciare l'occupazione in Italia e combattere la disoccupazione. Il programma GOL prevede una serie di misure di reinserimento lavorativo di diverse tipologie di cittadini, quali i disoccupati, i percettori di Reddito di cittadinanza, lavoratori in cassa integrazione, giovani donne, disabili e altre categorie.

Il programma è un'azione prevista dal PNRR, ovvero il piano nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia e durerà nel periodo 2021-2025 con l'obiettivo di accompagnare le persone alla ricerca del lavoro e a percorsi di riqualificazione (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2021). La persona, in autonomia, si rivolge al Centro per l'impiego che lo indirizzerà, dopo un colloquio approfondito, in base ai sui bisogni e alle sue caratteristiche, al percorso professionalizzante più adeguato, verrà stilato un profilo di occupabilità e indirizzato ai percorsi possibili. Il programma prevede almeno quattro diversi percorsi, ovvero il reinserimento occupazionale, quando la persona è già in possesso delle competenze spendibili, per cui è necessario un orientamento e un accompagnamento verso il mondo del lavoro; aggiornamento, ovvero percorso per aggiornare le proprie competenze, per poter essere maggiormente spendibile nel mercato del lavoro locale; riqualificazione, ovvero percorso che permette di adeguare le proprie conoscenze alle nuove necessità, per essere perciò facilitati nell'azione di rienserimento nel mercato del lavoro; lavoro e inclusione, cluster che si rivolge alle persone in condizione di fragilità o vulnerabilità a causa della mancanza di lavoro, oppure in presenza di ulteriori problematiche sociali o sanitarie. Questo nuovo programma è anche per noi, che ci occupiamo di inserimento lavorativo nel Servizio Psichiatrico uno strumento da conoscere nelle sue sfaccettature. La metodologia della riunione d'equipe multidisciplinare è stata mantenuta, c'è un costante confronto e collaborazione dei servizi, anche se, al momento, non è esattamente chiaro l'aspetto operativo del collocamento dei profili di fragilità.

### Tirocinio formativo

L'art 1 della Legge Regionale 4 Marzo 2019 su Disposizioni in materia di tirocini. Modifiche della Legge regionale 1 Agosto 2005, n. 17 (Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità e

della sicurezza e regolarità del lavoro) "disciplina i tirocini quali misure formative di politica attiva, finalizzate a creare un contatto diretto tra un soggetto ospitante e il tirocinante allo scopo di favorirne l'arricchimento del bagaglio di conoscenze, l'acquisizione di competenze professionali e l'inserimento e il reinserimento lavorativo. I tirocini consistono in periodi di orientamento al lavoro e di formazione in situazioni che non si configurano come rapporti di lavoro."

La Legge Regionale prevede delle specificità per i tirocini rivolti a chi ha particolari vulnerabilità e fragilità, sono momenti di inclusione sociale per migliorare aspetti di autonomia e di riabilitazione soggettiva. Il tirocinio prevede non solo lo svolgimento della mansione in sé, ma si divide in aspetti propedeutici orientati alla formazione e all'inserimento sociale nell'azienda ospitante.

Il tirocinio deve essere formalizzato con l'azienda ospitante attraverso un progetto personalizzato, dove il soggetto pubblico, in questo caso specifico l'Azienda AUSL di Ferrara, che ha in carico il tirocinante/paziente, individua gli obiettivi della persona e le comunica al soggetto ospitante. All'interno del progetto verranno definiti gli scopi del tirocinio, le necessità professionali e terapeutiche della persona che lo svolge, ci sarà infine la formalizzazione delle competenze tecnico-professionali, spendibili poi in altri contesti lavorativi.

La definizione di quelle che sono le caratteristiche della salute della persona all'interno del contesto delle loro situazioni di vita e degli impatti ambientali, viene fatta attraverso uno strumento chiamato ICF-Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001) che ha lo scopo di fornire un linguaggio standard e unificare le informazioni sul funzionamento e sulla disabilità. Il nuovo passo fatto dallo strumento ICF è quello di porre l'attenzione sul funzionamento della persona, perciò sulle sue risorse e non sulla disabilità. Attraverso questo strumento il professionista può quindi definire il profilo funzionale della persona che dovrà avviare al tirocinio, avrà perciò il quadro generale definito, non solo la diagnosi, per costruire il miglior percorso, adeguato alla persona.

I tirocini individuati dall'azienda per il paziente vengono costruiti sempre in base alle esigenze, alle abilità e alle risorse, appunto al funzionamento e alle risorse del territorio di competenza.

La durata può essere indicativa, dai 3 ai 6 mesi, può essere prorogato e anche ripetuto in tempi diversi, fatta salva la disponibilità dell'ente ospitante. Le indennità percepite sono legate a sostegni che derivano dall'inclusione sociale comunitarie, regionali o nazionali, in ambito di operazioni finanziate attraverso interventi per l'inclusione attiva.

Durante l'attività di tirocinio formativo, svolto dai nostri pazienti presso aziende ospitanti, vengono concordati momenti di confronto e di valutazione, in itinere, del progetto steso inizialmente, è spesso utile definire i momenti di verifica per supportare gli obiettivi che vogliono essere raggiunti, mantenere punti fermi, modificare aspetti che sono cambiati durante il lavoro stesso.

E' sempre necessario che il paziente possa fare riferimento ad un tutor all'interno dell'azienda per scambi giornalieri, per identificare la persona a cui chiedere informazioni, per aiutare il soggetto ad integrarsi nel gruppo e per mantenere un monitoraggio dell'attività svolta.

## 3.4 Lo stigma e la percezione di discriminazione

Il significato di stigma corrisponde a quello di pregiudizio, cioè quel giudizio che viene espresso prima di un'osservazione attenta o prima di compiere delle riflessioni più complesse.

Lo stigma è perciò inteso come un segno distintivo in riferimento alla disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali, spesso riconducibili alla malattia mentale, ma non solo investe anche aspetti sociali quali la religione, l'appartenenza etnica, le più diverse forme di patologia.

Emile Durkheim nel 1895 analizzò il concetto di stigmatizzazione e la sua relazione con il mondo sociale, successivamente il sociologo canadese Erving Goffman approfondì e fece un passo avanti attraverso l'opera "Stigma. L'identità negata" del 1963.

Lo stigma non dipende da un'intenzionalità critica deliberatamente esercitata, diventa infatti spesso difficile percepirne la presenza, perché essa corrisponde ad una forma di consenso propria di una corrispondente azione collettiva. Si riferisce ad una particolare connotazione fisica come ad esempio l'handicap o a particolari categorie sociali che vengono in qualche modo discriminate da quelle che nel saggio sopra citato l'autore definisce persone "normali".

Questa distinzione sociale tende a determinare categorie ben definite di persone stigmatizzate, che vengono dalla società inquadrate in cornici diverse a seconda del loro stigma (portatori di handicap, malati di mente, devianti ecc..). Lo stigma è più evidente in alcune malattie rispetto ad altre, come in quelle mentali. Il pregiudizio verso la malattia mentale fonda le sue radici nell'ignoranza e nella paura, è un fenomeno talmente evidente che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha individuato una data annuale il 10 ottobre come momento da dedicare all'informazione sulla salute mentale e alla lotta allo stigma, oggi è una giornata osservata in più di 100 paesi nel mondo.

La stigmatizzazione è un fenomeno sociale, oggetto di studio fino a partire dagli anni 60 da sociologi e antropologi utilizzata come strumento da parte della comunità per identificare i soggetti devianti.

La stigmatizzazione percepita diviene un forte fattore stressogeno nella quotidianità, con conseguenze negative sul piano della salute fisica e mentale, può diventare fattore di rischio per il suicidio e può determinare limitazioni importanti e pesanti nella qualità della vita delle persone. Effetti come il sentimento di inutilità, eccessiva autovalutazione e ancor più grave vero e proprio isolamento sociale. Spesso, infatti, lo stigma è sinonimo di celare, nascondere agli altri il proprio disturbo o quello di altri membri della famiglia, spesso avviene il ritiro dell'intero nucleo, non c'è apertura verso gli altri per il timore di essere etichettati e stigmatizzati come malati (Becker e Drake, 2003).

Lo stigma è un termine altamente discreditante che si attribuisce ad una persona, gli altri, attraverso questo giudizio, pensano che la quella persona non sia degna di attenzione positiva, perciò volutamente esercitano pressioni che riducono possibilità di vita, come partecipazione ad una vita sociale soddisfacente, trovare un lavoro oppure una casa. Nei confronti dei pazienti psichiatrici sono stati individuati alcuni falsi miti, ovvero delle credenze diffuse, ma senza nessuna verità, legate alla loro imprevedibilità, al comportamento violento o anche alle loro irrequietudini ed eccentricità che minerebbero le loro capacità di mantenere un'attività lavorativa oppure di preservare qualsiasi relazione interpersonale. Spesso la malattia mentale è stata associata al ritardo cognitivo, inoltre viene legata alla scarsa tolleranza alle frustrazioni e allo stress, ma non solo, si accomuna all'incapacità di produrre e coltivare motivazione e iniziative, il paziente psichiatrico spesso non è ritenuto capace di lavorare per l'inguaribilità della malattia (Carozza, 2021).

I limiti del mercato del lavoro, nel nostro paese, sono dati dalla richiesta di personale qualificato, con curriculum lavorativi corposi e percorsi di selezione non semplici. Talvolta le aziende evitano di inserire nel loro organico pazienti con patologia psichiatrica, anche se esiste una legge, come visto nel precedente capitolo, a sostegno dell'esercizio dei diritti delle persone disabili. Spesso anche le politiche socio assistenziali sono un ostacolo verso l'occupazione. Invece, lavorare in contesti, ritenuti normali, per chi soffre di un disturbo mentale, può favorire la riduzione della disabilità, della discriminazione e integrazione nella società. Il lavoro competitivo sul libero mercato, è una di quelle

pratiche evidence based che favorisce e favorirà in futuro il raggiungimento dell'obiettivo quale quello di eliminazione dello stigma (Becker e Drake, 2003).

Il processo di stigmatizzazione ha delle conseguenze sulla popolazione di persone che vengono etichettate, esse vengono deliberatamente allontanate dai circuiti sociali, dove invece verrebbero mantenute le loro abilità e i loro ruoli, senonchè attraverso l'isolamento e la discriminazione avviene la confinazione del malato di mente senza possibilità di riscatto.

La condizione di malato psichiatrico è tutt'ora un argomento sconosciuto a tanti, l'ignoranza verso le patologie e la non comprensione delle possibilità e abilità della persona con condizione di patologia ancora fatica a farsi strada. "I segnali che consentono alla popolazione di riconoscere la patologia psichiatrica sono: sintomi psichiatrici, deficit delle abilità sociali, aspetto esteriore, "etichettamento", in quanto l'etichetta diagnostica faciliterebbe la diffusione dello stereotipo negativo del malato di mente (Mc Gorry et al. 2008)."

Lo stigma è spesso correlato al tipo di disturbo, dove, le persone con un disturbo schizofrenico, vengono incasellate come incapaci di autoconsapevolezza e autodeterminazione, le persone con disturbi dell'umore, ad esempio, vivono una condizione di malattia che non comporta, o almeno non sempre, la perdita di risorse e perciò nemmeno la necessità di lottare contro lo stigma.

Spesso lo stigma è anche autostigma quando la persona fatica ad ammettere di avere un problema legato alla sfera psichiatrica, e perciò, alla necessità di cure, o prevale il senso di vergogna e la paura di essere, poi, tenuti lontano dagli altri. (Carozza, 2006).

L'autostigma è dato dalla propaganda di una società stigmatizzante che viene interiorizzata dal soggetto e fatta propria, la persona si trova d'accordo su ciò che dall'esterno le viene attribuito minando la sua autostima e la sua auto efficacia.

La persona che si autostigmatizza perde la sua identità personale, il sé è associato solo alla malattia e non alle competenze che possiede. Le attività del vivere quotidiano ruotano intorno alla percezione di malattia, ai sintomi, all'aspetto farmacologico, non esistono più ruoli sociali, relazioni, esperienze positive, ma esiste solo il disturbo e le sue conseguenze. L'autostigma frena il raggiungimento di piccoli obiettivi personali giornalieri, perciò frena tutto quello che è il lavoro per il miglioramento e l'acquisizione del massimo grado di qualità della vita.

"Il self-stigma e l'empowerment possono essere rappresentati come poli opposti, negativo e positivo, di un continuum. All'estremo del polo negativo si collocano le persone che, non essendo in grado di superare le aspettative pessimistiche e gli stereotipi sulle malattie mentali, hanno bassa autostima, poca fiducia in un futuro migliore e sono le più vulnerabili al processo di auto-stigmatizzazione. All'estremo del polo positivo troviamo, invece, le persone che, pur malate, mantengono buoni livelli di autostima e non si sentono significativamente gravate dallo stigma sociale, ma paradossalmente energizzate dalla lotta contro il processo di etichettatura" (Carozza, 2021).

Identificarsi con un gruppo di persone con le quali viene condivisa l'identità stigmatizzata, definisce la modalità di risposta allo stigma sociale. L'identificazione positiva con il gruppo dei pari è un fattore protettivo, perciò può ridurre la necessità di condividere lo stigma sociale, senza perciò applicarlo necessariamente al proprio gruppo.

Quando sono presenti nel soggetto buoni livelli di autostima ed autoefficacia personale, egli è maggiormente motivato alla partecipazione al progetto, al raggiungimento di obiettivi e alla realizzazione dei suoi desideri, creando un circolo virtuoso di attivazione nel trattamento. Necessaria, in questa fase, la partnership con i Servizi per incrementare l'autodeterminazione e la partecipazione attiva al percorso di cura.

"La conoscenza del processo di self stigmatization è utile per comprendere quali strategie possono ridurne l'impatto e quali cambiamenti devono avvenire, sia nella persona sia nel sistema dei servizi, per contrastarlo e, quindi, per favorire il raggiungimento degli obiettivi personali dei pazienti. Il compito degli operatori dei servizi è quello aiutare i pazienti a massimizzare la loro capacità di resistere ai processi sociali che minano le loro identità, identificando e sfidando l'impatto stigmatizzante, seppur involontario, di molte pratiche professionali" (Carozza, 2021).

L'utilizzo, quindi, di progetti orientati al recovery e di pratiche evidence based, come la ricerca lavorativa supportata, permette al soggetto di abbandonare il concetto di stigma e di affermare il suo empowerment, ovvero la partecipazione attiva alla sua vita, alla decisionalità e all'autodeterminazione (Abbey, 2011).

Il riconoscimento delle proprie potenzialità e del proprio funzionamento, essendo al centro del proprio progetto di vita e di cura, è importante per l'autonomia e l'indipendenza, ecco perché il progetto di supporto al paziente deve essere valutato insieme, vengono ascoltati i bisogni, analizzate le risorse e redatti insieme i macro e micro obiettivi e tutti gli steps da seguire per il raggiungimento dell'obiettivo finale. Un altro aspetto importante è monitorare metodicamente, con verifiche programmate, i passi svolti e quelli ancora da svolgere, i processi di crescita e cambiamento, richiedendo un feedback al paziente ed eventualmente a chi con lui ha camminato per questo percorso, ricostruendo e modificando in itinere eventuali obiettivi.

La promozione di azioni di recovery è un'opportunità per riprendere l'integrazione sociale, chiedere collaborazione all'utente, affinchè esso scelga il suo percorso, è il primo passo nella lotta contro lo stigma (Abbey, 2011). La necessità di attuazione del progetto di vita per il recupero di abilità è fondamentale per il paziente per cominciare ad essere soddisfatto delle sue scelte, del suo ambiente di vita e delle sue relazioni. Gli interventi finalizzati alla recovery tendono a contrastare la sintomatologia, a contrastare i ruoli, che fino a quel momento erano stati affissi alla persona e contrastando lo svantaggio legato alla povertà economica e di risorse da fruire.

L'aspetto dell'inserimento lavorativo, che in questo capitolo, ho tentato di riassumere, ha una valenza ed un impatto sociale fondamentale nella lotta allo stigma. L'autonomia e l'integrazione della persona, la possibilità, attraverso il lavoro retribuito, di recupere la dignità ed il ruolo sociale perduto lascia spazio ad una progressiva indipendenza personale ed ad un'efficacia sociale, che viene sostenuta inizialmente dal percorso fatto a fianco dell'operatore, per poi, a mano a mano, affrancarsi ed emanciparsi.

# Capitolo 4. Studio esplorativo qualitativo sull'inclusione lavorativa: la prospettiva di un gruppo di lavoratori del settore

In questo lavoro di tesi ho cercato di esplorare metodi e strumenti di utilizzo comune nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, ho affrontato il tema del lavoro e dell'inclusione della persona con vulnerabilità psichiatrica. Ho cercato di indagare attraverso questa ricerca quali fossero i pensieri di chi, come me, ogni giorno, lavora con le risorse del territorio e con le difficoltà ad essa collegate. A fornire riferimenti di tipo legislativo abbiamo una serie di leggi fondamentali, in primis la Legge 180/78, la Legge Basaglia, attraverso la quale decadono i termini stigmatizzanti e il paziente acquisisce diritti e dignità, successivamente la Legge 833/78 istituisce il SSN strutturando le Unità Sanitarie Locali per il sostenimento delle persone. Senonchè nel 1992 attraverso il Decreto legislativo n. 502, si trasferiscono le competenze in ambito di assistenza psichiatrica alle Regioni per garantire una maggiore integrazione socio-sanitaria nei Servizi. E' necessario perciò introdurre il Dipartimento di Salute Mentale, nello specifico il SPT, Servizio Psichiatrico Territoriale come luogo e fondamento della riabilitazione, prevenzione e inclusione, nonché dell'inserimento sociale e lavorativo della persona che vi afferisce, rafforzandone l'autodeterminazione e l'empowerment.

Per valorizzare le esperienze concrete, efficaci nel processo di inclusione, ho cercato di focalizzare la mia ricerca sulla realtà territoriale, che ha come scopo la prevenzione dell'emarginazione e dell'isolamento, abbattendo quelli che sono i troppo diffusi stereotipi rispetto alla vulnerabilità psichiatrica.

Nell'indagine che andremo a presentare affronteremo il tema dell'inclusione processo multidimensionale che cerca di creare le condizioni per una partecipazione piena ed attiva di ogni membro della società, soprattutto a livello di proposte e decisioni, nel caso specifico di pazienti con vulnerabilità psichiatrica e della loro inclusione nel mondo del lavoro.

Riprendendo dai concetti espressi nel capitolo 3, si parla di inclusività come il mezzo migliore per promuovere l'integrazione culturale (UN-DESA, 2009).

E ancora, l'inclusione sociale ha necessità, sia di interventi mirati e ricavati in ogni singola comunità, sia della costruzione di un sistema di servizi che sia partecipativo, nella creazione di una cittadinanza attiva, che si senta responsabile della società nella quale vive (Pavoncello, 2013). L'aspetto dell'inclusione è un tema ancora aperto, ma che ha iniziato a prendere maggiore forza dagli anni 90, con la richiesta e possibilità di inserimento lavorativo di persone con disabilità, oggi, dopo trent'anni le politiche di prevenzione ancora arrancano rispetto ad una manovra di svolta rispetto all'inclusione. Con l'adozione nel 2015 dell'Agenda 2030 da parte dei membri dell'Organizzazione della Nazioni Unite, vengono posti degli obiettivi dedicati alla disabilità e alla riduzione delle disugualianze per migliorare l'occupabilità e le possibilità per ogni persona. La stessa Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile sottolinea l'importanza di garantire entro il 2030 un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per uomini e donne compresi i giovani e le persone con disabilità.

Da un punto di vista psicosociale l'inserimento nel mondo del lavoro è direttamente connesso alla crescita personale, fa parte della costruzione dell'identità individuale e una maggiore inclusione sociale.

Nella ricerca, perciò analizzerò il contributo all'inclusione dato dalla Regione e, soprattutto, dalla comunità locale nella forma del Servizio Psichiatrico Territoriale di Codigoro (Fe) facente parte del DAI SM DP dell'AUSL di Ferrara, che attraverso obiettivi concreti di sviluppo rispetto all'inclusione, si prefigge la loro attuazione attraverso la sensibilizzazione della cittadinanza.

Secondo il report Localizing the Post-2015 Development Agenda: Dialogues on Implementation, la localizzazione si riferisce al "processo di definizione, attuazione e monitoraggio delle strategie a livello locale per raggiungere obiettivi e traguardi di sviluppo sostenibile globali, nazionali e subnazionali" (UN Development Group, 2014).

Il conseguimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 dipende molto dalla capacità dei governi locali di promuovere uno sviluppo territoriale integrato ed inclusivo.

Nel terzo capitolo della tesi si è affrontato il concetto di lavoro, di autonomia, di ruolo sociale, ma anche di stigma e discriminazione ed è su questo argomento complesso che si è pensato di sviluppare la ricerca esplorativa, ovvero il lavoro come elemento di costruzione di un'identità, ma allo stesso tempo fonte di messa alla prova rispetto alle abilità. Il lavoro prima di aver superato le discriminazioni di inserimenti protetti e di visioni ridotte alla disabilità e all'inserimento dei pazienti in ruoli predeterminati.

La ricerca ha voluto indagare, con il gruppo di lavoro del quale faccio parte, quindi, proprio a livello locale e territoriale, attraverso una serie di domande aperte, quali potrebbero essere le proposte per migliorare la visione dell'inclusività all'interno della panoramica lavorativa attuale.

Le domande sono state scelte, volutamente, aperte per dare modo ad ogni operatore di spaziare rispetto all'idea di miglioramento in campo di inclusione.

#### 4. 1 Metodo

## 4.1.1 Partecipanti

La ricerca, come citato sopra, ha coinvolto il gruppo di lavoro del Servizio Psichiatrico Territoriale di Codigoro facente parte del Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara, diverse le figure professionali coinvolte, educatori prof.li, tecnici di riabilitazione psichiatrica, infermieri e dirigenti medici, psicologi e psichiatri. Hanno risposto, al modulo inviato, 18 persone. L'età dei partecipanti all'intervista è compresa fra i 23 e i 62 anni. Hanno partecipato 12 donne e 6 uomini, principalmente residenti principalmente a Ferrara e provincia.

# 4.1.2 Strumenti e procedura di somministrazione

Ai partecipanti è stata è stata somministrata un'intervista inviata all'indirizzo mail attraverso Google Moduli per la quale, il tempo stimato di risposta, era di circa 30 minuti. L'intervista è stata creata ad hoc per poter cogliere la specificità del Servizio e della tematica affrontata, prevedeva 11 domande aperte così presentate:

- 1. A proposito di temi di sensibilizzazione da affrontare, quali possono essere, secondo te, rispetto all'inclusione lavorativa di persone con vulnerabilità psichiatriche, i passi da fare come società?
- 2. Considerando il contesto in cui vivi e lavori, quali cambiamenti sarebbero necessari per il concretizzarsi di uno scenario positivo rispetto all'inclusione?
- 3. Pensando alla comunità di cui fa parte, quali sarebbero i miglioramenti nell'area dell'inclusione lavorativa, di persone con diagnosi psichiatrica, che prevedresti in un prossimo futuro?
- 4. Guardando al passato, quali, secondo te, sono stati gli eventi più significativi che hanno comportato la situazione di discriminazione che stiamo vivendo oggi?
- 5. Se non ci fossero limiti od ostacoli e tu, potessi prendere le decisioni che ritieni più adatte senza barriere, quali prenderesti?
- 6. Per quanto concerne il tuo ambito professionale, quali dovrebbero essere i temi che dovrebbero essere affrontati dai ricercatori nei prossimi 30-50 anni?
- 7. Quando si parla di inclusione cosa pensi al riguardo?
- 8. Secondo te, come potrebbe migliorare la tua professionalità in relazione alle tematiche di inclusione e conoscenza della vulnerabilità?
- 9. Qual è, secondo te, la percezione della popolazione in generale rispetto alla vulnerabilità psichiatrica?
- 10. Il 10 Ottobre si celebra la Giornata Mondiale della salute mentale, gli obiettivi che si pone sono quelli legati alla consapevolezza, ma, quali potrebbero, invece, essere gli sforzi per mobilitare tutti rispetto alla salute mentale?
- 11. Secondo te, cos'è il lavoro dignitoso?

# 4.2 Analisi qualitativa sul principio di inclusione

Franco Basaglia all'inizio degli anni sessanta, aveva compreso che "se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità e della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo, dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto dalla malattia e dal ritmo dell'internamento", la "cura" alternativa diventa allora l'inclusione nella società, con diritti ed opportunità come quelli della casa, della convivenza, del lavoro, del volontariato, del sostegno sociale e delle cure sanitarie. I cambiamenti attuati da Basaglia con la chiusura dei manicomi nel 1978, hanno dato possibilità alle persone di rimanere cittadini, di essere titolari dei propri diritti, di avere speranza. La Legge 180 ha esteso i diritti costituzionali con l art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". La Legge Basaglia ha ripristinato il concetto di dignità e di inclusione.

Nello studio è stata messa a punto la presente indagine esplorativa volta ad analizzare l'idea di inclusione che i professionisti coinvolti possiedono e quale sia la visione del futuro rispetto al tema dello stigma e delle possibilità di miglioramento della conoscenza del funzionamento di persone con diagnosi psichiatrica.

Per tradurre le risposte nella tabella ci siamo attenuti alle risposte date dai partecipanti, la Tab. 1 è riassuntiva delle frequenze relative alla domanda sulla sensibilizzazione, rispetto all'inclusione lavorativa delle persone con vulnerabilità. I partecipanti hanno idee diverse che propongono nelle risposte, non sempre è stato possibile categorizzare, ma ho ottenuto almeno due categorie di persone con lo stesso pensiero, relativo, nella prima categoria, alla formazione scolastica rispetto alla conoscenza del tema dell'inclusione delle persone con vulnerabilità psichiatrica. Nel complesso, il tema dell'inclusione non si limita all'aspetto lavorativo, come richiesto, in specifico, nella domanda, ma spazia nell'aspetto generale delle opportunità che vengono date alla società per sensibilizzarsi su patologie psichiatriche che spesso vengono demonizzate.

Categoria	Frequenza	Frequenza %
Formazione nelle scuole e	9	50%
sensibilizzazione della società		
attraverso programmi educativi		
Condivisione di esperienze	3	16,6%
positive		
Altro	6	33,4%
ТОТ	18	

Tab. 1 Tabella riassuntiva delle frequenze (rispetto alla domanda n. 1)

Nella tabella riassuntiva emerge che il 50% dei partecipanti punterebbe sulla formazione per far conoscere la patologia psichiatrica e di conseguenza i temi legati alla vulnerabilità, cito alcuni esempi:

"Il sapere è alla base di ogni movimento, creare una società o anche semplicemente un ambiente lavorativo consapevole delle difficoltà che incontrano i soggetti "vulnerabili" rappresenta un, seppure ambizioso, obiettivo notevole",

"Maggiore informazione nella scuola, con attenzione alla scuola superiore, in quanto, in quella fascia di età c'è insorgenza delle maggiori patologie psichiatriche",

"Lavorare con le scuole sulla sensibilizzazione della tematica psichiatrica, favorire scambi e laboratori specifici, esperienze condivise con il coinvolgimento del terzo settore e del servizio pubblico",

"La società può promuovere l'inclusione lavorativa delle persone con vulnerabilità psichiatrica attraverso programmi di sensibilizzazione, accesso alle opportunità e ai servizi di supporto, creazione di un ambiente di lavoro accogliente".

Il 16,6% del campione suggerisce che per migliorare l'idea di inclusione si potrebbero svolgere:

"Ritengo che una strategia da sostenere a livello di società sia la condivisione di esperienze positive di integrazione e di successo. Immagino questi passi sia a livello più esteso (film, serie tv, partecipazione a trasmissioni); che a livello più locale con la possibilità di condividere la normalità e la frequenza della patologia psichiatrica",

"Incontri formativi alla popolazione, anche magari attraverso testimonianze di alcune persone che soffrono di un disturbo psichiatrico e riescono a mantenere un ruolo lavorativo",

"Promuovere attività di aggregazione e socializzazione che prevedono la partecipazione delle famiglie delle persone con vulnerabilità psichiatrica".

Il restante 44% offre spunti per altre prospettive di apertura nella visione dell'inclusione più legata all'aspetto lavorativo perciò:

"Finanziare più possibilità inclusive nel lavoro (esempio tirocinio) senza troppi criteri di esclusione, i quali al momento riportano al pz psichiatrico o con handicap",

"Giornate di incontro (nei servizi psichiatrici) da parte degli sportelli lavoro per illustrare le possibilità presenti sul territorio, corsi di formazione per il personale presente negli sportelli del lavoro per approcci personalizzati a persone con patologia psichiatrica",

"Per promuovere l'inclusione lavorativa delle persone con vulnerabilità psichiatrica, la società dovrebbe eliminare lo stigma, favorire la formazione dei professionisti, promuovere l'inclusione nelle aziende, sviluppare programmi di supporto e sensibilizzare la società attraverso programmi educativi e campagne di sensibilizzazione. E' importante che tutti lavorino insieme per creare un mondo del lavoro più equo e inclusivo per tutti".

L'altro parametro che si è esplorato nell'intervista è quello dell'aspetto futuro dell'inserimento lavorativo delle persone con diagnosi psichiatrica, la tabella n. 2 riassume le frequenze.

L'approccio teorico rispetto all'inserimento lavorativo è ben citato nel capitolo terzo, dove vengono elencate le diverse possibilità alle quali, le persone con vulnerabilità psichiatrica, possono accedere all'interno del Servizio Psichiatrico.

Le opportunità possono variare dall'inserimento lavorativo attraverso il progetto IPS (Fioritti e Berardi, 2017), alla Legge 68 che tutela l'inserimento nelle categorie protette, fino al recentissimo progetto della Regione Emilia Romagna GOL (Garanzia di Occupabilità dei lavoratori), l'inserimento e inclusione nel mercato del lavoro è un argomento sensibile, ma spesso di difficile attuabilità e senza alcuna garanzia di successo.

Nella tabella seguente, ho raccolto le idee del mio gruppo di lavoro per l'implementazione di possibilità a favore dell'utenza che accede al nostro Servizio.

Categoria	Frequenza	Frequenza%
Stanziamento di risorse	5	31,25%
economiche		
Promozione di cambiamenti	4	25%
culturali		
Formazione e sensibilizzazione	3	18,75%
Analisi del funzionamento e	3	18,75%
competenze		
тот	16 risposte	

Tab. 2 Tabella riassuntiva delle frequenze (rispetto alla domanda 5)

Nella tabella n. 2 possiamo osservare il numero di partecipanti che hanno suggerito strumenti e metodi per l'inclusione lavorativa dei pazienti psichiatrici. La frequenza (%) esprime la percentuale di partecipanti che all'interno della propria descrizione porta argomenti legati fra loro, ad esempio emerge una percentuale del 31,25% di partecipanti che propone lo stanziamento di risorse economiche ad aziende, come le risposte qui di seguito elencate suggeriscono:

"Iniezione di denaro statale verso aziende pubbliche o statali per creare spazi dedicati alla formazione di personale finalizzato alla creazione di lavoro flessibile sulle esigenze psico-organiche delle persone vulnerabili nel proprio e altrui spazio lavorativo",

"Stanzierei maggiori risorse economiche e potenzierei gli interventi domiciliari con accompagnamento concreto dei tutor all'interno dei luoghi di possibile intervento lavorativo",

"Sgravi fiscali alle aziende per favorire tirocini ed assunzioni, formazione a operatori negli sportelli lavoro",

"Promuoverei l'assunzione di persone con disturbo mentale attraverso incentivi economici importanti dati alle aziende".

Il 25% delle frequenze delle risposte promuove invece cambiamenti culturali, come negli esempi citati:

"Se potessi prendere decisioni senza limiti né ostacoli, lavorerei per creare un mondo in cui tutte le persone, inclusi quelli con vulnerabilità psichiatrica, abbiano accesso ai servizi di assistenza sanitaria e programmi di supporto. Inoltre, promuoverei un cambiamento culturale che elimini lo stigma e favorisca l'inclusione e l'uguaglianza, offrendo alle persone con vulnerabilità psichiatriche le stesse opportunità di vita e di lavoro di chiunque altro",

"Se non ci fossero limiti ed ostacoli, prenderei decisioni per creare un mondo in cui tutte le persone, indipendentemente dalla loro identità, abbiano uguale accesso alle risorse, ai servizi e alla opportunità e in cui ci sia una cultura dell'inclusione, rispetto ed accettazione reciproca".

# 4.3 Analisi qualitativa sul lavoro dignitoso

Nell'ultima domanda si è cercato di indagare l'idea del gruppo sulla definizione di lavoro dignitoso, citando Guy Ryder, Direttore Genarale dell'ILO, Organizzazione Internazionale del lavoro, "il lavoro dignitoso può permettere a intere comunità di uscire dalla povertà e può rafforzare la sicurezza umana e la pace sociale". La possibilità di un lavoro produttivo e scelto liberamente è al centro del mandato dell'ILO che si impegna a favore di una piena occupazione e individua le politiche più adatte alla creazione di posti di lavoro dignitosi che procurino un giusto reddito, tali politiche sono definite nell'Agenda Globale per l'occupazione. L'ILO rivolge l'attenzione al numero ingente di giovani, donne e uomini, e assiste i loro governi tramite consulenze per le politiche da adottare.

L'individuo adulto, infatti, grazie allo svolgimento di un lavoro dignitoso, che ne valorizza le abilità e le potenzialità, viene riconosciuto dalla società. Il suo essere attivo e proattivo all'interno della comunità facilita il processo di riconoscimento ed inclusione. Il lavoro quindi, non ha solo una valenza economica, ma anche una valenza psicologica per l'essere umano.

L'idea che le persone hanno del lavoro può influenzare la modalità di improntare la loro carriera e la loro vita (Ferrari, Nota e Soresi, 2008), il lavoro è considerato un'attività svolta per produrre qualcosa, inoltre viene utilizzato dalle persone per inserirsi nella società, in modo positivo e proattivo.

Blustein nel 2011 definiva il lavoro come un costrutto multidimensionale che garantisce alla persona benessere psicologico e autodeterminazione, perciò lo stesso lavoro ha valore sia intrinseco che strumentale, il primo legato al significato che ogni individuo attribuisce alla propria vita lavorativa,

mentre il secondo è maggiormente associato alla costruzione di una identità personale, ovvero legato alla soddisfazione dei bisogni, nell'espressione delle proprie capacità ed abilità. (Quick, Murphy, Hurrell, & Orman, 1992). Attraverso il lavoro, la persona, si inserisce nella società e agisce su questa, ma allo stesso tempo anche sulla propria quotidianità. Il lavoro dignitoso è un lavoro che valorizzi la diversità e la specificità di ognuno, in ogni contesto.

Nel 1999 il Direttore generale dell'International Labour Organization ha introdotto alla Conferenza Internazionale del Lavoro il concetto di lavoro dignitoso: "esso si configura nell'opportunità per le donne e per gli uomini di ottenere un lavoro produttivo in condizioni di libertà, equità, sicurezza e rispetto dei diritti umani" (Anker et al., 2003). Tuttavia, il rispetto dei principi del lavoro dignitoso, seppur condiviso a livello politico, economico, sociale e scientifico, sembra piuttosto lontano dall'essere applicato sempre e comunque all'interno dell'attuale mercato del lavoro (Magnano et al., 2017).

Attraverso l'attuale ricerca svolta, si è potuto rilevare, da parte di diverse persone intervistate, la conoscenza dei concetti di sintesi del lavoro dignitoso, ad esempio, cito un partecipante: "Il concetto di lavoro dignitoso è un concetto promesso dall'Organizzazione Internazionale del lavoro (ILO) che sottolinea l'importanza di un lavoro che non solo garantisca un salario equo, ma che rispetti anche i diritti dei lavoratori, come la sicurezza sul lavoro, la protezione sociale, la libertà di associazione e la non discriminazione. Inoltre, il lavoro dignitoso implica anche la possibilità di sviluppare le proprie competenze e di accedere a nuove opportunità lavorative".

Credo che, all'interno del Servizio dove lavoro, sia presente, in parte, la consapevolezza teorica del concetto di lavoro dignitoso, di certo potrebbe essere migliorata ed approfondita secondo i principi e le dimensioni associate (Anker, 2003), che ha idea di lavoro decente così definita:

 Il lavoro dignitoso non è possibile senza lavoro (qualsiasi attività economica, compreso il selfemployment, il lavoro in aziende familiari e qualsiasi attività retribuita, formalmente o informalmente).

- Lavoro in condizioni di libertà (libertà di scelta; l'inaccettabilità di certe condizioni di lavoro, lavoro forzato, lavoro in schiavitù, lavoro minorile; libertà dei lavoratori di appartenere ad associazioni di tutela e di essere liberi da discriminazioni).
- 3. Lavoro produttivo (qualità della vita accettabile per sé e per i propri familiari; sviluppo sostenibile e competitività delle aziende e dei paesi).
- 4. Lavoro equo (trattamenti e opportunità equi nel lavoro; assenza di discriminazione sia nell'accesso al lavoro che nel suo svolgimento; conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita).
- 5. Lavoro sicuro (salvaguardia della salute, la pensione e altre forme di protezione in caso di malattie; garanzia dall'insicurezza derivante dalla possibile perdita del lavoro).
- 6. Lavoro con dignità (rispetto nei luoghi di lavoro; partecipazione attiva nelle decisioni sulle proprie condizioni di lavoro; diritto di rappresentare i propri interessi collettivamente).

Si potrebbe perciò pensare di progettare, all'interno del Servizio Psichiatrico Territoriale, per poi espandere la proposta, un percorso volto alla miglior conoscenza del concetto di lavoro dignitoso, per migliorare la prospettiva legata al futuro del lavoro, che non è solo "equo salario" o "lavoro in condizioni dignitose", ma che rispetta il diritto del lavoratore.

I risultati della ricerca qui presentata potrebbero essere utili per modificare punti di vista e per migliorare l'idea di lavoro, soprattutto nei confronti delle persone con vulnerabilità psichiatrica.

L'intento del rispetto di questi principi elencati è partecipato a livello politico, economico, sociale, ma spesso ci rendiamo conto essere lontano da una fedele applicazione.

Potrebbe essere necessario, per un'assunzione di una previsione più ampia rispetto al concetto di lavoro dignitoso, proporre strumenti utili all'occupabilità.

Conoscere l'idea che i colleghi hanno, circa il concetto di lavoro e di inclusione lavorativa, può motivare ad investire in attività di conoscenza e possibilità di approfondimento circa le barriere mentali e fisiche all'interno del territorio in cui operiamo.

## 4. 4 Discussione

Il presente studio esplorativo ha voluto indagare, in un ambito concreto, quali siano i pregiudizi e le difficoltà che si incontrano quotidianamente, non nel lavoro con la persona con vulnerabilità psichiatrica, ma soprattutto nella lotta allo stigma e nel relativo inserimento nel mondo del lavoro. Nelle ipotesi che ho formulato sostenevo la possibilità di proposte rispetto all'inclusione oltre quella che è la conoscenza dei professionisti, inclusione che sembra ancora lontana, ma non irraggiungibile. Le proposte di implementazione sono state relative ad una maggiore conoscenza e agli aspetti formativi e di aggiornamento che potrebbero essere ampliati, non solo partendo dalla scuola dell'obbligo, ma anche rispetto alle agenzie per il lavoro, aziende e ulteriori spazi conoscitivi, come pubblicità, telegiornali o trasmissioni dedicate, la nuova informazione telematica potrebbe funzionare per i giovani nell'approccio alla conoscenza della patologia.

L'aspetto della conoscenza è un nodo fondamentale da sciogliere per migliorare fenomeni di stigmatizzazione e interventi non segreganti. Aspetti psicoeducativi (Falloon, 1993), sono densi di argomenti, citati nel capitolo primo di questo elaborato, come il concetto di stress vulnerabilità e il modello bio-psico-sociale, sono esempi di strumenti conoscitivi della vulnerabilità psichiatrica che possono essere affrontati in diversi ambiti e contesti, in modo semplice e comprensivo, con esempi pratici e colloquiali. Gli stessi interventi psicoeducativi possono essere utilizzati per incrementare le opportunità di comprensione all'interno del mondo del lavoro, per comprendere meglio che, lo svilupparsi di una patologia psichiatrica in una persona non esclude la possibilità di sostenere un'attività lavorativa (Fioritti e Berardi, 2017). La stessa metodologia IPS viene molto incentivata per l'opportunità inclusiva che offre, aprendosi al mondo della ricerca lavorativa sul libero mercato. L'opportunità con questo studio esplorativo, di mettere in luce i punti di forza, ma anche i punti di debolezza e quindi la possibilità di incrementare metodi e strumenti per l'inclusione, ci apre spunti riflessivi sul concetto di lavoro e sulla differenza fra lavoro e lavoro dignitoso (Magnano, 2017).

## 4.5 Limiti dello studio

Uno dei limiti dello studio presentato è dato dalla numerosità limitata del campione, avendo a disposizione solo una minima parte degli operatori del dipartimento di Salute Mentale. Un altro ostacolo per la ricerca potrebbe essere posto dalla territorialità, che ha incluso solo partecipanti del Servizio di Codigoro. Potrebbe, invece, risultare significativa la somministrazione dell'intervista ad ogni Servizio del Dipartimento della Provincia o della Regione, per conoscere meglio la visione dell'inclusione proposta in altre realtà.

L'utilizzo di uno strumento, quale l'intervista semistrutturata, può aiutare all'esaustività delle risposte, ma può, allo stesso tempo, confondere e lasciare troppo spazio all'interpretazione della risposta, introducendo altresì argomenti disparati e, alle volte, non pertinenti. L'intervista può lasciare spazio a risposte personali, strumentali oppure afinalistiche, soprattutto nella somministrazione non eseguita di persona, ma delega alla compilazione attraverso una piattaforma.

Lo studio ha messo in luce la visione ancora assistenzialistica della psichiatra, legata alla tutela di coloro che sono fragili, che necessitano di supporti e che devono essere tutelati attraverso percorsi diversi, soprattutto all'interno del mondo del lavoro. Credo che in questa ricerca sia mancata la visione del paziente, di colui che vive ogni giorno lo stigma del portare la malattia come un fardello visibile. La prospettiva della persona con vulnerabilità psichiatrica avrebbe potuto farci conoscere punti di vista diversi, avrebbe potuto suggerire alternative e progetti sensati e sentiti rispetto all'integrazione nella società, passando dall'aspetto lavorativo.

# 4.6 Implicazioni future

Sostenendo la ricerca lavorativa attraverso l'IPS, ho potuto personalmente scontrarmi con pregiudizi, a volte, dei professionisti, che si attribuiscono il diritto di non fare l'invio al progetto, in quanto,

ritengono il paziente non pronto alla tolleranza delle frustrazioni. In secondo luogo delle aziende che, nonostante non conoscano la persona, solo la visione, sul curriculum, della dichiarazione di invalidità, mette un muro all'assunzione e a possibilità concrete di lavoro, di sperimentazione e di messa alla prova.

La conoscenza è davvero l'unico mezzo per migliorare l'aspetto del pregiudizio.

La formazione andrebbe incrementata nelle scuole, la comprensione ed il riconoscimento di alcuni segnali precoci potrebbe aiutare a supportare la persona fin dalle prime avvisaglie dell'eventuale malattia, dato che, una diagnosi precoce, prevede anche una prognosi favorevole.

Il concetto di inclusione dovrebbe indicare maggiore accessibilità e partecipazione di tutti i soggetti al confronto sociale. Ogni persona con vulnerabilità ha il diritto di partecipare alla vita scolastica, universitaria e, successivamente entrare nel mondo del lavoro, ma allo stesso modo partecipare ad attività aggreganti, di tempo libero, di cultura e di sport.

La prospettiva futura potrebbe vedere il limitarsi di contesti handicappanti, per favorire quelli facilitanti, sarebbe necessario individuare quali siano gli ostacoli nel processo di inclusione per andare incontro al pieno sviluppo delle potenzialità di ogni individuo. L'attenzione dovrebbe essere posta sul contesto e sullo sviluppo di interventi educativi includenti per favorire, appunto la fruizione di ogni Servizio.

Lavorare in un modello complesso comporta innanzitutto la conoscenza delle limitazioni del contesto, del territorio, ma, significa anche indagare come avviene la socializzazione per permettere l'evoluzione dagli stereotipi e da rappresentazioni sociali e personali errate.

Educare all'inclusione significa realizzare un sistema educativo, prima, e lavorativo, poi, che contenga la vita di ognuno. Processo articolato che si costituisce nell'interazione del singolo con il contesto e le relazioni che qui si creano e sviluppano, in una dinamica in movimento e di evoluzione. L'aspetto dell'inclusione dovrebbe favorire la visione del singolo come unico e con le proprie caratteristiche.

L'obiettivo prioritario è diffondere la cultura di inclusione attraverso esperienze positive, ovvero esperienze di successo in agni ambito.

Rispetto all'inclusione lavorativa lo scopo potrebbe essere quello di rafforzare gli inserimenti nelle aziende come modalità di sperimentazione, di socializzazione, di autonomia e di appartenenza alla comunità.

La visione futura implica, non solo la formazione continua del professionista, ma credo necessiti di un cambiamento del punto di vista delle aziende che dovrebbero accogliere. Le stesse aziende dovrebbero essere educate alla conoscenza della malattia psichiatrica, come di qualsiasi altra malattia fisica. Lo stereotipo del paziente che assume farmaci è quello che vede una persona incapace di autodeterminarsi e di scegliere il suo percorso. Ad oggi, ogni persona alla quale viene diagnosticata e con la quale viene condivisa la diagnosi, viene valorizzata per quelle che sono le sue abilità, le sue necessità, i suoi bisogni. La persona viene vista, non come la sua malattia che inficia sugli altri ruoli. Nel trattamento riabilitativo viene tenuto in considerazione il funzionamento che va incrementato solo laddove è necessario.

Il lavoro di équipe che viene svolto, giornalmente, da ogni professionista cerca, per ogni aspetto del paziente, di indagare quali siano i suoi punti di forza e quali siano le sue attitudini rispetto al mondo, al futuro e alla vita in generale.

Le politiche legate al mondo del lavoro dovrebbero garantire diverse modalità di riconoscimento che garantiscano l'eguaglianza e la non discriminazione.

Vorrei concludere il mio dibattito con questa frase di Patricia Deegan, psicologa e ricercatrice, alla quale venne diagnosticata una schizofrenia nella prima adolescenza, ma che è un esempio di recovery. "Le persone devono avere la "dignità del rischio" e il "diritto di fallire"", ecco qual è la mia idea di inclusione, che ci sia per tutti una possibilità di rischio, ma soprattutto di fallimento, perché ogni fallimento è comunque un'opportunità.

## **BIBLIOGRAFIA**

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). Peer support workers: Theory and practice. <a href="mailto:lmROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf">lmROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf</a> (peerstoette.dk)

Salleh, Mohd Razali. "Life event, stress and illness." *The Malaysian journal of medical sciences:*MJMS 15.4 (2008): 9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/

Rüsch, Nicolas, et al. "Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use." *The British Journal of Psychiatry* 195.6 (2009): 551-552.

https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/selfstigma-group-identification-perceived-legitimacy-of-discrimination-and-mental-health-service-use/94426DA312A762261565B49EE98B9204

Abbey, Susan, et al. "Stigma and discrimination." *Can J Psychiatry* 56.10 (2011): 1-9. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Pare-

 ${\tt \underline{2/publication/51734603\_Stigma\_and\_Discrimination/links/5af84150aca2720af9e27545/Stigma\_and\_Discrimination.pdf}$ 

Lupien, Sonia J., et al. "The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity." *Frontiers in neuroendocrinology* 49 (2018): 91-105. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302218300098

Liberman R.P., Kopelowicz A. "Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century." *International review of psychiatry* 14.4 (2002): 245-255. https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.5.487

Lieberman, Jeffrey A., et al. "Science and recovery in schizophrenia." *Psychiatric Services* 59.5 (2008): 487-496. <a href="https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.5.487">https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.5.487</a>

Gray, Alison J. "Stigma in psychiatry." *Journal of the royal society of medicine* 95.2 (2002): 72-76. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014107680209500205

Ingram, Rick E., and David D. Luxton. "Vulnerability-stress models." *Development of psychopathology:* A vulnerability-stress perspective 46.2 (2005). <a href="https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8">https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8</a>
<a href="https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8">https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8</a>
<a href="https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8">https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA32&ots=kZR8</a>

Zubin, Joseph, and Bonnie Spring. "Vulnerability: a new view of schizophrenia." *Journal of abnormal psychology* 86.2 (1977): 103. <a href="https://psycnet.apa.org/record/1978-31904-001">https://psycnet.apa.org/record/1978-31904-001</a>

Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). <u>Vulnerability-Stress Models</u>. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective (p. 32–46). Sage Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2

Barbieri L.; Boggian I.; Falloon I.; Lamonaca D. (2008) Problem solving nella riabilitazione psichiatrica. Guida pratica. Erikson Editore, Trento.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology https://psycnet.apa.org/record/1972-02205-001

Zorzi M., Girotto V. (2004). Fondamenti di psicologia generale. Il Mulino, Bologna

Anolli, L. (2003). Le emozioni. Unicopli.

Burns S., Mac Keith J. (2014). Menthal Healt Recovery Star. Pubblicato da Triangle Consulting

Social

Enterprise

Ltd.

Carozza P. (2010), La psichiatria di comunità: tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei servizi di salute mentale. Franco Angeli, Milano.

Morosini P., Magliano L. e Brambilla L., (1998). VADO Valutazione di abilità, definizione di Obiettivi. Manuale per la riabilitazione in psichiatria. Ed Erickson

S.Gingerich e K. Mueser (2019) Training per le abilità di coping. Una guida pratica. Ed. Giovanni Fioriti

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). *Positive coping: Mastering demands and searching for meaning*. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (p. 393–409). American Psychological Association.

Liberman R. P. (2009). "Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation."

LIBERMAN, Robert Paul, et al. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155.8: 1087-1091. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.155.8.1087

Vita A., Dell'Osso L., Mucci A., (2019). "Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica" Vol 2. Edi Giovanni Fioriti

Cerati G. (2010) Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi, in: M. Rabboni (a cura di), Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, Update International Congress.

SANICOLA, Cesare Moro–Barbara Pinciara–Lia. L'équipe, il lavoro integrato e il case manager nel Piano di Trattamento Individuale. *La psichiatria di comunità in Lombardia*, 67. <a href="http://www.integralavoro.com/main/wp-content/uploads/2016/02/PRSM\_volume.pdf#page=87">http://www.integralavoro.com/main/wp-content/uploads/2016/02/PRSM\_volume.pdf#page=87</a>

Gallese, Vittorio. "Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale." *Rivista di psicoanalisi* 53.1 (2007): 197-208. <a href="https://www.academia.edu/download/30257963/gallese\_intersoggettivita.pdf">https://www.academia.edu/download/30257963/gallese\_intersoggettivita.pdf</a>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2005). Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé. Milano: Tr. it. Raffaello Cortina.

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. Review of General Psychology, 271-299.

Allen, Jon G., Peter Fonagy, and Anthony W. Bateman. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub, 2008.

https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=upyvBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Allen+% 26+Fonagy,+2008&ots= FG 6FoMZ-&sig=ZY8-2 vDEteE4 SaJDGFRNxLaF4

Cerati G., Percudani M., Merckling D. et al. (2008) Percorsi riabilitativi: i nuovi programmi e la residenzialità leggera, Psichiatria Oggi, anno XXI, n. 1-2, Milano.

Carozza P. (2006). "Principi di riabilitazione psichiatrica" Ed. Franco Angeli

Bruschetta S., Barone R. (2013). Salute mentale come bene comune. Buone prassi comunitarie per lo sviluppo della salute mentale, in Barone R., Bruschetta S., D'Alema M. (a cura di), L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. FrancoAngeli, Milano

Fioritti A., Berardi D. (2017). Individual Placement and Support, manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali.

Fioritti A., Rinaldi M., Bruschetta S. (2020). Cap 3 del libro "AIRSAM 5": "Ricerca e prassi di collocamento lavorativo e sostegno individualizzato per pazienti gravi".

https://ipsilonitalia.org/wp-content/uploads/2020/08/A-Fioritti-IPS-nel-libro-AIRSAM-5.pdf

Harnois G., Gabriel P. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. WHO and ILO, Ginevra. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42346

Liberman R.P., Wallace C.J., Blackwell G., Kopelowicz A., Vaccaro J.V., Mintz J. (1998). Skills training versus Psychosocial occupational therapy with persistent schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 155, 1087-1091. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9699698/

Legge n. 68 del 12 marzo 1999, in tema di "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Gazzetta Ufficiale 23 marzo 1999, Supplemento Ordinario n. 57/L https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1999/03/23/68/so/57/sg/pdf

SANNA, Vito. La sicurezza sul lavoro del disabile psichico. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 2011, 5.1: 3-5. <a href="http://journals.seedmedicalpublishers.com/index.php/PMeAL/article/view/322/347">http://journals.seedmedicalpublishers.com/index.php/PMeAL/article/view/322/347</a>

Bordone G. Il collocamento mirato delle persone con disabilità psichica: i supporti normativi e le strategie di intervento. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 2011, 5.1: 21-25.

http://journals.seedmedicalpublishers.com/index.php/PMeAL/article/view/325/353

Venturi G. et al. "Politiche del lavoro e salute mentale: L'integrazione socio-assistenziale come strumento per favorire percorsi di recovery". Giornale Italiano di medicina del lavoro ed ergonomia,

2021, 43.1: 34-39. https://iris.unimore.it/handle/11380/1248684

Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2021). Programma GOL, cos'è, come funziona. Una guida dettagliata per scoprire come funziona il programma GOL- Garanzia Occupabilità Lavoratori <a href="https://www.ticonsiglio.com/programma-gol/">https://www.ticonsiglio.com/programma-gol/</a>

ICF-Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001) <a href="https://toscana-accessibile.it/-/classificazione-internazionale-del-funzionamento-disabilita-e-salute-icf-">https://toscana-accessibile.it/-/classificazione-internazionale-del-funzionamento-disabilita-e-salute-icf-</a>

#:~:text=L'ICF%20si%20delinea%20come,di%20riferimento%20possono%20causare%20disabilit %C3%A0.

Michielin P., Donatello M. (2001). "La formazione e l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici" UPSEL Domeneghini, Padova

Carozza P (2014). "Dalla centralità dei Servizi alla centralità della persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di salute mentale". Franco Angeli

ISFOL Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori. "OLTRE IL DISAGIO PSICHICO DEI GIOVANI: MODELLI E PRATICHE DI INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA RIFLESSIONI E CONTRIBUTI DEL SEMINARIO DI STUDIO" a cura di Daniela Pavoncello e Amedeo Spagnolo, Marzo 2013. <a href="https://oa.inapp.org/xmlui/handle/20.500.12916/2381">https://oa.inapp.org/xmlui/handle/20.500.12916/2381</a>

Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004), Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline. Tr. it. Raffello Cortina, Milano 2006.

Fassino S., "Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento". Riv. Psicol. Indiv., n. 66: 49-63 (2009).

McGorry, Patrick D., Eóin Killackey, and Alison Yung. "Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions." *World psychiatry* 7.3 (2008): 148.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559918/

Goffman, Erving. Stigma: l'identità negata. Ombre corte, 2007.

Carozza, Paola. "Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità." *Journal of Health Care Education in Practice* 3.2 (2021).

https://jhce.padovauniversitypress.it/2021/2/3

UNITED NATIONS Development Group, 2014. Localizing the Post-2015 Development Agenda: Dialogues on Implementation. New York.

Ferrari, L., Nota, L., & Soresi, S. (2008). Conceptions of work in Italian adults with intellectual disability. Journal of Career Development, 34(4), 438-464.

Blustein, D. L. (2011). A relational theory of working. Journal of Vocational Behavior, 79, 1–17

Quick, J. C., Murphy, L. R., Hurrell J. J., & Orman, D. (1992). The value of work, the risk of distress, and the power of prevention. In L. R. Murphy & J. C. Quick (Eds.), Stress & wellbeing at work: Assessments and interventions for occupational mental health (pp. 3-13). Washington, DC: American Psychological Association.

Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., & Ritter, J. A. (2003). Measuring decent work with statistical indicators. *International Labour Review*, 142(2), 147–177

Magnano, P., Santisi, G., Zarbo, R. & Zammitti, A. (2017). Le dimensioni del lavoro dignitoso: capitale psicologico, employability e meaningful work. La parola all'orientamento (newsletter SIO – Società Italiana Orientamento). <a href="https://www.sio-online.it">www.sio-online.it</a>

Ferrannini, Luigi. "Il Dipartimento di Salute Mentale è un servizio di psichiatria di comunità." *Psichiatria di comunità* 1.3 (2002): 77-85.

Falloon, Ian. Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Edizioni Erickson, 1993.

Ferrari, Lea, Laura Nota, and Salvatore Soresi. "Conceptions of work in Italian adults with intellectual disability." *Journal of Career Development* 34.4 (2008): 438-464.

Quick, J. C., Murphy, L. R., Hurrell Jr, J. J., & Orman, D. (1992). The value of work, the risk of distress, and the power of prevention.