



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

**Lavoro e recovery: il punto di vista di persone con
storie di disagio psichiatrico**

**Work and recovery: the point of view of people with a history of
psychiatric disorder**

Relatrice

Prof.ssa Lea Ferrari

Correlatrice

Dott.ssa Ludovica Aquili

Laureanda: Anna Giacomazzo

Matricola: 2017842

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1 - Disturbo mentale e lavoro: un binomio possibile?	5
1.1. Un lavoro dignitoso per tutti.....	5
1.2. Salute mentale e disoccupazione.....	7
1.3. I disturbi mentali comuni.....	9
1.3.1. La depressione sul lavoro.....	11
1.4. I disturbi mentali persistenti (e la disabilità)	14
1.4.1. Il disturbo borderline sul lavoro	17
1.5. Gli ostacoli all'occupazione per le persone con disturbo mentale.....	19
1.5.1. Una barriera socio-ambientale: lo stigma.....	20
1.6. La capacità di mantenere un lavoro: una ricerca a sostegno.....	23
1.7. L'inserimento del lavoratore con disagio psichico in Italia.....	24
1.8. Considerazioni finali.....	28
CAPITOLO 2 - Una possibilità di inclusione lavorativa: il Supported Employment e l'IPS.....	30
2.1. I possibili approcci all'inclusione lavorativa.....	30
2.2. I principi del metodo e dell'operatore IPS	32
2.3. L'implementazione e la valutazione.....	34
2.4. L'IPS a confronto con altri metodi	38
2.4.1. Sheltered employment, il lavoro protetto.....	38
2.4.2. Vocational rehabilitation.....	40
2.5. Applicazione dell'IPS: i fattori chiave	42
2.6. I target del metodo.....	49
2.6.1. Persone di mezza età e anziane.....	49
2.6.2. Giovani adulti.....	52
2.6.3. Disturbo borderline: una ricerca ancora in corso.....	55
2.6.4. Disturbi affettivi: l'IES.....	58
2.7. L'efficacia dell'IPS nel mondo.....	61
2.7.1. L'IPS in Canada: a due passi dagli Stati Uniti.....	61
2.7.2. L'IPS in Europa: oltreoceano.....	64

2.7.2.1. L'IPS in Olanda.....	65
2.7.2.2. L'IPS in Italia.....	67
2.8. Considerazioni finali.....	74
CAPITOLO 3 – <i>Il ruolo del lavoro nel recovery: una ricerca qualitativa</i>	75
3.1. Contesto	75
3.2. Il costrutto di recovery e il contributo del lavoro.....	76
3.3. Domande di ricerca.....	80
3.4. Strumenti impiegati per la raccolta dati.....	81
3.5. Reclutamento dei partecipanti e criteri di inclusione.....	81
3.6. Caratteristiche dei partecipanti.....	82
3.7. Metodo di analisi dei dati.....	82
3.8. Gli obiettivi della ricerca.....	84
3.8.1. Primo obiettivo: indagare il significato assunto dal lavoro all'interno del percorso di recovery.....	84
3.8.1.1. Mappa dei temi connessi al significato del lavoro nel recovery.....	98
3.8.2. Secondo obiettivo: indagare in che modo in che modo la persona in recovery percepisce lo sguardo degli altri significativi rispetto al fatto che stia lavorando.....	99
3.8.2.1. Mappa dei temi connessi alla percezione dello sguardo degli altri significativi circa il lavoro.....	109
3.8.3. Terzo obiettivo: verificare se nelle narrazioni dei partecipanti sono presenti elementi riconducibili alla metodologia IPS.....	109
3.9. Discussione dei risultati.....	111
CONCLUSIONI.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	122
SITOGRAFIA.....	141

INTRODUZIONE

La presente tesi vuole esplorare la prospettiva dei lavoratori, o aspiranti tali, con diagnosi di disturbo mentale. Lo scopo che si pone è di natura duplice: da un lato, si vogliono raccogliere prove a sostegno della loro capacità di ottenere e mantenere un lavoro competitivo, se adeguatamente guidati; dall'altro, si vuole dimostrare l'importanza che ha l'identità professionale per il loro processo di recovery. Questi scopi saranno perseguiti seguendo due strade: la prima incentrata sulla presentazione di una metodologia innovativa di inclusione lavorativa, che negli ultimi anni ha acquistato sempre più credibilità anche in territorio italiano, ossia il Supported Employment; la seconda strada fornisce alla tesi un taglio pratico, attraverso una ricerca qualitativa volta ad approfondire i percorsi di recovery intrapresi dalle persone con diagnosi di disturbo mentale, con un focus particolare sul ruolo svolto dalla dimensione lavorativa.

Tra i motivi che mi hanno spinto a trattare questo argomento c'è anzitutto l'interesse che ho sempre nutrito per la tematica del diversity management, che ho avuto l'opportunità di studiare sia in triennale, con gli insegnamenti di Psicologia del Lavoro e di Organizzazione Aziendale, sia in magistrale, con l'insegnamento di Gestione delle diversità nei contesti di lavoro tenuto dalla professoressa Lea Ferrari, relatrice di questa tesi. Proprio durante una lezione della prof.ssa Ferrari, sono rimasta colpita da un intervento di Loredana Carrieri, psicologa, psicoterapeuta e operatrice IPS, la quale ha spiegato alla classe la metodologia del Supported Employment e l'approccio dell'Individual Placement and Support, che si pone lo scopo dell'inclusione lavorativa per le persone con disagio psichico. Dopo quella lezione ho deciso di approfondire privatamente l'argomento, fino a quando quell'interesse che sembrava passeggero si è sedimentato ed è diventato uno degli oggetti su cui avrei voluto incentrare la tesi magistrale. La mia idea si è poi ulteriormente sviluppata quando la mia relatrice mi ha proposto di prendere parte al progetto di ricerca EXIT MADNESS della professoressa Elena Faccio, docente di Psicologia Clinica, incentrato sui percorsi di recovery delle persone con diagnosi psichiatrica.

Ho scelto di strutturare la tesi nel modo seguente:

Il primo capitolo ha funzione prettamente introduttiva. Punterà a descrivere le difficoltà in termini occupazionali e sociali incontrate dai lavoratori con disturbi mentali di diverso

tipo, cercando di dare risposta al quesito relativo alla compatibilità tra diagnosi psichica e lavoro.

Il secondo capitolo proporrà il Supported Employment e l'Individual Placement and Support come metodologie in grado di rispondere ai bisogni degli utenti con disagio psichiatrico in maniera più efficace rispetto ad altri approcci di inclusione lavorativa, e si cercherà di verificarne il successo sia su diversi target che in diversi contesti.

Il terzo ed ultimo capitolo illustrerà la ricerca e i risultati ottenuti dall'analisi tematica, il metodo impiegato per scandagliare le interviste somministrate ai partecipanti, cercando di rispondere a tre quesiti: uno relativo al significato assunto dal lavoro nel processo di recovery, uno incentrato sulle percezioni degli altri significativi, e l'ultimo sull'eventualità di poter rintracciare dei riferimenti al metodo IPS all'interno delle narrazioni.

CAPITOLO 1

Disturbo mentale e lavoro: un binomio possibile?

Il primo capitolo di questa tesi si propone di indagare la coesistenza tra la diagnosi di un disturbo mentale e l'ottenimento e lo svolgimento di una attività lavorativa.

Entrando nello specifico, verranno riportate diverse definizioni di lavoro e il concetto di lavoro dignitoso. Sarà poi descritto il complesso rapporto tra la salute mentale e la disoccupazione, entro cui verranno presentati la definizione di salute mentale e i dati relativi all'incidenza dei disturbi mentali sulla popolazione mondiale. Verrà delineata la differenza tra disturbo mentale minore e disturbo mentale grave o persistente, e l'intreccio di quest'ultimo con il concetto di disabilità. In particolare, ci si soffermerà sulla depressione e sul disturbo borderline di personalità, descrivendo, in primis, il loro impatto sull'attività lavorativa dell'individuo e la vita organizzativa. Sul rapporto tra depressione e lavoro saranno riportati diversi studi, volti a verificare l'eventuale miglioramento del disturbo e degli esiti del lavoro dopo l'aggiunta della terapia occupazionale al trattamento clinico, e a indagare i fattori organizzativi e di personalità che potrebbero facilitare il ritorno al lavoro dopo un congedo dovuto alla depressione. Per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità, ci si soffermerà su uno studio volto a spiegare l'interazione tra i sintomi del disturbo e fattori quali prestazione lavorativa, condizioni di lavoro e sostegno ricevuto sul lavoro. Verranno illustrate le barriere all'occupazione fronteggiate dalle persone con disagio psichico, con un approfondimento sullo stigma sociale. Si cercherà poi di rispondere all'interrogativo relativo alla capacità delle persone con disturbo mentale di mantenere un lavoro. Infine, ci si focalizzerà sulle leggi italiane a tutela del lavoratore con disagio psichico e sarà indagata l'efficacia della sinergia tra strategie cliniche e strategie organizzative.

1.1. Un lavoro dignitoso per tutti

È risaputo come il lavoro rivesta un ruolo importante nella vita degli individui, essendo essenziale per il benessere individuale e collettivo, oltre che per quello sociale ed economico. Esso ci dice chi siamo e ci permette di dire agli altri chi siamo, costituendo le fondamenta di una delle nostre tante identità, quella professionale.

In generale, il lavoro è considerato un'attività svolta per produrre beni o servizi, grazie alla quale, secondo Blustein (2008), si è in grado di soddisfare tre bisogni fondamentali: la sopravvivenza, le relazioni sociali e l'autodeterminazione. Il lavoro, infatti, ci consente di soddisfare le necessità basilari che garantiscono ad ognuno di sopravvivere, ovvero cibo, sicurezza e riparo, e ci facilita l'accesso alle risorse materiali e sociali, quali denaro, status e prestigio; il lavoro, inoltre, rappresenta uno dei contesti di vita in cui l'individuo può sviluppare una rete sociale e coltivare relazioni interpersonali. Infine, secondo la teoria dell'autodeterminazione sviluppata da Ryan e Deci (2000), l'attività lavorativa, nelle giuste condizioni, permette di sentirsi artefici del proprio percorso di vita; in altre parole, di sentirsi autodeterminati.

Altri studiosi si concentrano sui due significati che può assumere la professione: intrinseco e strumentale. Per valore intrinseco si intende l'importanza che ognuno attribuisce alla propria attività lavorativa, mentre con la strumentalità si fa riferimento al ruolo ricoperto dall'attività lavorativa nella costruzione dell'identità, nella possibilità di conferire significato alla vita, nella soddisfazione dei bisogni e nel costituire uno strumento a servizio delle proprie conoscenze e capacità (Quick, Murphy, Hurrell & Orman, 1992).

Anche secondo Boardman (2003) l'occupazione fornisce non solo un compenso monetario, ma anche benefici "latenti", che includono l'identità e lo status sociale, contatti e supporto sociali, e senso di realizzazione personale (Shepherd, 1989).

L'International Labour Organization (ILO) ha introdotto per la prima volta il concetto di lavoro dignitoso. Esso è definito come un lavoro produttivo, innovativo, creativo, sicuro e protetto (Anker, Chernyshev, Egger, Mehran & Ritter, 2003), e soprattutto per tutti: donne, uomini, giovani, migranti e persone con disabilità. Ciò si intreccia con l'obiettivo 8 dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma d'azione teso a trovare soluzioni comuni alle grandi sfide del pianeta; tale obiettivo, nominato "*Lavoro dignitoso e crescita economica*", si prefigge di incentivare "una crescita economica, duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti", ribadendo come ogni essere umano abbia il diritto di perseguire sia il benessere materiale che spirituale "in condizioni di libertà, dignità e sicurezza economica con pari opportunità" (ILO, 2003). È quindi importante che chi

si occupa di career counseling investa in percorsi di orientamento finalizzati al raggiungimento di obiettivi lavorativi dignitosi e inclusivi.

Anker (2003) sostiene che il concetto di lavoro dignitoso è caratterizzato da più dimensioni: l'opportunità (la possibilità di avere una attività economica retribuita), la libertà di scelta della propria occupazione, l'aspetto produttivo (la possibilità per il lavoratore di ricevere mezzi di sostentamento adeguati), e l'equità, intesa come l'assenza di discriminazioni nell'accesso al lavoro e la possibilità di contribuire in maniera attiva alle decisioni che riguardano le proprie condizioni lavorative.

D'altra parte, quest'ultima dimensione ha radici particolarmente profonde, in quanto è possibile ritrovarla anche nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani: l'articolo 23 afferma che "ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro ed alla protezione contro la disoccupazione.", inoltre: "Ogni individuo, senza discriminazione, ha diritto ad eguale retribuzione per eguale lavoro." (Nazioni Unite, 1948).

Ciononostante, questi principi stentano ad essere applicati nell'attuale mercato del lavoro, e molte persone ne subiscono la privazione a causa delle condizioni più disparate: tra tutte, il soffrire di un disturbo mentale.

1.2. Salute mentale e disoccupazione

La salute mentale è stata definita dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità".

I dati dell'OMS relativi ad un'analisi effettuata nel 2015 sulla diffusione nel mondo delle psicopatologie hanno messo in risalto un forte aumento della loro incidenza nella popolazione mondiale, specialmente per quanto riguarda la depressione, che interesserebbe ormai almeno il 4,4% della popolazione mondiale, pari a circa 320 milioni di individui, e i disturbi d'ansia che ne colpirebbero il 3,6%, circa 260 milioni di persone. Inoltre, l'impatto dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica è stato stimato dall'OMS in 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030.

Le persone con problematiche di salute mentale sono particolarmente sensibili agli effetti negativi della disoccupazione, quali la perdita di uno scopo e dell'identità ad essa associata (Bennett, 1970). Infatti, la stragrande maggioranza delle persone con tali disagi vuole essere coinvolta in qualche tipo di attività significativa che consenta loro di impiegare le proprie capacità e che soddisfi le aspettative proprie e altrui (Boardman, 2003). Il lavoro è infatti legato all'inclusione sociale e offre alle persone con problematiche di salute mentale l'opportunità di partecipare alla società come cittadini attivi: "consentire alle persone di mantenere o ottenere un impiego ha un profondo effetto su più domini della vita di quasi ogni altro intervento medico o sociale" (Boardman et al., 2003).

Già nel 1984 Lehtinen si era occupato di indagare la relazione tra salute e mentale e disoccupazione. Dai suoi studi era emerso come tra le due variabili ci fosse una chiara associazione, ma che fosse più corretto parlare di una relazione circolare e di interazione anziché di causa-effetto: le persone portatrici di disturbo mentale hanno certamente un rischio maggiore di incorrere nella disoccupazione, ma è anche vero che la disoccupazione può a sua volta influire sulla salute mentale, in quanto essa porta alla perdita degli elementi positivi che caratterizzano l'attività lavorativa: i rapporti sociali costruiti sul posto di lavoro, l'identità professionale, la gratificazione, la prospettiva del futuro. Lo studioso, infatti, definisce la salute mentale come una risorsa umana caratterizzata da dimensioni biologiche, psicologiche e sociali che interagiscono tra loro determinando l'equilibrio mentale dell'essere umano. Essa è in costante sviluppo, e può essere influenzata dall'ambiente e dagli eventi affrontati nel corso della vita. Volendo inserire il lavoro nella gerarchia dei bisogni di Maslow, esso potrebbe collocarsi al secondo livello, quello della sicurezza, preceduto per importanza solo dai bisogni fisiologici: non è quindi difficile credere che uno degli eventi determinanti per il cambiamento nella salute mentale possa essere proprio la disoccupazione.

Negli anni '60 e '70, l'OMS ha presentato il concetto di Malattia Mentale Grave (SMI) che comprendeva principalmente la schizofrenia, la psicosi maniaco-depressiva (MDP) e l'epilessia. Più tardi, intorno agli anni '90, la depressione, l'ansia e le malattie somatiche inspiegabili (oggi chiamate disturbi somatoformi) iniziarono a essere considerate disturbi mentali comuni (o minori) (Risal, 2011). I disturbi mentali definiti

come gravi o persistenti sono problemi di salute mentale tali da raggiungere la soglia di una diagnosi all'interno dei sistemi di classificazione psichiatrica concordati a livello internazionale; essi sono più invalidanti e tendono a colpire solo una piccola percentuale della popolazione adulta, circa il 5%, mentre la depressione e l'ansia sono generalmente un po' meno invalidanti ma si riscontrano nel 10-20% della popolazione adulta (OECD, 2009). Nel corso del tempo, studi e ricerche hanno dimostrato che i cosiddetti disturbi mentali minori sono quelli più comuni e, in quanto tali, con un impatto significativo anche sulla vita organizzativa.

1.3. I disturbi mentali comuni

I disturbi mentali comuni (Common Mental Disorders, CMD) sono un gruppo di stati di sofferenza che si manifestano prettamente con ansia e sintomi depressivi, che possono presentarsi con o senza disturbi fisici, e potrebbero essere definiti come l'equivalente contemporaneo dei disturbi nevrotici (Risal, 2011).

Vi sono diversi fattori di rischio: studi trasversali basati sulla popolazione hanno dimostrato che i poveri e gli emarginati corrono un rischio maggiore di soffrirne (Patel & Kleinman, 2003), come chi tende a soffrire di una scarsa salute fisica (Goldberg, 2001). La privazione socioeconomica risulta correlata all'uso di sostanze (soprattutto tabacco e alcol) e a malattie mediche croniche, che alla fine portano ai disturbi mentali comuni; ciò, a sua volta, porterebbe ad ulteriori difficoltà economiche, creando un circolo vizioso (Patel & Kleinman, 2003).

Le organizzazioni e i datori di lavoro si sono spesso concentrati sui disturbi mentali comuni e sul modo in cui essi influenzano la capacità di una persona di ottenere e mantenere un impiego, sui costi dell'assenteismo e del presentismo e sull'impatto positivo del lavoro sul benessere individuale e organizzativo (Nicholson, 2018). Nel 2016 tutti i problemi di salute mentale hanno causato 15,8 milioni di giorni lavorativi persi e l'11,5% di tutte le assenze per malattia nel Regno Unito (Office for National Statistics): i CMD rappresentano quindi un onere significativo per i datori di lavoro e l'economia.

Allo stesso tempo, anche determinate condizioni di lavoro hanno un impatto importante sulla genesi di disturbi mentali minori. Kim et al. (2016) hanno esaminato l'effetto combinato di orario di lavoro e lavoro precario sul rischio di sviluppo di

sintomi depressivi, dimostrando come la precarietà del lavoro fosse significativamente associata a un aumento del rischio di disturbi mentali minori.

Le problematiche di salute mentale sono sempre state legate a una maggiore difficoltà di accesso al mondo del lavoro, ma anche per le persone già inserite lavorativamente sono note le difficoltà: nel 2005 una strategia del governo del Regno Unito "Salute, lavoro e benessere: prendersi cura del nostro futuro" mirava a garantire che i servizi sanitari fossero progettati per aiutare le persone in età lavorativa a rimanere o diventare idonee al lavoro, individuando i CMD come area di interesse; nel 2011 "Salute sul lavoro — una revisione indipendente dell'assenza per malattia" ha concluso che le persone con problemi di salute, in particolare quelle con CMD, spesso non hanno ricevuto un adeguato sostegno precoce per rimanere al lavoro. Alla fine del 2016 il governo ha lanciato un documento di consultazione che ha rafforzato il desiderio di mettere su un piano di parità la salute mentale e fisica e di migliorare il sostegno alle persone con disturbi mentali. Nel 2017 ha pubblicato "Improving Lives: the Future of Work, Health and Disability" definendo i suoi piani per inserire più persone con disabilità nel mondo del lavoro e ha annunciato misure come la formazione di coach del lavoro per supportare le persone con CMD. In generale, possiamo dire che nel corso degli anni gli atteggiamenti nei confronti della salute mentale sul posto di lavoro sono migliorati, tuttavia le ricerche hanno appurato che solo il 24% dei manager ha ricevuto una formazione in salute mentale (Business in the Community, 2017). Inoltre, il 31% dei dipendenti ha percepito che il loro datore di lavoro non abbia fatto nulla per promuovere attivamente il benessere mentale sul lavoro (Business in the Community, 2017). Ad aggravare le cose, i risultati hanno mostrato che solo il 38% dei dipendenti ha avuto accesso a un servizio di salute sul lavoro.

Dall'indagine è emerso un altro dato preoccupante: solo il 28% dei dipendenti britannici intervistati si sentiva in grado di rendere partecipe colleghi o datori di lavoro sul proprio disturbo mentale, perché molti temevano che ciò influisse negativamente sul proprio lavoro (Business in the Community, 2017). Ancora meno (13%) si reputavano in grado di rivelare una condizione di salute mentale al proprio manager o supervisore. Sulla base del sondaggio, il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver subito provvedimenti disciplinari o di essere stati addirittura licenziati dopo aver rivelato un CMD.

1.3.1. La depressione sul lavoro

La depressione è tra le condizioni mediche con il più alto impatto negativo sull'esito del lavoro, in quanto i lavoratori depressi corrono un rischio maggiore di assenze per malattia sia a breve termine (Kessler et al., 1999) che a lungo termine (Bultmann et al., 2006). L'impatto della depressione è persino superiore a condizioni mediche debilitanti come l'artrite reumatoide e la cardiopatia ischemica (Collins et al., 2005). Tra le dieci condizioni di salute croniche più comuni, la depressione è associata alla più alta riduzione della produttività sul posto di lavoro (Goetzel et al., 2004). Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che i dipendenti che hanno sperimentato episodi di depressione hanno una probabilità sette volte maggiore di avere un altro episodio correlato alla salute mentale entro 12 mesi (Dewa et al., 2009).

L'onere finanziario della depressione per la società è notevole (Henderson et al., 2005): nel 2000, negli Stati Uniti, due terzi dei costi totali associati alla depressione erano legati al lavoro (51,5 miliardi di dollari su un totale di 83,1 miliardi di dollari). Ed è per questo che i datori di lavoro dovrebbero diventare sempre più consapevoli dei costi di produttività associati ai disturbi mentali e dell'importanza di promuovere una forza lavoro mentalmente sana (Stuart et al., 2007).

In breve, la depressione può provocare diversi problemi sul posto di lavoro (de Vries et al., 2009).

Anzitutto limiti cognitivi, quali problemi di concentrazione, di pianificazione, di memoria, una capacità limitata di far fronte a stimoli complessi e di gestire un processo decisionale: la depressione cambia le capacità di impegnarsi nell'uso diretto di tempo, energia, interesse e attenzione per obiettivi.

Un'altra problematica riguarda le restrizioni emotive, quali complesso di inferiorità, senso di colpa, perdita di interesse e motivazione, perdita di iniziativa, apatia e perdita di autostima, che inevitabilmente vanno ad intaccare l'esecuzione delle attività quotidiane sul lavoro, ad esempio l'interazione con i clienti.

Infine, si va incontro a restrizioni sociali, che si traducono nella difficoltà nel trattare con clienti, colleghi e supervisor a causa dell'irritabilità e del comportamento introverso e talvolta accompagnato da ansia sociale del dipendente con depressione.

Emblematico circa il binomio lavoro e depressione è uno studio condotto nel 2003 da alcuni ricercatori di Hong Kong, che hanno inviato quattro domande di lavoro separate a 409 annunci di lavoro per un periodo di 3 mesi (Pearson et al.). Le domande erano identiche tranne che per le differenze nelle abilità rivelate: una domanda non menzionava alcuna problematica, una menzionava problemi di udito, una il camminare con le stampelle e l'ultima la guarigione dalla depressione. Sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i gruppi con problematiche dichiarate e quello senza; in particolare, i ricercatori hanno individuato una graduatoria di preferenza: le più ricercate a colloquio erano le persone dichiarate senza disabilità, seguite da quelle con problemi di udito e poi da quelle con difficoltà motorie, e le ultime quelle che avevano dichiarato di aver sofferto di depressione (Pearson et al., 2003). I risultati di questo studio scoraggiano le persone a rivelare un CMD a un potenziale datore di lavoro, ed evidenziano quanto il pregiudizio per i disturbi mentali comuni sia molto forte in ambito lavorativo.

Schene e colleghi nel 2013 hanno iniziato a sviluppare interventi occupazionali, basati sulla letteratura e sull'esperienza clinica, incentrati sulla valutazione precoce della storia professionale, sui problemi occupazionali e sulla possibilità di reinserimento lavorativo.

Il primo studio era volto a verificare se l'aggiunta della terapia occupazionale al trattamento clinico migliorasse la depressione e l'esito del lavoro. L'intervento aveva una durata di sei mesi e sono stati inclusi pazienti con una "depressione correlata al lavoro", un disturbo depressivo prevalentemente causato o evocato da circostanze psicologiche stressanti esperite sul posto di lavoro. Vi erano poi 62 persone con depressione maggiore e con un assenteismo medio di 242 giorni. I partecipanti sono stati assegnati casualmente a due gruppi: in uno veniva eseguito solo il trattamento psichico ambulatoriale (TAU), nell'altro oltre al TAU era presente anche la terapia occupazionale (OT). Le principali misure di esito erano i sintomi della depressione, la ripresa del lavoro, lo stress lavorativo e i costi. Le valutazioni sono state ricondotte dopo 3, 6, 12 e 42 mesi.

A 12 mesi dall'esperimento, la depressione era migliorata significativamente in entrambi i gruppi. Sebbene entrambi i gruppi non differissero in termini di sintomi

depressivi durante i primi 12 mesi, lo fecero durante i successivi 30 mesi: i partecipanti sottoposti anche a terapia occupazionale andarono incontro a miglioramenti maggiori. Inoltre, i pazienti del gruppo TAU + OT lavorarono più ore rispetto ai pazienti TAU ($p = 0,035$) nei primi 18 mesi, e i pazienti che hanno ricevuto terapia occupazionale tornarono al lavoro prima (TAU + OT dopo 207 giorni vs TAU dopo 299 giorni), ma senza avere più stress lavorativo. Per quanto riguarda il rapporto costo-efficacia, l'intervento OT ha mostrato un guadagno economico medio di circa 4000-5000 dollari per paziente.

Successivamente, gli stessi autori hanno condotto un altro studio volto a verificare l'efficacia di una terapia occupazionale più breve (18 sessioni invece di 36: 9 individuali, 8 di gruppo e una col datore di lavoro). Qui i pazienti dovevano iniziare a lavorare almeno due ore alla settimana: in questo modo hanno potuto esercitare direttamente le cose apprese durante la terapia, quali nuove strategie di coping. Inoltre, il mantenere il contatto con l'ambiente di lavoro ha migliorato la comprensione e il supporto sociale da parte dei colleghi e ha facilitato il loro ritorno al lavoro. I pazienti di questo secondo studio sottoposti sia a trattamento ambulatoriale che alla terapia occupazionale hanno avuto maggiori miglioramenti nel recupero della depressione e più frequentemente sono tornati al lavoro in buona salute.

In un terzo studio, gli autori hanno indagato i fattori che potrebbero facilitare il ritorno al lavoro dopo un congedo per la depressione. Ai partecipanti è stato chiesto di formulare dichiarazioni su ciò che credevano potesse averli aiutati nel ritorno al lavoro. I dipendenti riportarono risposte quali "percezione di sé positiva e valida", "tranquillità sufficiente per riprendere il lavoro", "comprensione e supporto sul posto di lavoro" e anche "assistenza sanitaria di supporto".

Un ultimo studio era volto ad esaminare i predittori per il ritorno al lavoro a lungo termine nei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (MDD). Tali predittori sono risultati essere la gravità della depressione, la motivazione al lavoro e la coscienziosità. Ciò ha dimostrato che il ritorno al lavoro a lungo termine è previsto da molteplici fattori, appartenenti non solo al dominio clinico ma anche da fattori personali e lavorativi. Questi risultati confermano ulteriormente che il trattamento clinico da solo è insufficiente per migliorare il ritorno al lavoro nei dipendenti con depressione, e sebbene siano necessarie ulteriori ricerche, è stato dimostrato che il

trattamento clinico in combinazione con interventi mirati alla motivazione al lavoro e alle strategie di pianificazione facilitate sia la remissione dei sintomi che il ritorno al lavoro a lungo termine nei pazienti affetti da MDD.

Gli studi di Schene e colleghi ci forniscono alcuni suggerimenti. In primo luogo, il rapporto tra salute mentale, i disturbi mentali, le caratteristiche del lavoro, l'assenteismo e il ritorno al lavoro dovrebbero ricevere maggiore enfasi nella formazione e nell'istruzione degli operatori della salute mentale. In secondo luogo, è di fondamentale importanza concentrarsi sull'intervento precoce dell'assenteismo per la salute mentale legato al lavoro: infatti, nei casi in cui le persone rimangono passivamente a casa e perdono il contatto con il posto di lavoro, inizia ad evolversi un handicap secondario che porta allo sviluppo caratteristiche del malato cronico, quali apatia, preoccupazione per i sintomi, evitamento degli appuntamenti di medicina del lavoro (Summerfield, 2011); toccata questa fase, gli interventi di reinserimento al lavoro sono sempre meno efficaci. In terzo luogo, è necessaria una più stretta collaborazione tra medici del lavoro, medici generici, operatori sanitari, datori di lavoro e dipendenti con problemi di salute mentale. In quarto luogo, bisognerebbe intervenire sugli atteggiamenti delle figure professionali sanitarie, che tendono a mantenere i pazienti con problemi di salute mentale nel ruolo di malato, mentre un graduale ritorno al lavoro sarebbe un'opzione di gran lunga migliore. Infine, gli operatori della salute mentale dovrebbero anche assumersi una maggiore responsabilità nell'informare i lavoratori e i supervisor sulla complessa relazione tra salute mentale, disturbi mentali e lavoro, creando consapevolezza sul perché, come e con quale intensità i disturbi mentali interrompono la capacità di lavorare e cosa si può fare per tornare al lavoro, reintegrarsi e lavorare con determinate sintomatologie.

1.4. I disturbi mentali persistenti (e la disabilità)

Secondo un'indagine di Harnois e Gabriel, nel 2000 solo un individuo su quattro tra quelli che hanno segnalato una condizione di salute mentale era impiegato, e il 90% di quelli con disturbo mentale grave non era economicamente attivo.

Per quanto concerne la situazione italiana, da un'indagine nazionale presentata a Roma dall'Isfol durante il convegno Inail sull'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico, è stato rilevato che nel 2013 solo lo 0,6 per cento di 900 imprese

italiane ha assunto personale con problemi psichiatrici. Amedeo Spagnolo dell'Isfol ha affermato che nel 2011 la percentuale di assunzione era solo del 2%, e che dopo due anni c'è stata una diminuzione del 72%.

Difatti, esiste una relazione particolarmente forte tra disoccupazione e disturbi mentali. Secondo le indagini da cui Boardman prese spunto, già nel 2003 circa 3000 britannici passava ogni settimana ai sussidi di inabilità e le principali cause di ciò erano problemi muscolo-scheletrici (28%) e disturbi psichiatrici (20%); inoltre, Labor Force Survey, un'indagine continua sulle famiglie condotta in Gran Bretagna che fornisce dati sulle persone con disabilità, rilevò che le persone con disordini mentali persistenti hanno molte meno probabilità di essere economicamente attive rispetto a quelle con disabilità fisiche o sensoriali (Ufficio nazionale di statistica). Inoltre, l'aumento della disoccupazione e la maggiore precarietà del lavoro potrebbero potenzialmente causare aumento sempre maggiore persone di tutte le età che soffrono di problemi di salute mentale, riducendo così le loro prospettive di lavoro e causando ulteriori danni alla salute mentale.

I disturbi mentali persistenti, differentemente da quelli definiti minori/comuni, spesso si intrecciano con il concetto di disabilità. Broadman notava che gli utenti dei servizi di salute mentale hanno molto in comune con altri gruppi di disabilità: tutti sperimentano un processo per cui sono esclusi da determinati ruoli sociali, e tale esclusione può condurre all'interiorizzazione dell'identità di "paziente" come caratteristica dominante della loro vita (2003).

Lo stesso autore affermava che era necessario includere i disturbi mentali all'interno di un modello di disabilità piuttosto che di malattia mentale. Il modello comune di malattia, infatti, presuppone che si verifichi un episodio per il quale è disponibile una cura, enfatizzando la natura episodica dei disturbi; quindi un tale modello potrebbe essere utile solo se applicato ai disturbi mentali acuti.

Al contrario, le persone disabili normalmente non possono aspettarsi una "cura", ma possono aspettarsi sempre più cambiamenti nell'ambiente che li circonda e possono adattarsi a circostanze mutevoli. La disabilità può essere intesa come l'interazione tra una menomazione (ad esempio, non poter camminare o avere difficoltà cognitive a causa della schizofrenia) e le strutture sociali e le barriere che escludono l'individuo colpito dalla piena partecipazione alle attività. In questo senso, la "disabilità", a

differenza della "malattia", mette a fuoco la necessità di rimuovere le barriere negli atteggiamenti sociali, nelle pratiche, nelle politiche e nell'ambiente costruito. Questo "modello sociale di disabilità" vede la disabilità come un'interazione tra la menomazione di una persona e le barriere sociali che deve affrontare (Oliver, 1990), discostandosi dalle difficoltà intese come derivanti esclusivamente dalle componenti organiche dell'individuo. Successivamente Shakespeare e Watson (2002) hanno precisato che questo modello non ha lo scopo di sottovalutare l'importanza degli interventi sanitari, ma quello di contestare la loro visione standardizzata dell'inserimento delle persone con disabilità nella realtà sociale, spostando l'attenzione dalle limitazioni funzionali all'individuazione delle cause disabilitanti che avrebbero origine socioambientale.

Secondo Jans, Stoddard e Kraus (2004) un disturbo mentale diventa una disabilità una volta che esso inizia a interferire con lo svolgimento di una o più attività importanti, come la capacità di vivere in modo indipendente, lavorare, frequentare la scuola o gestire le attività della vita quotidiana. Con l'aumento del livello di disabilità mentale, aumenterà la probabilità di inabilità al lavoro e l'assegnazione di un'indennità di invalidità. La sola diagnosi non basta per comprendere le conseguenze di un disturbo mentale e il modo in cui esso si svilupperà, e l'entità della disabilità può variare in modo significativo tra gli individui con la stessa diagnosi.

La rassegna tematica dell'OCSE Malattia, disabilità e lavoro (2009) ha mostrato che il tasso di occupazione delle persone con disabilità tende ad essere basso: tipicamente il 40% al di sotto del tasso medio nella popolazione. Decisamente inferiore era quello dei soli disabili psichici, intorno al 25%, con un rapporto rispetto alle persone con altre disabilità che oscillava di paese in paese tra il 40% e il 70% (OECD, 2010).

Anche i numeri forniti dall'Istat riguardo alla condizione lavorativa dei disabili in Italia hanno la stessa implicazione: solo il 18% delle persone in età lavorativa, nel 2010, aveva un'occupazione.

Mentre il 56% è fuori dal mercato lavorativo perché in pensione o inabile al lavoro, della parte restante solo uno su cinque è in cerca di lavoro. In linea con la percentuale di occupati osservata è quella di coloro che hanno nel reddito da lavoro la principale fonte di sussistenza (3.5% di occupati sulla popolazione totale, contro un 3% di

persone che vivono del loro reddito), mentre l'85% vive con una pensione (Battiloro et al., 2017).

1.4.1. Il disturbo borderline sul lavoro

Il disturbo borderline di personalità (BPD) è un disturbo mentale grave caratterizzato da impulsività, instabilità emotiva, disfunzione interpersonale, immagine di sé disturbata e grave compromissione funzionale (Zanarini et al., 2009). Un'ampia ricerca sottolinea che il BPD dovrebbe essere studiato come un costrutto dimensionale, poiché persone con la stessa diagnosi possono differire per la gravità del tratto (Morey et al., 2011).

Il BPD è spesso associato alla disoccupazione, e quindi a costi sociali elevati (Hengartner et al., 2014); Ten Have e colleghi (2016) hanno scoperto che anche i sintomi di personalità borderline minimi sono associati alla mancanza di impiego. Inoltre, Zimmerman e i colleghi (2012) hanno scoperto che gli individui con sintomatologia di personalità borderline avevano anche più disturbi mentali comuni (CMD), ricoveri psichiatrici e assenze lavorative rispetto alle persone senza sintomi di personalità borderline.

Nel 2018, Juurlink e colleghi hanno condotto uno studio al fine di chiarire l'interazione tra sintomi di personalità borderline e le condizioni di lavoro. Nello specifico, ci si aspettava che disturbo diminuisse la capacità decisionale, viste le difficoltà che gli individui con BPD dimostrano nella pianificazione, nella presa di decisioni e nel controllo dei propri impulsi. Di conseguenza, si ipotizzava anche che i lavoratori con sintomi di personalità borderline sperimentassero maggiori richieste in ambito lavorativo e quindi maggiore stress. L'ultima ipotesi era che i lavoratori con BPD, maggiormente inclini ai conflitti interpersonali, sperimentassero un basso supporto da parte dei colleghi.

Il campione utilizzato è stato preso da precedenti indagini condotte nei Paesi Bassi (3672 persone). Lo scopo era testare l'associazione tra sintomi di personalità borderline e prestazioni lavorative compromesse, se questa associazione fosse mediata da condizioni di lavoro avverse e se le condizioni di lavoro fossero associate a sintomi di personalità borderline, tenendo conto contemporaneamente dell'effetto dei CMD.

I sintomi di personalità borderline sono stati misurati utilizzando otto domande dell'International Personality Disorder Examination (IPDE) che richiamavano i criteri diagnostici del disturbo, mentre per le condizioni di lavoro è stato utilizzato il Job Content Questionnaire (JCQ); le condizioni di lavoro misurate erano capacità decisionale, richieste psicologiche dal lavoro, sicurezza del lavoro e supporto dei colleghi. La prestazione lavorativa è stata concettualizzata in termini di assenteismo e presentismo, avvalendosi di tre domande del WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS) (Kessler et al., 2004): "quanti giorni nell'ultimo mese sei stato totalmente incapace di lavorare o di svolgere le tue solite attività?", "quanti giorni nell'ultimo mese sei stato in grado di lavorare e svolgere le tue solite attività, ma hai dovuto ridurre il tuo lavoro oppure non lo hai svolto come tuo solito?", "quanti giorni nell'ultimo mese hai ridotto la qualità del tuo lavoro o con quanta attenzione hai lavorato?". La presenza di disturbi mentali comuni è stata valutata con il CIDI 3.0., sviluppato e adattato nella World Mental Health Survey Initiative (de Graf et al., 2010).

Dai risultati è emerso che il 72.8% del campione non aveva sintomi di personalità borderline, il 23.8% ne aveva uno o due, il 2.7% tre o quattro e lo 0.7% aveva più di cinque sintomi. I sintomi di personalità borderline erano associati a una minore capacità decisionale e minore sicurezza sul lavoro. Il disturbo è risultato associato a prestazioni lavorative ridotte, valutate in giorni di perdita di lavoro totali; inoltre, il numero di sintomi di personalità borderline è stato costantemente associato a ridotta prestazione lavorativa, indipendentemente dal tipo o dal numero di attività lavorative svolte in condizioni avverse da qualsiasi CMD. Inoltre, coloro che hanno segnalato 3 o più condizioni di lavoro avverse avevano un rischio più elevato di prestazioni lavorative ridotte rispetto ai lavoratori senza condizioni di lavoro avverse. Infine, prendendo in considerazione sia i sintomi borderline che le condizioni di lavoro avverse, si è visto che la capacità decisionale, le richieste psicologiche del lavoro e la sicurezza del lavoro erano significativamente associate a circa 5 giorni di perdita di lavoro. È stata poi confermata l'ipotesi circa il basso supporto offerto dai colleghi ai dipendenti con personalità borderline, mentre non è stata confermata l'ipotesi circa l'associazione tra il disturbo e le richieste psicologiche provenienti dal lavoro.

È da tenere presente, però, che la raccolta dei dati è avvenuta durante il periodo di crisi economica, che naturalmente aveva aumentato la precarietà del lavoro per l'intera popolazione; in più, è da considerare che la precarietà del lavoro contribuisca a sua volta al deterioramento della salute mentale. Questo studio dimostra che sono necessari ulteriori studi longitudinali per studiare le relazioni causali tra sintomatologia borderline di personalità, condizioni di lavoro e prestazioni lavorative. I risultati suggeriscono, infine, che gli studi futuri dovrebbero considerare interventi volti non solo a ridurre i sintomi borderline, ma anche a modificare le condizioni di lavoro in modo da ridurre successivamente le prestazioni lavorative compromesse.

1.5. Gli ostacoli all'occupazione per le persone con disturbo mentale

I problemi di accesso e permanenza nel mercato del lavoro delle persone con disabilità trovano origine in una serie di barriere individuali e ambientali (Battiloro et al., 2017). Tutto ciò vale anche e soprattutto per chi è affetto da disabilità di natura psichica: come mostrato nei precedenti paragrafi, è un dato di fatto che le persone con disabilità psichica siano le più lontane dal mondo del lavoro, con un tasso di disoccupazione molto elevato. Questo distacco è dovuto a numerosi ostacoli che le persone con disturbo mentale sono costrette ad affrontare al fine di trovare e mantenere a lungo termine una posizione lavorativa.. Le barriere all'occupazione per le persone con un disturbo di salute mentale possono essere infatti più complesse e più sottili di quelle incontrate da persone con problemi di salute fisica. La natura episodica dei disturbi e altre caratteristiche uniche della disabilità correlata alla salute mentale pongono sfide particolarmente ardue per il sistema e le politiche (OECD, 2009).

Da un lato vi sono i problemi direttamente connessi alla condizione di disabilità: i lavoratori con problematiche di natura psichica sperimentano una serie di difficoltà che ne limitano la capacità di svolgere specifiche mansioni, tra cui reagire rapidamente a stimoli esterni, concentrarsi e mantenere l'attenzione, apprendere e ricordare nuove informazioni, pianificare le operazioni e riflettere sulla soluzione dei problemi. Tali funzioni sono di comune uso nella quotidianità lavorativa, per le quali dunque un disagio psichico può rappresentare un fattore critico (McGurk & Wykes, 2008).

Dall'altro è possibile rilevare barriere ambientali. Un esempio di barriera ambientale può essere lo scarso accesso ai servizi a un ambiente di lavoro in evoluzione e sempre più intollerante alle variazioni della produttività dei dipendenti (OECD, 2009).

Inoltre, i professionisti della salute mentale e i medici di famiglia possono sottovalutare le capacità e le abilità delle persone con disturbo mentale e sopravvalutare il rischio per i datori di lavoro derivante dalla loro assunzione (Broadman, 2003).

Tuttavia, la barriera ambientale forse più rilevante è rappresentata dallo stigma (Johnstone, 2001).

1.5.1. Una barriera socio-ambientale: lo stigma

Lo stigma deriva dall'atteggiamento pregiudiziale che porta a marchiare il lavoratore con disturbo mentale come qualcuno di cui dubitare in termini di capacità e affidabilità (orientamento al lavoro e inclusione articolo citare), dovuto a una scarsa conoscenza sul tipo di disagio del lavoratore che porta a generare aspettative negative. Lo stigma può investire sia datori di lavoro che colleghi, e assume una varietà di forme che vanno dai fenomeni di discriminazione indiretta, derivante da retaggi culturali, a quelli di discriminazione diretta, che può esprimersi, ad esempio, nella reticenza dell'assunzione (come illustrato precedentemente dall'esperimento di Hong Kong del 2003) o, nel caso siano assunte, a una parziale o totale esclusione dall'ambiente lavorativo e organizzativo delle persone con disturbo mentale.

Una delle conseguenze dello stigma è la propensione ad assumere eventualmente tra le persone con disabilità coloro che hanno patologie di natura esclusivamente fisica. La conoscenza di una patologia psichica comporta frequentemente l'esito negativo di un colloquio di lavoro, il ritiro di un'offerta, oppure può trasformarsi in un freno all'avanzamento di carriera (Stuart, 2006).

Il timore di essere stigmatizzati e rifiutati dai datori di lavoro può intaccare la fiducia e l'autostima dei lavoratori, danneggiando anche la capacità di sostenere un colloquio di lavoro. Col passare del tempo, la percezione di un atteggiamento esterno stigmatizzante rischia di evolversi fino a diventare uno stigma interiore (Overton & Medina, 2008): una volta interiorizzato, lo stigma porta l'individuo ad esperire

sentimenti di sfiducia nei propri confronti e ad indurgli l'idea di non essere adatto al lavoro, arrivando anche ad abbandonare l'idea di cercarne uno (Battiloro et al., 2017). Un'ulteriore conseguenza è il rischio che la paura di un atteggiamento discriminante da parte di datori o colleghi induca il lavoratore con disagio psichico a rinunciare ai benefici di cui ha diritto in virtù della sua disabilità, tra cui il supporto di specialisti o l'accesso a programmi di assistenza ai dipendenti sviluppati in alcuni contesti aziendali.

Inoltre, la letteratura evidenzia come l'atteggiamento dei professionisti della salute mentale verso la persona con disturbo psichiatrico non sia necessariamente migliore di quello della popolazione generale. Per esempio, Nordt et al. (2006) hanno rivelato che gli psichiatri tendono a manifestare atteggiamenti più negativi verso i pazienti affetti da schizofrenia e depressione maggiore rispetto un campione composto da persone comuni; anche Valery e Proteau (2020) hanno scoperto che i professionisti della salute mentale hanno credenze più accentuate rispetto alla pericolosità e alla psicofarmacologia, ma atteggiamenti simili a quelli della popolazione generale quando ci si riferisce alla prognosi e alla distanza sociale da tenere. D'altro canto, Kingdon et al. (2004) ritengono che l'atteggiamento degli psichiatri nei confronti delle persone affette da malattie mentali siano più positivi rispetto ai membri della popolazione generale, e dagli studi di Peris et al. (2008) è emerso che i professionisti della salute mentale hanno tendenzialmente atteggiamenti impliciti ed espliciti più favorevoli nei confronti degli utenti dei servizi psichiatrici rispetto ai campioni composti da persone con scarsa formazione in ambito sanitario, quali popolazione generale e studenti, o ai colleghi impiegati in altre unità operative.

Un ulteriore studio osservazionale è stato condotto in Italia nel 2021, da Barbon e Camuccio, presso il Dipartimento di Salute Mentale di una Aulss della Regione Veneto e in una sede di un Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova, e aveva lo scopo di valutare le attitudini, implicite ed esplicite, verso la persona con disturbo mentale. Il campione sperimentale era composto da professionisti del Dipartimento di Salute Mentale con almeno due anni di esperienza nel ruolo e il gruppo di controllo era composto da studenti di infermieristica che non avevano alcuna esperienza in area psichiatrica.

È stato valutato lo stigma esplicito attraverso l'Opinions about Mental Illness (OMI) di Cohen et al. (1962), che identifica cinque dimensioni: autoritarismo (tendenza a considerare le persone con disturbo mentale come persone inferiori, richiedenti una gestione coercitiva), controllo sociale (desiderio di proteggere la società isolando i pazienti psichiatrici), benevolenza (atteggiamenti incoraggianti e volti a sostegno dei pazienti), ideologia sulla salute mentale (atteggiamenti incoraggianti la partecipazione sociale e l'integrazione delle persone con disturbo mentale) e eziologia interpersonale (credenza che la malattia mentale sia causata da esperienze interpersonali negative, come la mancanza di affetto da parte dei genitori durante l'infanzia). Lo stigma implicito è stato valutato con il test psicometrico-attitudinale informatizzato Go/No-Go Association Task (GNAT) (Nosek et al., 2001), che ha indagato la presenza di associazioni automatiche tra il concetto di "malato mentale" e le categorie "buono" e "cattivo" misurando il tempo medio di risposta.

Dal confronto tra professionisti e studenti è emerso che il gruppo di professionisti ha in media attitudini implicite positive più marcate nei confronti delle persone con disturbi psichiatrici. Il gruppo degli studenti presenta punteggi più alti all'OMI rispetto all'autoritarismo e al controllo sociale rispetto al campione dei professionisti, e anche dai punteggi del test GNAT emerge una peggior attitudine implicita per la salute mentale: le attitudini tendenzialmente negative degli studenti di infermieristica non si discostano da quelle della popolazione generale (Happel & Gaskin, 2013; Lien et al. 2019; Foster et al, 2019; Giralt Palou et al., 2020).

Tuttavia, nel campione dei professionisti emerge che le donne hanno attitudini implicite meno stigmatizzanti rispetto agli uomini, mentre nel questionario OMI gli uomini esprimono atteggiamenti più autoritari nei confronti delle persone con disturbo mentale. Inoltre, gli infermieri hanno dimostrato di avere attitudini implicite migliori rispetto ai medici, ma hanno presentano punteggi più elevati nel dominio autoritarismo dell'OMI; sono infine più convinti che i disturbi mentali siano causati da esperienze interpersonali negative. I medici psichiatri, invece, hanno manifestato attitudini esplicite tra le più positive, mentre nel test GNAT sono i professionisti con le attitudini più basse nei confronti dei pazienti. Questi risultati potrebbero essere spiegati dall'ambiente clinico specifico in cui i professionisti si trovano ad operare: Kopera et al. nel 2014 hanno rilevato una peggiore attitudine negli operatori dei reparti acuti,

dove il paziente in crisi esprime delle caratteristiche comportamentali accentuate, talvolta connotate da aggressività, che possono quindi influire sulla percezione degli operatori.

1.6. La capacità di mantenere un lavoro: una ricerca a sostegno

Già anni fa furono condotti studi per dimostrare come le persone con disturbo mentale fossero tranquillamente in grado di mantenere un lavoro.

Importante a tal proposito è stata un'indagine condotta nel 1991 da Bacani-Oropolla e colleghi all'interno di una clinica psichiatrica. Parteciparono le 87 persone su 1004 della clinica prescelta che al tempo dell'esperimento lavoravano da almeno un anno, e altre 87 persone della stessa clinica che non lavoravano. Gli autori volevano indagare la percentuale dei pazienti psichiatrici professionalmente occupata, raccogliendo anche informazioni quali la natura del disturbo, il tipo di occupazione, i loro sistemi di supporto, la retribuzione e se il disturbo intaccasse la capacità di mantenere un lavoro nel tempo. I soggetti fornivano anche genere, età, stato civile, diagnosi psichiatrica, tipo e durata dell'attività retribuita, e disposizione abitativa (se vivessero soli o no). Ai pazienti che non lavoravano non furono poste domande di natura lavorativa. Le informazioni furono ottenute attraverso i racconti durante una visita in ufficio programmata. I due set di dati furono successivamente confrontati. I pazienti con disturbo d'ansia rappresentavano il 20% del gruppo di non lavoratori e 16% dei lavoratori.

La media dell'età dei pazienti lavoratori era 45.5, con un range che oscillava dai 29 ai 62 anni; il set era composto da una sola donna e 86 uomini. Il 36% delle persone prive di occupazione aveva diagnosi di schizofrenia, contro l'11% delle persone occupate. Il 61% dei pazienti che lavoravano aveva, invece, diagnosi nella categoria di disturbi affettivi, quali depressione e bipolarismo, contro il 20% di quelli che non lavoravano. Il 59% dei pazienti lavoratori era sposato o convivente, il restante 41% single o divorziato; il 32% dei non lavoratori era sposato contro il 68% single. Inoltre, il 78% di lavoratori viveva con persone significative, mentre la percentuale di quelli che non lavoravano arrivava al 70%, quindi non vi era una differenza abissale.

I pazienti lavoratori ricoprivano i ruoli più disparati, incluse posizioni manageriali, caratterizzate da alta responsabilità, e professioni di insegnamento, che richiedono

abilità sociali e intellettuali. Altre professioni rilevate nel campione erano: guardie di sicurezza, ingegneri, meccanici, autisti, agenti immobiliari, ruoli ospedalieri. Non è quindi stata rilevata una stereotipicità occupazionale evidente.

Dall'indagine è emerso che se le persone con disturbi psichiatrici hanno tendenzialmente prospettive occupazionali inferiori alla media e meno probabilità di essere selezionate per posizioni vacanti, ciò non implica un'incapacità di mantenere un lavoro. L'indagine smentisce inoltre il falso mito che i pazienti psichiatrici siano in grado di gestire solo compiti di basso livello, noiosi e ripetitivi. L'analisi dei casi clinici ha riportato storie di pazienti con schizofrenia, disturbo bipolare e disturbo post-traumatico da stress che si sono curati con ricoveri, psicofarmaci e psicoterapia e hanno continuato a lavorare: la farmacoterapia non sembrava influenzare le prestazioni o l'interesse per il lavoro. Per un funzionamento lavorativo che sia ottimale risulta importante una buona cura di follow-up.

In conclusione, un'occupazione retribuita è possibile anche per coloro che soffrono di un disturbo mentale e la cronicità non costituisce una barriera totale al lavoro: quando le funzioni cognitive sono intatte e il comportamento è appropriato, un paziente può essere motivato a lavorare, da solo o con gli altri. Un'occupazione remunerata soddisfacente gioca un ruolo importante nel ripristino della salute mentale, come dimostrato dai soggetti di questo studio oltre che dalla letteratura.

1.7. L'inserimento del lavoratore con disagio psichico in Italia

Il processo legislativo in tema di diritto al lavoro delle persone disabili ha preso piede in Italia a partire dagli anni Sessanta, con la legge 482/1968 "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche Amministrazioni e le aziende private", nota anche come "legge sul collocamento obbligatorio": gli enti pubblici e alcune aziende private erano obbligati ad assumere un certo numero di persone con invalidità. Tale normativa era caratterizzata da un approccio fortemente assistenzialistico, accompagnata da una scarsa valorizzazione verso le competenze e le capacità dell'individuo (Battiloro et al., 2017).

Successivamente la legge quadro sull'handicap 104/1992 introdusse la valutazione delle capacità lavorative e relazionali della persona con disabilità in base alle caratteristiche del posto di lavoro che avrebbe occupato.

Ma la normativa più rivoluzionaria in ambito disturbi mentali e lavoro è stata la legge 68/1999, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", volte ad estendere a tutto il territorio nazionale il concetto di collocamento mirato, già precedentemente introdotto in alcune regioni italiane dall'iniziativa comunitaria "Occupazione" promossa dalla Commissione Europea. La legge 68/1999 prevede che gli individui in età lavorativa con grado di invalidità superiore al 45% si iscrivano ad un elenco per le politiche del lavoro tenuto dalla commissione provinciale, le cosiddette liste di collocamento mirato. Condizione necessaria all'iscrizione di queste liste è il possesso della diagnosi funzionale, ossia una scheda predisposta da una commissione medica in cui vengono riportate, oltre alla natura e al grado della disabilità, le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni della persona. La commissione provinciale del lavoro si occupa poi di fornire le specifiche linee progettuali da attuare per il collocamento al lavoro e le caratteristiche dei posti di lavoro più idonei ai singoli individui (Battiloro et al., 2017).

Per quanto riguarda le imprese, da un lato vige ancora l'obbligo di assunzione dei lavoratori con disabilità, in misura proporzionale alla propria dimensione occupazionale: per esempio, un lavoratore se l'impresa possiede dai 15 ai 35 dipendenti, due lavoratori se ne possiede dai 36 ai 50, e un numero pari al 7% dei lavoratori già presenti nel caso abbiano più di 50 dipendenti (Battiloro et al., 2017). Vengono inoltre introdotte delle misure di incentivazione, quali ad esempio il Fondo nazionale, volto a finanziare le convenzioni tra datori di lavoro e uffici competenti per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, includendo anche rimborsi parziali per le spese sostenute per l'adattamento degli ambienti di lavoro; i Fondi regionali invece, alimentati dalle sanzioni alle imprese che non ottemperano agli obblighi di assunzione previsti dalla legge 68/99, sono impiegati per la realizzazione di specifiche politiche attive in ambito locale.

Un ulteriore vantaggio per imprese e lavoratori offerto dalla legge 68/1999 è l'opportunità di prorogare il tirocinio per una durata superiore rispetto a quanto solitamente previsto, ossia 24 mesi, utilizzandolo come forma di inserimento al lavoro finalizzato all'assunzione, un inserimento protetto finalizzato a facilitare l'integrazione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro. La legge 247/2007,

"Norme di attuazione su previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale" introduce l'articolo 12bis, finalizzato ad agevolare l'assunzione di persone con disabilità attraverso convenzioni tra aziende e cooperative sociali di tipo B.

Tuttavia, dall'indagine nazionale dell'Isfol condotta a Roma nel 2013 è emerso che il 65 per cento dei datori di lavoro ha assunto persone con disabilità psichica per obbligo di legge, mentre il 14 per cento per solidarietà. Tra le aziende che non hanno assunto personale con disabilità, il 21% ha dichiarato che vorrebbe degli sgravi fiscali e il 15% desidera un supporto dei servizi pubblici. Il 3% delle aziende ha affermato che non assumerebbe mai un paziente psichiatrico. Questo dimostra che la legge 68 del 1999 volta a definire le norme per il diritto al lavoro dei disabili dovrebbe essere applicata in Italia in maniera più adeguata.

Un dato rincuorante emerso dalla stessa indagine è che, tra le aziende che hanno assunto persone con disturbi psichiatrici, nel 78% dei casi non ci sono stati problemi di inserimento, ma anzi, i colleghi sono stati ben accolti e nel 10 per cento dei casi la loro presenza ha aumentato la solidarietà tra i dipendenti (Spagnolo, 2015). E questo è il motivo per cui l'80% delle aziende, dopo aver sperimentato la loro assunzione, tende ad offrire un lavoro anche a persone con altre tipologie di disabilità.

Un recente studio condotto in Italia da Buselli e colleghi nel 2018 si è preposto lo scopo di presentare l'esperienza di gestione multidisciplinare dei casi di disabilità psichica tra il personale dipendente di un'azienda ospedaliero-universitaria italiana, analizzando l'inserimento lavorativo, la specificità delle tutele preventive e i percorsi terapeutici specialistici intrapresi.

Lo studio si è svolto nel periodo da gennaio 2015 ad aprile 2018 all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana presso la U.O. Medicina Preventiva del Lavoro. Sono stati coinvolti 100 lavoratori, di cui 17 uomini e 83 donne, affetti da patologie della sfera psichica, inseriti progressivamente in un programma volontario di sorveglianza medica per disturbi mentali, organizzato con una collaborazione tra la U.O. Medicina Preventiva del Lavoro e l'U.O. Psichiatria. Il campione era rappresentato principalmente da infermieri (44%) e da operatori sociosanitari (24%); vi erano poi tecnici sanitari (12%) e amministrativi (13%), pochi medici (4%) e biologi (3%).

I soggetti del campione sono stati sottoposti a un protocollo valutativo composto da più fasi: una valutazione del medico competente finalizzata alla formulazione del giudizio di idoneità ed eventualmente alla verifica della sua applicazione osservando l'adeguatezza dell'ambiente di lavoro in termini organizzativo-relazionali; una valutazione medico-legale per individuare il collocamento al lavoro nel rispetto delle normative di riferimento; visite psichiatriche, in particolare una iniziale finalizzata all'inquadramento diagnostico, e 1-2 visite mensili durante il follow-up terapeutico; colloqui psicologici finalizzati all'inquadramento delle caratteristiche di personalità, del profilo socio-relazionale e della qualità di vita in ambito occupazionale dei lavoratori, con l'ulteriore scopo di supportare gli stessi attraverso percorsi di psicoterapia sul superamento dei disagi lavorativi e sulla gestione dello stress lavoro-correlato, impiegando anche tecniche di potenziamento delle skills comunicative, dell'autostima, dell'autoefficacia, delle capacità di pianificazione e risoluzione dei problemi (Sledge et al., 2014), per un totale di 10 incontri a cadenza settimanale; somministrazione al momento del reclutamento e a 6 mesi di follow-up di scale di valutazione della gravità di malattia e dell'efficacia dei trattamenti (Clinical Global Impressions - CGI) (Busner et al., 2007) e del funzionamento globale (Global Assessment of Functioning – GAF) (Jones et al., 1995). La scala CGI può essere impiegata per tutte le categorie di pazienti psichiatrici ed è composta da 3 item: i primi due (“Gravità di Malattia” e “Miglioramento Globale”) sono valutati su una scala a 7 punti, mentre il terzo (“Indice di Efficacia”) è una matrice simmetrica (4x4), che quindi prevede 16 possibili risposte in rapporto alla diversa combinazione tra effetti terapeutici ed effetti collaterali. La GAF invece prevede 10 anchor point, ognuno dei quali ulteriormente suddiviso in 10 punti, che prendono in considerazione il funzionamento psicosociale e lavorativo del soggetto, ponendolo lungo un continuum che va dalla totale salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo (1). Punteggi da 81 a 100 sono indicativi di assenza di psicopatologia e anche di presenza di tratti positivi quali ricchezza di interessi e di rapporti sociali, calore, atteggiamento positivo verso la vita; punteggi da 71 a 80 indicano la presenza di una lieve psicopatologia; punteggi da 1 a 70 segnalano la presenza di psicopatologia di maggiore gravità. I disturbi maggiormente diagnosticati erano disturbi dell'umore (50%), depressivi (20%), disturbo di panico (26%) e ansia generalizzata (11%), quindi avevano

prevalentemente “disturbi mentali comuni” (Common Mental Health Conditions – CMHCs). Il 90% del campione ha ricevuto trattamento farmacologico e supporto psicologico, il restante 10% esclusivamente supporto psicologico.

Nei casi in cui il solo approccio clinico non ha consentito ai professionisti di giudicare le condizioni di salute dei lavoratori come compatibile con le attività svolte, si sono attuate delle strategie organizzative che hanno previsto per 21 pazienti l’applicazione di un piano di lavoro individualizzato con mantenimento della sede lavorativa, per 9 con trasferimento ad altra sede lavorativa, e solo un lavoratore è stato supportato per la pratica finalizzata al pensionamento anticipato per patologia.

Inizialmente, all’item “Gravità della malattia” della CGI il 28% lavoratori risultavano lievemente ammalati, il 51% in maniera moderata, il 19% notevolmente ammalati e il 2% gravemente ammalati; a 6 mesi dal follow up, il 26.3 % dei lavoratori risultavano in remissione completa, il 27.4 % erano solo marginalmente ammalati, il 27.4 % lievemente ammalati e il 18.9% moderatamente ammalati. Dall’item “Miglioramento globale” della CGI è emerso che il 51.6% dei lavoratori sono molto migliorati, il 23.2% sono migliorati in maniera moderata, il 16.8% in maniera lieve e l’8.4% non hanno mostrato nessun cambiamento. Anche il livello di compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, misurato dalla GAF, è passato da moderato a lieve/lievissimo.

Dai risultati è evidente come l’integrazione delle competenze secondo un percorso multidisciplinare strutturato costituisca un valido strumento sia per l’inquadramento diagnostico dei soggetti con disabilità psichica nei luoghi di lavoro, sia per il monitoraggio degli stessi.

L’impiego sinergico di strategie cliniche e di strategie organizzative ha consentito ai lavoratori che hanno partecipato al programma di ottenere un significativo miglioramento circa la gravità della malattia, conseguentemente con importanti ricadute sul reinserimento lavorativo. Possiamo quindi concludere che, seguendo l’approccio giusto, l’inserimento dei lavoratori con disturbo mentale sia assolutamente possibile.

1.8. Considerazioni finali

Giunti alla fine di questo capitolo, è possibile trarre alcune conclusioni. In primis, è un dato di fatto che le persone con disturbi mentali che non lavorano siano tante, ed è

anche provato che abbiano maggiori difficoltà a trovare lavoro rispetto a chi non ha una diagnosi di natura psichiatrica, visti gli atteggiamenti pregiudiziali provenienti non solo dai potenziali datori di lavoro, ma, a volte, anche dai professionisti della salute mentale. Gli studi qui presentati ci hanno però fornito un quadro piuttosto positivo. Anzitutto, nel caso della depressione, una terapia occupazionale affiancata a interventi clinici può portare a un miglioramento sia sintomatologico che lavorativo, e investire sul potenziamento di fattori organizzativi quali il supporto sul posto di lavoro e di fattori personali quali la motivazione, può aiutare gli individui con depressione nel ritorno al lavoro. Per quanto riguarda il disturbo borderline, invece, è emersa la necessità di ulteriori studi longitudinali che considerino interventi rivolti soprattutto alla modifica delle condizioni di lavoro, in modo da minimizzare la compromissione delle prestazioni lavorative. È stato inoltre dimostrato che le persone con disturbi psichiatrici, se seguite da professionisti in maniera adeguata, hanno tutte le capacità per mantenere un'occupazione nel tempo e per ricoprire le posizioni lavorative più disparate. Infine, da uno studio italiano è emersa la necessità di integrare competenze in ambito clinico e competenze in ambito organizzativo per un inserimento ottimale dei lavoratori con disagio psichico.

CAPITOLO 2

Una possibilità di inclusione lavorativa: il Supported Employment e l'IPS

Questa sezione della tesi ha lo scopo di presentare una metodologia innovativa che potrebbe aiutare ad arginare il fenomeno della disoccupazione per le persone con disagio psichico: il Supported Employment, e in particolare l'approccio evidence-based Individual Placement and Support. Verranno illustrati i principi alla base dell'IPS e la sua implementazione, per poi confrontarlo con altri due modelli di inclusione lavorativa, ossia lo sheltered employment e la vocational rehabilitation. Si cercherà poi di individuare i fattori chiave che garantiscono oppure ostacolano l'implementazione corretta del programma. Successivamente, verrà presentata una serie di studi aventi lo scopo di indagare l'efficacia dell'approccio su diversi gruppi target. Infine, capiremo se la metodologia, originaria degli Stati Uniti, possa essere esportata in altri paesi, tra cui l'Italia.

2.1. I possibili approcci all'inclusione lavorativa

Le modalità di intervento per favorire l'inserimento lavorativo degli individui con disturbi psichici possono essere distinte in due categorie differenti nell'approccio: la prima vede nella persona soprattutto un "paziente", e di conseguenza ella diviene bisognosa di "protezione", di un inserimento graduale in contesti agevolati (quali le cooperative sociali) e solo successivamente con la possibilità di subentrare nel mercato competitivo. La seconda percepisce la persona come un "lavoratore", che quindi ha le capacità di essere immediatamente inserita nel mercato del lavoro competitivo: in questi casi si concretizza un breve percorso di preparazione, curato da un job coach, che ha l'obiettivo di inserire direttamente la persona in un'esperienza di lavoro ordinario (in linea con le capacità e le preferenze del lavoratore) per poi fornire, in accordo con il datore, il supporto necessario all'adattamento e a gestire eventuali criticità nel primo periodo (Battiloro et al., 2017).

Già da una trentina di anni in Italia sono molto diffuse le politiche attive del lavoro, ovvero tutte quelle iniziative schierate dalle istituzioni nazionali e locali per promuovere l'occupazione e l'inserimento lavorativo, ad esempio tirocini, corsi di

formazione e bilanci di competenze. Tuttavia, mentre i percorsi di formazione e transizione al lavoro riservati alle persone con disabilità sono a costo zero per i datori di lavoro, poiché finanziati dagli enti pubblici, un'assunzione comporta delle spese e responsabilità, e, se aggiungiamo il ricorrente pregiudizio di inaffidabilità o di pericolosità della persona con disagio psichico, il tirocinio risulta meno impegnativo, oltre che economicamente più conveniente (Fioritti & Berardi, 2017).

In Italia, le cooperative sociali di tipo B sono state spesso la principale risorsa su cui i Dipartimenti di Salute Mentale hanno fatto affidamento, e il loro ruolo è ancora oggi cruciale e diffuso in quasi tutte le regioni italiane. Tuttavia, date le capacità lavorative sostanzialmente conservate mostrate dai partecipanti IPS con disturbi mentali gravi, sembra sempre più necessario che le imprese sociali si muovano verso la definizione di luoghi di lavoro più simili a un mercato del lavoro aperto che a un ambiente protettivo. Difatti, le cooperative nell'ultimo decennio hanno fatto sempre più fatica a ritagliarsi uno spazio nel mercato e a promuovere il lavoro contrattualizzato dei propri soci con disturbo mentale (Fioritti & Berardi, 2017). Inoltre, la generazione di pazienti psichiatrici post Legge Basaglia, ben diversa e meno invalidata rispetto a quella istituzionalizzata dai manicomi, esprime sempre più insoddisfazione rispetto ai lunghi percorsi formativi, alle lunghe procedure di preparazione al lavoro, alla ridotta probabilità di ingresso nel mondo del lavoro competitivo (Fioritti & Berardi, 2017).

All'inizio degli anni '90 negli Stati Uniti, e dal 2000 in poi in molti stati europei, sono stati sperimentati alcuni "schemi a responsabilità individuale": secondo questo approccio, il lavoro è una scelta individuale nella quale ciascuno mette in gioco le proprie motivazioni, le proprie capacità e le proprie esperienze; uno strumento di emancipazione, motore e stimolo per trovare il coraggio di ricominciare (Virduzzo, 2017). Tale spinta motivazionale rischia di essere frenata dagli schemi a responsabilità sociale, mentre può essere potenziata con supporti personalizzati alle capacità individuali; questi vanno sotto il nome di "Supported Employment". Il più noto fra i dispositivi di Supported Employment è l'Individual Placement and Support (IPS), messo a punto all'inizio degli anni '90 dal gruppo di Psichiatria Sociale della Dartmouth University, diretto da Robert Drake. Ad oggi è uno degli strumenti riabilitativi a disposizione del Centro di Salute Mentale (CSM) per sostenere l'integrazione lavorativa.

Tale metodologia ha oramai una mole di studi a sostegno della sua efficacia, sperimentata in numerosi contesti economici e sociali.

2.2. I principi del metodo e dell'operatore IPS

Sono otto i principi a cui l'operatore IPS deve attenersi per garantire la massima efficacia del metodo (Becker & Drake, 2003; Swanson & Becker, 2013).

- 1) **Obiettivo: lavoro competitivo.** Il metodo consiste nel fornire uno specifico supporto agli utenti in modo che possano ottenere un impiego competitivo, ossia un lavoro accessibile a qualsiasi tipologia di cittadino, con o senza disabilità, e con un salario non inferiore alla retribuzione prevista per coloro che non soffrono di patologie mentali. L'ottenimento di questo tipo di occupazione è fondamentale per gli utenti con disturbo mentale, poiché esso, differentemente da un impiego protetto, promuove l'integrazione nella comunità, portando così alla diminuzione dello stigma; inoltre, la consapevolezza di essere in grado di ottenere un lavoro competitivo giova all'autostima dell'utenza.
- 2) **Sostegno integrato per il trattamento del disturbo mentale.** Come dimostrato alla fine del primo capitolo con la ricerca di Buselli e colleghi, è importante che i percorsi di inclusione lavorativa siano integrati con la pratica clinica; allo stesso modo, anche i servizi IPS dovrebbero essere integrati con le attività dei servizi di salute mentale, attraverso incontri regolari, così che tutte le figure coinvolte nell'erogazione dei servizi contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi lavorativi dell'utente.
- 3) **Zero exclusion.** L'unico requisito per l'ingresso ai programmi IPS è la voglia di lavorare, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dalla storia lavorativa o da altre problematiche. La filosofia di base dell'IPS è che tutti possono ottenere un impiego competitivo e che nessuno dovrebbe essere escluso da questa possibilità.
- 4) **Partire dalle preferenze del cliente.** Le preferenze fanno riferimento non solo al tipo di impiego che l'utente vorrebbe ricoprire, ma anche alla natura del supporto richiesto all'operatore IPS, che può essere coinvolto in tutte le fasi dell'intervento, quali l'ottenimento dell'impiego e il contatto con il datore di lavoro. Un'altra preferenza si riferisce alla scelta di rendere il potenziale datore di lavoro

consapevole della propria diagnosi: nel caso in cui si decida di non esplicitarlo, anche il sostegno dello specialista IPS sarà limitato a poche fasi.

- 5) Consulenza sulle opportunità economiche. Gli operatori IPS si premurano di fornire ai clienti informazioni adeguate su come l'ottenimento di un salario possa impattare sui benefici sociali ed economici percepiti, quali indennità economiche e pensionistiche.
- 6) Rapida ricerca del lavoro. Come accennato precedentemente, piuttosto che inserirli in contesti lavorativi protetti, gli operatori IPS aiutano i clienti a cercare lavoro, puntando a ottenere un contatto tra la persona e il potenziale datore di lavoro entro 30 giorni dall'inizio del percorso. Questo principio è particolarmente importante poiché trasmette il messaggio alla persona con disturbo mentale che la sua voglia di lavorare è presa sul serio. Prima della ricerca, lo specialista IPS guida l'utente attraverso la creazione di un profilo professionale che comprende curriculum, preferenze sulla tipologia di lavoro e informazioni aggiuntive; tale profilo viene continuamente aggiornato durante tutto il percorso.
- 7) Lavoro sistematico di sviluppo professionale. Gli operatori IPS sviluppano relazioni con i datori di lavoro del territorio, con il duplice scopo di conoscere le opportunità lavorative presenti per le persone con disturbo psichico e di eventualmente intervenire con i datori di lavoro al fine di risolvere determinate criticità nell'adattamento dell'utente.
- 8) Sostegno a tempo illimitato. L'obiettivo del metodo IPS è quello di aiutare il cliente a diventare il più possibile indipendente nel suo ruolo professionale: gli specialisti garantiscono supporto dalla ricerca fino al mantenimento del lavoro, e dopo un certo periodo dall'ottenimento dell'impiego (per esempio un anno) si valuta la possibilità di uscire dal programma IPS.

L'operatore IPS può provenire da diversi background: può essere un educatore, un terapeuta della riabilitazione, uno psicologo, un infermiere. La formazione avviene tramite un training teorico di una o due settimane, seguito dalla formazione sul campo affiancato ad un operatore esperto per la durata di un mese. Dopo queste fasi iniziali può operare in autonomia, ma con supervisioni almeno mensili per il tempo che si riterrà opportuno.

L'intervento dello specialista si articola in tre momenti. Il primo passo è l'avvio della collaborazione con l'utente, in cui l'operatore si concentra sulla costruzione di un rapporto di fiducia. Poi si passa a valutare assieme il contesto, a rafforzare risorse e motivazioni e a sviluppare il piano d'azione individualizzato. Il secondo passo è la ricerca del lavoro, durante il quale vengono messe in atto le strategie concordate nel piano d'azione. Il terzo e ultimo momento riguarda il mantenimento del lavoro, nel quale si cerca di arginare eventuali difficoltà e insuccessi emerse dall'esperienza lavorativa. Lo specialista ha inoltre il compito di monitorare gli esiti, valutare i processi e fornire feedback.

Un operatore IPS a tempo pieno non dovrebbe avere in carico più di 20 utenti, mentre un operatore part-time non più di 10. Questo permette di svolgere incontri su base settimanale con tutti i clienti, garantendo una maggiore efficacia nel supporto fornito. Il team IPS di un Dipartimento di Salute Mentale è in genere composto da due specialisti e un leader/supervisore, che svolge supervisioni di gruppo e condivide informazioni e strategie.

2.3. L'implementazione e la valutazione

Sebbene il metodo IPS si fondi su solidi principi, esso si propone di seguire un approccio individualizzato per ogni singolo utente, mostrando una grande flessibilità nella sua applicazione. L'operatore IPS viene fornito un pacchetto preconfezionato di opportunità lavorative, basato sulla disponibilità del momento del mercato lavorativo, né tanto meno assume un atteggiamento direttivo: egli (o ella) si presenta come una guida esperta che mette la propria professionalità a disposizione dell'utente, aiutandolo a esplorare i suoi obiettivi lavorativi e la loro realizzabilità, le sue attitudini, le sue preferenze, le sue aspirazioni e a riflettere sulle sue esperienze.

I passi da seguire per una applicazione efficace del metodo sono nove (Fioritti & Berardi, 2017).

- 1) Creare un profilo professionale. Consiste in un processo di raccolta di informazioni, con l'utente come fonte, al fine di creare un piano d'azione individualizzato. Le informazioni riguardano: dati personali (tra cui anche storia clinica ed eventuale utilizzo di farmaci), formazione scolastica e professionale,

interessi e obiettivi lavorativi, competenze professionali, esperienze lavorative pregresse.

- 2) Raccogliere informazioni da fonti multiple. Nonostante l'utente sia sempre considerato la principale fonte di informazioni, è opportuno considerare anche altre fonti, come l'operatore sanitario, l'assistente sociale, lo psichiatra, la famiglia. Ciò avviene anche con lo scopo di tutelare il cliente da eventuali domande, soprattutto inerenti al suo quadro clinico, che potrebbero innervosirlo o scoraggiarlo.
- 3) Incontrarsi al di fuori dello studio. Vari specialisti IPS hanno riferito un atteggiamento diverso dell'utente in base al luogo dell'incontro; in particolare, sono stati riscontrati atteggiamenti "più da malato psichiatrico" nei setting psichiatrici, come se la persona si sentisse legittimata a comportarsi in un certo modo in base al contesto. È quindi importante svolgere incontri anche in bar, parchi, biblioteche, a casa dell'utente, in modo da conoscere l'utente in tutte le sue sfaccettature e, allo stesso tempo, trasmettere l'idea di star tessendo una relazione tra un professionista che offre un servizio e un cliente che ne usufruisce.
- 4) Fornire informazioni sui benefit e sul relativo impatto di un eventuale lavoro. Questa fase si rifà al quinto principio del metodo IPS, "consulenza sulle opportunità economiche", spiegato nel paragrafo precedente.
- 5) Discutere con l'utente se rivelare o meno la propria condizione psichica. Se decide di rendere consapevole il proprio superiore, l'utente non dovrà preoccuparsi di nascondere i propri sintomi sul posto di lavoro, riuscirebbe a giustificare meglio un'eventuale assenza e potrebbe richiedere alcuni "aggiustamenti" sul posto di lavoro in base alle proprie esigenze. Tuttavia, molti utenti scelgono di non rivelare la propria diagnosi sul lavoro, al fine di evitare lo stigma da parte di datori e colleghi e di focalizzarsi pienamente sull'impiego e su se stessi anziché sul proprio disturbo.
- 6) Discutere con l'utente se coinvolgere o meno i familiari. Il coinvolgimento della famiglia nel percorso può essere uno strumento di grande utilità. Può costituire una preziosa alleata durante la ricerca attiva del lavoro, trovando delle opportunità da valutare assieme all'utente; può inoltre fornire sostegno al cliente a lavoro ottenuto, supportandolo nei momenti di difficoltà in cui lo specialista IPS non

potrà essere presente. Ciò che può fare l'operatore IPS in caso di resistenze da parte dell'utente o della famiglia stessa, è porsi come mediatore per le differenze di opinione, offrendo chiarimenti e spiegazioni, e rassicurare che gli incontri saranno costruttivi e permetteranno di far fronte allo stress e alla preoccupazione di essere un peso esperiti dal cliente. Tuttavia, è bene tenere presente che la scelta finale di rendere o meno partecipi i familiari del suo percorso spetta sempre all'utente, che potrebbe avere motivazioni profonde e complesse.

- 7) Eseguire un assessment continuativo in base alle esperienze lavorative in corso. È risaputo che le valutazioni preliminari non predicono il grado di adattamento e di efficacia reali; per questo, il percorso non si basa esclusivamente sugli interessi e le aspirazioni dell'utente, ma si propone di raccogliere informazioni inedite anche in base a quanto emerso dalle esperienze professionali svolte, aggiornandosi continuamente. Lo specialista IPS cerca di stimolare l'utente a riflettere sulle esperienze lavorative in modo costruttivo, presentandole come un'occasione di apprendimento indipendentemente dall'esito e un'opportunità per comprendere al meglio le proprie inclinazioni e le proprie capacità.
- 8) Mantenere l'impegno con l'operatore IPS. Durante il percorso, può accadere che l'utente mostri segni di perdita di interesse nei confronti degli incontri con lo specialista IPS, mostrandosi demotivato a cercare lavoro o non presentandosi agli appuntamenti. In questi casi, è importante che l'operatore IPS non si mostri frustrato agli incontri, ma che assuma un atteggiamento empatico volto a indagare i motivi sottostanti, eventualmente coinvolgendo anche altre figure professionali (psichiatra, infermiere, assistente sociale).
- 9) Creare un piano d'azione individualizzato. Il Piano di Intervento Individualizzato è un documento costruito in base alle informazioni ottenute durante il percorso, che ogni utente che aderisce al progetto IPS dovrebbe avere nella propria cartella clinica. Si articola in diversi punti: obiettivi dell'utente, riassunto dei punti di debolezza e dei punti di forza, profilo di indicazioni volto ad aiutare l'utente a raggiungere i propri scopi, profilo di obiettivi realistici e definizione del tipo di supporto di cui il cliente necessita. È importante che questo documento venga redatto dopo pochi incontri, in modo da iniziare la ricerca del lavoro quanto prima.

La qualità di un programma IPS di supporto all'impiego è determinata dalla fedeltà (fidelity) all'approccio ortodosso: quanto più si rimane fedeli al modello originale, tanto più migliorano i risultati in termini di ottenimento di nuovi posti di lavoro competitivi (Bond et al., 2013). Per valutare la qualità dell'implementazione dell'IPS, si conduce quindi una valutazione di fidelity utilizzando l'IPS-25 Fidelity Scale (Bond et al., 2012b), che misura l'aderenza ai principi fondamentali dell'IPS. Infatti, è stato ampiamente dimostrato che la mancanza di un'adeguata assistenza tecnica e formazione per i membri del personale porta a un'implementazione inferiore agli standard IPS, a un'attenuata efficacia del programma IPS e a un forte deterioramento della qualità della valutazione risultante (Bond et al., 2012a).

Questa scala ha validità predittiva e associazioni positive con gli esiti degli inserimenti lavorativi (Bond et al., 1997; Burns et al., 2007; Bond et al., 2011; Bond et al., 2012a; Kim et al.; 2015): un punteggio insoddisfacente indica la necessità di migliorare l'implementazione del servizio (Rinaldi et al., 2008). È quindi importante che la fidelity sia sottoposta a costante monitoraggio per una buona gestione del servizio IPS. La scala è suddivisa in tre sezioni: équipe, organizzazione, servizi. La prima sezione delinea la struttura dei compiti degli specialisti dell'impiego; la seconda descrive le modalità di cooperazione degli operatori e come avviene la supervisione del programma IPS; infine, la sezione servizi descrive i servizi offerti agli utenti nell'ambito dell'IPS.

La Fidelity Scale è una scala likert composta da 25 item, ciascuno dei quali prevede 5 possibili risposte che rispecchiano livelli crescenti di corretta implementazione: 1, l'estremo più basso, implica un'implementazione totalmente sbagliata del modello IPS, mentre 5, l'estremo più alto, indica una piena implementazione del modello. Il punteggio totale indica invece se un programma ha raggiunto o meno una buona fidelity: punteggi che vanno da 115 a 125 segnalano una fidelity esemplare, da 100 a 114 una fidelity buona, da 74 a 99 una fidelity sufficiente, uguale o inferiore a 73 non IPS.

La visita di fidelity ha l'obiettivo di monitorare l'applicazione della metodologia IPS secondo le linee guida raccomandate. Infatti, la fidelity può subire flessioni per molte ragioni (turnover dello staff, questione di budget eccetera), motivo per cui anche i programmi con un buon punteggio devono essere sottoposti a controlli periodici. La

visita è condotta da revisori esperti presso i CSM in cui viene implementato l'IPS e ha durata di 1 o 2 giorni. I fidelity reviewer ricorrono a fonti di informazione multiple: interviste a operatori e supervisori IPS, operatori della salute mentale, responsabili del Csm, utenti e loro familiari; osservazione delle riunioni d'équipe, dei colloqui fra operatore IPS e utente; visione delle cartelle relative agli utenti, dei dati dei Csm. Le informazioni raccolte vengono utilizzate per calcolare il punteggio e redigere un rapporto sui risultati ottenuti dal servizio, il quale fornisce suggerimenti utili all'elaborazione di un piano di miglioramento che sarà poi attuato dai supervisori IPS. La prima visita di fidelity viene eseguita in genere quattro o sei mesi dopo l'inizio del programma, quando i clienti hanno trovato lavoro e stanno ricevendo il supporto all'impiego; le successive valutazioni vengono ripetute ogni sei mesi, fino al conseguimento di una buona fidelity (punteggio uguale o superiore 100), e successivamente una volta all'anno.

2.4. L'IPS a confronto con altri metodi

Per avere maggiore consapevolezza dell'efficacia del Supported Employment e dell'approccio IPS, si è scelto di confrontarli con altri due metodi di inclusione lavorativa: lo sheltered employment e la vocational rehabilitation.

2.4.1. Sheltered employment, il lavoro protetto

Illustrando i principi dell'IPS, è stato fatto accenno alla contrapposizione di essi con il "lavoro protetto". Per lavoro protetto si intende un ambiente sicuro e segregato in cui le persone con disabilità ricevono servizi e formazione per sviluppare abilità legate al lavoro (Armstrong, 2011). Il primo laboratorio protetto della storia è stato il Perkins Institute for the Blind, fondato nel 1840, all'interno del quale le persone avrebbero dovuto essere preparate per un lavoro competitivo.

Tuttavia, nel campo della riabilitazione, i laboratori protetti sono stati criticati come programmi in cui le persone con disabilità significative sono state per anni sfruttate senza vedere risultati occupazionali competitivi nella loro comunità (National Disability Rights Network, 2011) e senza avere modo di generalizzare le competenze e conoscenze apprese da un ambiente a un altro. Tuttavia, in molte comunità il lavoro

protetto è ancora considerato un'opzione di collocamento all'interno di un continuum di servizi forniti a persone con disabilità significative.

Oltre alle preoccupazioni per quanto riguarda i risultati dei lavoratori protetti e la loro filosofia alla base secondo cui le persone con disabilità devono essere formate prima di poter ottenere un impiego competitivo, molti autori hanno espresso preoccupazioni riguardo ai suoi costi (Braddock et al., 2008; Cimera, 2008; McGaughey et al., 1995; Rusch & Braddock, 2005; Schuster, 1990). In particolare, molti di questi autori hanno affermato che i programmi basati sul lavoro protetto sono molto più costosi da gestire nel tempo rispetto al Supported Employment. Inoltre, altri hanno indicato che i salari guadagnati dai dipendenti che hanno seguito programmi sul lavoro protetto sono di gran lunga inferiori a quelli guadagnati dai lavoratori che hanno preso parte a percorsi di Supported Employment (Kregel et al., 1989; Kregel et al., 2000; Wehman et al., 1997).

Robert Evert Cimera, professore della Kent State University, è stato contattato da un'agenzia governativa statale per condurre un'analisi dei costi di entrambi i programmi di lavoro nello Stato dell'Ohio.

All'autore sono stati forniti i dati su circa 12500 lavoratori che hanno ricevuto uno dei due servizi dal primo gennaio del 2000 al 6 giugno 2008. I dati forniti includevano: (a) il costo cumulativo di entrambi i servizi ricevuti da ciascun individuo, (b) il numero medio di ore di lavoro al mese, (c) la retribuzione media mensile. I partecipanti rientravano in 11 possibili categorie di disabilità, tra cui anche quella di disturbi mentali.

Le domande di ricerca erano tre. La prima riguardava quale programma avesse prodotto un costo maggiore per ogni mese di lavoro, a cui è stata data risposta confrontando il costo medio mensile dei servizi (cioè i costi cumulativi dei servizi divisi per mesi di servizi). La seconda era quale dei due programmi avesse prodotto il costo maggiore per ogni ora lavoro, calcolato dividendo il costo medio mensile dei servizi per le ore medie mensili di lavoro. La terza ed ultima si chiedeva quale programma avesse prodotto il costo più alto per ogni dollaro guadagnato, e questo è stato calcolato dividendo il costo medio mensile dei servizi di ciascun individuo per il salario lordo mensile medio guadagnato.

I risultati hanno riportato che c'era una differenza di 105,95 dollari tra il costo al mese di servizio tra i dipendenti supportati e quelli protetti, e che quindi i lavoratori che avevano beneficiato del Supported Employment fossero più convenienti rispetto ai beneficiari del lavoro protetto nel 67,4% dei casi.

Inoltre, i lavoratori del gruppo del Supported Employment avevano lavorato in media 60,55 ore al mese per un costo orario di 10,83 dollari, mentre quelli dell'impiego protetto avevano lavorato in media 65,41 ore al mese per un costo orario di 14,13 dollari; quindi, il primo gruppo era più conveniente nel 63% dei casi. Infine, le persone "supportate" avevano guadagnato una media di 403,34 dollari al mese, mentre le persone "protette" 159,77 al mese; convertendo i guadagni in costi, i lavoratori supportati erano costati 2,01 dollari per ogni dollaro guadagnato, contro i 12,24 dei lavoratori protetti: i primi hanno prodotto risultati migliori in oltre l'80% dei casi esaminati.

Questo studio ha inoltre rilevato che i lavoratori protetti hanno ricevuto servizi significativamente più a lungo rispetto ai lavoratori supportati: i primi hanno ricevuto servizi per una media di 72,92 mesi contro 44,91 per i secondi. Questo risultato non sorprende nemmeno visti i numerosi autori che hanno documentato che, una volta in tirocini protetti, molti individui non passano mai a lavorare nelle loro comunità (Parent et al., 1989). I risultati sono in linea anche con quanto emerso in precedenza da un'altra ricerca del 2008 dello stesso Cimera, il quale aveva già scoperto che i costi associati al Supported Employment tendono a diminuire nel tempo, mentre i costi dei lavoratori protetti sembrano aumentare leggermente.

Ciò che emerge, dunque, è la natura vantaggiosa del Supported Employment rispetto al sheltered employment in termini di costi economici, sebbene la letteratura su questo aspetto sia ancora piuttosto carente e meriti di essere espansa.

2.4.2. Vocational rehabilitation

La vocational rehabilitation (VR) è un programma fornito dalla maggior parte degli Stati come parte del sistema di riabilitazione professionale dello stato federale (Lehman & Steinwachs, 1998; Noble et al., 1997) che assiste le persone con disabilità nell'ottenere e mantenere un'occupazione in relazione ai punti di forza, alle risorse, alle priorità, alle capacità e agli interessi.

Il programma si compone di quattro fasi diverse (Twamley & Bartels, 2008): (1) Vocational Evaluation, un processo di tre o cinque settimane che include il lavoro con il consulente professionale, il quale aiuta a identificare gli interessi, gli obiettivi, le qualifiche, i supporti e le barriere all'occupazione dell'individuo; le valutazioni includono test attitudinali e questionari sulle competenze; (2) Employment Preparation, anch'essa di tre o cinque settimane, incentrate sulla preparazione al lavoro (ad esempio, stesura del curriculum, esercitazione delle capacità per affrontare colloquio e consulenza sui benefici per discutere di come l'ottenimento del lavoro influirà sui diritti del cliente); (3) Job Development, che riguarda la collaborazione con un "job developer" che accompagna il cliente da e verso i colloqui; e (4) Job Retention, che riguarda il mantenimento del lavoro e include il supporto di un coach per un massimo di 90 giorni.

Nonostante la vocational rehabilitation e l'IPS abbiano come scopo comune il raggiungimento di un'occupazione competitiva, i due programmi presentano delle differenze sostanziali.

Anzitutto, l'unico requisito per cominciare un percorso IPS è il desiderio di lavorare, che aiuta le persone a superare le barriere all'occupazione. Nella VR, invece, vi è un processo di determinazione dell'idoneità: il cliente deve avere una disabilità/menomazione documentata che presenti barriere che provocano difficoltà nell'assicurarsi e mantenere un lavoro e di avanzare di carriera (IPS Employment Center, 2020).

Prima che inizi la ricerca di lavoro, i clienti della VR ricevono un coaching sulla preparazione al lavoro e frequentano lezioni preprofessionali, seguendo un approccio "train-then-place" volto a incoraggiare delle occupazioni "di prova" precedenti alla ricerca di un lavoro competitivo; viene sviluppato un piano professionale, il Timely Individualized Plan for Employment (IPE) entro 90 giorni da una determinazione dell'idoneità per partecipare al programma (IPS Employment Center, 2020).

Nell'IPS, invece, la ricerca di lavoro avviene in maniera rapida: appena il cliente esprime il desiderio di lavorare, inizia subito il contatto con i potenziali datori di lavoro, e l'incontro vero e proprio avviene entro 30 giorni dall'ingresso nel programma IPS; la formazione preprofessionale e le valutazioni delle competenze vengono

utilizzate raramente, e la formazione, laddove necessaria, avviene tipicamente sul lavoro, secondo la filosofia “place-and-train” (Twamley & Bartels, 2008).

Inoltre, l’IPS pone maggiore enfasi sulle preferenze del cliente, mentre nella VR si dà importanza alla sua valutazione complessiva, spingendo maggiormente su risorse e capacità (IPS Employment Center, 2020).

I servizi IPS sono integrati con l’assistenza sanitaria per la salute mentale: specialisti IPS e professionisti della salute mentale si incontrano a cadenza settimanale, con lo scopo di fornire un trattamento integrato, cosa che non avviene nella VR (IPS Employment Center, 2020).

Infine, la maggior parte dei programmi VR sono limitati nel tempo: i servizi vengono interrotti dopo che un cliente ha mantenuto un lavoro per 90 giorni (Twamley & Bartels, 2008).

I programmi VR tendono ad avere tassi di abbandono più elevati, probabilmente a causa del ritardo tra la formazione iniziale e l’inserimento lavorativo finale (Bond et al., 1995): sebbene l’approccio graduale alla ricerca di un impiego possa avere buone intenzioni, la formazione preprofessionale fornita potrebbe non corrispondere ai lavori disponibili per i clienti quando cercano un impiego retribuito. Il Supported Employment è emerso come pratica evidence-based nella riabilitazione psichiatrica, con una serie di studi che ne hanno dimostrato l’efficacia rispetto alla vocational rehabilitation (Bond, 2004; Cook et al., 2005). Per i clienti con schizofrenia e altri disturbi psicotici, una meta-analisi ha mostrato che il Supported Employment era superiore alla VR in termini di tassi di lavoro competitivo (51% contro 18%, rispettivamente) (Twamley et al., 2003). Quest’ultimo aspetto sarà approfondito in uno dei paragrafi successivi di questo capitolo, illustrando uno studio specifico.

2.5. Applicazione dell’IPS: i fattori chiave

Sarebbe legittimo, arrivati a questo punto, interrogarci su cosa favorisca oppure ostacoli l’implementazione del programma IPS. La conoscenza di quali fattori influiscono sull’attuazione dell’IPS è importante per supportare i processi nazionali e locali, così come lo sviluppo di un approccio efficace che possa aiutare le persone con problemi di salute mentale a trovare lavoro.

Diversi studi si sono posti questo interrogativo: uno dei primi è stato Bond, nel 2008.

L'intervento del ricercatore consisteva nell'accesso a un toolkit (una cartella di lavoro, schede informative, video ed elenchi di risorse) e nella formazione e nel supporto tecnico continuo fornito da un consulente formatore agli specialisti del lavoro. Il monitoraggio era mensile e veniva condotto tramite osservazioni strutturate dei servizi del Supported Employment, tra cui corsi di formazione e riunioni di consultazione. Sono poi state condotte delle interviste semistrutturate con i supervisori degli specialisti del lavoro, che hanno fornito la loro prospettiva in merito alle strategie e agli ostacoli dell'attuazione del Supported Employment nel periodo di sei mesi. Le annotazioni delle osservazioni delle visite in loco e le trascrizioni delle interviste sono state inserite in Atlas.ti, un programma software qualitativo (Atlas.ti, 2002).

È emerso che tre fattori, leadership, padronanza e atteggiamenti, hanno fortemente influenzato l'attuazione del programma, sia positivamente che negativamente.

Per quanto riguarda il primo fattore, diversi intervistati hanno commentato l'importanza di avere un leader di riferimento nell'implementazione del programma. Ad esempio, un intervistato ha affermato: "[Il leader del programma] ha chiarito che se gli specialisti del lavoro non potevano supportare questa pratica, avrebbero dovuto cercare un altro lavoro." I supervisori considerati capaci di leadership hanno manifestato l'autorità necessaria per trasferire o licenziare specialisti del lavoro che si sono rifiutati di adempiere alle loro responsabilità per l'attuazione del Supported Employment e hanno creato o protetto posizioni nel programma di fronte alle pressioni di bilancio. I leader di successo del programma tendevano a concentrarsi sui cambiamenti strutturali, aggiornando o creando politiche e procedure professionali che riflettevano i principi del Supported Employment e hanno modificato gli standard di produttività per incoraggiare la ricerca di lavoro individualizzata e lo sviluppo del lavoro. Questi leader erano anche coscienti riguardo al monitoraggio delle prestazioni e all'utilizzo dei dati per identificare i problemi di implementazione. Manifestavano anche autorità amministrativa, che utilizzavano per stabilire aspettative comportamentali (ad esempio, numero di contatti con i datori di lavoro) e per far rispettare gli standard di prestazione.

Per quanto riguarda il fattore padronanza, se ad alcuni supervisori veniva fornita un'ampia formazione sulle capacità di supervisione e gestione del personale addetto al Supported Employment, l'attuazione del programma risultava più efficace. I risultati

miglioravano ulteriormente laddove i supervisori possedevano competenze pregresse nella supervisione aziendale e clinica e laddove gli specialisti del lavoro possedevano forti capacità cliniche per lavorare con persone con disturbi mentali.

Infine, con atteggiamento in questo studio si è fatto riferimento alle resistenze nell'aderire ai principi del Supported Employment, cosa che inizialmente caratterizzava tutto il personale coinvolto. Alcuni membri del personale hanno però sospeso il loro giudizio e hanno deciso di "sperimentare" il programma. Uno specialista del lavoro, alla fine del progetto, ha ammesso: "Non credevo che il Supported Employment avrebbe funzionato, ma ci ho provato comunque. Ho imparato che non si può davvero prevedere chi farà bene e chi no". Laddove il personale resistente è stato sostituito con professionisti che hanno abbracciato i principi del Supported Employment, si è scoperto che il turnover ha promosso il processo di implementazione.

Dallo studio possiamo concludere, in primo luogo, che c'è bisogno di una forte leadership a più livelli per favorire l'implementazione del Supported Employment, e la profondità dei dati qualitativi ottenuti consente di dare uno sguardo più da vicino ai ruoli e ai comportamenti specifici che i leader efficaci hanno assunto per facilitare il processo di implementazione.

In secondo luogo, sebbene l'intenso livello di formazione abbia fortemente influenzato l'attuazione del modello, anche le precedenti conoscenze ed esperienze del personale sono state un fattore chiave; infatti, laddove le competenze in ambito clinico e aziendale erano carenti, è stata rilevata una difficoltà nell'attuazione del Supported Employment.

I risultati dimostrano anche che l'assunzione di personale che dubita o contesta i principi del Supported Employment rallenta il processo di implementazione, suggerendo il ruolo critico dell'assunzione di professionisti che invece ci credono.

Risultati simili sono stati trovati successivamente anche da una revisione sistematica di Bonfils e colleghi, che si sono posti lo stesso obiettivo di esaminare i potenziali fattori che facilitano o fungono da barriere durante l'implementazione dell'IPS in Danimarca.

Gli studiosi hanno effettuato una ricerca di articoli rilevanti pubblicati in inglese nei database SocIndex, Cinahl, PsycArticles, PsycInfo, Academic Search Elite e PubMed, utilizzando varie parole chiave (ad esempio, riabilitazione psichiatrica, disturbo mentale, disabilità psichiatrica, assieme alle parole Supported Employment oppure IPS). La ricerca degli articoli è stata condotta sia nell'ottobre 2013 che nell'aprile 2015, per aggiungere gli studi che erano stati pubblicati dopo la prima fase.

Ad essere inclusi sono stati: gli studi che trattavano l'implementazione dell'IPS utilizzando metodi qualitativi, metodi quantitativi o metodi misti; gli articoli basati sulla conoscenza dell'attuazione dell'IPS in relazione a persone con gravi problemi di salute mentale; gli studi condotti nei paesi occidentali; quelli pubblicati dal 1996 in poi, anno del primo studio clinico controllato randomizzato (randomized controlled trial, RCT) focalizzato sul metodo IPS. Sono stati esclusi gli articoli non pubblicati né in inglese né nelle lingue nordiche (svedese, norvegese o danese). Gli studi inclusi sono stati 21 in totale, tutti pubblicati dal 2001 al 2015, a riprova che lo studio dell'attuazione dell'IPS è un campo nuovo ed emergente.

Dagli studi analizzati sono emersi diversi fattori generali: (1) fattori contestuali della società (sistema di welfare, mercato del lavoro/situazione economica, atteggiamenti e tradizione/cultura della popolazione), (2) fattori organizzativi (finanza, leadership e supervisione), (3) fattori riguardanti la cooperazione di gruppo (la relazione tra specialista IPS e team clinico) e (4) fattori individuali dello specialista IPS e dei membri del team clinico. Tali fattori sono emersi sia come facilitatori che come ostacoli.

Le politiche nazionali per l'occupazione e le normative basate su un modello “train-then-place” sono stati individuati come ostacoli all'attuazione dell'IPS (van Erp et al. 2007; Rinaldi, Miller & Perkins, 2010; Hasson, Andersson & Bejerholm, 2011; Boardman, 2013; Socialstyrelsen, 2014; Markström et al., 2015): per esempio, quando le norme per la valutazione della capacità lavorativa contraddicono la politica di zero esclusione dell'IPS, e le persone in cerca di lavoro sono tenute a partecipare a una valutazione prima di entrare in un programma di lavoro (Waghorn et al. 2007). Un altro esempio di fattore contestuale è la “trappola del beneficio”, in quanto le persone corrono il rischio di perdere i benefici sociali se iniziano a lavorare (van Erp et al. 2007; Boardman 2013). La mancanza di incentivi finanziari per lavorare funge da

barriera strutturale che demotiva i clienti, poiché lavorare potrebbe non migliorare la loro situazione finanziaria. Anche il mercato del lavoro nazionale e il tasso di disoccupazione influiscono sulle opportunità di trovare lavoro in generale: alcuni degli studi analizzati (van Erp et al. 2007; Schneider & Akhta, 2012; Socialstyrelsen, 2014) sottolineano che un mercato del lavoro che offre poche opportunità ai lavoratori poco qualificati crea non pochi problemi per le persone con disturbi mentali prive di competenze e di precedenti esperienze lavorative. Un altro fattore di ostacolo è la volontà del datore di lavoro di assumere persone con disabilità mentali poiché temono che il dipendente non possa essere all'altezza delle loro aspettative (Knaeps, DeSmet & Van Audenhove, 2012).

Tra i fattori che influenzano l'implementazione dell'IPS vengono citati anche gli atteggiamenti e la cultura generale dei professionisti della salute mentale e datori di lavoro (Rinaldi, Miller & Perkins 2010; Bejerholm, Larsson & Hofgren, 2011; Hasson, Andersson & Bejerholm, 2011; Boardman, 2013). Gli atteggiamenti negativi dei professionisti della salute mentale, laddove sottolineano che i sintomi devono scomparire prima che una persona sia pronta per essere inserita nel mercato del lavoro, con basse aspettative sulla loro capacità di lavorare (Rinaldi, Miller & Perkins 2010; Hasson, Andersson & Bejerholm 2011; Shepherd et al. 2012), rendono difficoltosa l'implementazione del metodo.

Per quanto riguarda i fattori organizzativi, la capacità di ottenere finanziamenti è stata individuata come un fattore che supporta l'attuazione dell'IPS (Oldman et al. 2005; Rinaldi, Miller & Perkins, 2010; Socialstyrelsen 2014). Anche il ruolo della leadership, coerentemente con i risultati ottenuti da Bond, descritti precedentemente, è risultato fondamentale per un'attuazione efficace: la leadership di successo è descritta come l'impegnarsi nel programma, l'assumere un ruolo persuasivo e assertivo, un ruolo di agente del cambiamento, l'assumersi l'autorità di trasferire o licenziare specialisti IPS che si rifiutano di seguire l'approccio IPS, e il definire gli standard di prestazione (van Erp et al. 2007; Marshall et al. 2008; Rinaldi, Miller & Perkins 2010; Shepherd et al. 2012). Sempre in linea coi risultati di Bond, anche la supervisione e la formazione continua degli specialisti IPS sono stati evidenziati come fattori che facilitano l'attuazione dell'IPS: Rinaldi, Miller e Perkins (2010) e Boardman (2013) sottolineano che per implementare l'IPS sia necessaria la formazione e la consulenza

di coordinatori IPS esperti. Invece, il turnover del personale e dei leader del programma, la raccolta di dati e altri tipi di lavoro amministrativo richiedenti tempo, mettono a dura prova l'attuazione del programma (Oldman et al. 2005; van Erp et al. 2007).

Circa i fattori di cooperazione, è risultato che il supporto dei membri del team IPS facilita il processo di implementazione. Alcuni studi (van Erp et al., 2007; Boyce et al., 2008; Hasson, Andersson & Bejerholm, 2011; Menear et al., 2011; Knaeps, DeSmet & Van Audenhove, 2012) hanno mostrato come una cooperazione inadeguata metta in discussione l'attuazione dell'IPS: valori, atteggiamenti e convinzioni differenti circa la capacità del cliente di lavorare possono causare conflitti e, di conseguenza, inibire la cooperazione. Invece, iniziative come la formazione prima dell'inizio del programma IPS e le riunioni regolari del team supportano lo sviluppo di una cooperazione positiva (Oldman et al., 2005; van Erp et al., 2007; Folkesson, 2014).

Metà degli articoli analizzati riportano come i fattori relativi al livello individuale influenzino l'attuazione dell'IPS. Bejerholm, Larsson e Hofgren (2011) hanno menzionato come gli specialisti IPS possano avere difficoltà a spiegare le normative del sistema di welfare ai clienti, portandoli a preoccuparsi e a temere di perdere la sicurezza finanziaria nel caso in cui perseguissero il loro obiettivo di ottenere un impiego. Questo esempio indica come la conoscenza da parte dei professionisti IPS della politica, delle norme e dei regolamenti nazionali in materia di welfare giochi un ruolo fondamentale nella creazione di un rapporto positivo con il cliente. Inoltre, come già rilevato, è emerso che anche le competenze, le conoscenze e l'esperienza dello specialista sono essenziali per una corretta implementazione del metodo.

Quindi, anche i risultati di questa revisione mostrano che i fattori che influenzano l'attuazione dell'IPS sono molteplici e differenziati, e che la conoscenza di tali fattori sia importante per guidare ulteriormente la ricerca sull'implementazione dell'IPS.

Nel 2017, Bond, assieme a Metcalfe e Drake, si è proposto di quantificare le influenze di altri fattori economici, del lavoro e normativi che si pensava potessero fungere da moderatori per un'implementazione di successo dell'IPS: condizioni economiche, tassi di sindacalizzazione, tutele occupazionali più o meno attive e generosità della

struttura in quanto a prestazioni di invalidità. I ricercatori hanno condotto una meta-analisi servendosi di 21 studi: le dimensioni di campioni variavano da 37 a 312 (media di 147), il periodo di follow-up da 5 mesi a 5 anni (media di 20 mesi), l'anno di pubblicazione dal 1996 al 2015 (media di 2009), e i paesi di provenienza erano Australia, Bulgaria, Canada, Germania, Hong Kong, Italia, Giappone, Paesi Bassi, Svezia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti. L'unico outcome era il tasso di occupazione competitiva, definito come percentuale di partecipanti che sono stati occupati in un impiego competitivo in qualsiasi momento durante il periodo di follow-up. I criteri di inclusione degli articoli nello studio erano: aver confrontato due o più gruppi, uno dei quali partecipante a un percorso IPS e un altro, un gruppo di controllo, a un programma professionale alternativo; essere stati pubblicati tra il 1996 e maggio 2017; avere avuto, come partecipanti, adulti (di età superiore ai 18 anni) con un grave disturbo mentale come schizofrenia, disturbo affettivo o disturbo da stress post-traumatico; aver riportato risultati occupazionali competitivi per un periodo di follow-up fisso.

Anche in questo caso, la strategia di ricerca nel database si basava su parole chiave e combinazioni di parole chiave, che riguardavano disturbi mentali gravi, IPS e studi randomizzati controllati.

Sono stati individuati diversi potenziali moderatori. In primis, fattori economici, le cui fonti primarie includevano il Bureau of Labor Statistics degli Stati Uniti, l'OCSE, il Dipartimento di censimento e statistica di Hong Kong e l'Istituto nazionale di statistica bulgaro, che basano i propri dati su indagini nazionali. Sono stati poi considerati: il tasso di disoccupazione, definito come la proporzione della forza lavoro disoccupata; la variazione in percentuale del PIL, inteso come la somma delle spese per consumi privati lordi, degli investimenti privati lordi, degli acquisti pubblici e delle esportazioni nette; l'ambiente di lavoro; il tasso di sindacalizzazione, ossia la proporzione della forza lavoro che costituisce un membro del sindacato, valutata o attraverso indagini sulla popolazione o sui rapporti sindacali (Visser et al., 2014).

Nel complesso, nell'intera gamma di moderatori valutati, l'IPS è stato costantemente più efficace nel collocare i destinatari in un'occupazione competitiva rispetto ai servizi professionali alternativi. I programmi IPS hanno però sperimentato una minore probabilità di occupazione in presenza di normative sempre più interventiste,

risultando quindi più efficace in presenza di tutele occupazionali meno interventiste, ma anche in presenza di una struttura meno generosa in termini di prestazioni di invalidità e di sforzi statali meno aggressivi per integrare le persone con disabilità nella forza lavoro. Questa meta-analisi risulta unica nel valutare i potenziali moderatori dei risultati occupazionali. La suscettibilità del vantaggio dell'IPS in contesti normativi più interventisti convalida un quadro di ricerca in cui le normative influiscono sulle motivazioni dei datori di lavoro e delle persone in cerca di lavoro, le cui conseguenze possono minare sia l'obiettivo dei decisori politici di incoraggiare la partecipazione alla forza lavoro, sia gli sforzi della popolazione interessata a trovare lavoro. Le prestazioni d'invalidità forniscono sicurezza di reddito per coloro che si ritengono inabili al lavoro, ma la prospettiva di perdita o riduzione di tali prestazioni può anche scoraggiare coloro che sono in grado di lavorare dal cercare un impiego. Infine, gli sforzi per integrare le persone con disabilità nella forza lavoro possono incoraggiare a loro volta gli sforzi di riabilitazione professionale, ma, se vengono finanziati servizi meno efficaci, molte persone in cerca di lavoro non avranno successo. In conclusione, l'efficacia dell'implementazione dell'IPS è influenzata da un'ampia gamma di condizioni economiche, lavorative e normative, e il programma funziona meglio rispetto a forme alternative di riabilitazione professionale quando gli ambienti normativi locali non inibiscono le pratiche di assunzione dei datori di lavoro, né creano una struttura di incentivi che riduca la motivazione a trovare lavoro.

2.6. I target del metodo

Come sancito dal principio “zero exclusion”, tutti possono accedere ai percorsi IPS, a prescindere dalla propria diagnosi e da altre caratteristiche personali: l'unico requisito è il desiderio di lavorare.

Nel corso degli anni il metodo IPS è stato esperito da persone con le caratteristiche e le storie cliniche più disparate, al fine di verificarne l'efficacia per più target.

2.6.1. Persone di mezza età e anziane

Con l'invecchiamento della popolazione, il numero di persone di mezza età e anziane con disturbi mentali sta crescendo rapidamente (Palmer et al., 2002) e, come le loro controparti più giovani, la maggior parte di loro è disoccupata. Le persone anziane con

gravi disturbi mentali sono spesso ritenute incapaci di tornare al lavoro e non sono attivamente reclutate per partecipare a programmi di riabilitazione lavorativa. Tuttavia, proprio come le persone anziane senza disagi psichici lavorano sempre più spesso oltre l'età pensionabile, anche gli individui con disturbi gravi, come la schizofrenia, vogliono lavorare (Auslander & Jeste, 2002).

Gli utenti di mezza età e anziani che ricevono supporto per l'inclusione lavorativa sono tendenzialmente diversi dai clienti più giovani: essi possono avere tassi più bassi di abuso di alcol o sostanze e una maggiore esperienza lavorativa (Jeste et al., 2003), ma è anche vero che possono incontrare degli ostacoli inediti, tra cui deficit cognitivi e senso-motori associati all'età e pregiudizi sull'età da parte dei datori di lavoro (Jeste et al., 2003; Kurtz, 2005).

Nel 2008, Twamley e Bartels hanno condotto il primo studio volto a verificare l'efficacia del metodo IPS sugli individui di età pari o superiore a 45 anni con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo. In particolare, i ricercatori avevano ipotizzato che i fruitori della metodologia IPS avrebbero ottenuto migliori risultati in termini di lavoro competitivo, tempo di assunzione, durata dell'impiego e guadagno, rispetto ai partecipanti al vocational rehabilitation (VR); inoltre, l'età e altre variabili demografiche e cliniche non avrebbero dovuto costituire predittori significativi dei risultati del lavoro, e i partecipanti che avrebbero ottenuto un lavoro competitivo avrebbero sperimentato una migliore qualità della vita rispetto a coloro che non l'avevano ottenuto.

I partecipanti erano in totale 50, avevano tutti 45 anni o più e avevano una diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) e stavano ricevendo le cure psichiatriche in un ambulatorio a San Diego, in California. Inoltre, tutti avevano lavorato in passato e l'84% aveva una storia di occupazione per almeno 12 mesi consecutivi. I criteri di inclusione riguardavano lo stato di disoccupazione e il desiderio di lavorare al momento della ricerca. I criteri di esclusione, invece, erano la dipendenza da alcol o sostanze nell'ultimo mese e la presenza di demenza o altri disturbi neurologici importanti. I soggetti sono poi stati assegnati in maniera casuale a uno dei due programmi.

I dati sull'occupazione sono stati monitorati tramite registri settimanali delle ore di lavoro e dei salari guadagnati e confermati tramite l'esame delle buste paga, mentre

l'intervista sulla qualità della vita (Lehman, 1983) è stata somministrata all'inizio dello studio, al follow-up a 6 mesi e al follow-up a 12 mesi.

Tra i partecipanti IPS, il 57% ha ottenuto un lavoro competitivo, rispetto al 27% dei partecipanti VR. Gli utenti IPS hanno lavorato in media 11 settimane durante l'anno, mentre i clienti VR hanno lavorato in media 3 settimane. I partecipanti all'IPS hanno guadagnato più soldi dal lavoro competitivo rispetto ai partecipanti VR (1.964 dollari vs 467). Di coloro che hanno ottenuto un'occupazione competitiva, i clienti IPS hanno ottenuto il lavoro un po' più rapidamente rispetto ai clienti VR (93 giorni vs 171), sebbene la differenza non fosse statisticamente significativa. Un dato triste è che, nonostante i partecipanti ad entrambi i percorsi avessero dichiarato il desiderio di ottenere un lavoro retribuito, un terzo dei clienti VR è stato inserito in iter di istruzione o formazione piuttosto che ricevere assistenza nella ricerca di un impiego, e un altro terzo non ha svolto alcun tipo lavoro o formazione, anche se erano rimasti nello studio; addirittura, dei 6 partecipanti VR che hanno ottenuto un impiego competitivo, 5 hanno trovato lavoro da soli, senza l'assistenza di un consulente professionale.

Sono stati poi confrontati i clienti che hanno ottenuto un lavoro competitivo e quelli che non l'hanno fatto su dati demografici (età, istruzione, sesso, etnia) e clinici (diagnosi, durata della malattia, gravità dei sintomi, dosi di farmaci assunte), ed è emerso che, rispetto a chi non ha lavorato in modo competitivo, quelli che lo hanno fatto avevano maggiori probabilità di ricevere i servizi IPS rispetto ai servizi VR e avevano lavorato di più in passato, ma non differivano su altre variabili.

Infine, è emerso che, tra i partecipanti che hanno lavorato in modo competitivo durante lo studio, la soddisfazione globale per la vita è aumentata nel corso dell'anno ed era più alta al follow-up a 12 mesi (una media di 4,65 su una scala a 7 punti), mentre coloro che non hanno lavorato in modo competitivo hanno riportato una qualità della vita più bassa al follow-up di 12 mesi (una media di 3,54).

Quindi, dallo studio si è potuto concludere che i partecipanti all'IPS avevano maggiori probabilità di lavorare rispetto ai partecipanti alla VR, suggerendo che il modello del Supported Employment è più efficace della tradizionale riabilitazione professionale nell'aiutare i clienti di mezza età e gli anziani con schizofrenia ad ottenere un lavoro competitivo, grazie alla natura rapida e individualizzata dell'approccio IPS. Purtroppo, molti partecipanti assegnati alla condizione VR sono stati indirizzati verso l'istruzione

o la formazione, e questo probabilmente li ha dissuasi dal cercare lavoro. I clienti che hanno ottenuto un lavoro competitivo hanno riferito un miglioramento della qualità della vita nel corso dello studio, e ciò potrebbe essere dovuto a una combinazione di fattori, tra cui aumento del reddito, della socializzazione e dell'autoefficacia dovuti all'ottenimento dell'impiego. Questi risultati sono coerenti con altre ricerche che suggeriscono che la maggior parte dei clienti con gravi disturbi mentali, quali la schizofrenia, che vogliono lavorare possono farlo, se viene offerto loro il supporto appropriato (Bond, 2004; Bond et al., 2001; Twamley et al., 2003).

2.6.2. Giovani adulti

L'occupazione rappresenta un grande risultato per tutte le persone con disturbo mentale grave, ma in particolare per i giovani adulti a cui è stato diagnosticato recentemente un disturbo psichiatrico (Killackey et al., 2006). È stato, infatti, dimostrato che i giovani adulti con un disturbo mentale aspirano agli stessi obiettivi dei loro coetanei (Ramsay et al., 2011). Purtroppo, la maggior parte di questi giovani non ricopre un lavoro competitivo (Drake et al., 2013), anzi, spesso abbandonano la scuola o il lavoro. Essendo stato sviluppato per la prima volta nei centri di salute mentale per adulti con disturbo mentale grave, le evidenze dell'efficacia del metodo IPS sulla popolazione adulta sono diffuse, mentre sono generalmente più limitate quelle incentrate specificamente sui giovani adulti. Nel 2014, Bond, Drake e Campbell hanno condotto uno studio al fine di colmare questa lacuna, con l'ipotesi che i giovani adulti partecipanti a un percorso IPS ottenessero migliori risultati in termini di occupazione competitiva rispetto ai giovani riceventi altri tipi di servizi professionali.

Il campione analizzato dagli studiosi era composto da 109 persone disoccupate con età inferiore ai 30 anni (età compresa tra i 20 e i 29 anni). Altri criteri di inclusione erano il desiderio di un lavoro competitivo, la capacità e la volontà di fornire il consenso informato e l'assenza di condizioni mediche significative che precludessero l'occupazione. Sono stati misurati 9 outcomes di impiego competitivo: (1) ottenimento dell'impiego, (2) settimane totali di lavoro, (3) permanenza nel posto di lavoro più longevo, (4) settimane di lavoro in quest'ultimo, (5) ore totali di lavoro, (6) media delle ore settimanali di lavoro, (7) salari totali, (8) numero di giorni dall'ammissione all'IPS o dal programma alternativo al primo lavoro competitivo, (9) lavorare almeno

20 ore a settimana durante il follow-up. L'outcome del numero dei giorni al primo impiego, differentemente dagli altri, era un indicatore negativo: più alte le misure, più scadente il risultato. Dopo 18 mesi, sono stati confrontati i risultati occupazionali nei due gruppi.

In tutte le misure, il gruppo IPS ha ottenuto risultati occupazionali significativamente migliori. Il tasso di occupazione competitiva durante il follow-up per i partecipanti IPS era quasi il doppio rispetto ai partecipanti ad altri programmi professionali (82% contro 42%). Inoltre, rispetto al gruppo di controllo, il gruppo IPS ha registrato più del triplo del numero di settimane di lavoro, della permanenza nel posto di lavoro più longevo e delle ore totali di lavoro; hanno poi impiegato in media 70 giorni in meno per iniziare il loro primo impiego competitivo e avevano una media di quasi il doppio delle settimane totali di lavoro rispetto ai partecipanti di controllo (25 contro 7).

Questo studio dimostra inequivocabilmente che la fascia di età comprendente i giovani adulti ottenga effetti benefici dalla partecipazione ai servizi IPS e che questo metodo riesca ad assisterli in maniera efficace lungo il cammino per ottenere un lavoro competitivo, permettendo loro di sganciarsi dal ruolo di paziente psichiatrico.

Questi risultati smentiscono anche la convinzione di alcuni autori secondo cui i giovani adulti, alla luce della loro immaturità professionale e mancanza di esperienza lavorativa, dovrebbero partecipare a tirocini non retribuiti e altre attività preparatorie, poiché approcci di ricerca rapida di lavoro come l'IPS porterebbero a risultati insoddisfacenti (Lidz et al., 2013; Sowers, 2013).

Nel 2019, in Norvegia, Sveinsdottir e colleghi hanno voluto approfondire ulteriormente la proficuità dell'IPS indirizzato ai giovani adulti, focalizzandosi sull'ambito prevenzione. Nello specifico, gli studiosi hanno creato il progetto "Supported Employment and preventing Early Disability" (SEED), volto a indagare l'efficacia dell'IPS per i giovani adulti norvegesi a rischio di disabilità lavorativa precoce a causa di vari problemi sociali e sanitari, che potevano coinvolgere o meno disturbi mentali. Il confronto avveniva, come nello studio di Bond e colleghi, con un gruppo di partecipanti assegnati ai programmi tradizionali di impiego (TVR) in maniera casuale, che ricevevano l'opportunità di svolgere un tirocinio in una "impresa

protetta”, nei settori cibo e ristorazione, assistenza all'infanzia, servizi di meccanica, servizi di trasporto e magazzini.

I criteri per l'ammissibilità allo studio erano: età compresa tra i 18 e i 29 anni; non essere inseriti in un percorso lavorativo o educativo; ricevere prestazioni temporanee dal Servizio norvegese del lavoro e del benessere (NAV). I criteri di esclusione non erano di natura diagnostica, ma si basavano solo sulla comprensione insufficiente della lingua norvegese necessaria per rispondere ai questionari somministrati, e, in linea coi principi dell'IPS, sul mancato interesse delle persone nei confronti dell'ottenimento di un lavoro competitivo.

La raccolta dei dati è avvenuta tramite la somministrazione di questionari, prima di cominciare i percorsi, a 6 mesi e a 12 mesi dall'inizio. L'outcome primario era l'occupazione competitiva, misurata mediante autovalutazione con un unico item che chiedeva ai partecipanti di indicare il numero di settimane, giorni o ore lavorate in un'occupazione competitiva durante i primi 12 mesi dopo la partecipazione allo studio. Altri outcome riguardavano la percentuale di partecipanti che, a 12 mesi, lavoravano almeno 20 ore settimanali, il numero totale di ore di lavoro, le settimane trascorse prima della prima assunzione e le settimane lavorative del lavoro più lungo.

Outcome relativi alla salute, con un follow-up a 6 e 12 mesi, erano: livello di disabilità, utilizzando il World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 (Ustun et al., 2010); disagio psicologico, misurato con la Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (Derogatis et al., 1974; Winokur et al., 1984); fatica, utilizzando il Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ) (Chalder et al., 1974); coping, impotenza e disperazione, tramite la Theoretically Originated Measure of the Cognitive Activation Theory of Stress (TOMCATS) (Odeen et al., 2013); consumo di alcol, utilizzando l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) (Bush et al., 1998); e l'uso di droghe, tramite il Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT-C) (Berman et al., 2003; Sinadinovic et al., 2012).

I partecipanti al gruppo IPS hanno riportato effetti significativamente più positivi sugli outcome di ansia, disturbi soggettivi di salute, impotenza, disperazione e uso di droghe rispetto al gruppo TVR sia a 6 che a 12 mesi di follow up. I giovani partecipanti all'IPS hanno anche mostrato livelli di disabilità significativamente più bassi e più ottimismo sul benessere futuro a 12 mesi rispetto al gruppo TVR.

Inoltre, i soggetti del gruppo IPS avevano maggiori probabilità di essere impiegati in modo competitivo durante un anno di follow-up rispetto ai partecipanti che aveva ricevuto il TVR: di questi ultimi, solo l'8% ha ottenuto un impiego competitivo, e hanno anche lavorato meno ore.

Lo studio risponde a un'esigenza consolidata nella letteratura di interventi efficaci per aiutare i NEET (Not in Education, Employment or Training) a entrare nel mercato del lavoro (Eurofound, 2012) e indica che l'IPS potrebbe avere il potenziale per prevenire l'ingresso nel sistema della disabilità per questo gruppo, in quanto il metodo può essere applicato con successo ai NEET con capacità lavorative ridotte a causa di vari problemi sociali o sanitari.

È ancora confermato che la natura protetta dell'approccio dei programmi di impiego tradizionali può precludere un'occupazione competitiva, collocando i partecipanti in una situazione di formazione al di fuori del mercato del lavoro e in un ambiente con altri individui che sono nella stessa situazione.

I risultati suggeriscono fortemente che fornire supporto diretto per trovare e mantenere posti di lavoro competitivi piuttosto che collocare i clienti in contesti di formazione protetti è un modo molto più efficace per reintegrare i NEET vulnerabili nel mercato del lavoro competitivo.

2.6.3. Disturbo borderline: una ricerca ancora in corso

L'esordio clinico del disturbo borderline di personalità (BPD) si verifica di solito a un'età compresa tra i 12 e 25 anni, e comunemente implica difficoltà sostanziali nel funzionamento sociale e lavorativo (Winsper et al., 2015; Winograd et al., 2008). La gravità di sintomi del BPD all'età di 14 anni è associata a un livello accademico e lavorativo inferiore alla media della popolazione 20 anni dopo (Winograd et al., 2008), mentre all'età di 24 anni è associata all'assenza di qualifiche post-scolastiche e a difficoltà relazionali all'età di 35 anni (Moran et al., 2016): in uno studio condotto da Caruana e colleghi nel 2017 sui giovani all'inizio di un programma di trattamento per BPD, il 62% dei partecipanti era parzialmente o completamente NEET.

Al momento la letteratura non presenta studi completati sulla metodologia IPS applicata a individui con disturbo borderline. Attualmente, però, Chanen e altri ricercatori provenienti da Melbourne, Australia, stanno conducendo un'indagine con

lo scopo di testare l'efficacia del metodo IPS nel migliorare i risultati professionali (educativi e/o occupazionali) per i giovani con sintomatologia lieve (da tre a quattro sintomi) o con sintomatologia completa (cinque o più sintomi), confrontandoli coi risultati ottenuti dai servizi tradizionali (UVS) offerti di routine all'interno di un programma ambulatoriale specializzato per persone con disturbo borderline. Il nome del progetto è INVEST (INdividual Vocational and Educational Support Trial).

L'ipotesi è che, dopo 52 settimane dall'inizio del percorso, i partecipanti del metodo IPS avranno esiti migliori sia su outcome primari, quali numero di giorni di istruzione/occupazione dall'inizio del programma, che secondari, come rapporto costo-efficacia dell'intervento, qualità della vita, gravità del BPD.

I partecipanti verranno reclutati all'interno di un programma clinico chiamato Helping Young People Early (HYPE), che integra l'assistenza psichiatrica generale, la gestione del caso clinico e la psicoterapia individuale, portato avanti da Orygen, un servizio di salute mentale per giovani. Questo trattamento generalmente si completa in un periodo di 6-7 mesi e offre ai pazienti fino a quattro appuntamenti di follow-up nei 6 mesi successivi, fornendo quindi un tempo sufficiente per completare sia il programma IPS che quelli tradizionali. I criteri di inclusione allo studio saranno: età compresa tra i 15 e 25 anni; presenza di tre o più sintomi borderline, valutati dalla Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID 5-PD); desiderio di riprendere la propria istruzione o di iniziare un lavoro; capacità di fornire il consenso informato; conoscenza almeno sufficiente della lingua inglese.

I partecipanti assegnati al programma IPS incontreranno uno specialista IPS entro 14 giorni dalla randomizzazione, per stabilire gli obiettivi professionali a breve e a lungo termine, e per identificare opportunità di lavoro/formazione adeguate, dopodiché il professionista avrebbe fornito supporto e consulenza in merito alla scrittura del curriculum vitae e alla preparazione per il colloquio.

I giovani assegnati al programma tradizionale UVS riceveranno il supporto professionale regolarmente disponibile tramite i case manager per coloro che frequentavano il programma HYPE di Orygen. Il percorso prevede la collaborazione con la Travancore School, una scuola indirizzata a ragazzi di età compresa tra i 15 e i 18 anni impegnati con servizi di salute mentale. I partecipanti incontreranno un insegnante della Travancore e un case manager per discutere degli obiettivi

professionali e ricevere supporto e pianificazione nel percorso professionale; l'insegnante darà poi consigli e informazioni educative al case manager e alla famiglia del giovane. In questo caso, dall'insegnante non proviene un vero e proprio sostegno all'occupazione, ma i case manager invitano i giovani a cercare questo tipo di sostegno presso apposite agenzie di collocamento oppure tramite Centrelink, il programma del Dipartimento dei servizi umani del governo australiano che fornisce pagamenti e servizi alle persone disoccupate, con disabilità, agli studenti e agli apprendisti. Inoltre, a differenza degli operatori IPS, i case manager HYPE non hanno una formazione specializzata o esperienza nelle reti educative, nella ricerca di lavoro o nel supporto sul posto di lavoro.

Per raccogliere i dati sull'outcome relativo al numero di giorni impiegati nell'istruzione o nell'occupazione dall'inizio del programma, i partecipanti riceveranno due messaggi ogni settimana, in cui verrà loro chiesto, pensando all'ultima settimana, di indicare quanti giorni lavoreranno (primo messaggio) e quanti giorni frequenteranno la scuola o dei corsi di formazione (secondo messaggio). I giovani risponderanno con numeri da 0 a 7.

L'outcome costo-efficacia di entrambe le tipologie di intervento verrà misurato utilizzando informazioni provenienti dal cliente, dal budget dello studio e dal questionario Resource Use Questionnaire (RUQ), il quale raccoglie informazioni circa ospedalizzazioni, prodotti farmaceutici acquistati e fruizione di servizi del settore sanitario e non.

La qualità della vita verrà valutata con l'AQoL-8D (Assessment of Quality of Life) (Richardson et al., 2013), un questionario di autovalutazione di 35 item che misura l'outcome attraverso otto dimensioni: vita indipendente, dolore, sensi, salute mentale, felicità, coping, relazioni, autostima.

Infine, per la gravità del disturbo borderline verrà impiegata la BPDSI-IV (Borderline Personality Disorder Severity Index) (Arntz et al., 2003), una intervista semi-strutturata di 70 item che valuta la frequenza e la gravità attuali di ciascun criterio del BPD contenuto nel DSM-IV.

L'INVEST sarà particolarmente importante in quanto rappresenterà il primo studio randomizzato controllato (RCT) sulla metodologia IPS per persone di qualsiasi genere e fascia di età con patologia borderline. Il progetto presenta diversi punti di forza.

Anzitutto, ci sono criteri di esclusione minimi: i partecipanti con disturbi mentali concomitanti, inclusi disturbi bipolari, psicotici, da uso di sostanze o di personalità antisociale, che di solito sono esclusi dagli RCT sul disturbo bipolare, sono liberi di partecipare allo studio. Questo gruppo eterogeneo di partecipanti rifletterà il mondo reale e sarà altamente rappresentativo dei giovani che si presentano a un servizio di salute mentale specializzato, aumentando la validità esterna della sperimentazione.

In più, la maggior parte degli RCT condotti con persone con BPD era incentrata o soltanto sugli adolescenti o soltanto sugli "adulti" (dai 18 anni in su), mentre la fascia di età per INVEST sarà da 15 a 25 anni, in quanto viene riconosciuto che nelle società economicamente sviluppate c'è generalmente un'estensione della pubertà fino ai 25 anni, che si ritiene supporti l'acquisizione delle conoscenze, abilità e capacità di autoregolamentazione necessarie per raggiungere il funzionamento indipendente del ruolo adulto e l'integrazione nella società (Dahl et al., 2018; Sawyer et al., 2018). L'ampliamento della fascia di età aumenta la capacità dell'intervento di affrontare sia l'istruzione che l'occupazione e di considerare la transizione dalla scuola all'istruzione post-scolastica o al lavoro, o, in altre parole, il passaggio dall'infanzia all'età adulta, momento particolarmente critico per il rendimento scolastico, l'apprendimento delle competenze professionali e la prima esperienza di lavoro e formazione (Ennals et al., 2013). Questo è inoltre un periodo cruciale per l'insorgenza di gravi difficoltà di salute mentale, che possono notevolmente inficiare sul processo di crescita; per questo, l'implementazione dell'IPS in un servizio di intervento precoce per il disturbo borderline che prevede un maggiore coinvolgimento nell'istruzione e nell'occupazione rispetto ai programmi tradizionali, dovrebbe fornire un maggiore miglioramento per i giovani con BPD. I risultati dello studio saranno resi disponibili sul sito web dell'Orygen.

2.6.4. Disturbi affettivi: l'IES

Per disturbo affettivo si intende un concetto generale che include il disturbo depressivo e il disturbo bipolare. I disturbi affettivi sono riconosciuti come una delle principali cause di congedo per malattia e di disoccupazione (Harvey et al., 2009; OCSE, 2013). In particolare, la depressione colpisce l'intero stile di vita, compreso il lavoro (Adler et al., 2006; Lerner & Henke, 2008), provocando costi elevati per l'individuo e la

società (Eaton et al., 2008; Murray et al., 2012; Social Insurance Report, 2015; OCSE, 2011). Si rileva di fondamentale importanza sviluppare nuovi interventi che affrontino le difficoltà che le persone con sintomi depressivi hanno nell'ottenere e mantenere un impiego (Lauber & Bowen, 2010; Joyce et al., 2016; Martin et al., 2012; Henderson et al., 2011).

Mentre ci sono numerose prove a supporto dell'efficacia del metodo IPS per i disturbi mentali gravi, non vi sono molti interventi con l'obiettivo specifico di sostenere la salute mentale e l'occupazione per le persone con disturbi affettivi (Joyce et al., 2016; Rapporti ufficiali del governo svedese, 2011; Furlan et al., 2012; Audhoe et al., 2010). Recentemente, però, è stata introdotta una nuova forma di Supported Employment, che sfrutta le modalità di intervento del metodo IPS ma adattate per questo gruppo target: è chiamata IES (Individual Enabling and Support) e si basa sul fornire un supporto di alta qualità (Modini et al., 2016) e sull'integrazione tra strategie motivazionali, cognitive e di utilizzo del tempo affinché anche le persone con disturbi affettivi possano beneficiare del Supported Employment.

Lo IES è basato su dieci principi: 1) Gestire il cambiamento e sviluppare strategie motivazionali e cognitive, 2) Utilizzare il tempo in modo da garantire un equilibrio tra lavoro e vita privata, 3) Integrazione dell'IES con il trattamento della salute mentale, 4) Ottenimento di un impiego competitivo come obiettivo primario, 5) Scelta della partecipazione come requisito per l'adesione al programma, 6) Ricerca rapida del lavoro, 7) Ricerca del lavoro in base alle preferenze personali del cliente, 8) Supporto continuo e adattamento lavorativa secondo le necessità dell'utente, 9) Consulenza sui sussidi in una fase iniziale e 10) Impegno di qualità con i datori di lavoro. Anche nell'IES, come per l'IPS, l'entità della consulenza è individualizzata per soddisfare le esigenze di intervento del partecipante.

L'IES si implementa attraverso diversi step: 1) mobilitazione di strategie motivazionali e cognitive, 2) completamento di un profilo professionale e di un piano di carriera, 3) ricerca di lavoro e 4) fase di occupazione assistita, durante la quale le strategie mobilitate sono intrecciate. Le fasi 1 e 2 durano 1-2 mesi, la fase 3 dura fino a che si raggiunge l'occupazione; le prime tre fasi richiedono un impegno di circa un'ora a settimana, mentre la fase 4 richiede 20 minuti a settimana.

L'efficacia del metodo IES è stata testata per la prima volta nel 2017 in Svezia, da Bejerholm, Larsson e Johanson. Gli outcome da valutare erano: le ore di lavoro settimanali, il numero di settimane di lavoro, l'orario di lavoro totale, il reddito e il tempo trascorso per l'assunzione. Venivano inoltre valutati: la gravità dei sintomi depressivi, attraverso la Montgomery-Åsberg Depression Self Rating Scale (MADRS-S) (Montgomery & Asberg, 1979), composta da nove item (umore, sentimenti di disagio, sonno, appetito, capacità di concentrazione, iniziativa, coinvolgimento motivazionale, pessimismo e gioia di vivere) a cui rispondere utilizzando una scala di sette punti (0–6); e la qualità della vita, misurata dal Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), uno strumento sviluppato appositamente per le persone con disturbi mentali (Priebe et al., 1999).

Gli studiosi avevano ipotizzato che i partecipanti al programma IES avrebbero avuto un tasso di occupazione più elevato e migliori risultati professionali rispetto ai partecipanti ai programmi di impiego tradizionali (TVR) dopo un tempo di 12 mesi, oltre ad aspettarsi un numero minore di sintomi depressivi e una migliore qualità della vita tra i partecipanti al percorso IES.

I 77 partecipanti sono stati reclutati da quattro strutture ambulatoriali geograficamente diverse nel sud della Svezia e assegnati in maniera casuale a uno dei due programmi. I soggetti sono stati inclusi secondo i seguenti criteri: diagnosi di disturbo depressivo, disturbo bipolare o episodi depressivi; età compresa tra i 18 e i 63 anni; capacità di comunicare in lingua svedese; desiderio di lavorare; non aver lavorato nell'ultimo anno prima dello studio; fruizione di servizi di salute mentale prima dello studio; partecipazione a degli incontri volti ad informare sulla ricerca. Sono state invece escluse persone che abusavano di alcol o droghe e con disabilità fisiche. In termini di caratteristiche cliniche, due terzi dei partecipanti soffrivano di depressione e un terzo di disturbo bipolare, e il numero medio di episodi depressivi è stato di 6.

I risultati dello IES sono stati misurati utilizzando la Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) (Becker et al., 2008).

Gli outcome professionali continui (es. numero di settimane, lavoro, ore settimanali e ore lavorative totali) non differivano tra gruppi a sei mesi dall'inizio dei programmi professionali. A 12 mesi, invece, è emerso che i partecipanti al percorso IES avessero lavorato molte più ore rispetto ai partecipanti al TVR: la maggioranza dei partecipanti

IES erano impegnati al lavoro o al tirocinio dopo un anno, mentre la maggior parte di coloro nel gruppo TVR era rimasta nel ciclo preprofessionale, nel trattamento e nella riabilitazione. Lo stipendio netto non differiva tra i due gruppi all'inizio dei programmi, ma risultava più alto nel gruppo IES sia 6 mesi che 12 mesi dopo. Inoltre, il tempo trascorso prima dell'assunzione era in media, dopo 12 mesi, di 316 giorni per i partecipanti assegnati al gruppo IES e di 344 giorni per coloro che avevano partecipato a programmi tradizionali.

Per quanto riguarda gli outcome secondari, sia all'inizio degli interventi che dopo 6 mesi non è stata individuata una differenza nella gravità della depressione tra i due gruppi, mentre essi differivano in maniera significativa dopo 12 mesi: in particolare, i sintomi depressivi nei partecipanti al percorso IES sono passati da moderati a lievi. Infine, i punteggi nella qualità della vita sono aumentati nel campione di soggetti del programma IES dopo 12 mesi, mentre, dopo lo stesso periodo di tempo, sono rimasti invariati tra gli individui assegnati ai programmi tradizionali.

Da questi risultati emerge in maniera chiara l'efficacia di questo percorso. Lo IES risulta un approccio rivoluzionario, poiché l'idea di fornire supporto globale attraverso un approccio centrato sulla persona che ha luogo mentre il paziente è ancora in trattamento, è in contrasto con gli interventi per l'inclusione lavorativa tradizionali, in cui di solito il recupero dai sintomi è il primo passo. Questa si dimostra un'ulteriore prova dell'importanza dell'integrazione tra servizi per la salute mentale e servizi volti al supporto professionale, al fine di colmare il divario tra sanità, servizi per l'impiego e potenziali datori di lavoro.

2.7. L'efficacia dell'IPS nel mondo

Gran parte degli studi che provano l'efficacia del metodo IPS sono di provenienza statunitense; come già detto, infatti, è lì che risiede la culla dell'Individual Placement and Support.

Sebbene le revisioni internazionali siano utili, è innegabile che esistano delle differenze culturali tra i vari paesi del globo terrestre, assieme a differenze considerevoli tra i sistemi sanitari, di assistenza sociale, di occupazione e di welfare. Tutto ciò ci porta, legittimamente, a domandarci se l'IPS sia stato ideato solo “su

misura” per gli Stati Uniti, o se esso possa essere implementato in maniera proficua anche al di fuori, in paesi e contesti nettamente diversi.

2.7.1. L’IPS in Canada: a due passi dagli Stati Uniti

Gli studiosi Latimer, Lecomte e Xie (2006) si sono posti lo scopo di indagare l’efficacia del modello IPS, e in generale del Supported Employment, in un contesto leggermente al di fuori della “comfort zone” degli Stati Uniti: Canada, più precisamente a Montreal.

L’ipotesi principale era che il Supported Employment sarebbe risultato più efficace dei servizi standard di riabilitazione professionale in termini di risultati occupazionali competitivi; è stato anche ipotizzato che l’ottenimento del lavoro competitivo migliorasse i sintomi, la qualità della vita, l'autostima, il supporto sociale e gli esiti dell'abuso di sostanze.

La sede dello studio è stata il Douglas Hospital, un ospedale psichiatrico di Montreal, che, oltre a fornire servizi ambulatoriali vari, gestisce anche un centro di riabilitazione professionale situato a circa un miglio dalla struttura principale.

Ai partecipanti assegnati alla condizione sperimentale assistita è stato assegnato uno specialista del lavoro, che ha aiutato il cliente a definire un lavoro competitivo corrispondente ai suoi interessi e capacità e ad ottenere il suddetto lavoro, oltre che a fornirgli supporto per il mantenimento dello stesso. A tale scopo, gli specialisti del lavoro scelti per lo studio hanno ricevuto una preparazione iniziale sul modello del Supported Employment, in alcuni casi includendo visite in loco negli Stati Uniti, laddove erano stati implementati programmi di successo (Hartford, Connecticut, New Hampshire). Gli utenti assegnati al gruppo di controllo sono stati invitati a un colloquio nel centro di riabilitazione professionale dell’ospedale, dove è stata data loro l'opportunità di iscriversi a uno dei tanti servizi professionali disponibili, tra cui laboratori protetti, laboratori creativi e diversi tipi di boutique, ed è stata loro fornita una formazione per trovare lavoro; tuttavia, nessuna di queste opzioni aveva un'occupazione competitiva come obiettivo.

Per essere inclusi nello studio, gli individui dovevano: avere un'età compresa tra 18 e 64 anni; avere una diagnosi dello spettro schizofrenico, disturbo bipolare o depressione maggiore; esprimere interesse per un'occupazione competitiva, indipendentemente

dalle convinzioni dei case manager circa la loro idoneità a lavorare; essere disoccupato al momento della firma del modulo di consenso.

Sono stati invece esclusi coloro che presentavano difficoltà d'apprendimento o un handicap fisico che avrebbe potuto seriamente ostacolare il lavoro. Prima di partecipare allo studio, in linea con quanto suggerito da Drake et al. (1994), i clienti hanno preso parte a due incontri introduttivi, svoltisi tra gennaio 2001 e febbraio 2003. Per la raccolta di informazioni e di esiti non professionali sono state condotte interviste faccia a faccia con clienti e personale all'inizio dello studio, a 6 mesi e a 12 mesi. Il primo di questi esiti era la qualità della vita, misurata con la Wisconsin Quality-of-Life del Wisconsin contenente 58 item raggruppati in 8 sottoscale: generale soddisfazione della vita, attività e occupazioni, benessere psicologico, sintomi, salute fisica, supporto sociale, finanze e attività della vita quotidiana (Becker et al., 1993; Diaz e Mercier, 1996; Caron et al., 2003). Un altro esito era la rete sociale, valutata utilizzando la Social Provision Scale (Cutrona & Russell, 1987), composta da 24 item raggruppati in 6 sottoscale: attaccamento, integrazione sociale, assicurazione del valore, supporto materiale, consigli e informazioni, e bisogno di sentirsi utili. L'autostima è stata valutata attraverso la Self-Esteem Rating Scale (Nugent & Thomas, 1993; Lecomte et al., 2006), di 40 item su una scala a 7 punti.

Il funzionamento generale dell'utente è stato misurato con la Global Assessment of Functioning Scale (GAF), durante le interviste con i medici (American Psychiatric Association, 1994). Infine, per valutare l'abuso di sostanze, i medici hanno completato con l'intervistatore altre due scale di valutazione: l'Alcohol Use Scale (AUS) e la Drug Use Scale (DUS) (Drake et al, 1996 b).

Per valutare i risultati professionali (date di inizio e fine lavoro, ore settimanali, condizioni e tipologia salariali) sono state condotte interviste telefoniche a intervalli di due mesi.

Tra gli esiti non professionali, solo l'autostima è risultata statisticamente diversa tra i due gruppi: marcatamente inferiore nel gruppo del Supported Employment all'inizio dello studio, ma è poi aumentata nel corso del tempo, mostrando invece un trend decrescente nel gruppo dei servizi abituali. La differenza iniziale può essere attribuita solo al caso, in quanto i gruppi non erano ancora stati definiti.

Per quanto riguarda i risultati professionali, nel corso dei mesi gli utenti del gruppo del Supported Employment avevano con più frequenza un lavoro retribuito rispetto al gruppo di controllo, e hanno mostrato in ogni caso tassi di occupazione più elevati; la differenza diventa molto più pronunciata e significativa se si considera l'ottenimento di un'occupazione competitiva. In altre parole, le persone assegnate al gruppo sperimentale avevano molte più probabilità di impegnarsi in attività professionali e un numero significativamente maggiore di loro ha ottenuto almeno un impiego competitivo nei primi 12 mesi del programma.

Coerentemente con gli studi precedenti statunitensi, la presente ricerca ha rilevato che il Supported Employment produce risultati occupazionali competitivi significativamente migliori rispetto all'alternativa con cui è stato confrontato, in questo caso un'ampia gamma di servizi professionali tradizionali. Il fatto che il programma si sia rivelato significativamente più efficace in Canada, un contesto più simile a molti paesi europei che agli USA, suggerisce che potrebbe essere generalizzato e rivelarsi più efficace dei programmi tradizionali anche in paesi al di fuori degli Stati Uniti.

2.7.2. L'IPS in Europa: oltreoceano

Lo studio canadese discusso nel paragrafo precedente ha permesso di dedurre che il metodo IPS potrebbe risultare efficace anche in contesti nettamente diversi da quello degli Stati Uniti. Va fatto notare, però, che il suddetto studio, sebbene reso noto con i relativi risultati solo nel 2006, sia cominciato molto prima, i primi mesi del 2003. Quello stesso anno, più precisamente ad aprile, è stato avviato lo studio EQOLISE (Enhancing Quality of Life and Indipendency through Supported Employment) in sei centri europei (Italia, Gran Bretagna, Bulgaria, Svizzera, Germania, Olanda) proprio per valutare l'efficacia del modello IPS nel contesto europeo. Sono stati reclutati 312 pazienti psichiatrici gravi ed assegnati in modo casuale ai servizi IPS o ai servizi di inserimento lavorativo tradizionali sviluppati in sede locale. L'oggetto di indagine era la proporzione di soggetti entrati nel mercato del lavoro competitivo, mentre esiti lavorativi secondari erano le ore di lavoro effettuate, il mantenimento del lavoro e il guadagno; altri outcome riguardavano l'uso dei Servizi in termini di giornate di ricovero e i relativi costi ad essi associati, di sedute al Centro di Salute Mentale, di psicofarmaci, e il funzionamento globale del soggetto. Lo studio è terminato nel mese

di maggio 2004 ed ha avuto un follow-up a 18 mesi. Anche qui, l'IPS si è rivelato più efficace nell'ottenimento del lavoro (55% vs 28%) e i partecipanti hanno lavorato più a lungo e guadagnato di più, mentre nell'approccio tradizionale è stato più frequente l'abbandono dello studio (45% vs 13%) e il ricovero in ospedale (31% vs 20%). Infine, in entrambi i gruppi l'inserimento lavorativo era associato a un migliore funzionamento globale dell'individuo. Il primo trial europeo sull'efficacia dell'IPS ha dunque sgombrato il campo da ipotesi di non trasferibilità in ambito europeo della metodologia ideata negli USA, replicando i risultati ottenuti dagli studi americani nonostante un mercato del lavoro meno flessibile, una forte sistema previdenziale e una diversa organizzazione e cultura dei servizi psichiatrici. Ulteriori studi condotti successivamente hanno confermato l'efficacia a lungo termine dell'IPS.

2.7.2.1. L'IPS in Olanda

Poiché il processo Eqolise non è stato potenziato per testare l'IPS per i singoli paesi, sono necessarie nuove prove a sostegno della sua efficacia, in particolare in paesi come i Paesi Bassi, dove le opportunità di lavoro sono piuttosto limitate e la “trappola del beneficio”, per la quale i sussidi di disoccupazione sembrano offrire un reddito più sicuro rispetto ai potenziali posti di lavoro, è una forte realtà sociale che può inibire la motivazione al lavoro. Difatti, il modello IPS ha come contesto di riferimento quello degli Stati Uniti, dove non si pone il problema della notevole quantità di opportunità in termini di benefici, di durata di benefit e di redditi da benefit cumulabili. Per stabilire se l'efficacia complessiva dell'IPS rispetto ai programmi tradizionali di riabilitazione professionale potesse essere replicata nei Paesi Bassi, nel 2014 è stato condotto uno studio randomizzato controllato da Michon, van Busschbach, Stant, van Vugt e van Weeghel. Lo studio aveva due obiettivi principali: provare dell'efficacia dell'IPS in un paese con caratteristiche socioeconomiche nettamente diverse dagli Stati Uniti, in particolare sul lungo termine, ed esplorare l'influenza dell'IPS, direttamente o attraverso l'occupazione, su altri esiti come la salute mentale, l'autostima e la qualità della vita.

I partecipanti sono stati reclutati tra novembre 2005 e novembre 2007 tra le divisioni di assistenza sanitaria mentale della comunità regionale specificamente rivolte a persone adulte con disturbi mentali gravi. L'idoneità alla partecipazione era stabilita

in base a età compresa tra 18 e 65 anni, esplicito desiderio di un'occupazione competitiva e volontà di fornire il consenso informato, mentre i criteri di esclusione erano l'aver già un lavoro retribuito, essere ricoverati a tempo pieno, essere impegnati in un altro percorso di riabilitazione professionale e la partecipazione a un altro studio che potesse confliggere con quello in corso. Tali informazioni sono state raccolte tramite intervista. I partecipanti totali sono stati 151, 71 dei quali assegnati al programma IPS e 80 al programma tradizionale erogato da un'agenzia di salute mentale o da servizi pubblici volti alla riabilitazione professionale.

Per fare più luce sugli effetti a lungo termine del programma, è stato utilizzato un periodo di follow-up di 30 mesi.

L'outcome principale di questo studio è stata la percentuale di persone impiegate in modo competitivo durante il follow-up dello studio, ed è stato misurato dicotomicamente chiedendo ai partecipanti se avessero lavorato in maniera competitiva per un giorno o più, replicando le principali pubblicazioni sull'efficacia dell'IPS (Bond et al., 2012). Allo stesso modo sono state raccolte informazioni sul numero totale di giornate di lavoro in un'occupazione competitiva e sulla quantità media di giorni e ore di lavoro settimanali durante l'occupazione. Per gli esiti secondari sono stati invece utilizzati questionari standardizzati di autovalutazione: per la qualità della vita il MANSA (Priebe, Huxley, Knight e Evans, 1999), per l'autostima la Self Esteem Scale di Rosenberg (Rosenberg, 1969) e per la salute mentale il Mental Health Inventory-5 (Ware, Kosinski & Gandek, 2000). Infine, è stato esaminato l'impatto dell'essere impegnati in un'occupazione competitiva su questi risultati secondari.

Per quanto riguarda l'outcome principale, a 30 mesi dallo studio un numero significativamente maggiore di partecipanti al gruppo IPS aveva trovato un lavoro competitivo rispetto ai clienti del programma tradizionale: il 44% dei partecipanti al gruppo sperimentale era stato impegnato in un lavoro competitivo, in contrasto con il 25% di quelli assegnati al gruppo di controllo. In media, i partecipanti all'IPS hanno anche lavorato per molte più ore in impieghi competitivi rispetto ai clienti degli altri programmi. Invece, per i lavori non competitivi, tra i due gruppi non sono state rilevate differenze nelle ore medie settimanali o nella quantità totale di ore lavorative.

Per quanto concerne gli esiti secondari, i risultati di questo studio suggeriscono che l'IPS abbia effetti benefici su tutti e tre i risultati non professionali solo attraverso

l'occupazione, cioè solo nei partecipanti che hanno effettivamente trovato un lavoro competitivo, mentre, tolta questa condizione, non sono state riscontrate differenze significative tra i due programmi in termini di cambiamenti nella salute mentale, nell'autostima e nella qualità della vita, né in direzione positiva né negativa: in altre parole, i partecipanti al gruppo IPS non hanno segnalato né un miglioramento significativo né un peggioramento rispetto a quelli coinvolti nei servizi professionali tradizionali, ma l'essere impegnati in un'attività lavorativa regolare è stato associato a un impatto positivo nel tempo sulla salute mentale, l'autostima e la qualità della vita. Una possibile spiegazione potrebbe essere che cambiamenti positivi sostanziali negli aspetti autovalutativi considerati in questo studio avvengano più facilmente in coloro che possono fare affidamento su un coaching adeguato al momento opportuno e che continuano a crescere in termini di occupabilità.

Complessivamente, lo studio conferma l'efficacia dell'IPS nell'aiutare le persone con disturbi mentali gravi a trovare un lavoro competitivo nei Paesi Bassi, e soprattutto, grazie al periodo di follow-up particolarmente lungo, aumenta l'evidenza degli effetti dell'IPS sul medio-lungo termine. Si potrebbe perciò concludere che l'IPS si possa rivelare uno strumento importante anche nei paesi europei caratterizzati da un clima socioeconomico relativamente protettivo, assistenziale e che pone barriere non intenzionali all'occupazione, come i Paesi Bassi.

2.7.2.2. L'IPS in Italia

Abbiamo discusso del fatto che nei paesi con un welfare particolarmente sviluppato, come l'Olanda, il reddito da lavoro è paragonabile a quello percepito con i sussidi; di conseguenza, i pazienti potrebbero non essere molto motivati a mettersi in gioco e cercare un lavoro. Al contrario, nei paesi che non hanno grandi ammortizzatori sociali, tra cui l'Italia, l'IPS potrebbe dimostrarsi efficace con maggiori probabilità.

Negli ultimi 40 anni, nel nostro paese si è verificato un profondo cambiamento del sistema di assistenza alla salute mentale, che ha portato alla formazione di un sistema globale e integrato di Dipartimenti di Salute Mentale interconnessi con gli ospedali e la rete degli altri servizi alla comunità (es. medici generici, scuole, agenzie sociali). In questo contesto, i programmi finalizzati al lavoro sono sempre stati considerati tratti distintivi della buona pratica nella psichiatria di comunità italiana (Fioritti et al., 2003).

Tali programmi includono principalmente approcci tradizionali ("train then place") forniti in contesti diversi, come laboratori protetti o stage di formazione erogati da imprese sociali. Tutte queste attività costituiscono strumenti flessibili e talvolta rapidi, ma sono piuttosto stigmatizzanti e iperprotettivi, lasciando poca scelta ai clienti nella tipologia di occupazione e spesso tenendo gli utenti fuori dal lavoro competitivo per lungo tempo (Fioritti et al., 2014). Inoltre, la recente pervasiva crisi economica, unitamente ad una più chiara consapevolezza dei diritti della persona, ha stimolato la domanda di servizi per l'impiego da parte delle persone con disturbo mentale. Infatti, nell'ultimo decennio, il numero di individui che sono entrati nei programmi tradizionali di riabilitazione professionale in Italia sono quasi raddoppiati, nonostante il tasso di soggetti che accede a lavori competitivi si sia dimezzato dal 10 al 5% (Berardi & Fioritti, 2017). Poiché i costi associati allo sviluppo e al mantenimento di programmi occupazionali non competitivi sono spesso enormi e il loro onere socioeconomico è insostenibile su larga scala (in particolare, questi costi sono di solito interamente sostenuti da sussidi governativi piuttosto che da un settore privato), i dipartimenti psichiatrici italiani si sono interessati a modelli innovativi di intervento psicosociale, come l'approccio IPS (Pelizza et al., 2019).

I risultati positivi ottenuti alla fine della sperimentazione di EQOLISE hanno indotto l'azienda USL di Rimini ad adottare il programma in modo permanente, accanto agli strumenti e percorsi tradizionalmente impiegati dai servizi nell'area dell'inserimento lavorativo, creando così un contesto organizzativo specifico per permetterne la corretta applicazione. Il progetto denominato "Agenzia aziendale per il lavoro dei soggetti svantaggiati - Metodologia programma IPS" e successivamente mutato in "Accompagnamento alla ricerca di opportunità lavorative come metodologia IPS" è stato varato nel maggio 2004 e affidato al gruppo del Coordinamento Opportunità Lavorative dell'Azienda USL Rimini; in questi anni il modello IPS è stato sperimentato anche per oltre 100 utenti con sola diagnosi di disabilità fisica/intellettuale o di dipendenza da sostanze, oltre che con gli utenti della salute mentale per il quale tale approccio nacque. Negli anni successivi il metodo IPS è stato progressivamente adottato anche dai servizi di Bologna e poi esteso a livello regionale a tutte le aziende USL attraverso i progetti "TIPS" (Training on Individual Placement Support). I destinatari di tali progetti sono cittadini, aventi o meno certificazione di invalidità, in

carico ai Dipartimenti di Salute Mentale delle USL regionali e che richiedono opportunità lavorative. In linea con i principi IPS, non sono previste esclusioni relative alla diagnosi, e il progetto prevede la presa in carico e il monitoraggio post-assunzione indicativamente per 12 mesi. I dati regionali sono risultati positivi come quelli di EQOLISE: dal 2010 al 2015 compreso, le persone prese in carico a livello regionale sono state oltre 709 100, tutte appartenenti all'area della salute mentale, con tassi di occupazione di circa il 45%. Un fattore decisivo è stato la scelta di integrare gli operatori IPS all'interno dei centri di salute mentale, così come previsto dal metodo originale: gli operatori, pur conservando la loro specificità, hanno potuto confrontarsi ampiamente e collaborare con gli altri operatori dell'equipe, stabilendo così una continuità tra il progetto di inserimento lavorativo e il progetto di cura generale del paziente, oltre a beneficiare di un confronto tra pari attraverso riunioni periodiche e supervisioni. Può aver contribuito alla diffusione di IPS anche il coordinamento tra operatori a livello regionale e la partecipazione a meeting annuali denominati “IPS Day” volti a condividere dati ed esperienze, ad accogliere confronti di gruppo rispetto all'andamento del progetto e alle sue articolazioni anche nazionali.

Nel 2016 è nata l'associazione “IPSilon”, che dall'Emilia Romagna si è estesa ad altre realtà nazionali prefiggendosi lo scopo di promuovere, diffondere e sviluppare la metodologia IPS in tutti i settori di impiego. Gli scopi dell'associazione sono: promuovere la crescita del programma IPS in altre regioni italiane; continuare ad offrire corsi di formazione annuali per nuovi potenziali centri; aumentare le assunzioni di specialisti IPS, in modo da estendere l'opportunità di partecipare al programma al numero maggiore possibile di nuovi utenti; consolidare il legame con altri centri IPS europei; continuare a sensibilizzare l'opinione pubblica. Nel tempo si è costituito un gruppo abbastanza consolidato di formatori con esperienza pluriennale di attività IPS, che svolge attività formativa seminariale e corsuale per il resto del paese e assicura la diffusione ed il radicamento delle pratiche e delle tecniche IPS, garantendo la coerenza e la fedeltà ai principi e alla metodologia del modello stesso. Attualmente la metodologia IPS è parte integrante delle politiche di salute mentale di diverse realtà locali.

Attorno al 2015, sempre in Emilia-Romagna, è nata la necessità di approfondire ulteriormente la fattibilità della metodologia IPS in Italia, dove, come per l'Olanda, a

differenza del clima socioeconomico degli Stati Uniti, il mercato del lavoro è meno flessibile, c'è un più forte sistema previdenziale e le opportunità occupazionali sono piuttosto limitate (Berardi & Fioritti, 2017). Partendo da questo contesto, Pelizza e colleghi (2020) si sono posti un duplice scopo: (1) valutare la fattibilità dell'IPS nelle persone con disturbi mentali da moderati a gravi, esaminando i principali risultati occupazionali competitivi, e (2) esplorare qualsiasi associazione rilevante di questi risultati con la storia lavorativa (cioè anni di lavori precedenti, esperienze lavorative pregresse, esperienze passate di riabilitazione professionale tradizionale, benefici sociali attuali) e con le caratteristiche sociodemografiche e cliniche (es. sesso, età, gruppo etnico, anni di istruzione, diagnosi psichiatrica) in quei partecipanti che avrebbero ottenuto un lavoro durante un periodo di follow-up di 42 mesi, il più lungo mai impiegato nella letteratura sull'IPS.

Ai fini dello studio, i criteri di inclusione erano: essere in età da lavoro (dai 18 ai 60 anni); avere un disturbo mentale da moderato a grave; essere in stato di disoccupazione al momento dell'ingresso nella ricerca e nell'anno precedente; avere il desiderio di un lavoro competitivo; essere clinicamente stabili da almeno 3 mesi prima della partecipazione allo studio. I criteri di esclusione erano: avere una diagnosi di ritardo mentale, demenza o abuso o dipendenza da sostanze/alcool; presenza di condizioni mediche significative avrebbero potuto precludere il lavoro durante il periodo di follow-up; essere ricoverati a tempo pieno; essere coinvolti in maniera concomitante in un altro intervento di riabilitazione professionale.

I partecipanti, 95 in totale, sono stati reclutati tra pazienti in cura per disturbi mentali nel Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, dal primo gennaio 2015 al 30 giugno 2018. Sono stati tutti sottoposti a una valutazione diagnostica tramite Structured Clinical Interview for axis I mental Disorders (SCID-I) (First et al., 2002) e assegnati a uno specialista IPS adeguatamente formato. Ai partecipanti sono stati inoltre forniti corsi di formazione "on the job" e supporto per un mantenimento duraturo del lavoro ottenuto. Nello studio sono stati esaminati i seguenti principali esiti occupazionali competitivi: (a) acquisizione di lavoro (per almeno 1 giorno durante il periodo di follow-up di 42 mesi), (b) durata del lavoro (il numero totale di giorni di lavoro), (c) ore totali di lavoro settimanali, (d) numero partecipanti che lavorano almeno 20 ore settimanali durante il periodo di follow-up, e (e) giorni al primo lavoro

(il numero di giorni dall'ammissione al programma IPS all'ottenimento del primo lavoro competitivo). Infine, sono stati valutati anche i tassi di abbandono durante il periodo di follow-up di 42 mesi. Quest'ultimo è un indicatore negativo: più lunga è la durata, più scadente è il risultato (Bond et al., 2016). Tutti i risultati occupazionali sono stati valutati prospetticamente durante il periodo di follow-up, sia all'inizio dello studio che ogni 6 mesi, al fine di confrontarli con precedenti studi IPS.

Le diagnosi più comuni tra i partecipanti erano psicosi e disturbi dell'umore (disturbi bipolari o depressione maggiore; 71 soggetti (il 74,7%) hanno riferito di aver avuto almeno una precedente esperienza lavorativa competitiva, 22 (il 23,1%) hanno riportato un'esperienza di riabilitazione professionale tradizionale e 33 (il 34,7%) un beneficio sociale.

Il tasso "grezzo" di occupazione competitiva durante il periodo di follow-up di 42 mesi è stato del 41,1% (39 partecipanti); nello specifico, i ricercatori si sono serviti di un metodo statistico, l'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier, per osservare i tassi di occupazione cumulativi nel corso dello studio: la percentuale di occupazione era del 34% dopo 6 mesi dall'inizio della ricerca, del 44% dopo 12 mesi, del 54% dopo 18 mesi e del 61% sia dopo 24 che dopo 42 mesi.

Non sono state riscontrate differenze nella storia lavorativa, nelle variabili sociodemografiche e cliniche tra i soggetti IPS e i partecipanti che non hanno ottenuto un lavoro in nessun momento durante il periodo di follow-up (56). I partecipanti al programma IPS con precedenti esperienze di riabilitazione tradizionale hanno mostrato un numero significativamente maggiore di giornate lavorative rispetto alle persone senza precedenti esperienze di riabilitazione tradizionale, con un numero significativamente maggiore di giorni totali occupati durante il periodo di follow-up di 42 mesi. A questo proposito, una critica (spesso ripetuta) all'approccio IPS è che, sebbene riesca a superare la soglia dei posti di lavoro, una mancanza di preparazione può portare a una riduzione dell'occupazione (Modini et al., 2016). Diversamente, questi risultati sembrano supportare l'importanza delle precedenti esperienze occupazionali nell'attuale mantenimento del lavoro nel tempo.

Inoltre, nel gruppo IPS non sono state riscontrate altre correlazioni significative tra risultati occupazionali e caratteristiche cliniche (es. diagnosi primaria di psicosi o SMI), esperienze lavorative passate, anni di lavoro precedente e benefici sociali; nello

stesso gruppo, le ore settimanali lavorative presentavano correlazioni negative significative con l'età e gli anni di istruzione. Infine, il numero di giorni precedenti all'assunzione ha mostrato una correlazione significativa con l'età, ed era significativamente più bassa nella fascia di età >35 anni rispetto agli individui IPS di età compresa tra 18 e 35 anni. Questo risultato suggerisce che gli impieghi vengono preferibilmente offerti a giovani adulti, anche se con pochi anni di istruzione e con una forza lavoro probabilmente meno qualificata.

Per quanto riguarda l'abbandono, il tasso "grezzo" di drop out durante tutto il periodo di follow-up di 42 mesi è stato del 30,5% (29 partecipanti), mentre utilizzando l'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier è stato osservato un tasso di abbandono cumulativo del 17% dopo 6 mesi, del 33% dopo 12 mesi, del 42% sia dopo 18 che dopo 24 mesi e del 53% dopo 42 mesi. Per quanto riguarda eventuali associazioni significative tra la condizione di abbandono e l'anamnesi lavorativa, le caratteristiche sociodemografiche e cliniche, i partecipanti IPS che hanno abbandonato gli studi durante il periodo di follow-up di 42 mesi hanno mostrato un'età più avanzata e un numero maggiore di anni di lavoro precedente rispetto ai soggetti che non hanno abbandonato, mentre non vi era alcuna associazione tra abbandono e genere, anni di istruzione, durata dell'assunzione, diagnosi primaria di psicosi, esperienze pregresse di riabilitazione tradizionale e benefici sociali. Questi risultati sembrano suggerire che i partecipanti più anziani e con un'esperienza lavorativa passata più lunga possono avere un'aspettativa di lavoro maggiore e più urgente, che, se frustrata, porta più facilmente all'abbandono del programma. È da riportare che i tassi di abbandono di questo studio sono risultati decisamente inferiori rispetto alla ricerca condotta nei Paesi Bassi precedentemente citata (Michon et al., 2014).

Nella ricerca attuale, i tassi di occupazione competitivi sono sostanzialmente in linea con quelli osservati in altri studi IPS europei. Infatti, il tasso di occupazione cumulativo del 54% dopo 18 mesi è coerente con quanto riportato nello studio EQOLISE (55% in un periodo di follow-up di 18 mesi) (Burns et al., 2007). Anche i risultati sulla durata del lavoro e sulle ore settimanali lavorative sono sostanzialmente in linea con quelli riportati nello studio europeo EQOLISE (Burns et al., 2007) e nelle recenti revisioni sistemiche e meta-analisi su studi IPS statunitensi e internazionali (Bond et al. 2012; Modini et al., 2016; Dewa et al., 2018). Tuttavia, i tassi di

acquisizione di posti di lavoro sono risultati inferiori a quanto riscontrato in una prima revisione sistematica dei primi studi IPS statunitensi (Bond et al., 2012a). La diminuzione degli effetti dell'IPS in Europa è stata tipicamente attribuita alle politiche del lavoro e della disabilità che potrebbero impedire il ritorno al lavoro (la già citata "trappola del beneficio") (Burns et al., 2009), nonché alla mancanza di adeguate assistenza e formazione del personale (Fioritti et al., 2014).

Inoltre, il fatto che risultati dell'analisi di sopravvivenza abbiano rilevato un aumento progressivo dei tassi di occupazione cumulativi fino a 24 mesi di follow-up, ha confermato l'incoerenza delle preoccupazioni che diversi medici hanno spesso sollevato sul potenziale impatto dannoso del modello IPS (Pelizza et al., 2019). La preoccupazione era che l'IPS, coi suoi tentativi rapidi di ricerca di un lavoro e gli sforzi per mantenere un impiego competitivo, potesse portare ad aumentare l'ansia e l'incertezza nei pazienti con disturbi mentali gravi a causa della "minaccia" di tornare sul posto di lavoro senza un lungo periodo di preparazione (Viering et al., 2013). Ad oggi, nessuna prova ha supportato queste preoccupazioni e il deterioramento nel tempo del funzionamento psicologico o sociale nell'approccio IPS rispetto ai servizi professionali tradizionali (Burns et al., 2015). Tuttavia, nella ricerca attuale, pochi clienti IPS hanno lavorato a tempo pieno, probabilmente a causa di preferenze, resistenza limitata e/o paura di perdere l'assicurazione sanitaria o altri benefici.

Nonostante i risultati incoraggianti di questo studio, un trasferimento della metodologia IPS in Italia richiede alcuni cambiamenti strutturali, in quanto l'Italia si differenzia dagli USA in termini di mercato del lavoro, economia del lavoro e sistema di welfare. Secondo Fioritti et al. (2014a), una prima questione controversa in Italia riguarda il fatto che alcuni clienti trovano lavoro nel "mercato nero", che rappresenta dal 10% al 50% di tutte le opportunità di impiego. Diversamente dall'insieme dei valori della costituzione italiana (che definisce il lavoro come diritto dell'individuo), il mercato del lavoro a nero offre spesso un'opportunità economica facile e veloce, ma rappresenta anche una condizione spesso non dignitosa e non esente da ricatti, accrescendo stigma sociale e personale, e quindi da combattere (Fioritti et al., 2014b). Una seconda questione controversa è l'attuale precarietà di diversi lavori in Italia. Infatti, la maggior parte dei partecipanti (circa il 60%) trova un impiego part-time con contratti da 6 a 12 mesi, che è molto lontano dal gold standard di un'occupazione a

tempo pieno e permanente che le tradizionali normative italiane richiederebbero (Fioritti et al., 2014a). Ad oggi, infatti, il lavoro precario rappresenta circa il 50% delle opportunità occupazionali per tutti i giovani lavoratori in Italia, creando una condizione generale di instabilità esistenziale e mancanza di progettualità di vita per il futuro (Fioritti et al. 2014b). Al contrario, le imprese sociali e i lavori a sovvenzione temporanea spesso non sono precari, in quanto tendono ad essere permanenti, ma non rappresentano occupazioni competitive nel mercato del lavoro e costituiscono una nicchia economicamente protetta (Fioritti et al., 2014a).

Possiamo concludere che nel complesso i risultati dello studio di Pelizza e colleghi aggiungono evidenza alla crescente letteratura sull'effetto positivo dell'IPS nel promuovere l'occupazione tra le persone con disturbi mentali di natura moderata e grave, anche in un paese europeo con un clima socioeconomico diverso e più protettivo di quello degli Stati Uniti.

2.8. Considerazioni finali

Le informazioni contenute in questo capitolo hanno permesso di appurare che il Supported Employment sia più vantaggioso rispetto al lavoro protetto, e che l'IPS presenti con la vocational rehabilitation delle differenze sostanziali che conducono a diversi risultati positivi, tra cui un minore tasso di abbandono e una maggiore percentuale di utenti che lavorano in maniera competitiva. A garantire l'implementazione più o meno efficace del metodo vi sono diversi elementi, tra cui: fattori contestuali della società, come il mercato del lavoro e la relativa presenza della "trappola del beneficio"; fattori organizzativi, ad esempio l'avere un leader di riferimento nell'applicazione del programma; fattori individuali, come l'atteggiamento nei confronti dei principi dell'IPS; la presenza o assenza di cooperazione tra i membri del team clinico. È stata confermata l'efficacia del Supported Employment tra le persone anziane, di mezza età e giovani adulti; stesso risultato per gli utenti con disturbi affettivi, per i quali viene utilizzato l'approccio IES. Infine, gli ottimi risultati occupazionali della metodologia statunitense sono stati replicati in Canada, in Olanda e in Italia, nonostante questi siano contesti nettamente diversi rispetto alla sua "culla". Un interrogativo a cui aspettiamo di dare risposta è se anche i clienti con disturbo borderline di personalità possano beneficiare dell'IPS.

CAPITOLO 3

Il ruolo del lavoro nel recovery: una ricerca qualitativa

3.1. Contesto

Durante uno dei nostri ricevimenti, la prof.ssa Ferrari, relattrice di questa tesi, mi ha informato circa la possibilità di partecipare a una ricerca prossima agli inizi della prof.ssa Faccio, docente di Psicologia Clinica.

Il progetto in questione è chiamato EXIT MADNESS (nome completo: EXIT “MADNESS”? EXamining Interpersonal Testimonies of Recovery from Severe Mental Disease), e intende implementare ulteriori ricerche, acquisendo una migliore e più approfondita comprensione, sull'argomento “recovery”, ossia il processo di recupero graduale delle competenze perse, lo sviluppo di nuove e diverse competenze e l'inclusione sociale di coloro che hanno superato con successo l'esperienza di uno squilibrio psichico.

L'obiettivo generale del progetto è quello di indagare la funzione svolta dalla dimensione sociale nei percorsi di recovery raccontati da pazienti che hanno “recuperato” ed eventualmente dei loro psicoterapeuti; in questo modo verranno acquisite nuove prove volte ad aumentare la consapevolezza e la conoscenza tra la comunità scientifica, utenti e operatori dei servizi di salute mentale sulle esperienze di recovery relative all'intera rete di persone che hanno accompagnato l'individuo lungo il percorso di recupero funzionale. In questo modo il progetto potrà mettere a disposizione strumenti teorico-operativi per implementare percorsi di recupero, tutelando al tempo stesso i diritti di tutte le persone con gravi disturbi mentali.

Per quanto concerne gli obiettivi specifici, la ricerca è finalizzata a descrivere come il processo di recupero viene raccontato da chi lo ha vissuto in prima persona, esplorando le narrazioni attraverso le quali i protagonisti del percorso raccontano delle persone che vi hanno significativamente partecipato, della funzione che ha avuto la rete dei servizi socio-sanitari, e del ruolo che la dimensione lavorativa assume nel racconto.

Ho scelto di partecipare a questa ricerca e di renderla parte integrante della mia tesi per una serie di motivi. In primis, ho ritenuto che essa fosse coerente con l'argomento principale che ho voluto trattare, senza che risultasse “fuori tema”. Inoltre, nel corso della mia carriera accademica, ho sentito più volte parlare del concetto di recovery

senza però che esso fosse approfondito; ho voluto perciò contribuire anche per accrescere la mia conoscenza in merito, facendolo però in maniera attiva, toccando con mano le narrazioni delle persone che, attraverso la loro scelta di partecipare, hanno messo a disposizione la loro storia di vita. Ho infine voluto cogliere l'occasione anche per mettermi in gioco in una situazione non di totale comfort per me, poiché alla triennale mi sono laureata con una tesi compilativa servendomi solo di articoli scientifici, senza cimentarmi in una vera situazione di ricerca.

C'è da dire che il progetto originale prevede, oltre alle interviste da somministrare ad alcune persone direttamente coinvolte in un percorso di recovery, anche delle interviste duali da svolgere con paziente e professionista presenti contemporaneamente, e la somministrazione ai pazienti del questionario RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) (Hancock, Scanlan, Bundy & Honey, 2016). La parte delle interviste duali non è stata da me attuata, poiché i partecipanti alla ricerca che ho individuato hanno rivelato di non sentirsi a proprio agio con questo step e hanno preferito essere intervistati senza la presenza del professionista di riferimento; anche la psicoterapeuta da me raggiunta ha preferito non coinvolgere l'ex paziente di cui ha raccontato il recovery. Il questionario è stato invece somministrato, ma i risultati non sono stati inclusi nella presente tesi poiché lo strumento non prevede quesiti di natura lavorativa, e sarebbe perciò risultato incoerente con il tema principale affrontato dall'elaborato.

Ma prima di entrare nel merito di quanto emerso, credo sia opportuno introdurre la molteplicità dei significati di recovery in letteratura.

3.2. Il costrutto di recovery e il contributo del lavoro

Il superamento del vecchio concetto di cronicità dei disturbi mentali, in particolare della schizofrenia, ha portato a un cambio di paradigma nell'approccio dei servizi psichiatrici: l'atteggiamento paternalistico che relegava gli individui in una condizione di inabilità e di totale dipendenza dai servizi ha progressivamente ceduto il passo a un approccio che punta al rafforzamento delle risorse personali, aiutandole ad emanciparsi dalla condizione di eterno paziente e a recuperare un ruolo sociale attivo nella comunità (Fioritti & Berardi, 2017). In questo contesto si inserisce il concetto di recovery, un processo di cambiamento profondamente legato alle aspirazioni

individuali, differente da persona a persona, attraverso cui l'individuo migliora il proprio benessere e si impegna a gestire al meglio le proprie potenzialità., nonostante la persistenza dei sintomi e della disabilità. Secondo la definizione di Anthony (1993), il recovery è identificabile anche come un modo di vivere più soddisfacente e produttivo in cui si recuperano le aspettative positive a prescindere dal disturbo mentale di cui si soffre. Per Drake e Whitley (2014), esso è definito dagli stessi pazienti come un percorso caratterizzato da un crescente senso di autonomia decisionale e libertà d'azione e da una maggiore partecipazione alle attività quotidiane, quali il lavoro, lo studio e la vita di comunità. Dal punto di vista clinico, infine, il recovery si riferisce al ritorno ad un funzionamento normale negli ambiti della vita che risultano compromessi nelle persone con disabilità (Lieberman, 2008), tra cui la prolungata remissione dei sintomi, la conduzione di una vita indipendente dalla supervisione dei familiari o da altri caregiver, l'aver una rete sociale, lo svolgere attività costruttive di studio o lavoro.

Dalle narrazioni dei pazienti, emerge che il recovery è un concetto caratterizzato da più principi guida:

- 1) Speranza: il recovery promuove il benessere, il funzionamento e la capacità di fronteggiare i problemi, infondendo alle persone il messaggio che sia possibile vivere un futuro migliore;
- 2) Autodeterminazione: è necessaria per mantenere lo sforzo nel raggiungimento degli obiettivi, e attraverso passi progressivi la persona diviene in grado di attuare una graduale ricostruzione delle sue abilità e competenze;
- 3) Assistenza individualizzata e centrata sulla persona: gli interventi sono basati sulle aspirazioni e preferenze personali diverse per ciascun individuo;
- 4) Empowerment: il recovery è basato sul raggiungimento di un senso di padronanza e di controllo sul proprio sé e sull'ambiente;
- 5) Prospettiva olistica: con questo concetto si fa riferimento al recovery come una forza interna spirituale che consente di non farsi sovrastare dalle difficoltà e di orientare l'individuo a obiettivi e al successo (Lieberman, 2008), coinvolgendo e integrando le diverse sfere della vita degli individui.

- 6) Processo non lineare: il recovery è un percorso complesso non sequenziale né programmabile, che si raggiunge progressivamente e che è soggetto a battute d'arresto e riprese.
- 7) Basato sui punti di forza: facilitare il recovery implica un cambiamento radicale nel modo di considerare la disabilità.
- 8) Il sostegno degli altri: il recovery non è un obiettivo che si può raggiungere da soli, ma per le persone è di fondamentale importanza essere sostenute, accettate, amate e incoraggiate. Il sostegno può provenire da chiunque sia in grado di esaltare gli aspetti positivi della persona, che siano familiari, amici, operatori, animali. (Ridgway, 2001; Smith, 2000).
- 9) Rispetto: non si può favorire il recovery se non si prendono effettivamente sul serio e non si ascoltano le istanze del paziente.
- 10) Auto-responsabilizzazione: per un recovery efficace, occorre che i pazienti abbiano l'opportunità di esercitare la loro capacità di azione prendendo decisioni autonomamente.

La letteratura ha da sempre tentato di spiegare il rapporto complesso e dinamico esistente tra lavoro e salute mentale, rapporto legato al duplice valore che l'attività lavorativa può assumere in relazione al disagio psichico (Mattei et al., 2018). Da un lato, il contesto lavorativo, col suo grado di flessibilità o la precarietà, assieme all'assenza di lavoro, rappresenta un fattore in grado di favorire la comparsa di disturbi psichiatrici, rivelandosi possibile causa di sofferenza mentale. Lo stato di disoccupazione, con l'isolamento e l'esclusione sociale che comporta, è infatti riconosciuto come uno dei fattori socioeconomici capaci di peggiorare la salute mentale (Priebe, 2015). D'altro canto, il lavoro può costituire un importante strumento riabilitativo da impiegare nella psichiatria dei servizi, al fine di promuovere il reinserimento sociale degli utenti. L'attività lavorativa, infatti, rappresenta uno degli strumenti principali per soddisfare i bisogni materiali e sociali degli individui nel mondo occidentale; ciò non solo per l'aspetto puramente reddituale ed economico, ma anche perché essa implica l'acquisizione del controllo della propria vita e la partecipazione attiva nella società (Costa et al., 2017). L'incremento dell'autostima, la sensazione di benessere, la riduzione dei sintomi psichici e dell'uso dei servizi di salute

mentale (Drake et al., 2016; Modini et al., 2016), giustificano l'utilizzo del lavoro nei servizi di salute mentale con finalità terapeutico-riabilitative. In questo modo, i percorsi di inserimento lavorativo risultano un elemento centrale nel processo di recovery.

I benefici del lavoro sul processo di recovery dei disturbi mentali sono molteplici. Anzitutto, il lavoro è uno strumento fondamentale per la realizzazione personale: conferisce un senso di orgoglio dignità e autostima, contribuisce a superare l'identificazione con il ruolo di paziente, definisce un'identità attraverso l'acquisizione di un ruolo sociale, fornisce opportunità di apprendimento diretto; inoltre molti utenti dichiarano che il lavoro conferisce un senso di normalità alle loro vite e favorisce l'inclusione sociale (Davidson et al., 2005; Mancini et al., 2005).

Il superamento degli ospedali psichiatrici ha determinato il passaggio da una psichiatria coercitiva, regolata da una legge del 1904 fondata sull'esclusione e l'internamento dei disabili psichici, ad una psichiatria di comunità centrata sull'inclusione sociale e la restituzione dei diritti di cittadinanza agli utenti reduci dall'esperienza manicomiale. L'approccio paternalistico per cui il servizio di salute mentale modula l'impegno del paziente per proteggerlo da esposizioni troppo stressanti ha dunque ceduto il passo a nuovi modelli più compatibili con il concetto di recovery. Tra le varie metodologie evidence-based economicamente sostenibili e compatibili col processo di recovery, spicca l'Individual Placement and Support, che più di tutti prevede che il paziente viva al di fuori del circuito psichiatrico e che possa raggiungere un rendimento occupazionale ed una qualità di relazioni sociali analoga ai coetanei della collettività. L'IPS, basandosi su un modello definito place and train, prevede la persona complessivamente inserita in una reale situazione lavorativa o abitativa, e contemporaneamente attiva una rete di supporto che fornisce tutta l'assistenza necessaria al conseguimento dell'obiettivo in vivo (Wehman & Moon, 1988). L'IPS trae dunque origine dal lavoro di Wehman e Moon e considera il lavoro come un pilastro del recovery.

I principi guida del recovery precedentemente illustrati risultano particolarmente utili alla comprensione dello spirito del metodo IPS se letti nell'ottica dell'inclusione lavorativa.

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

3.3. Domande di ricerca

Lo scopo della mia ricerca era quello di esplorare le narrazioni di persone che hanno affrontato o stanno attualmente affrontando un percorso di recovery in seguito a una diagnosi psichiatrica, approfondendo il ruolo svolto da eventuali esperienze lavorative nel loro processo di cambiamento. In particolare, mi sono posta tre quesiti di ricerca:

- 1) *Quale significato assume il lavoro all'interno del processo di recovery?*
- 2) *In che modo la persona in recovery percepisce lo sguardo degli altri significativi rispetto al fatto che stia lavorando?*
- 3) *È possibile rintracciare, nelle narrazioni dei partecipanti, elementi riconducibili alla metodologia IPS?*

Per rispondere ai quesiti, sono state raccolte e analizzate tre storie di recovery dopo la diagnosi di un disturbo mentale grave; una quarta storia ha visto la prospettiva di una psicoterapeuta, che ha raccontato il percorso attraversato da un suo ex paziente particolarmente complesso.

3.4. Strumenti impiegati per la raccolta dati

Le storie di cambiamento sono state raccolte attraverso la conduzione di interviste semistrutturate. La traccia da seguire mi è stata fornita dalla prof.ssa Faccio, e nel corso delle interviste ho scelto di approfondire determinati aspetti attraverso domande non programmate in base alle risposte date man mano dalla persona intervistata.

Le aree di indagine principali nella traccia per le pazienti erano le seguenti:

- 1) Come viene narrata la sofferenza e il percorso;
- 2) Esplorazione dei personaggi che hanno partecipato al percorso;
- 3) Esplorazione della percezione che la persona ha dello sguardo altrui;
- 4) Domande conclusive sul percorso;
- 5) Quesiti sulla situazione lavorativa.

Alla psicoterapeuta è stato chiesto di pensare a un ex paziente e le sono state poste domande circa il suo processo di recovery.

In questa tesi verranno presentati principalmente i risultati ottenuti pertinenti all'ambito lavorativo.

3.5. Reclutamento dei partecipanti e criteri di inclusione

I criteri di inclusione alla ricerca che ho applicato per i tre pazienti hanno riguardato: l'aver ricevuto in passato una diagnosi di un qualsiasi disturbo mentale; la sensazione di essere in qualche modo cambiati, migliorati rispetto alla fase iniziale della loro diagnosi; l'aver un'esperienza lavorativa attualmente in corso. Quest'ultimo requisito era preferibile ma non perentorio, perché ho pensato che sarebbe stato utile, laddove ce ne fosse stata la possibilità, di avere il punto di vista anche di una persona non lavoratrice, al fine di capire come l'assenza di un'occupazione possa impattare sul percorso di recovery.

Ho raggiunto due partecipanti tramite social, con post su Instagram e Facebook in cui descrivevo le finalità della ricerca e i criteri di inclusione. Altre due partecipanti sono

state direttamente contattate, poiché si trattavano di mie conoscenze. A tutte e quattro è stato fatto leggere e firmare il consenso informato qualche giorno prima dell'intervista.

3.6. Caratteristiche dei partecipanti

Le partecipanti erano tutte di genere femminile. Le informazioni di seguito riportate sono state ricavate ponendo domande di natura anagrafica nel corso dell'intervista. I nomi con cui le partecipanti sono presentate sono nomi di fantasia, allo scopo di rispettarne la privacy.

Alessandra è una ragazza di 28 anni con diagnosi di disturbo borderline di personalità ricevuta nove anni fa. È single e studia Medicina. Non ha mai subito ricoveri legati al disagio psicologico, ed è seguita privatamente da psicoterapeuta e psichiatra. Attualmente non lavora e non ha mai lavorato.

Elena ha 29 anni e anche lei ha una diagnosi di disturbo borderline di personalità, ricevuta nel 2018. È laureata alla magistrale ed è single. Ha subito un ricovero l'anno scorso durato tre settimane. È seguita da uno psichiatra assegnatole pubblicamente in seguito al ricovero, e dal 2018 da una psicoterapeuta privata. Ha iniziato a lavorare nel 2016, e dal 2019 lavora a scuola come insegnante.

Sofia ha 29 anni e ha ricevuto una diagnosi di depressione maggiore quando ne aveva 22 o 23. È diplomata ed è sentimentalmente impegnata. Ha subito un ricovero della durata di tre giorni in un periodo tra i 23 e i 25 anni. È stata seguita per quasi un anno da uno psichiatra operante nel pubblico, nel Centro di Igiene Mentale, e per svariati anni da una psicoterapeuta privata. Ha iniziato a lavorare in maniera saltuaria nel 2016, e dal 2018 lavora come videomaker.

La psicoterapeuta Carla ha preso come esempio un suo ex paziente di nome Davide, a cui era stato diagnosticato un disturbo borderline di personalità, e che attualmente lavora come stilista.

3.7. Metodo di analisi dei dati

Per analizzare le narrazioni delle intervistate si è scelto di impiegare l'analisi tematica. Si tratta di un metodo di analisi dei dati di tipo qualitativo che consiste nell'individuare

dei “temi” nel set di dati, ossia delle etichette che si pensa possano riassumere e descrivere al meglio quanto è stato raccolto (Boyatzis, 1998).

Rispetto ad altri metodi qualitativi, l’analisi tematica presenta il vantaggio della flessibilità: anche se spesso viene inquadrata come un metodo realista/esperienziale (Aronson, 1994; Roulston, 2001), essa è in realtà indipendente dalla teoria e dall’epistemologia, e quindi può essere applicata a una vasta gamma di approcci. Grazie alla sua libertà teorica, l’analisi tematica costituisce uno strumento di ricerca utile a fornire un resoconto ricco e complesso dei dati raccolti, ed è stato possibile adattarla agli scopi della presente ricerca.

L’analisi tematica è un processo che si dilata in sei fasi (Braun & Clarke, 2006):

1. Familiarizzazione con i dati. Come in tutti i metodi di analisi qualitativa, questa fase prevede l’immersione nel set di dati attraverso la lettura e la rilettura di dati testuali. La lettura deve avvenire in modo attivo, analitico e critico e iniziando a pensare al significato dei dati. Lo scopo di questa fase è acquisire familiarità con le informazioni raccolte, in modo da avere uno sguardo d’insieme e iniziare a notare cosa potrebbe essere rilevante per la domanda di ricerca. Nel mio caso, ho svolto questo step trascrivendo personalmente le interviste delle partecipanti e leggendole più volte.

2. Generazione di codici iniziali. I codici sono gli elementi costitutivi dell’analisi, che identificano un’etichetta per una caratteristica dei dati potenzialmente rilevante per la domanda di ricerca. Essi possono fornire un riassunto di una parte di dati o descrivere il contenuto dei dati, ma possono anche fornirne un’interpretazione in base ai significati colti dal ricercatore. I codici non coincidono con i temi, che sono più ampi in termini di contenuto.

3. Ricerca dei temi. Un tema "cattura qualcosa di importante sui dati in relazione alla domanda di ricerca e rappresenta un certo livello di risposta o significato modellato all'interno del set di dati" (Braun & Clarke, 2006, p. 82). La fase prevede l’identificazione di aree di somiglianza e sovrapposizione tra codici, accorpandoli in maniera da definire un primo insieme di temi (ed eventualmente sottotemi). I temi sono tendenzialmente indipendenti tra loro, ma dovrebbero anche riflettere uno schema coerente e significativo. La ricerca di temi è un processo attivo, che consiste nella costruzione e generazione dei temi piuttosto che nella scoperta; non sono qualcosa che è possibile “trovare” nel testo, ma vanno considerati come un prodotto

dell'interpretazione del ricercatore, la quale va gestita tramite scelte ancorate anche agli obiettivi e ai presupposti teorici (Anzul et al., 2003).

4. Revisione di potenziali temi. In questo step viene controllata la qualità dei temi in sviluppo, rivedendoli in relazione ai dati codificati e all'intero set di dati. Questa operazione può essere eseguita riferendosi ai criteri di "omogeneità interna" e "eterogeneità esterna" (Patton, 1990), ovvero verificando che ogni tema sia coerente al proprio interno con le unità che lo compongono e che si possano cogliere le differenze tra i temi senza sovrapposizioni. Nel caso in cui un tema non funzioni, è possibile scartare dei codici o riposizionarli sotto un altro tema, ridisegnare i confini del tema in modo che acquisisca i dati in maniera più significativa, oppure eliminarlo del tutto.

5. Definizione dei temi. Giunti a questa fase, i temi dovrebbero essere denominati e descritti dettagliatamente. Ciò può essere testato se è possibile riassumere l'essenza di ognuno di essi in poche frasi. Un buon tema rispetta i seguenti principi: ha un focus unico, non si sovrappone ad altri temi nonostante possa esservi correlato, e risponde direttamente alla domanda di ricerca.

6. Produzione del report, che altro non è che il resoconto scritto derivante dall'analisi tematica e presentato nel paragrafo successivo e nei rispettivi sottoparagrafi.

3.8. Gli obiettivi della ricerca

Nei sottoparagrafi delineati di seguito verranno esplicitati i risultati ottenuti per ognuno dei tre quesiti di ricerca.

3.8.1. Primo obiettivo: indagare il significato assunto dal lavoro all'interno del percorso di recovery

In questo sotto-paragrafo verrà illustrato quanto emerso dall'analisi tematica in merito alla prima domanda di ricerca, ossia "*Quale significato assume il lavoro all'interno del percorso di recovery?*", che si esplicita nell'obiettivo di indagare il significato del lavoro nel percorso di cambiamento attraversato delle partecipanti.

L'analisi tematica ha restituito tre temi principali, per ognuno dei quali sono stati individuati diversi sottotemi. Riporto l'elenco completo:

- 1) Lavoro come segnale di recovery
 - 1a) Lavoro come traguardo inaspettato

- 2) Lavoro come mezzo per facilitare il recovery
 - 2a) Indipendenza economica
 - 2b) Fonte di motivazione
 - 2c) Tenersi impegnati
 - 2d) Sentirsi utili
 - 2e) Maggiore sicurezza di sé
 - 2f) Occasione di socializzazione
 - 2g) Lavoro come mezzo per il recovery quando è sicuro
 - 2h) Lavoro come mezzo per il recovery quando è un ambiente supportivo
 - 2i) Lavoro come mezzo per il recovery perché mi piace

- 3) Non lavorare come mezzo per facilitare il recovery
 - 3a) Meno stress
 - 3b) Più tempo per i propri obiettivi

Ogni tema e sottotema sarà ora spiegato nel dettaglio, con il supporto di stralci di testo tratti dalle interviste.

1) Lavoro come segnale di recovery

Rispetto a questo tema, le partecipanti hanno descritto il loro riuscire ad avere delle esperienze lavorative come un segnale che fosse in atto un percorso di cambiamento, quindi come un indicatore positivo che testimonia a sé stesse e alle altre persone l'avvenuto miglioramento nel percorso di recovery. Esempio:

“Adesso [dopo il recovery] lavoro, ho una vita mia. Ovviamente vivo ancora con mia madre, però mi sto impegnando per uscire di casa, insomma.” (Sofia)

Altri stralci di interviste menzionano la situazione lavorativa prima del percorso di recovery, risaltandone la differenza con lo stato attuale.

La psicoterapeuta intervistata ha ricordato il suo ex paziente, agli inizi della terapia, come una persona che attuava comportamenti autosabotanti che gli impedivano di raggiungere i propri obiettivi; oggi il ragazzo è riuscito ad ottenere il lavoro per cui ha studiato.

“Si è trattato di un paziente molto complesso, con disturbo borderline di personalità, che metteva in atto una serie di comportamenti disfunzionali che non lo aiutavano affatto nelle relazioni sociali, quindi nelle relazioni intime, e nel raggiungimento dei suoi obiettivi. [...]” (Carla)

“Alla fine il paziente è riuscito poi, ecco, ritornando all’importante concetto di recovery, a stare bene con se stesso nonostante elementi della sua, diciamo del suo disturbo, ancora presenti, ma sicuramente in una maniera molto ridotta. [...] Quindi rimane comunque una persona con dei tratti borderline di personalità, ma che sa gestirli, sa essere funzionale nella sua vita, nelle sue relazioni, nei suoi obiettivi, nel suo lavoro, adesso.” (Carla)

Carla ammette che Davide non ha eliminato totalmente i suoi tratti borderline, ma che adesso è in grado di conviverci, gestendoli in maniera tale da affermarsi lavorativamente.

“[...] E quindi un altro evento significativo, ecco, se vogliamo fare riferimento anche a questo, è stato arrivare a comprendere insieme che fermarsi nello studio ed eventualmente poi dopo, come successo nella ricerca del lavoro, significava solo rinforzare il suo problema, quindi rinforzare il timore di fare quello che vuole, rinforzare la paura del giudizio, rinforzare il fatto di non valere nulla, quindi di non poter studiare o lavorare. E quindi piano piano ha cominciato a riprendere gli studi, li ha terminati e si è trasferito poi a Bologna dove lavora come stilista.” (Carla)

Davide aveva una serie di pensieri autosvalutativi, tra cui quello di non riuscire a studiare o a lavorare. Attraverso il suo percorso, è riuscito a smentirsi.

Alessandra non ha mai avuto un lavoro retribuito, ma si riferisce alla sua esperienza di tirocinio svolta in ospedale, prevista dal suo corso di studi in Medicina, come un'importante testimonianza dell'efficacia del suo percorso e che l'ha anche aiutata ad aprire gli occhi sui suoi desideri lavorativi.

“Allora, prima [del recovery] c'è stato un periodo, appunto, nel 2015, diciamo il periodo peggiore, ma anche forse un po' l'inizio del 2016, in cui faticavo a portare a termine degli obiettivi, ma sia gli obiettivi più... più, diciamo, concreti, come gli esami all'università, tipo, ecco, il fatto di andare a fare il tirocinio...” (Alessandra)

“Ma anche quando ho fatto quel poco di tirocinio, perché mi sono resa conto che ero più funzionale, che prima non avrei potuto farlo. Invece l'ho fatto, è andato abbastanza bene e... mi sono resa conto che veramente la mia vocazione è quella della cura dell'altro. [...]” (Alessandra)

Nell'ultima frase pronunciata si evidenzia come l'occasione del tirocinio per Alessandra sia stata, oltre che un segnale del proprio miglioramento, anche una svolta identitaria, poiché le ha permesso di giungere alla consapevolezza della sua vocazione lavorativa.

1a) Lavoro come traguardo inaspettato

Questo sotto-tema è stato creato per rimarcare la sorpresa delle partecipanti derivante dall'ottenimento e dal mantenimento di un lavoro: ciò che all'inizio del percorso di recovery era visto come qualcosa di impossibile da raggiungere, adesso è una delle manifestazioni più forti della perseveranza in un percorso di “guarigione”.

“Mmh... sì, cioè, ci speravo. Però nel modo in cui vivevo prima, con la mia situazione mentale, era un po' improbabile.” (Sofia)

“No, non avrei mai pensato di riuscire a tornare a casa una settimana dai miei genitori senza litigare. Non avrei mai pensato di riuscire a vivere da sola, mi terrorizzava l’idea di... Non vivo con la mia famiglia da anni, però mi terrorizzava l’idea di non avere dei coinquilini, di non avere qualcuno quando fossi tornata a casa. *E mi terrorizzava anche di non riuscire a gestire un lavoro che mi piace, un lavoro normale, cosa che invece alla fine ho visto che sto riuscendo a fare.*” (Elena)

2) Lavoro come mezzo per facilitare il recovery

Questo tema racchiude le risposte in cui le intervistate fanno riferimento alle esperienze lavorative come dei facilitanti per il loro percorso recovery; in altre parole, a differenza del tema precedente qui il lavoro non viene visto come una meta frutto del processo, ma come uno strumento utile a raggiungere il cambiamento agognato. Vista l’ampia gamma di informazioni ottenute, si è scelto di creare diversi sottotemi, in modo da illustrare in maniera più chiara possibile il ventaglio di risposte delle partecipanti.

2a) Indipendenza economica

Nel presente sotto-tema, il lavoro viene considerato un fattore decisivo per il recovery nella misura in cui esso consente di ottenere una retribuzione, e quindi un’indipendenza economica.

“Avere a che fare con le persone, *l’entrata economica perché mi ha reso indipendente... Questo.*” (Sofia)

“Be’, del lavorare in generale sicuramente il fatto che *ti permette di essere autonomo e indipendente e non dover rendere conto a nessuno e chiedere qualcosa. Quindi non devo chiedere aiuto per farmi la spesa, finché dura.*” (Elena)

“[...] E poi c’è anche il fatto che, *essendo sempre meno dipendente economicamente dai miei, credo che anche questo abbia migliorato il*

rapporto con loro, perché sento di non dovere loro qualcosa, quindi è un rapporto più adulto.” (Elena)

In quest’ultimo stralcio è possibile individuare l’indipendenza economica derivante dall’attività lavorativa come positiva per il percorso di recovery sia in maniera diretta che indiretta: l’intervistata, non dovendo più chiedere sostentamento, riesce ad avere un buon rapporto con i propri genitori, e questo aspetto rappresenta, a sua volta, un fattore utile per il suo recovery. I rapporti familiari e amicali saranno meglio spiegati nel paragrafo successivo.

2b) Fonte di motivazione

Il lavoro ha costituito una risorsa per il recovery anche perché ha fornito alle intervistate una motivazione per proseguire il loro cammino verso il cambiamento e non lasciarsi abbattere dalle difficoltà incontrate sul percorso, spingendole a migliorarsi sempre di più.

“[...] mi dà anche uno scopo, quindi anche nel momento in cui non so che cosa fare della mia vita, però magari so che devo mettere un piede davanti all’altro per andare a scuola il giorno dopo.” (Elena)

“[...] è una cosa che voglio moltissimo. E quindi, essendo per me prioritaria, implica che devo fare qualcosa per non rimanere ferma a star male, perché c’è questa cosa che voglio fare.” (Elena)

“Ma anche quando ho fatto quel poco di tirocinio [...] mi sono resa conto che veramente la mia vocazione è quella della cura dell’altro. Quindi questo mi ha dato ancora più motivazione per andare avanti.” (Alessandra)

“Un obiettivo, o meglio, una motivazione per cui alzarsi dal letto la mattina, che per me è fondamentale. Un... un motivo per... per il quale doversi costantemente migliorare e prendersi cura di sé.” (Alessandra)

Il concetto di lavoro come fonte di motivazione è emerso anche laddove sono state poste domande circa la prospettiva futura. Ad esempio, quando ad Alessandra è stato chiesto in che modo pensa che il suo futuro lavoro di medico la possa aiutare nel suo recovery, questa è stata la sua risposta:

“Sicuramente mi darebbe una grande motivazione, sia per l’aver raggiunto il risultato, sia per il fatto di dover continuare su questa strada, per mantenermi al meglio per me e per i miei pazienti.” (Alessandra)

In questo stralcio possiamo notare anche un ritorno del lavoro come un segnale di avvenuto recovery.

2c) Tenersi impegnati

Dalle interviste è emerso che il lavoro riesce ad essere un mezzo per il recovery anche perché, costituendo un impegno quotidiano, permette di avere sempre qualcosa da fare e non starsene con le mani in mano.

“[...] Perché mi occupa tempo, prende parte della mia giornata, mi tiene impegnata.” (Sofia)

Il tenersi impegnati derivante dal lavoro non riguarda solo l’aspetto pratico, ma anche e soprattutto quello mentale. Per Elena, l’attività lavorativa consente di attivare un “pilota automatico”, fondamentale per non perdersi nei suoi rimuginii mentali.

“[...] Il fatto che sia impegnativo mentalmente, quindi che assorba molto del mio lavoro mentale, su quell’aspetto lì, e quindi mi permette di non perdermi in rimuginii di altro tipo [...]” (Elena)

“[...] Nel senso che mi permette di sentirmi bene. Quando lavoro mi immergo completamente in quello che faccio, e quindi in realtà attivo quel famoso pilota automatico e sto meglio. [...]” (Elena)

Il pilota automatico di cui parla Elena può facilmente essere ricondotto al concetto di “flow at work”. Csikszentmihalyi (1990) ha coniato questo termine per descrivere uno stato di consapevolezza in cui gli individui sono totalmente immersi e concentrati nell'attività che svolgono. Questo stato mentale può essere descritto come un picco di esperienza caratterizzata da assorbimento, piacere lavorativo e motivazione intrinseca al lavoro (Bakker, 2008): l'assorbimento (absorption) si riferisce a uno stato di profonda concentrazione, in cui le persone sono talmente immerse nel loro lavoro da non accorgersi di quello che le circonda e del tempo che passa; il piacere lavorativo (work enjoyment) riflette un giudizio positivo sull'attività di lavoro; la motivazione intrinseca al lavoro (intrinsic work motivation) riguarda lo svolgimento di un'attività lavorativa con l'intento di sperimentare piacere e soddisfazione.

Ovviamente questa immersione totale nel proprio lavoro non è una risorsa positiva nella totalità dei casi. Per completezza, riportiamo anche l'altra faccia della medaglia:

“[...] Per esempio quest'anno, appena ho finito il lavoro, poi mi ci è voluto un mesetto per riprendermi dallo stress, quindi quando sono a lavoro... Il problema principale è che proprio *mi fondo con il mio lavoro, e quindi questa cosa ha degli aspetti molto positivi e degli aspetti molto negativi di... quante risorse impiego nel lavoro, di tenere i rapporti con i familiari degli studenti, che molto spesso hanno delle esigenze, delle richieste, puntualizzano, quindi ti senti sempre messo sotto una lente di ingrandimento. E poi anche il gestire gli studenti che a volte è... è molto impegnativo capire anche non solo le dinamiche dell'adolescente che magari ti sfida, però anche per me è difficile ed è stressante continuare a interrogarmi su qual è la giusta distanza da tenere con lo studente, quindi se non essere troppo vicina o troppo distante, son tutte cose che mi creano un carico fisico e mentale abbastanza importante.*”
(Elena)

2d) Sentirsi utili

Questo sotto-tema raccoglie gli stralci dai quali emerge la concezione di lavoro come una chiave per essere accettati, nella misura in cui fornisce un'immagine di sé

positiva, consente di ricoprire un ruolo sociale riconosciuto e di essere “utili” alla società.

“[...] E poi appunto ho iniziato a insegnare, che era un po’ il mio obiettivo, nel senso che *io desidero essere vista come una brava insegnante*, e mi dà anche il senso di fare qualcosa, *di avere un ruolo sociale riconosciuto e fare qualcosa per la società*. Cioè, *gli altri sanno che fai l’insegnante, che educi qualcuno e quindi hai una responsabilità, un ruolo e... fai qualcosa per il mondo, mettiamola così.*” (Elena)

“[...] sul fatto di *sentirmi più accettata anche dalla società e riconosciuta in un ruolo e non in un... in un ruolo positivo e non in un ruolo tendenzialmente negativo o giudicante.* [...]” (Elena)

“[...] Il fatto di avere un obiettivo, *di sentire che sto facendo qualcosa di buono* e, nello specifico proprio del lavoro che ho, *di sentire che sto facendo qualcosa di utile anche e che in qualche modo nel piccolo posso impattare nella vita delle persone e anche, sempre nel micro, nella città culturale del paese dove sono.*” (Elena)

“*L’immagine. L’immagine che gli altri hanno di me per il fatto di lavorare e per il tipo di lavoro che faccio.* Quindi il fatto che comunque *per le persone che mi circondano il lavoro che faccio sia socialmente riconosciuto, e che quindi di conseguenza anche io ho un certo tipo di immagine.*” (Elena)

“[parlando del tirocinio] perché già cominciavo a vedermi in un futuro lavorativo, *e quindi come utile alla società.*” (Alessandra)

Alle domande “quali sono gli aspetti positivi del lavoro” e “cosa rende un lavoro dignitoso”, Alessandra fornisce le seguenti risposte:

“[...] Poi *la sensazione di essere utile alla società.* [...]” (Alessandra)

“[...] Il fatto che un lavoro sia utile, in un certo senso, alla società, o comunque a dei membri della società. [...]” (Alessandra)

In questi stralci, potremmo dire che il ruolo svolto dall'occupazione nel recovery si sposta da un focus prettamente psicologico a uno più sociologico: ci sentiamo bene lavorando perché sentiamo di star facendo qualcosa di funzionale al miglioramento della società, al riparo dalla paura di essere considerati “socialmente inutili” dagli sguardi altrui. A riprova di quanto detto, sul suo stato attuale di inoccupazione Alessandra si esprime così:

“Mi dispiace non essere produttiva, mi dispiace non avere... Soprattutto non sapere se e quando sarò produttiva. Questo incide, diciamo, su di me.”
(Alessandra)

2e) Maggiore sicurezza di sé

Il presente sotto-tema inquadra il lavoro come risorsa che ha aiutato le intervistate a sentirsi meglio con se stesse.

“[...] mi ha reso più aperta, più sicura nelle relazioni con gli altri.” (Sofia)

In questo stralcio, l'attività lavorativa emerge come una possibilità per aumentare la propria sicurezza nelle interazioni con altre persone, poiché ha consentito a Sofia di aprirsi. L'intervistata infatti svolge il lavoro di videomaker, e per affermarsi nel suo campo si è dovuta spingere oltre le sue insicurezze, interagendo con fotografi e potenziali clienti.

“[...] Sicuramente nel momento in cui mi sento di riuscire a fare, di essere abile nel fare qualche cosa mi sento anche meglio, quindi impatta anche sulla mia autostima, positivamente sulla mia autostima. [...]” (Elena)

“Sicuramente dal punto di vista relazionale sono diventata più consapevole, quindi questa cosa aiuta sicuramente. E anche dal punto di vista lavorativo diciamo che comunque mi sta aiutando, perché avendo un lavoro di relazione, essendo un lavoro di relazione il mio, anche essere più equilibrata, più tranquilla, in realtà mi permette di raggiungere più obiettivi che vorrei.”

(Elena)

In questi stralci, l'accento è posto sul lavoro come chiave per il recovery in quanto impattante sulla propria autostima e sul proprio senso di autoefficacia. Elena è un'insegnante, dunque svolge un lavoro a carattere fortemente relazionale, e questo l'ha aiutata a trovare un equilibrio con se stessa.

2f) Occasione di socializzazione

Sul luogo di lavoro è possibile anche fare nuove conoscenze, ed è noto che la presenza di altri significativi possa costituire una risorsa importante per affrontare i momenti di difficoltà. Alla domanda “lavorare ha influito sul tuo processo di recovery”, Sofia menziona anche ciò che è diventato sotto-tema:

“Sì, positivamente, perché... mi ha fatto conoscere persone [...]” (Sofia)

2g) Lavoro come mezzo per il recovery quando è sicuro

Questo sotto-tema è stato generato poiché le intervistate che lavorano attualmente hanno lamentato l'incertezza e la discontinuità come aspetto negativo della loro professione:

“[...] Poi scegli tu il tuo orario lavorativo, se vuoi lavorare o non lavorare, però l'aspetto negativo è che se non lavori non ti pagano.” (Sofia)

“[...] Sicuramente questa cosa che c'è sempre l'incertezza del fatto che non lavori, quindi se stai male e non puoi lavorare non hai entrate, insomma.”
(Sofia)

“[...] ho scelto un lavoro che, per come sono, forse era il peggiore che potevo scegliere, nel senso che *io ho bisogno di essere molto stabile e invece è un lavoro estremamente precario*, quindi ci sono periodi, tipo quello estivo, in cui purtroppo devo chiedere la disoccupazione perché non c'è scuola e poi rimango in bilico ad aspettare. [...]” (Elena)

“[...] Il problema maggiore è la *disorganizzazione dal punto di vista burocratico*, quindi *il fatto di avere diecimila contratti, di spostarsi sempre*, e quindi dipende anche molto da dove sono. [...]” (Elena)

Sofia, che svolge la professione di videomaker come libera professionista, spiega di non avere una retribuzione fissa mensile; questo è un aspetto che, nei periodi in cui riceve pochi incarichi oppure in cui non riesce ad essere costante, denota preoccupazione dal punto di vista retributivo. Stessa cosa lamenta Elena, che, non essendo docente di ruolo, non viene retribuita nei periodi estivi e si ritrova a sperare che la chiamino a lavorare di anno in anno, spesso in un ambiente lavorativo diverso dal precedente. Questi stralci testuali sono pervasi dall'incertezza, in riferimento sia all'incertezza economica che a quella lavorativa in sé.

“[...] E invece per quanto riguarda gli studenti e le lezioni, anche lì vedo che *mi sento più tranquilla se so che porto la mia classe per un anno e non li lascio dopo tot mesi, perché riesco anche a gestire il lavoro in maniera più logica e razionale e anche soddisfacente.*” (Elena)

Qui invece emerge un dato incoraggiante, che ha consentito la generazione del sotto-tema: un'attività lavorativa ha maggiori probabilità di impattare positivamente sul percorso di recovery quando è caratterizzata da stabilità e continuità, poiché permette al lavoratore di sentirsi più sereno e di organizzarsi al meglio con le sue mansioni, traendo di conseguenza maggiore soddisfazione dal proprio lavoro.

2h) Lavoro come mezzo per il recovery quando è un ambiente supportivo

Un'altra condizione in cui il lavoro sembra riuscire ad essere un precursore più forte del recovery è quella di collocarsi in un ambiente supportivo, con l'opportunità di confrontarsi con colleghi con gli stessi obiettivi.

“Mi piacerebbe trovare anche un'associazione dove potermi confrontare con altri colleghi, oppure non lo so, un centro, qualcosa del genere. Però mantenendo la mia indipendenza lavorativa. [...]” (Alessandra)

“[...] Nell'ultimo periodo ho visto che effettivamente nei consigli di classe nei quali ho un rapporto migliore con i colleghi, quindi mi è capitato di avere dei colleghi molto supportivi, amici anche al di fuori dell'ambito classe, poi questa cosa impatta anche su come riesco a fare il mio lavoro e la soddisfazione che mi dà il mio lavoro, perché mi sento inserita in un gruppo che va verso la stessa direzione. [...]” (Elena)

La letteratura ha dimostrato che il supporto dei colleghi è una fondamentale strategia adattiva che può aiutare a far fronte ai fattori di stress sul posto di lavoro (Halbesleben, 2006; Viswesvaran, Sanchez e Fisher, 1999). Una ricerca sui docenti condotta da Avanzi e colleghi nel 2017 ha rilevato, inoltre, che il sostegno ricevuto dai colleghi in funzione del senso di appartenenza alla scuola riduce il carico di lavoro e di conseguenza il burnout negli insegnanti. Questo avvalorava quanto detto da Elena circa la maggiore soddisfazione lavorativa da lei provata negli incarichi in cui ha stretto un buon rapporto con i colleghi.

2i) Lavoro come mezzo per il recovery perché mi piace

L'ultimo sotto-tema individuato raccoglie gli stralci testuali in cui le intervistate dichiarano di essere contente del lavoro che fanno.

“[...] Mi piace il mio lavoro perché è un lavoro creativo, fondamentale, ed è una cosa che mi piace. [...]” (Sofia)

“[...] non vorrei cambiare lavoro perché mi piace il mio lavoro. [...]” (Sofia)

“[...] Il fatto che sia *un lavoro che mi piace*, che non è scontato. Nel senso che, *fosse un lavoro che faccio soltanto per portare a casa lo stipendio, sicuramente non mi aiuterebbe così tanto.* [...]” (Elena)

In questo secondo frammento possiamo notare la convinzione dell’intervistata nell’ammettere che, se il lavoro da lei svolto non le piacesse, non sarebbe così rilevante per il suo percorso di recovery. Si può quindi concludere che un possibile requisito del lavoro affinché sia una risorsa per il recovery sia di essere soddisfacente per la persona che lo svolge.

3) Non lavorare come mezzo per facilitare il recovery

Il terzo tema della prima domanda di ricerca, in contraddizione con il secondo appena discusso, è stato generato dalle risposte fornite da Alessandra. La ragazza attualmente non lavora per dare priorità al suo percorso di studi, e nonostante il suo dispiacere per non essere “produttiva”, ha individuato diversi aspetti positivi nel suo stato di inoccupazione, che sostiene la stiano aiutando nel suo percorso di recovery. Si è scelto di spiegare il tema attraverso i due sottotemi riportati di seguito.

3a) Meno stressata

“[...] Il fatto di *essere meno stressata... Di non avere impegni*, cioè nel senso che *se io un giorno non sto bene posso riposarmi, non devo necessariamente dovermi interfacciare con le persone o dover andare a lavorare.*”
(Alessandra)

Non lavorare implica non doversi necessariamente assumere delle responsabilità quotidiane. Questo si traduce nella possibilità di prendersi del tempo per “riposarsi” nel caso in cui i sintomi del proprio disturbo mentale dovessero acuirsi. Di conseguenza, si percepisce meno stress rispetto allo scenario in cui si ha un obbligo lavorativo da portare a termine.

3b) Più tempo per i propri obiettivi

In questo sotto-tema viene illustrato un altro aspetto positivo che Alessandra rileva nel suo stato di inoccupazione: il potersi dedicare al meglio ai propri obiettivi.

“Penso che questo mi faccia dedicare ancora di più ai miei obiettivi, alle mie ambizioni in questo momento, per costruirmi un futuro migliore.”
(Alessandra)

Per la ragazza, il non lavorare è funzionale alla coltivazione delle proprie ambizioni e alla costruzione del proprio futuro.

“[...] ho più tempo per lo studio, ho più tempo... anche da dedicare a me stessa... e anche al percorso di... di terapia.” (Alessandra)

Lavorare implica l’aver gran parte della giornata occupata: nel caso di Alessandra, l’aver molto tempo libero le permette di dedicarsi con frequenza allo studio, ai suoi interessi e alla psicoterapia, dunque anche al percorso di recovery che sta affrontando.

Quando le è stato chiesto come si sentirebbe se avesse un lavoro in questo momento, la risposta è stata:

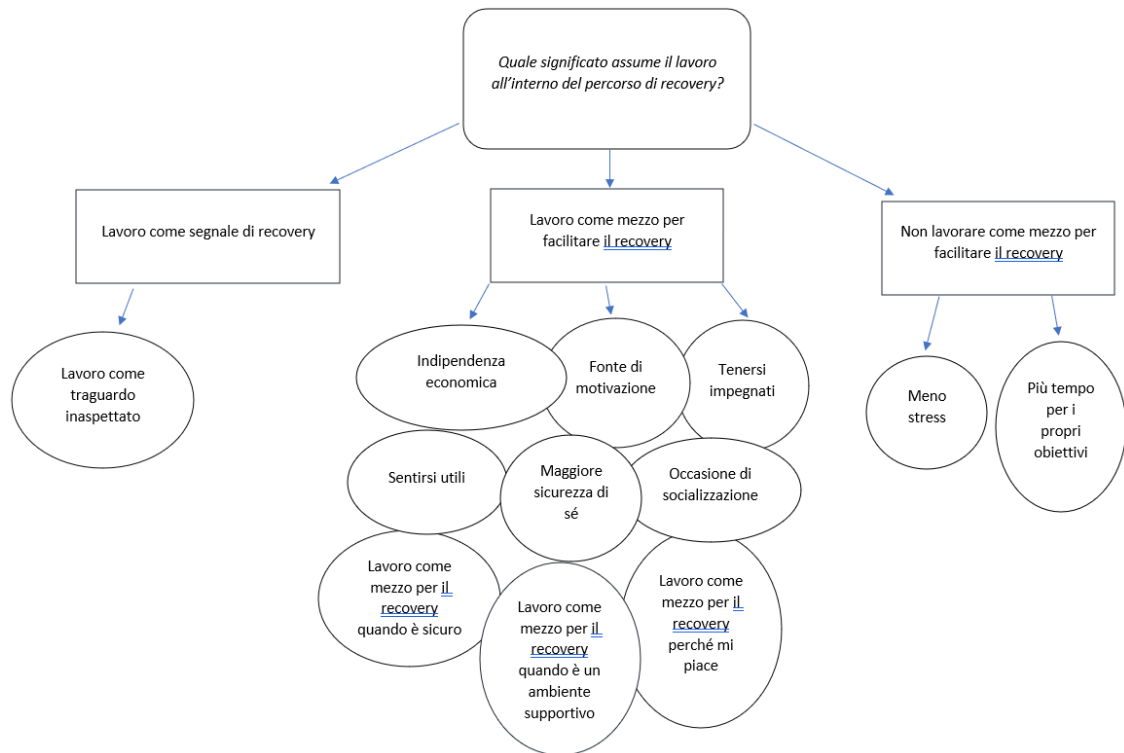
“Oppressa. [...] Non credo che riuscirei a dedicarmi allo studio e alla psicoterapia.” (Alessandra)

Quindi, allo stato attuale, lavorare sarebbe d’intralcio nel percorso di recovery di Alessandra, poiché le toglierebbe tempo per dedicarsi a una serie di obiettivi fondamentali per il suo stesso recovery.

3.8.1.1. Mappa dei temi connessi al significato del lavoro nel recovery

I temi relativi al primo quesito di ricerca esposti fin qui sono riassunti nella mappa presente di seguito. Le forme quadrate contengono i temi, quelle circolari i sotto-temi. Esclusivamente per una questione di ordine, i sotto-temi relativi al “Lavoro come

mezzo per facilitare il recovery” sono graficamente collegati al tema solo con tre frecce.



3.8.2. Secondo obiettivo: indagare in che modo in che modo la persona in recovery percepisce lo sguardo degli altri significativi rispetto al fatto che stia lavorando

In questo paragrafo verranno presentati i risultati dell’analisi tematica riguardo la seconda domanda di ricerca: “*In che modo la persona in recovery percepisce lo sguardo degli altri significativi rispetto al fatto che stia lavorando?*”. L’obiettivo individuato è dunque quello di esplorare i pensieri delle persone vicine alle intervistate circa il fatto che queste lavorino o meno, secondo il punto di vista delle partecipanti.

I temi (e il sotto-tema) emersi dall’analisi tematica sono i seguenti:

- 1) Famiglia a supporto della scelta di lavorare

- 1a) “I miei genitori mi guardano diversamente da quando lavoro”
- 2) Famiglia a supporto della scelta di non lavorare
- 3) Amici a supporto della scelta di lavorare
- 4) Amici come supporto per le sfide lavorative

Di seguito i temi verranno spiegati nel dettaglio.

1) Famiglia a supporto della scelta di lavorare

Questo tema raccoglie i frammenti testuali nei quali le intervistate spiegano che i loro familiari sono pienamente a favore del fatto che abbiano un'occupazione.

“Sono contente. [...] Perché faccio una cosa che mi piace, ho un'entrata economica e perché... mi sono costruita qualcosa, insomma.” (Sofia)

“Sono contenti del fatto che lavoro e di quando lavoro.” (Elena)

“Invece per quanto riguarda i miei familiari, loro hanno sempre... anche per loro è fondamentale il fatto che lavori, quindi finché lavoro e riesco a trovare lavoro va tutto bene, insomma.” (Elena)

“[le loro opinioni] Mi fanno stare bene, perché comunque sento che sono migliorata, sono andata avanti, mi sto costruendo qualcosa.” (Sofia)

Da quest'ultimo stralcio emerge un nuovo elemento: le opinioni della famiglia sono importanti per il percorso di recovery perché svolgono la funzione di feedback, di restituzione della propria immagine in quanto persona che “ce la sta facendo”. Come se il proprio recovery, una volta riconosciuto anche dallo sguardo degli altri significativi, divenisse ancora più reale.

“Avendo studiato grafica, per un periodo ho fatto locandine eccetera. Poi mi piaceva fare video, e *un giorno mia sorella mi ha detto ‘ma perché non vedi se qualche fotografo ha bisogno?’*. E piano piano, chiedendo, andando in giro, mi sono fatta un giro di clienti.” (Sofia)

Qui, infine, emerge che Sofia è stata addirittura incoraggiata nella ricerca del lavoro da una familiare, ovvero la sorella. Deduciamo quindi che la famiglia di riferimento ritiene che il disturbo diagnosticato della ragazza non costituisca un impedimento per avere una vita professionale, al punto da spronarla senza mostrare particolari preoccupazioni.

1a) “La mia famiglia mi guarda diversamente da quando lavoro”

Quest’unico sotto-tema è stato generato perché, dalle interviste, è emersa la percezione delle ragazze di uno sguardo diverso dei propri familiari da quando hanno iniziato a lavorare, segnalando una differenza tra un prima e un dopo: il loro stato di occupazione sembra fare in modo che i loro familiari le vedano in modo più positivo rispetto a prima che intraprendessero il loro percorso di recovery.

“[...] *Mi trattano come se fossi più matura, cosa che poi sono.*” (Sofia)

“Diciamo che forse i familiari sicuramente sì, nel senso che *mi considerano in modo più adulto, quindi si preoccupano anche meno.*” (Elena)

Dagli stralci testuali emergono due termini simili: “matura” e “più adulta”. È probabile che prima le famiglie tendessero ad avere un atteggiamento più protettivo nei confronti delle ragazze, mentre il fatto che adesso ricoprano un ruolo lavorativo ha dato loro una prova concreta che possano cavarsela da sole, a dispetto del loro disturbo. Il lavoro qui si configura come un motivo per “preoccuparsi di meno”, come detto da Elena.

2) Famiglia a supporto della scelta di non lavorare

Questo tema è stato generato specificamente per Alessandra, che si sente pienamente appoggiata dai propri genitori nella sua decisione di non lavorare al fine di dedicarsi totalmente al conseguimento della laurea. Questa è infatti la sua risposta alla domanda “chi sostiene la tua scelta di non lavorare”:

“I miei genitori, perché comunque sostengono la mia scelta di dedicarmi totalmente allo studio.” (Alessandra)

E poi:

“Eh, diciamo che... mio padre mi sprona ad andare avanti con l'università, a finire, per poter... Dice sempre ‘cerca di finire il prima possibile’, perché comunque c'è lavoro per i laureati in Medicina, qualsiasi sia il campo che farai, diciamo, un domani, anche se non è subito, potresti lavorare.” (Alessandra)

Dal presente frammento emerge che il padre in particolare l'ha incoraggiata in questa decisione: egli vuole che la figlia concluda il percorso di studi quanto prima, così da svolgere, un domani, un lavoro coerente con la sua laurea in Medicina. Si può quindi dedurre che anche suo padre, come lei, reputi l'eventualità di lavorare in questo momento della sua vita un ostacolo per il suo obiettivo.

Quando le è stato chiesto “chi potrebbe aiutarti a trovare un lavoro, se tu lo volessi cercare?”, Alessandra ha risposto così:

“Mah, penso anche i gruppi Facebook... Le conoscenze, soprattutto... Ma penso anche i miei genitori, se lo volessi trovare adesso.”

Da questa risposta emerge ancora più forte quanto spiegato prima: i genitori potrebbero avere le conoscenze necessarie per permettere alla figlia di lavorare, ma non le mettono in atto perché appoggiano la sua scelta di dedicarsi solo allo studio.

3) Amici a supporto della scelta di lavorare

Come per la famiglia, anche gli amici delle intervistate si sono rivelati supportivi rispetto al fatto che lavorino. Di seguito gli stralci che lo testimoniano:

“[i miei amici] *sono contenti del fatto che lavoro [...]*” (Elena)

“[i miei amici] *Sono contenti per me.*” (Sofia)

“[...] *non penso che loro [i miei amici] abbiano un’opinione su questa cosa.*”
(Sofia)

Qui possiamo notare una differenza con la famiglia: mentre questa considera Sofia più matura da quando lavora, i suoi amici non hanno mai dato l’impressione di vederla in maniera diversa. Tuttavia, sono contenti che lei lavori, così come gli amici di Elena. È probabile che i familiari, vivendo i figli nel quotidiano, possano rendersi conto anche dei progressi più sottili all’interno del percorso di recovery.

“*Qualche volta i miei amici mi hanno suggerito di trovarmi un lavoretto, però...*” (Alessandra)

L’atteggiamento degli amici di Alessandra si dimostra diametralmente opposto a quello della sua famiglia, tanto che le hanno suggerito di lavorare in contemporanea al perseguimento del titolo di studio. Coerentemente con le altre partecipanti, anche in questo caso la cerchia di amicizie si dimostra a favore dell’occupazione.

4) Amici come supporto per le sfide lavorative

Tale tema è stato generato da un solo stralcio testuale proveniente dall’intervista di Elena, che fornisce ai suoi amici il ruolo di confidenti per le sfide che si ritrova ad affrontare sul posto di lavoro:

“[...] *Ovviamente con gli amici riesco di più a parlare magari del fatto del... anche delle cose negative che può portare il lavoro, [...] si preoccupano della precarietà.*”

Emerge che parlare degli aspetti negativi del proprio lavoro (tra cui la precarietà, in questo specifico caso) riesca meno spontaneo con i propri genitori, magari per il desiderio di non causare preoccupazioni. Gli amici posso quindi risultare un luogo sicuro in cui potersi sfogare nei momenti di debolezza provocati dalle sfide lavorative, con cui ci è inevitabile interfacciarsi soprattutto durante un percorso di recovery.

Temi liberi

L'analisi tematica ha fatto emergere altre informazioni che non rispondono a nessuna delle due domande di ricerca, ma che ho pensato valesse la pena riportare qui, sottoforma di quattro "temi liberi", per dare ai lettori di questa tesi una descrizione completa di quanto restituito dalle interviste. Di seguito l'elenco:

- 1) Lavoro ostacolato dalla salute mentale;
- 2) "Non ho ricevuto supporto dai servizi per la ricerca del lavoro, ma sarebbe utile";
- 3) "Ho ricevuto supporto dai servizi per mantenere il lavoro";
- 4) "La mia salute mentale non deve essere conosciuta sul lavoro".

Come quelli illustrati precedentemente, anche i temi liberi sono approfonditi uno per uno.

1) Lavoro ostacolato dalla salute mentale

Il recovery è un percorso in continua costruzione, e i momenti di "debolezza" o "ricaduta" in cui la propria diagnosi sembra prevaricare sulle attività che si svolgono ne sono parte integrante, soprattutto agli inizi. Perciò in quest'ultimo tema sono raccolti i frammenti testuali riguardanti le occasioni in cui lo svolgimento ottimale del lavoro è stato inficiato dallo stato di salute mentale delle intervistate.

"Sì, perché ci sono periodi in cui magari non stai bene... Io soffro di una forte sindrome premestruale quindi magari in quei giorni mi sento un po' triste, mi sento stanca, un po' apatica, quindi lavorare diventa pesante." (Sofia)

“Sì, perché *ci sono stati molti momenti in cui non stavo bene*, e quindi di conseguenza *si vedeva anche nella difficoltà che avevo nel gestire una lezione*, anche solo nel gestire il chiacchiericcio degli studenti durante la lezione, *quindi in quei momenti era veramente difficile*. Oppure degli altri momenti in cui magari *avevo difficoltà ad arrivare a fine giornata perché ero in ansia*, oppure *mi veniva da piangere per qualche altra cosa*, quindi dovevo arrivare a fine giornata in qualche modo.” (Elena)

Da notare che Sofia parla al tempo presente, affermando che il suo stato di salute mentale rende tuttora difficoltoso lavorare in certi momenti; tuttavia non si riferisce al suo disturbo depressivo, per il quale ha intrapreso un percorso di recovery, quindi si potrebbe comunque asserire che, allo stato attuale, la sua depressione non inficia sulla sua attività lavorativa in maniera così significativa da essere menzionata.

Elena, che soffre di disturbo borderline di personalità, parla dei suoi momenti di difficoltà al tempo passato; abbiamo quindi ragione di credere che si trovi a un momento del suo percorso di recovery abbastanza maturo da non permettere più al disturbo di ostacolare la sua professione in maniera invalidante.

Quando le è stato chiesto se il suo disturbo le avesse reso difficile ottenere il lavoro di insegnante, Elena ha negato:

“No, da quel punto di vista lì no, perché essendo un lavoro pubblico bene o male non viene... [scoperto] E poi è un lavoro che si svolge in classe, in classe sono da sola con gli studenti, quindi in realtà da quel punto di vista lì è più facile tenersi le cose per sé.”

Le difficoltà hanno pertanto riguardato solo alcuni momenti dell'attività lavorativa in sé, non l'ottenimento del lavoro stesso. Dallo stralcio sembra emergere però che questo sia dovuto alla possibilità di aver potuto tenere nascosta la propria condizione di salute mentale. Tale argomento sarà approfondito nell'ultimo tema libero.

2) “Non ho ricevuto supporto dai servizi per la ricerca del lavoro, ma sarebbe utile”

Le intervistate hanno dichiarato di non aver ricevuto supporto dai servizi nella ricerca del lavoro durante il loro percorso di recovery. Il filo conduttore dei frammenti testuali illustrati di seguito è il desiderio di una maggiore presenza di appositi servizi per persone con disturbo mentale che cercano un'occupazione.

Qui la risposta di Sofia alla “cosa pensi che avrebbero potuto fare i servizi per aiutarti”:

“Magari aiutarmi a inserirmi quando... cioè, all’inizio, a inserirmi nel mondo del lavoro.” (Sofia)

“Non ci ho mai pensato, però credo che sarebbe utile. [...] anche magari un’interfaccia fra le figure professionali che mi seguono e queste figure di riferimento in ambito lavorativo, cioè la mia psicoterapeuta e un eventuale psicologo del lavoro, per esempio.” (Alessandra)

Alessandra in particolare desidererebbe una sinergia di competenze tra servizi sanitari (figura dello psicoterapeuta) e servizi di inclusione lavorativa (figura dello psicologo del lavoro).

3) “Ho ricevuto supporto dai servizi per mantenere il lavoro”

Gli stralci presentati per descrivere questo tema sono invece una forte testimonianza di come un servizio sanitario possa essere utile nella gestione, e quindi del mantenimento, del proprio lavoro:

“No, diciamo che più altro sto ricevendo dei supporti da parte dello psichiatra, per esempio, per riuscire a gestire il lavoro, quindi stiamo tenendo conto nella terapia farmacologica delle esigenze di stress e di varie cose, e del bisogno magari di essere più lucida, o essere più sedata, o di riuscire a dormire. Quindi mi sta aiutando anche la terapia farmacologica nella gestione quotidiana del lavoro. Però per il resto non ho mai richiesto, non ho mai avuto

bisogno di consulenza, di qualcuno che si mettesse lì con me per farmi eventuali domande di lavoro, ecco.” (Elena)

“[mai ha aiutato] avere qualcuno con cui poter decomprimere. Quindi momenti in cui avevo un’alta carica emotiva e psicofisica, diciamo, di lavoro, avere qualcuno che mi aiutasse a decomprimermi e a non esplodere, quindi a tenermi anche il lavoro, nel senso che... a non... a evitare che io perdessi completamente la capacità di gestire una giornata lavorativa e decidessi di chiudermi in casa, per esempio.” (Elena)

“E poi proprio il fatto di avere qualcuno dal punto di vista sia farmacologico che psicoterapeutico che capisse l’importanza che per me ha il lavoro, e che mi favorisse nel riuscire a lavorare anche nei momenti di difficoltà. È capitato per esempio che lo psichiatra mi obbligasse una decina di giorni a stare a casa perché ne avevo bisogno, però si è trattato del periodo minimo possibile perché appunto c’è una comprensione di quanto il lavoro per me sia importante, di quanto ne abbia bisogno.” (Elena)

“Ne avevo bisogno perché altrimenti non sarei riuscita a lavorare bene. Perché avevo bisogno di stare a casa qualche giorno. Però appunto è riuscito a riconoscere il fatto che in quel momento ne avevo bisogno per poter far meglio il mio lavoro, perché stavo iniziando magari a non riuscire a gestire l’ansia in classe. Però l’ha anche fatto durare il meno possibile, cioè, non mi ha detto ‘stai a casa due mesi’, ma mi ha detto ‘ok, adesso hai bisogno di stare a casa, però parliamo insieme di quanto tempo secondo te potrebbe servirti a casa e come possiamo farti rientrare il prima possibile e il meglio possibile’.” (Elena)

Elena non ha mai sentito il bisogno di rivolgersi a un servizio apposito per la ricerca di occupazione, ma le è di grande utilità il servizio psichiatrico del Centro di Salute Mentale della sua città, che, attraverso la terapia farmacologica, la aiuta nelle attività quotidiane implicate nel suo lavoro, tra cui dormire sufficientemente per essere lucida

mentre tiene le sue lezioni, gestire meglio lo stress lavoro-correlato. La ragazza afferma che questo servizio le è stato fondamentale per il mantenimento del lavoro e che ha sentito capiti a pieno il suo bisogno e il suo desiderio di lavorare; difatti cita un episodio in cui, in un periodo di forte ansia che la ostacolava durante le sue lezioni, lo psichiatra ha discusso con lei circa la possibilità di rimanere a casa solo il tempo sufficiente a prendersi una “tregua”, in modo da tornare lavorativamente efficiente.

“Allora, diciamo che sono soddisfatta, spererei che, cioè mi piacerebbe che il supporto fosse maggiore, quindi magari non so, se ci fosse anche una figura meno, come dire, più sociale, in un certo senso, quindi magari più un qualcuno con cui poter parlare di come organizzare gli orari, di come riuscire a gestire di più il carico di lavoro in modo da non lavorare un giorno tutto il giorno e poi il giorno dopo essere sfinita e non riuscire a fare niente, ecco. Questo sicuramente mi aiuterebbe.” (Elena)

Nonostante la soddisfazione espressa, anche qui notiamo il desiderio di maggiore supporto, in questo caso da figure di tipo “sociale” circa questioni quali l’organizzazione degli orari o la gestione del carico di lavoro.

4) “La mia salute mentale non deve essere conosciuta sul lavoro”

L’ultimo tema della domanda di ricerca raggruppa gli stralci in cui le intervistate spiegano i motivi per cui nessuno sul luogo di lavoro è a conoscenza della loro diagnosi.

“Perché sono rapporti talmente superficiali che secondo me non ne vale nemmeno la pena.” (Sofia)

“No, nel senso che la cosa mi terrorizza molto perché temo sguardi, giudizi. Quindi no.” (Elena)

Sono riportate due motivazioni diverse: nel caso di Sofia, la ragazza sceglie di non rivelare la sua condizione di salute mentale perché il farlo sapere non è da lei

considerato rilevante per la professione che svolge, in quanto caratterizzata da relazioni limitate ai soli incarichi lavorativi, e quindi poco profondi. Elena, d'altra parte, non ha intenzione di parlare del suo disturbo sul luogo di lavoro perché teme il giudizio dei colleghi e degli studenti. In altre parole, da un lato abbiamo una motivazione dettata dalla "convenienza", dall'altro una motivazione basata sulla paura.

3.8.2.1. Mappa dei temi connessi alla percezione dello sguardo degli altri significativi circa il lavoro

Anche per i temi risultanti dal secondo quesito ho creato una mappa esemplificativa. I temi sono sempre rappresentati dalle forme quadrate, mentre l'unico sotto-tema da una forma circolare.



3.8.3. Terzo obiettivo: verificare se nelle narrazioni dei partecipanti sono presenti elementi riconducibili alla metodologia IPS

Con l'ultima domanda di ricerca, "È possibile rintracciare, nelle narrazioni dei partecipanti, elementi riconducibili alla metodologia IPS?" ho voluto indagare l'esistenza di un eventuale parallelismo tra i racconti sul recovery delle persone intervistate e i principi su cui si basa la metodologia IPS. In altri termini, volevo

verificare se alcuni temi emersi dell'analisi tematica suggerissero la capacità dell'IPS di rispondere ai bisogni delle partecipanti, le quali non hanno mai sentito parlare della suddetta metodologia.

Tenendo presenti i principi dell'IPS descritti nel secondo capitolo di questa tesi, ho potuto individuare delle analogie tra alcuni di essi e diversi temi.

Uno degli assiomi che sicuramente si ritrova nelle narrazioni delle partecipanti è il secondo, "Sostegno integrato per il trattamento del disturbo mentale", che asserisce l'importanza dell'integrazione tra i percorsi di inclusione lavorativa e la pratica clinica, al fine di garantire un'esperienza lavorativa ottimale dell'utente. L'efficacia di questo intreccio è stata dimostrata anche dallo studio condotto da Buselli e colleghi nel 2018 in Italia, citato alla fine del primo capitolo di questa tesi. Questa convinzione si rispecchia nelle parole di Alessandra, la quale ha affermato che, per la ricerca di occupazione, potrebbe risultare efficace una sinergia tra le competenze dello psicologo del lavoro, quindi una figura più orientata al benessere lavorativo, e le competenze cliniche di psichiatri e psicoterapeuti. Lo stralcio testuale che si riferisce a questo principio ha contribuito alla generazione del sotto-tema "Non ho ricevuto supporto dai servizi per la ricerca del lavoro, ma sarebbe utile".

Un'altra testimonianza la si ritrova nei diversi frammenti estratti dall'intervista di Elena che si congiungono nel sotto-tema "Ho ricevuto supporto dai servizi per il mantenimento del lavoro": l'insegnante ritiene che la terapia farmacologica datole dal suo psichiatra abbia giocato un ruolo fondamentale nel consentirle di gestire la sua emotività durante lo svolgimento del suo lavoro, e di conseguenza per mantenerlo, ma le piacerebbe avere supporto anche da un altro tipo di figura "meno clinica" che la possa aiutare nell'organizzazione e nella gestione del carico di lavoro. Anche qui, dunque, emerge il desiderio di un sostegno integrato tra servizi sanitari e servizi lavorativi, professato dal metodo IPS.

Un altro parallelismo che è possibile ritrovare nelle interviste è quello tra "Partire dalle preferenze del cliente" e il tema "La mia salute mentale non deve essere conosciuta sul lavoro". Ricordiamo che il quarto assioma del metodo IPS include, tra le preferenze considerate, anche la scelta di informare o meno datore di lavoro e colleghi circa la propria diagnosi; quindi, sono molti gli utenti che decidono di non esporsi. Entrambe le intervistate lavoratrici hanno dichiarato di non aver rivelato la

loro condizione di salute mentale sul posto di lavoro, Sofia a causa di relazioni a suo dire troppo superficiali per essere informate su questa questione, Elena per la paura del pregiudizio con cui potrebbe scontrarsi. Indipendentemente dalle motivazioni, rimane il fatto che, per la metodologia IPS, ogni persona ha il diritto di decidere se rendere pubblica o tenere nascosta un'informazione così personale come una diagnosi di tipo psichiatrico, e se le intervistate partecipassero a un programma IPS non avrebbero avuto preoccupazioni su questo fronte.

Un'altra analogia tra l'IPS e le narrazioni delle intervistate la rinveniamo basandoci sul quinto assioma "Rapida ricerca del lavoro", che prevede il supporto da parte dell'operatore IPS nella ricerca del lavoro, soffermandosi sulla creazione di un profilo professionale comprendente curriculum e preferenze occupazionali. Sofia ha lamentato l'assenza dei servizi nella ricerca di occupazione, dichiarando che le sarebbe piaciuto ricevere supporto in particolare per un primo inserimento nel mercato del lavoro. Questo desiderio troverebbe certamente riscontro nella metodologia dell'Individual Placement and Support.

Basandoci su quanto appena detto, si può concludere che l'IPS potrebbe configurarsi come un'opportunità di successo per rispondere in maniera efficace ai bisogni espressi dalle partecipanti alla ricerca.

3.9. Discussione dei risultati

L'applicazione dell'analisi tematica sulle tre interviste ha permesso di ottenere una panoramica piuttosto esaustiva sul modo in cui il lavoro si inserisce nel percorso di recovery di tre persone con diagnosi di disturbo mentale grave. Sono emerse diverse risposte a testimonianza che l'ottenimento e il mantenimento del lavoro può essere considerato una prova di avvenuto recovery (tema "Lavoro come segnale di recovery"), soprattutto quando si credeva che la propria salute mentale sarebbe stata un impedimento in questo senso (sotto-tema "Lavoro come traguardo inaspettato").

Allo stesso tempo, il lavoro viene visto dalle intervistate anche come una delle risorse che può contribuire al proseguimento del proprio percorso di recovery (tema "Lavoro come mezzo per facilitare il recovery"), soprattutto nelle condizioni in cui sia un'occupazione di proprio gradimento (sotto-tema "Lavoro come mezzo per recovery perché mi piace"), sia stabile e continuo (sotto-tema "Lavoro come mezzo per il

recovery quando è sicuro”) e sia inserito in un contesto di collaborazione tra colleghi e supervisori (sotto-tema “Lavoro come mezzo per il recovery quando è un ambiente supportivo”).

Lavorare si rivela uno strumento per il recovery anche perché offre una serie di possibilità. La prima individuata è quella di essere economicamente indipendenti (sotto-tema “Indipendenza economica”). Lavorare permette alle persone di avere uno scopo (sotto-tema “Motivazione”) e, richiedendo impegno sia pratico che mentale, è anche una “distrazione” dal proprio disturbo (sotto-tema “Tenersi impegnati”). Attraverso il lavoro ci si sente utili e quindi accettati dalla società (sotto-tema “Sentirsi utili”) e si diventa più consapevoli della propria autoefficacia (sotto-tema “Maggiore sicurezza di sé”). Il lavoro, infine, costituisce un’occasione per fare nuove conoscenze (sotto-tema “Occasione di socializzazione”).

L’intervista somministrata ad una persona attualmente inoccupata ha fatto emergere un dato contraddittorio ma interessante: l’inoccupazione, come il lavoro, può essere anch’essa una risorsa significativa per il percorso di recovery (tema “Non lavorare come mezzo per facilitare il recovery”), nella misura in cui non lavorare costituisce una fonte in meno di possibile stress (sotto-tema “Meno stress”) e consente di avere più tempo libero per dedicarsi alle proprie ambizioni (sotto-tema “Più tempo per i propri obiettivi”).

L’analisi tematica ha permesso di individuare, sempre all’interno del percorso di recovery, anche l’impatto delle relazioni sociali sui significati dati lavoro. Le intervistate lavoratrici hanno riportato di essere pienamente sostenute dai propri familiari (tema “Famiglia a supporto della scelta di lavorare”) e dai propri amici (tema “Amici a supporto della scelta di lavorare”) circa il loro percorso lavorativo. L’intervista alla studentessa non lavoratrice, appoggiata nella sua scelta dai suoi genitori, ha fatto generare un nuovo tema, “Famiglia a supporto della scelta di non lavorare”, ma ciò non è accaduto per le amicizie, che invece l’hanno incoraggiata nella ricerca di un lavoro; per cui, per la sua testimonianza siamo rimasti sul tema “Amici a supporto della scelta di lavorare”. Grazie all’intervista di una delle lavoratrici è stato possibile soffermarsi ulteriormente sulla cerchia di amicizie, poiché è emerso che quest’ultima possa essere favorita, rispetto a quella familiare, per le

confidenze circa le sfide lavorative (tema “Amici come supporto per le sfide lavorative”).

Infine, pur non rispondendo alle domande di ricerca iniziali, sono stati raccolti anche i frammenti di testi riguardanti i momenti in cui il proprio disturbo ha complicato (o complica) lo svolgimento dell’attività lavorativa (tema “Lavoro ostacolato dal disturbo”), le esperienze con i servizi per l’ottenimento o il mantenimento del lavoro (tema “Non ho ricevuto supporto dai servizi per la ricerca del lavoro, ma sarebbe utile” e tema “Ho ricevuto supporto dai servizi per mantenere il lavoro”), e le motivazioni per cui le intervistate non hanno detto sul posto di lavoro di avere un disturbo (tema “La mia situazione di salute mentale non deve essere conosciuta sul lavoro”).

Dopo questa panoramica generale dei risultati ottenuti dall’applicazione dell’analisi tematica, possiamo addentrarci nella specificità delle singole intervistate.

Sofia ha dato risposte abbastanza brevi, a volte stimolate da me attraverso domande di approfondimento non previste nella traccia dell’intervista. La spiegazione che mi sono data è che, poiché l’intervista prevedeva una parte clinica più lunga rispetto a quella lavorativa, è possibile che la ragazza abbia iniziato a dare risposte più sintetiche a causa di un calo di attenzione e di interesse.

Sofia ha dichiarato che non si sarebbe aspettata di arrivare a un punto del suo recovery che le permettesse di lavorare a discapito del suo disturbo. Lavorare influisce sulla sua salute psicologica in positivo, perché la rende indipendente e le occupa parte della giornata, tenendola indaffarata. Per lei è stata anche un’occasione per aprirsi a livello relazionale e per socializzare: è stata l’unica a contribuire alla creazione del corrispondente sotto-tema. In altre parole, nel percorso di recovery di Sofia il lavoro assume i seguenti significati: un segnale di recovery e un traguardo inaspettato, una fonte di indipendenza economica, un modo per tenersi impegnati, un modo per maturare una maggiore sicurezza di sé, un’occasione di socializzazione.

Per quanto concerne la sfera familiare, Sofia ha riferito di essersi immessa nel mondo del lavoro su incoraggiamento della sorella, la quale è considerata da lei la persona più significativa; difatti, è la persona che ha nominato più spesso nel corso dell’intervista. Dichiara che la sorella e la madre hanno un’opinione positiva circa il

fatto che lavori, perché fa qualcosa che le piace, ha un'entrata economica e, in generale, "si è costruita qualcosa". Per quanto riguarda la sfera amicale, è emerso che le opinioni delle amicizie di Sofia sul fatto che lei lavori non hanno giocato un ruolo importante nel suo percorso di recovery, al punto che la ragazza dichiara che siano contente per lei, ma che, secondo il suo parere, per loro sia indifferente il fatto che lavori o meno. Dalla parte clinica della sua intervista, Sofia ha utilizzato due volte l'espressione "mi hanno fatto il vuoto intorno" per descrivere il comportamento dei suoi amici nel suo percorso di recovery, un comportamento che lei stessa ha definito "di evitamento" poiché si è sentita da loro abbandonata a causa del suo disturbo. Probabilmente è per questo motivo che anche i suoi amici attuali, nella parte lavorativa dell'intervista, vengono menzionati ma non approfonditi in maniera particolare.

Riguardo i servizi per la ricerca di lavoro, Sofia ha dichiarato di essersi rivolta a servizi quali ufficio di collocamento e siti privati, che avrebbe voluto la aiutassero a un primo inserimento nel mondo del lavoro, ma ciò non è avvenuto. Ha quindi ribadito che i servizi per la ricerca di occupazione sono stati del tutto assenti nel suo percorso di recovery.

Infine, Sofia ha manifestato il desiderio di continuare con il suo attuale lavoro in un prossimo futuro, con la speranza di svolgerlo al meglio.

Elena ha fornito risposte molto ampie e ricche di informazioni. Anche lei, come Sofia, non si aspettava di riuscire a fare un lavoro che le piacesse, un lavoro che però definisce "il peggiore che potevo scegliere" in vista del suo disturbo; questo a causa della precarietà della professione di insegnante, che non le garantisce il senso di stabilità di cui avrebbe bisogno, e anche per la difficoltà di avere a che fare con adolescenti e preadolescenti che a volte possono mettere a dura prova il suo equilibrio psicologico. In comune con Sofia, anche lei ha dichiarato che il lavoro le ha permesso di raggiungere un'indipendenza economica, di tenersi impegnata e di acquisire più sicurezza, parlando soprattutto in termini di autostima. Per Elena sembra particolarmente importante la sensazione di essere d'aiuto agli altri: ha affermato in più punti dell'intervista che lavorare le ha dato modo di sentirsi utile alla società, di sentire di "star facendo qualcosa di buono" e di avere un modo per "impattare nella vita delle persone". La ragazza sembra dare molto peso anche al modo in cui viene

vista esternamente: quando le è stato chiesto cosa delle opinioni altrui circa il fatto che lavori l'abbiano aiutata maggiormente nel suo percorso di recovery, ha risposto "l'immagine" che deriva dall'averne un ruolo sociale riconosciuto. Altra peculiarità di Elena è che sembra che lei veda il suo lavoro come una sorta di palestra in cui allenare il suo recovery e averne prova: quando, nella parte clinica dell'intervista, le è stato chiesto di raccontare un episodio esemplificativo del suo percorso di recovery, ha riportato che il suo disturbo le ha sempre provocato difficoltà a gestire la rabbia e che una volta le era capitato di arrabbiarsi con un suo studente, ma in quella situazione era riuscita a non autosvalutarsi, rendendosi conto che quel sentimento era giustificato e che averlo provato non significava essere una brutta persona e una cattiva insegnante.

Quindi, per Elena il lavoro inserito nel percorso di recovery assume i seguenti significati: un segnale di recovery e un traguardo inaspettato, una fonte di indipendenza economica, un modo per tenersi impegnata, per maturare una maggiore sicurezza di sé, per sentirsi utili e accettati. Costituisce anche una motivazione a proseguire il suo cammino di recovery, con l'augurio di poter essere un'insegnante migliore in futuro. Aggiungiamo che per lei il lavoro assume rilevanza nel recovery dal momento in cui si inserisce in un ambiente supportivo: infatti, dice di trovarsi a suo agio sul lavoro, con livelli più alti di soddisfazione, soprattutto quando le capita di interfacciarsi con colleghi che possono rivelarsi amici al di fuori dell'ambito lavorativo.

La famiglia di Elena supporta la sua scelta di lavorare, e la ragazza sostiene che, da quando lavora, percepisce che i suoi genitori si preoccupino di meno anche rispetto al suo disturbo, e di conseguenza riesce ad averci un rapporto più sano e "adulto". Per quanto riguarda le amicizie, nella parte clinica della sua intervista si ripete il concetto di utilità trovato nella sezione dedicata ai quesiti lavorativi: la ragazza sente di essere stata aiutata nel recovery dai suoi amici nella misura in cui questi si sono rivolti a lei nel momento del bisogno, facendola sentire "utile"; questo tipo di rapporto le ha giovato maggiormente rispetto al sostegno diretto che i suoi amici hanno provato a darle nei suoi momenti di difficoltà dovuti al suo disturbo, perché in quest'ultima situazione non si è mai sentita compresa a pieno. Invece, nella sezione lavorativa Elena ha menzionato i suoi amici come fonte di supporto efficace nei confronti delle

sfide lavorative, quali la preoccupazione circa la precarietà della sua professione. In altre parole, nel suo percorso di recovery Elena reputa la sua cerchia di amicizie più supportiva nei suoi confronti riguardo le difficoltà lavorative rispetto alle difficoltà derivanti dal suo disturbo.

Per quanto concerne i servizi, Elena ha dichiarato di non aver mai sentito il bisogno di un sostegno per inserirsi nel mondo del lavoro, ma ha definito la terapia intrapresa col suo psichiatra di riferimento fondamentale per il mantenimento del suo posto di lavoro, e desidererebbe che le persone con diagnosi di disturbo mentale fossero maggiormente supportate nella gestione della quotidianità lavorativa.

Infine, Sofia ed Elena hanno in comune il non aver reso partecipi colleghi e supervisori della loro condizione di salute mentale, sebbene per ragioni diverse.

Giungendo ad Alessandra, intervistare una persona inoccupata ci ha permesso di esplorare il rapporto fra lavoro e recovery in un'ottica diversa, dove l'occupazione assume un duplice significato. Nel tempo presente, il lavoro viene visto come un intralcio per il proprio recovery; la ragazza, infatti, afferma che avere un lavoro in questo momento della sua vita la farebbe sentire "oppressa", che le aggiungerebbe un'ulteriore fonte di stress e che le toglierebbe del tempo dai suoi obiettivi, tra cui quello di studiare per ottenere il lavoro che desidera davvero. Nel tempo futuro, quindi, il lavoro è invece una meta agognata da raggiungere dopo la laurea, e farcela sarebbe, come per Sofia ed Elena, un segnale di avvenuto recovery. Alessandra pensa che il suo lavoro futuro le darà motivazione per alzarsi la mattina e per continuare nel suo percorso di recovery anche per i suoi futuri pazienti. Grazie al lavoro si vedrebbe anche utile alla società, infatti nell'intervista esprime il dispiacere per "non essere produttiva" e non sapere se e quando lo sarà, e per la sensazione di essere "in ritardo" su una ipotetica tabella di marcia per la conclusione degli studi.

Nonostante non sia stato retribuito, Alessandra riporta lo svolgimento del tirocinio curriculare come un'esperienza significativa per il suo recovery, e ne parla attribuendone diversi benefici che le due ragazze lavoratrici hanno riportato circa la loro professione: ad esempio, ha citato il tirocinio come uno dei momenti di "guarigione" all'interno del suo percorso, definendolo quindi un segnale di recovery, e ha affermato che questa esperienza le abbia dato una buona dose di motivazione, facendole comprendere a pieno la sua vocazione.

Per i motivi sopraelencati, diversi stralci dell'intervista di Alessandra riguardanti l'esperienza di tirocinio e quello che immagina pensando al suo futuro lavoro sono stati accorpati ai frammenti testuali delle ragazze lavoratrici.

Un altro dato interessante è che la ragazza afferma che il suo percorso di recovery l'ha aiutata a ridefinire i suoi obiettivi lavorativi: in precedenza la sua idea era quella di proseguire con una specializzazione in ambito medico dopo la laurea in Medicina, ma negli ultimi anni ha maturato il desiderio di specializzarsi in psicoterapia, proprio grazie al sostegno ricevuto dalle sue psicoterapeute.

Entrando nel merito delle relazioni, la famiglia di Alessandra, in particolare il padre (da lei citato, assieme alla sorella, come la persona più significativa per il suo percorso di recovery), la incoraggia a dedicarsi totalmente allo studio, quindi appoggia la sua scelta di non lavorare. I suoi amici le hanno invece suggerito di trovare un "lavoretto" durante gli studi. Tuttavia, la ragazza ha lasciato intendere che quella degli amici sia stata solo una proposta avanzata in qualche occasione, sebbene implichi un atteggiamento favorevole delle sue amicizie nei confronti dell'occupazione prima del conseguimento del titolo di studio.

Forse grazie al percorso di recovery affrontato, Alessandra ha citato la figura dello psicologo del lavoro quando le è stato chiesto che tipo di supporto si aspetterebbe dai servizi se volesse cercare lavoro, affermando che secondo lei sarebbe utile una sinergia di competenze tra questo profilo e i servizi sanitari.

Per il futuro, Alessandra si augura di continuare il suo percorso di recovery e di diventare una professionista in grado di innescarlo, a sua volta, ai suoi futuri pazienti, come le figure che la stanno seguendo hanno fatto con lei.

La psicoterapeuta Carla ha raccontato il percorso di recovery compiuto dal suo ex-paziente Davide. La scelta di intervistarla è stata presa con lo scopo di raccogliere informazioni sul recovery, esaminando un punto di vista diverso rispetto a quello della persona direttamente coinvolta nel processo, ma comunque vicino. Per l'analisi tematica, da qui sono stati estratti solo pochi frammenti testuali, poiché l'intervista a lei rivolta era prettamente clinica e non prevedeva quesiti di natura lavorativa.

Carla descrive Davide come un paziente particolarmente complesso. Aveva difficoltà a mettere in atto i suoi desideri per paura dei giudizi altrui, come la scelta di vestirsi in un certo modo o di avere un certo taglio di capelli. Nutriva sentimenti di rabbia

costanti, che sfociavano in aggressività rivolta soprattutto a sua madre e che rendevano difficile instaurare un rapporto di fiducia con Carla. Aveva problemi di alcolismo e non riusciva a coltivare le sue amicizie. Infine aveva un blocco nel continuare gli studi, che di conseguenza lo ostacolava anche nella ricerca del lavoro dei suoi sogni. Adesso Davide non è più un suo paziente, perché, secondo Carla, ha ultimato il suo percorso di recovery. Il ragazzo oggi è laureato, vive in un'altra regione, che è sempre stato un suo desiderio, e lavora come stilista. I frammenti testuali estrapolati sono tutti relativi al tema "Lavoro come segnale di recovery": Carla afferma che il suo ex paziente ha ancora le sensibilità tipiche del suo disturbo borderline, ma che ormai ha acquisito una serie di competenze che gli consentono di gestirle e di essere funzionale anche nel suo lavoro.

Ci troviamo dinanzi alla forte testimonianza di una persona con un disturbo mentale e difficoltà in diversi campi della vita, ma che è arrivata alla fine del suo percorso di recovery, concludendo anche la terapia. È senza dubbio un dato incoraggiante, poiché ci dimostra ulteriormente che la diagnosi di un disturbo mentale non invalida l'intero corso della vita, e che anche chi soffre o ha sofferto di uno squilibrio psichico ha la possibilità di realizzare i propri desideri e di affermarsi, anche lavorativamente parlando.

CONCLUSIONI

La presente tesi ha approfondito una delle tante sfaccettature dell'inclusione lavorativa, rendendo protagoniste le persone con diagnosi di disturbo mentale e il loro rapporto con il lavoro.

Ciò che è emerso è, anzitutto, che la diagnosi di tipo psichiatrico non è invalidante nell'ottenimento e nel mantenimento di un lavoro: un'integrazione di strategie cliniche e di strategie organizzative è risultata essere un'arma vincente per il miglioramento sia della sintomatologia che dell'adattamento sul posto di lavoro. Tale risultato è stato poi ulteriormente rinforzato dalla presentazione del Supported Employment e dell'Individual Placement and Support. Queste metodologie, infatti, hanno lo scopo di fornire supporto a qualsiasi persona desiderosa di lavorare, indipendentemente dalla diagnosi; gli operatori IPS, partendo dalle preferenze e dagli interessi del cliente, lo guidano nella rapida ricerca di un lavoro che si dica competitivo, ossia con una retribuzione adeguata e che non sia destinato esclusivamente alle persone con disabilità. Sono state presentate diverse prove a sostegno dell'efficacia di questi approcci, misurata in parametri quali tasso di occupazione, ore/settimane lavorate e retribuzione. Ciò che è emerso è la maggior efficacia di Supported Employment e IPS in confronto sia allo sheltered employment, che prevede l'inserimento in un ambiente sicuro e segregato in cui ricevere formazione per lo sviluppo di abilità lavorative, sia al programma statale della vocational rehabilitation. La metodologia si è dimostrata utile su diversi target, quali persone con disturbi affettivi, di mezza e età e anziane e giovani adulti; ha mostrato proficuità anche in contesti differenti da quello statunitense, come il Canada e alcuni paesi europei, tra cui l'Italia. I risultati raccolti in questa tesi hanno permesso di inferire che la strada migliore per un'inclusione ottimale sia quella di smettere di considerare l'aspirante lavoratore una persona bisognosa di "protezione", vincolandolo a un inserimento graduale in contesti agevolati, e di vederlo, invece, come l'attore principale nel processo di costruzione della sua identità professionale.

La possibilità di intervistare alcune persone con diagnosi di disturbo mentale mi ha permesso di addentrarmi ancora di più nel merito dell'oggetto della tesi. Le narrazioni delle partecipanti hanno restituito un'immagine del lavoro molto positiva: esso è stato indicato sia come una prova del loro recovery che come uno strumento che ha permesso

loro di procedere verso la “guarigione”. Allo stesso tempo, è emerso che anche il non lavorare può apportare un contributo utile al percorso di recovery, ma anche in questo caso il lavoro è indicato come una meta ambita, il cui raggiungimento avrebbe un significato importantissimo per la persona in recovery. Rilevante per questo processo è risultato essere anche il supporto percepito dalle figure significative, quali amici e familiari, circa la propria situazione lavorativa. Si può pertanto concludere che il lavoro possa costituire un aspetto fondamentale anche nella vita delle persone con diagnosi psichiatrica.

Dalle narrazioni delle partecipanti sono inoltre emersi elementi in linea con i principi del metodo IPS, soprattutto relativamente all’importanza attribuita al supporto lavorativo, all’integrazione di competenze cliniche e organizzative e alle preferenze riguardanti la diffusione sul lavoro della propria condizione di salute mentale. Questo costituisce un’ulteriore prova a sostegno della capacità dell’Individual Placement and Support di rispondere alle esigenze degli utenti.

Limiti

Uno dei limiti di questa tesi risiede nel numero di partecipanti reclutati per la ricerca, in quanto solo quattro. Inoltre, sulle quattro storie analizzate, ben tre coinvolgono il disturbo borderline di personalità: sarebbe stato interessante poter esplorare l’intersezione tra lavoro e recovery in un campione di persone con diagnosi più differenziate.

Prospettive future

Gli spunti per il futuro che potenzialmente forniti da questa tesi potrebbero riguardare, in primo luogo, di insistere sull’inclusione lavorativa delle persone con diagnosi psichiatrica, in quanto vi sono prove concrete che dimostrano il loro desiderio di lavorare, la loro capacità di ottenere e mantenere un lavoro e l’importanza che gioca l’identità professionale nei percorsi di recovery.

In secondo luogo, i risultati qui raccolti fanno emergere il bisogno di una maggiore conoscenza e diffusione dei principi dell’IPS: sebbene si stia man mano ritagliando un suo spazio anche in Italia, i servizi del nostro territorio in cui questa metodologia viene impiegata sono ancora esigui rispetto ai reali bisogni dei potenziali utenti; ciò emerge anche dalle narrazioni delle partecipanti alla ricerca, le quali, nonostante non ne abbiano

mai sentito parlare, hanno riportato dei desideri perfettamente in linea con quanto prefissato dall'IPS. Mi auguro, quindi, che questa tesi possa aver contribuito, nel suo piccolo, alla diffusione di questo approccio innovativo.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM ^IV). Washington DC: APA.

Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., & Ritter, J. A. (2003). Measuring Decent Work with Statistical Indicators. *International Labour Review*, 142, 147-178.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*, 16(4), 11–23.

Anzul, M., Downing, M., Ely, M., & Vinz, R. (2003). *On writing qualitative research: Living by words*. Routledge.

Armstrong, A.J. (2011). *Sheltered Employment*. In: Kreutzer, J.S., DeLuca, J., Caplan, B. (eds) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer, New York, NY.

Aronson, J. (1994). A Pragmatic View of Thematic Analysis. *The Qualitative Report*, 2, 1-3.

Atlas.ti, *Atlas, version 2.0*. (2002). Berlin, Germany, GmbH.

Auslander, L.A., Jeste, D.V. (2002). Perception of problems and needs for service among older outpatients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 38, 391–402.

Bacani-Oropilla, T., Lippmann, S., Tully, E., & Jaegggers, K. (1991). Patients with mental disorders who work. *South Med J*, 84(3):323-7.

Bacani-Oropilla, T., Lippmann, S., Tully, E., Jaegggers, K. (1991). Patients with mental disorders who work. *South Med J. Mar*, 84(3), 323-7.

Bakker, A.B. (2008). The Work-Related Flow Inventory: Construction and Initial Validation of the WOLF. *Journal of Vocational Behavior*, 72, 400-414.

Barbon, A., & Camuccio, C. (2021). La valutazione dello stigma implicito ed esplicito nei professionisti della salute mentale e negli studenti di infermieristica. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3, 53-62.

Battiloro, V., Martini, A., Mo Costabella, L., Nava, L. (2017). *Disabili psichici e inserimento lavorativo: un percorso di ricerca*. Documento di valutazione n5.

Becker, M., Diamond, R. & Sainfort, F. (1993). A new patient-focused index for measuring quality of life in patient-focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-251.

Bejerholm, U., L. Larsson, and C. Hofgren. 2011. Individual Placement and Support Illustrated in the Swedish Welfare System: A Case Study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35, 59–72.

Bennett, D. (1970) The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5, 224-230.

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

Boardman, J. (2003). Work, employment and psychiatric disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(5), 327–334.

Boardman, J. (2013). Long-term Mental Health Care for People with Severe Mental Disorders – The Importance of Workplace Rehabilitation. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 2, 87–94.

Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467–468.

Bond, G.R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345–359.

Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F., Bell, M.D., & Blyler, C.R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313–322.

Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32–39.

Bond, G.R., Drake, R.E., & Campbell, K. (2016). Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Interv Psychiatry*, 10(4), 300-7.

Bonfils, I.S., Hansen, H., Dalum, H. S., & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach – facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 318–333.

Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*.

Braddock, D., Hemp, R., & Rizzolo M.C. (2008). The state of the states in developmental disabilities, *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, Washington DC.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Bultmann, U., Rugulies, R., & Lund, T. (2006) Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 875–880.

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

Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., Lauber, C., & the EQOLISE Group (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study on individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 949–958.

Buselli, R., Del Guerra, P., Caldi, F., Veltri, A., Battaglia, S., Baldanzi, S., Girardi, M., Sallese, D., Dell'Osso, L., Cristaudo, A. (2020). Mental disability management within occupational health surveillance. *Med Lav*. 111(3), 232-240.

Business in the Community (2017). *Mental Health at Work Report*. London: Business in the Community.

Busner, J., Targum, S.D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4, 28–37.

Caron, J., Corbie Caron, J., Corbiere, M., & Mercier, C. (2003). The construct validity of the client questionnaire of the Wisconsin Quality of Life Index: a cross-validation study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 128-138.

Chanen, A.M., Nicol, K., Betts, J.K., Bond, G.R., Mihalopoulos, C., Jackson, H.J., Thompson, K.N., Jovev, M., Yuen, H.P., Chinnery, G., Ring, J., Allott, K., McCutcheon, L., Salmon, A.P., & Killackey, E. (2020). Individual Vocational and Educational Support

Trial (INVEST) for young people with borderline personality disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 583.

Cimera, R.E. (2008). The Cost-trends of Supported Employment Versus Sheltered Employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 28, 15 – 20.

Cimera, R.E. (2011). Supported Versus Sheltered Employment: Cumulative Costs, Hours Worked, and Wages Earned. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35, no.2, 85-92.

Cohen, J., & Struening, E.L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349.

Collins, J.J., Baase, C.M., & Sharda, C.E. (2005) The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 547–557.

Costa, M., Baker, M., Davidson, L., Giard, J., Guillorn, L., & Ibáñez, A.G. (2017). Provider perspectives on employment for people with serious mental illness. *Int J Soc Psychiatry*.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper and Row, New York.

Cutrona, C., & Russell, D. (1987). The provisions of social supports and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.

Davidson, L. (2005). Recovery, Self-Management and the Expert Patient Perspective. *Journal of Mental Health*, 1, 25-35.

de Graaf, R., ten Have, M., van Dorsselaer, S. (2010). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 19, 125–41.

De Vries, G., Schene, A.H. (2009). Reintegration to work of people suffering from depression. In: Söderback I (ed.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions. Heidelberg: Springer*, pp. 375–382.

Dewa, C.S., Chau, N., & Dermer, S. (2009). Factors associated with short-term disability episodes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 1394–1402.

Dewa, C.S., Loong, D., Trojanowski, L., & Bonato, S. (2018). The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: A systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 27(2), 174–183.

Diaz, P., & Mercier, C. (1996). An evaluation of the Wisconsin quality-of-life questionnaires for clinical application and research in Canada. *Quality of Life Newsletter*, 16, 11-12.

Drake, R., D.R., Becker, & Anthony, W.A. (1994). A research induction group for clients entering a mental research induction group for clients entering a mental health research project. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 487-489.

Drake, R.E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry*, 59(5), 236-42.

Drake, R.E., McHugo, G.J., Becker, D.R., Drake, R.E., McHugo, G.J., & Becker, D.R. (1996). The New Hampshire Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399.

Drake, R.E., Xie, H., Bond, G.R., McHugo, G.J., & Caton, C.L. (2013). Early psychosis and employment. *Schizophr Res*, 146, 111–7.

Ennals, P., Fossey, E.M., Harvey, C.A., & Killackey, E. (2013). Postsecondary education: kindling opportunities for people with mental illness. *Asia Pac Psychiatry, 6*(2), 115–9.

Eurofound NEETs (2012). *Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fioritti, A., Bassi, M., & De Girolamo, G. (2003). Italian Psychiatry, 25 years of change. *International Psychiatry, 2*, 14–16.

Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., van Weeghel, J., Cappa, C., & Suñol, R. (2014a). Individual Placement and Support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*, 123–128.

Fioritti, A., D'Alema, M., Barone, R., & Bruschetta, S. (2014b). Social enterprises, vocational rehabilitation, supported employment: Working on work in Italy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(6), 498–500.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.T. (2002). *Structured clinical interview for Axis I DSM-IV-TR disorders, research edition*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Giralt Palou, R., Prat Vigue, G., & Tort Nasarre, G. (2019). Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care, 56*(2), 243-255.

Goetzel, R.Z., Long, S.R., & Ozminkowski, R.J. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*, 398–412.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a biosocial model*. London, England: Tavistock/Routledge.

Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology, 91*. Tratto da: How to mobilize social support against workload and burnout: The role of organizational identification. Teaching and Teacher Education, Avanzi, L., Fraccaroli, F., Castelli, L., Marcionetti, J., Crescentini, A., Balducci, C., & van Dick, R. (2018).

Happell, B., & Gaskin, C. J. (2013). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review. *Journal of clinical nursing, 22(1-2)*, 148-158.

Harnois, Gaston, Gabriel, Phyllis. (2000). *World Health Organization & International Labour Organisation. Mental health and work: impact, issues and good practices*. World Health Organization.

Hasson, H., Andersson, M., & Bejerholm, U. (2011). Barriers in Implementation of Evidence-based Practice: Supported Employment in Swedish Context. *Journal of Health Organization and Management, 25*, 332–345.

Health & Safety Executive (2017). *Work-related Stress, Depression or Anxiety Statistics in Great Britain*. Bootle: HSE.

Henderson, M., Glozier, N., & Holland, E.K. (2005). Long term sickness absence. *BMJ, 330*, 802–803.

Hengartner, M.P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder traitscores. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 49*, 327–35.

Jans, L., Stoddard, S., & Kraus, L. (2004). *Chartbook on Mental Health and Disability in the United States: An InfoUse Report*. US Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research, Washington, DC.

Jeste, D.V., Twamley, E.W., Eyler Zorrilla, L.T., Golshan, S., Patterson, T.L., Palmer, B.W. (2003). Aging and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 336–343.

Johnstone, M.J. (2001) Stigma, Social Justice and the Rights of the Mentally Ill: Challenging the Status Quo. *International Journal of Mental Health Nursing*, *10*, 200-209.

Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*, *166*, 654-659.

Juurlink, T.T., ten Have, M., Lamers, F., van Marle, H.J.F., Anema, J.R., & de Graaf, R. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry*, *18*(1).

Kawada, T. (2017). Minor mental disorders and work conditions, *Journal of the Formosan Medical Association*.

Kessler, R.C., & Üstün, T.B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, *13*, 93–121.

Killackey, E.J., Jackson, H.J., Gleeson, J., Hickie, I.B., & McGorry, P.D. (2006). Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Psychiatry Res*, *40*, 951– 62.

Kim, W., Park, EC., Lee, TH., & Kim, TH. (2016). Effect of working hours and precarious employment on depressive symptoms in South Korean employees: a longitudinal study. *Occup Environ Med*, *73*, 816e22.

Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). The Schizophrenia subgroup of the Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness. *Psychiatr Bull*, 28, 401-406.

Knaeps, J., DeSmet, A., Van Audenhove, C. (2012). The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 36, 13–23.

Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community mental health journal*, 51(5), 628-634.

Kregel J., Wehman, P. & Banks, P.D. (1989). The effects of consumer characteristics and type of employment model on individual outcomes in supported employment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 407–415.

Kregel, J., Wehman, P., Revell, G., Hill, J., & Cimera, R. (2000). Supported employment benefit-cost analysis: Preliminary findings, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14, 153–161.

Kurtz, M.M. (2005). Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophrenia Research*, 74, 15–26.

Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M.S., Therrien, C., & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 189, 65-73.

Lecomte, T., Corbiere, M. & Laisne, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the SERS. *Psychiatry Research*.

Lehman, A.F., Steinwachs, D.M., Dixon, L., Postrado, L., Scott, J., Fahey, M., Fischer, P., Hoch, J., Kasper, J., Lyles, A., Shore, A., & Skinner, A. (1998). Patterns of usual care

for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patients Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11–20.

Lehtinen, V. (1984). Unemployment and mental disturbance. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 10(6), 505–509.

Lelliot, P., Tulloch, S., Boardman, J., Harvey, S., Henderson, M., & Knapp, M. (2008). *Mental health and work*. Royal College of Psychiatrists, London, UK.

Lidz, C.W., Fisher, W., & Torres Stone, R. (2013). Employment, careers, and recovery for young adults. *Focal Point Youth Young Adults Ment Health*, 27, 11–3.

Lieberman, J.A., Drake, R.E., & Sederer, L.I. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv.*, 59, 487–496.

Lien, Y.Y., Lin, H.S., Tsai, C.H., Lien, Y.J., & Wu, T.T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), 4655.

Mancini, M.A., Hardiman, E.R., & Lawson, H.A. (2005). Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48–55.

Manning, C. & White, P. D. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin*, 19, 541–543.

Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B., & Bergmark, M. (2015). *Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni – exempen IPS och ACT. [The Implementation of a National Strategy for Psychosocial Interventions for Schizophrenia – IPS and ACT]*. Umeå Universitet, CEPI, Lunds Universitet, Lund.

Marshall, T., Rapp, C.A., Becker, D.R., & Bond, G.R. (2008). Key factors for implementing supported employment. *Psychiatr Serv*, 59(8), 886-92.

Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Mattei, G., Venturi, G., Ferrari, S., Galeazzi, G.M. (2018). *Mental health, work and care: the value of multidisciplinary collaboration in psychiatry and occupational medicine*.

McGaughey, M.J., Kiernan, W.E., McNally, L.C., Gilmore, D.S., & Keith, G.R. (1995). Beyond the workshop: National trends in integrated and segregated day and employment services. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 20, 270–285.

McGurk, S. R., & Wykes, T. (2008). Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 350–359.

Menear, M., Reinhartz, D., Corbière, M., Houle, N., Lantôt, N., Goering, P., Goldner, E.M., Kirsh, B., & Lecomte, T. (2011). Organizational Analysis of Canadian Supported Employment Programs for People with Psychiatric Disabilities. *Social Science and Medicine*, 72, 1028–1035.

Metcalfe, J.D., Drake, R.E., & Bond, G.R. (2018). Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 13;44(1), 22-31.

Michon, H., van Busschbach, J.T., Stant, A.D., van Vugt, M.D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*, 37(2), 129-36.

- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.J., Killackey, E., & Glozier, N. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 14–22.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.J., Killackey, E., & Glozier, N. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry*, *209*(1), 14-22.
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., & Borschmann, R. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*, *3*(7), 636–45.
- Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S., Verheul, R., Krueger, R.F., & Skodol, A.E. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess*, *93*, 347–53.
- National Disability Rights Network (2011). *The failure of the disability service system to provide quality work*.
- Nicholson, P. (2018). Common mental disorders and work. *British Medical Bulletin*, *126*, 113–121.
- Noble, J.H., Honberg, R.S., Hall, L.L.; & Flynn, L.M. (1997). A legacy of failure: The inability of the federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness. *National Alliance for the Mentally Ill*. Arlington, VA.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, *32*(4), 709-714.

Nosek, B.A., & Banaji, M.R. (2001). The go/no-go association task. *Social cognition*, 19(6), 625- 666.

Nugent, W.R., & Thomas, J.W. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice*, 3, 191-207.

OECD (2009). *Sickness, disability and work: Keeping on track in the economic downturn*. Background Paper. High-Level Forum, Stockholm, 14-15.

Office for National Statistics (2016). *Sickness Absence in the Labour Market. Analysis Describing Sickness Absence Rates of Workers in the UK Labour Market*. Newport: ONS.

Oldman, J., Thomson, L., Calsaferrri, K., Luke, A., & Bond, G.R. (2005). A Case Report of the Conversion of Sheltered Employment to Evidence-based Supported Employment in Canada. *Psychiatric Service*, 56, 1436–1440.

Overton S.L., & Medina, S.L. (2008), The stigma of mental illness, *Journal of Counseling and Development*, 86, 143-151.

Palmer, B.W., Heaton, R.K., Gladsjo, J.A., Evan, J.D., Patterson, T.L., Golshan, S., Jeste, D.V. (2002). Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. *Schizophrenia Research*, 55, 205–215.

Parent, W.S., Hill, M.L. & Wehman, P. (1989). From sheltered to supported employment outcomes: Challenges for rehabilitation facilities. *Journal of Rehabilitation*, 55, 51–57.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*.

Pearson, V., Ip, F., & Hui, N. (2003). To tell or not to tell; disability disclosure and job application outcomes. *J Rehabil*, 69, 35–8.

Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Garlassi, S., Scazza, I., Chiri, L. R., et al. (2019). Characterization of young people with first episode psychosis or at ultra-high risk: The Reggio Emilia At-Risk Mental States (ReARMS) program. *Rivista di Psichiatria*, *54*(6), 254–263.

Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Garlassi, S., Scazza, I., & Chiri, L.R. (2019). The “Reggio Emilia At-Risk Mental States” program: A difused, “liquid” model of early intervention in psychosis implemented in an Italian Department of Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(6), 1513–1524.

Pelizza, L., Ficarelli, M.L., Vignali, E., Artoni, S., Franzini, M.C., Montanaro, S., Andreoli, M.V., Marangoni, S., Ciampà, E., Erlicher, D., Troisi, E., Pupo, S., Fioritti, A. (2020). Implementation of Individual Placement and Support in Italy: The Reggio Emilia Experience. *Community Ment Health J.*, *56*(6), 1128-1138.

Peris, T.S., Teachman, B.A., & Nosek, B.A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness: Links to clinical care. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(10), 752-760.

Priebe, S. (2015). The political mission of psychiatry. *World Psychiatry*, *14*(1), 1-2.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, *45*, 7–12.

Ramsay, C.E., Broussard, B., & Goulding, S.M. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Res*, *189*, 344–8.

Rinaldi, M., Miller, L., & Perkins, R. (2010). Implementing the Individual Placement and Support (IPS) Approach for People with Mental Health Conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22 (2), 163–172.

Risal, A. (2012). Common Mental Disorders. *Kathmandu University Medical Journal*, 9(3), 213–217.

Rosenberg, M. (1969). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Roulston, K. (2001). Data analysis and 'theorizing as ideology'. *Qualitative Research*, 1(3), 279–302.

Rusch, F.R., Braddock, D. (2005). Adult day programs versus supported employment (1988-2002): Spending and service practices of mental retardation and developmental disabilities state agencies, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29, 237–242.

Schene, A., Hees, H., Koeter, M., & De Vries, G. (2013). Work, mental health and depression. *Improving Mental Health Care*.

Schene, A., Kessler, R.C., Barber, C., Birnbaum, H.G. (1999) Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Affairs*, 18, 163–171.

Schneider, J., & Akhta, A. (2012). Implementation of Individual Placement and Support: The Nottingham Experience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 325–332.

Schuster, J.W. (1990). Sheltered workshops: Financial and philosophical liabilities. *Mental Retardation*, 28(4), 233–239.

Shakespeare, T., & Watson, N. (2002). The Social Model of Disability: An outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28.

Shepherd, G., Bacon, J., Lockett, H., & Grove, B. (2012). Establishing IPS in Clinical Teams – Some Key Themes from a National Implementation Programme. *Journal of Rehabilitation, 78*, 30–36.

Sledge, W.H., Lazar, S.G. (2014). Workplace effectiveness and psychotherapy for mental, substance abuse, and subsyndromal conditions. *Psychodyn Psychiatry, 42*, 497-556.

Socialstyrelsen (2014). *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner, Individuel Placement and Support [Evaluating IPS in the Municipalities]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sockoll, I., Kramer, I., & Bodeker, W. (2009). *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000 to 2006*. Report 13e. Initiative Gesundheit & Arbeit. Essen, 2009.

Soresi, S. (2016). *Psicologia delle disabilità e inclusione*. Bologna: Il Mulino.

Soresi, S., Nota, L., Santilli, S. (2020). *Il contributo dell'orientamento e del counseling all'agenda 2030*. Padova: Cleup.

Sowers, J. (2013). Self-determined career planning: the Career Visions Project. *Focal Point Youth Young Adults Ment Health; 27*, 19–23.

Stuart H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry, 19*, n.5, 522-526.

Stuart, H. (2007) Employment equity and mental disability. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 486–490.

Summerfield, D. (2011). Metropolitan police blues: protracted sickness absence, ill health retirement, and the occupational psychiatrist. *BMJ*, *342*, d2127.

Sveinsdottir, V., Lie, S.A., Bond, G.R., Eriksen, H.R., Tveito, T.H., Grasdal, A.L., & Reme, S.E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*.

ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands mental health survey and incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, *16*, 249–59.

Twamley, E.W., Jeste, D.V., & Lehman, A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 515–523.

Twamley, E.W., Narvaez, J.M., Becker, D.R., Bartels, S.J., & Jeste, D.V. (2008). Supported Employment for Middle-Aged and Older People with Schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil.*, *11(1)*, 76-89.

Valery, K.M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, *290*, 113068.

van Erp, N., Femke, H.J., Giesen, B.M., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D, McHugo, G.J, & Drake, R.E. (2007). A Multisite Study of Implementing Supported Employment in the Netherlands. *Psychiatric Service November*, *58*, 1421–1426.

Venturi, G., Mattei, G., Pistoiesi, B., Nora, A., Addabbo, T., & Galeazzi, G.M. Politiche del lavoro e salute mentale: l'integrazione socio-assistenziale come strumento per favorire percorsi di recovery. *G Ital Med Lav Erg*, 43:1, 34-39.

Viering, S., Bärtsch, B., Obermann, C., Rusch, N., Rössler, W., & Kawohl, W. (2013). The effectiveness of individual placement and support for people with mental illness new on social benefits: A study protocol. *BMC Psychiatry*, 13, 195.

Virduzzo, C. (2017). Orientamento ed inclusione sociale e lavorativa: un passo verso l'autonomia. *Quale Psicologia, rivista n.8*.

Visser, J., Martin, S., & Tergeist, P. (2014). *Trade Union Members and Union Density in OECD*.

Waghorn, G., Collister, L., Killackey, E., & Sherring, J. (2007). Challenges to Implementing Evidence-based Supported Employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 29–37.

Ware, J., Kosinski, M., & Gandek, B. (2000). *SF-36® health survey: Manual & interpretation guide*. Lincoln: Quality Metric Incorporated.

Wehman, P., & Moon, M.S. (Eds.) (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Baltimore: Brookes Publishing, 372 pp.

Wehman, P., Kregel, J., Banks, P.D., Hill, M., & Moon, M.S. (1997). Sheltered versus supported work programs: A second look. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31, 42–53.

Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(9), 933–41.

Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S.T., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S.P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med.*, *45*(11), 2237–51.

Zanarini, M.C., Jacoby, R.J., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2009). The 10- year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *J Personal Disord*, *23*, 346–56.

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *J Clin Psychiatry*, *73*, 8–12.

SITOGRAFIA

Aversa, L., Ditaranto, D., Donghi, R. (2018). Tratto da: <http://www.anma.it/news-anma/bep-di-anma-la-gestione-del-lavoratore-con-malattia-psichiatrica-e-disagio-psichico/>

IPS Employment Center (2020). IPS Supported Employment and State Vocational Rehabilitation: A Crosswalk. Tratto da: <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2020/03/IPS-VR-Crosswalk-March-2020-wfooter-margins.pdf>

Marsicano, D. (2015). Persone con disturbi psichici, solo lo 0,6 per cento è assunto in azienda. Tratto da: <https://mysuperabile.inail.it/cs/superabile/lavoro/persone-con-disturbi-psichici-solo-lo-06-per-cento-e-assunto.html>

