

La socializzazione in ambiente reale nei percorsi di riabilitazione psicosociale in una unità operativa di psichiatria della Regione Lombardia: storia, metodi, attività e aspetti critici

“Socialization in real environment” in the rehabilitative interventions of a Psychiatric Unit of Lombardia Region: history, methodology, activities, and critical aspects

MONICA ROVERSI¹, ANTONIO VITA^{1,2}

E-mail: antonio.vita@unibs.it

¹Unità Operativa di Psichiatria n. 20 Gardone VT, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

²Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia

RIASSUNTO. Introduzione. Le attività di recupero e reinserimento sociale legate alla dimensione lavorativa sono da anni un elemento importante nella pratica riabilitativa dell'Unità Operativa di Psichiatria n. 20 (UOP 20) dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, in ragione di una cultura del lavoro industriale profondamente radicata negli abitanti dell'area territoriale di riferimento. **Metodi.** Attraverso l'analisi degli strumenti individuati e delle prassi adottate a livello locale per soddisfare i bisogni riabilitativi e risocializzanti, con riferimento all'“asse lavoro”, delle persone seguite dalla UOP 20, sono stati sviluppati i metodi di definizione e gli strumenti di realizzazione dei percorsi di socializzazione in ambiente reale (SAR). **Risultati.** Una ricerca condotta su un arco temporale di 6 anni ha messo in evidenza il ruolo terapeutico e la valenza riabilitativa dei percorsi SAR. È stato riscontrato un generale miglioramento nella qualità di vita dei soggetti seguiti e la possibilità di accesso al mercato del lavoro per alcuni di loro grazie all'empowerment individuale e comunitario e a un impegno costante e duraturo del servizio e delle comunità territoriali a favore dell'integrazione e della valorizzazione delle risorse (sia dei pazienti sia dei contesti di vita). **Discussione.** L'esperienza locale è confrontata con il panorama più ampio degli interventi di inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico per evidenziarne similitudini e differenze e allo scopo di favorire la costruzione di un linguaggio comune e di promuovere il processo di miglioramento continuo delle pratiche riabilitative e la replicazione delle esperienze condotte.

PAROLE CHIAVE: inserimento lavorativo, riabilitazione, disturbi mentali gravi, presa in carico, empowerment, qualità della vita.

SUMMARY. Introduction. The activities of rehabilitation and social reintegration related to work placement have been an important component in the rehabilitation practices of the Psychiatry Unit n. 20 (UOP 20) of the Spedali Civili Hospital of Brescia because of a deeply rooted culture of industrial work among the inhabitants of the served area. **Methods.** Through the analysis of the individualized tools and the routines adopted to satisfy the needs for rehabilitation and resocialization, with reference to the axis “work”, of people followed by the UOP 20, the methods of definition and realization of the paths of Socialization in Real Environment (SAR) have been developed. **Results.** A research conducted over a period of six years highlighted the therapeutic significance of SAR rehabilitation pathways. We found a general improvement in the quality of life of patients followed and the possibility of access to real work market for some of them through the empowerment of individuals and communities and the constant and long-lasting commitment of service and local communities to the integration and implementation of resources (both of patients and of life contexts). **Discussion.** Local experience is compared with the broader landscape of the interventions on employment in people with psychiatric disorders to highlight similarities and differences in order to facilitate the building of a common language and to promote the continuous improvement of rehabilitative practices and interventions.

KEY WORDS: work reintegration, rehabilitation, severe mental disorders, taking charge, empowerment, quality of life.

INTRODUZIONE

Uno degli obiettivi strategici del vigente Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) (2004) della Regione Lombardia è stato quello di introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di collaborazione tra servizi psichiatrici del Dipartimento di Salute

Mentale (DSM), soggetti non istituzionali e la rete informale del territorio¹.

I soggetti con disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi che afferiscono ai servizi accedono al trattamento integrato della presa in carico che organizza un'offerta di cura in stretta relazione con il contesto socio-ambientale dell'individuo con lo strumento del Piano di Trattamento Indi-

Roversi M, Vita A

viduale (PTI), che indica le prestazioni che saranno erogate nell'ambito delle diverse attività (clinica, riabilitativa, di assistenza, di intermediazione, di coordinamento) per raggiungere gli obiettivi stabiliti².

Le attività riabilitative sono un momento complementare alla cura della malattia e consentono di sostenere la persona nella costruzione di un nuovo adattamento alla realtà, integrando o rimuovendo i limiti posti dalla malattia³. In particolare, possono diminuire i fattori di stress migliorando il clima familiare, potenziando le abilità sociali del paziente e la fiducia nelle sue possibilità, e rimuovere gli ostacoli del contesto ambientale alla espressione delle sue potenzialità⁴.

Uno degli "assi" tradizionalmente più importanti per il percorso di riabilitazione, reinserimento e recupero del paziente affetto da disturbi mentali è rappresentato dal lavoro⁵. Se da un lato i percorsi di (re)inserimento lavorativo hanno rappresentato uno dei filoni maggiormente perseguiti dai progetti riabilitativi della Unità Operativa di Psichiatria (UOP) n. 20 di Gardone VT del DSM dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, le attività riabilitative nel nostro contesto territoriale sono sempre state fortemente condizionate nel loro realizzarsi dal significato dello spazio lavoro nella vita degli abitanti.

Se fosse possibile individuare un archetipo della cosiddetta normalità, nel territorio di riferimento della UOP 20 – la Val Trompia – questo coinciderebbe con lo *status* di lavoratore: «È meno disabile un soggetto con un problema psichico che lavora, piuttosto che una persona senza alcuna patologia che ozia» è una affermazione che vedrebbe d'accordo gran parte della popolazione della Valle⁶.

Tuttavia il lavoro non è necessariamente di per sé terapeutico, semmai lo può essere il contesto e la modalità in cui si svolge. Un inserimento lavorativo ha senso solo se iscritto in maniera forte dentro l'esistenza, la biografia di una persona. Il desiderio di lavorare non può essere presupposto, ma va dimostrato, altrimenti i programmi riabilitativi basati sul lavoro sono destinati a fallire⁷.

A partire quindi dal bilancio delle competenze in materia di inserimento al lavoro dei soggetti seguiti dai servizi, ovvero il mix tra sapere, saper fare, saper essere, si è proceduto alla definizione e programmazione degli interventi riabilitativi individuando tre fasce di bisogno e, per ognuna di esse, sono stati individuati obiettivi diversi⁸:

- *prima fascia* → bisogno di inserimento nel normale mondo del lavoro per pazienti con buone abilità sociali, e sufficiente capacità di continuità e di adeguamento agli standard lavorativi richiesti. Obiettivo: mantenimento del lavoro anche in momenti di crisi.
- *seconda fascia* → bisogno di inserimento lavorativo per pazienti con un buon grado di aderenza alla realtà, ma limitate capacità di continuità e di adeguamento agli standard lavorativi richiesti, con rischio di scempenso di fronte a richieste per loro inadeguate (ritmi o responsabilità elevate, ecc.). Obiettivo: inserimento lavorativo con funzione di supporto al processo riabilitativo.
- *terza fascia* → bisogno di inserimento lavorativo per pazienti con scarsissime abilità sociali e/o grave alterazione nella percezione delle proprie possibilità, ma con una profonda cultura del lavoro introiettata come bisogno. Obiettivo: individuazione di un luogo che, attraverso un'attività lavorativa delimitata e programmata, offra una situazione

protetta, socializzante e di supporto al soggetto e alla famiglia.

In questo contesto, l'esperienza dei percorsi di socializzazione in ambiente reale (SAR) realizzata da alcuni anni nel DSM di Brescia, in modo particolare nell'UOP 20, nasce in prima istanza quale risposta ai bisogni di soggetti appartenenti alla terza fascia sopra descritta, ma oggi, alla luce dell'attuale crisi economica che riduce le possibilità di accesso al mercato del lavoro, offre opportunità di sostegno a una gamma più ampia di soggetti.

Obiettivo del presente articolo è quello di presentare materiali, metodi e risultati dei percorsi SAR quali strumenti terapeutico-riabilitativi, sorta di laboratori "transazionali" nel trattamento della disabilità primaria e nella prevenzione della disabilità secondaria.

METODI

Il luogo di tirocinio come setting terapeutico

Obiettivo dei percorsi SAR (Determinazione Dirigenziale n.1338 del 07/10/2003) è di ristabilire i contatti socio-relazionali tra la persona e il territorio, veicolando la stessa verso l'autonomia⁹.

Si tratta di un superamento del concetto di "tirocinio sociale" o di "laboratorio protetto", dove l'attività lavorativa è il pretesto per sviluppare embrioni di legami sociali e di investimenti affettivi con luoghi e persone.

Fare qualcosa di utile, che, come prodotto, abbia un vero valore di scambio può favorire il superamento dei pregiudizi e creare le condizioni affinché questo luogo diventi punto di incontro tra mondo della normalità (produttivo) e mondo della malattia (improduttivo)¹⁰.

Tipologie dei percorsi SAR

Le tipologie dei percorsi di tirocinio SAR sono sostanzialmente tre. A ognuna di esse il gruppo di operatori ha deciso di attribuire un numero massimo di ore settimanali in funzione degli obiettivi da conseguire.

1. *Tirocinio SAR di mantenimento*: si tratta di esperienze volte a mantenere in esercizio le abilità sociali e le autonomie di base possedute dall'utente. Il percorso vuole porsi quale antagonista del processo di progressivo ritiro sociale. Questo tipo di esperienza può occupare un tempo da un minimo di 2 a un massimo di 8 ore settimanali.
2. *Tirocinio SAR osservativo*: si sposta l'interesse degli operatori dall'individuo in senso stretto alla sua capacità di porsi in relazione con l'ambiente. Tale intervento si colloca solitamente dopo l'attivazione di altri strumenti riabilitativi individuali o di gruppo che hanno avuto luogo in strutture (CPS, centro diurno, strutture residenziali). Attraverso l'osservazione dell'individuo in uno spazio meno protetto è possibile valutare l'integrazione delle abilità a livello cognitivo, comportamentale ed emotivo del paziente e ipotizzare di conseguenza sviluppi successivi al percorso riabilitativo. Questa tipologia di tirocinio può occupare fino a un massimo di 15 ore settimanali.
3. *Tirocinio SAR propedeutico al lavoro*: il percorso affronta con gradualità il tema dell'autonomia emotiva del tirocinante, modulando le richieste di prestazione a vantaggio dell'acquisizio-

La socializzazione in ambiente reale nei percorsi di riabilitazione psicosociale in una unità operativa di psichiatria

ne di una crescente capacità nel rispettare i tempi, le regole e i compiti lavorativi e nel far fronte agli stress insiti nella situazione di lavoro. Questa tipologia di tirocinio può occupare fino a un massimo di 20 ore settimanali.

Le postazioni

Le postazioni di tirocinio vengono selezionate valutando come prioritario l'aggancio al territorio, allo scopo di perseguire i migliori percorsi di integrazione dei pazienti nelle loro comunità di appartenenza¹.

La rete di collaborazioni costruita nel tempo sul territorio dell'UOP n. 20 consente di disporre di diverse realtà ospitanti (aziende pubbliche e private, cooperative, associazioni, realtà del volontariato, ecc.) che collaborano con il servizio ("équipe tirocini") in modo flessibile e attivo con l'intermediazione di un referente aziendale. Una buona mappatura delle postazioni utilizzate nel territorio, effettuata grazie alla consulenza di un esperto del settore, e la progressiva rete di collaborazioni realizzate, costituiscono una buona ricchezza di mezzi per la realizzazione di tali progetti.

Le convenzioni pubblico-privato

L'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia ha definito protocolli di collaborazione con le sedi ospitanti, facendosi anche carico delle coperture assicurative necessarie, e ha individuato e messo a disposizione un'educatrice professionale quale figura di riferimento per l'Azienda e per l'eventuale affiancamento del tirocinante.

L'esperienza non comporta viceversa nessun costo e nessun obbligo per la realtà ospitante.

La convenzione è individuale e a tempo indeterminato. Non è esclusa la presenza di più tirocinanti contemporaneamente nella stessa sede ospitante.

L'impegno orario può andare da un minimo di 2 a un massimo di 20 ore settimanali e tendenzialmente non dovrebbe occupare più di 3 ore al giorno.

È previsto un rimborso orario motivazionale al tirocinante di 2,5 € rendicontato mensilmente e corrisposto nell'ambito del budget stanziato dal DSM per le attività riabilitative ed erogato al tirocinante con assegno non trasferibile.

Il compenso economico, che è dell'ordine di un piccolo rimborso-spese, non è l'obiettivo, il punto di arrivo, dell'attività, ma uno strumento per stimolare il soggetto a prendere iniziative, con scopo motivazionale, e permettergli di disporre di una piccola riserva di denaro.

Le candidature

I candidati al percorso sono di norma persone che nell'attualità non presentano una prognosi lavorativa favorevole, spesso con quadri clinici caratterizzati da diffidenza, sfiducia, mancanza di legami affettivi e sociali stabili. Spesso hanno rifiutato le attività riabilitative abitualmente offerte dal servizio ma presentano il desiderio di lavorare.

Le aree principali da indagare per una valutazione della candidatura sono indicate in una scheda specificamente elaborata e includono:

- abilità possedute dal candidato (prima e dopo l'esordio della malattia e/o lo scompensamento psicotico);

- motivazione al percorso, con particolare riguardo alla valutazione della congruenza tra le capacità del soggetto e le sue aspettative;
- precedente partecipazione a laboratori riabilitativi interni;
- pregresse esperienze lavorative o di tirocinio;
- limiti e difficoltà attese;
- interessi del candidato.

L'équipe segnalante è chiamata inoltre a definire la tipologia di percorso richiesta (osservativo, propedeutico o di mantenimento), a delineare gli obiettivi principali dell'intervento e a dare eventuali suggerimenti per la ricerca della postazione (luoghi, orari, tipo di attività, ecc.).

I percorsi SAR sono costruiti con la partecipazione attiva del paziente ed è pertanto necessario un suo discreto compenso clinico.

Il tirocinante

La rete "informale", definita dai contatti liberi degli individui e costituita da parenti, vicini, amici, dovrebbe fronteggiare la tendenza del paziente a isolarsi, promuovere l'autostima, e dovrebbe saper esprimere empatia ma nello stesso tempo non esprimere aspettative troppo elevate o forte pressione normativa¹².

Il percorso SAR, che utilizza il lavoro come mediazione alla relazione interpersonale, può d'altra parte offrire al tirocinante il vantaggio indiretto di soddisfare alcune di tali esigenze:

- acquisire stima di sé attraverso l'identificazione con il ruolo di lavoratore,
- riattivare le relazioni sociali,
- acquisire "normalità" in misura visibile,
- avere un impegno "valorizzato" dagli altri.

Il percorso

La scelta del tipo di percorso dipende sia dallo stato clinico/esistenziale del paziente sia dalla disponibilità di risorse in un dato momento.

La collaborazione con le famiglie è altrettanto determinante a tutela della coerenza dei messaggi di supporto da fornire al paziente nel corso del tirocinio¹³.

Il sostegno dei contesti di vita dei pazienti è motivante ai fini di una buona riuscita dei percorsi¹⁴.

Di qualsiasi tipo di percorso si tratti, la procedura prevede la raccolta dell'adesione del paziente e dei soggetti coinvolti, e formalmente attestata dalla firma apposta sulla convenzione da parte dell'utente, della realtà ospitante e dall'Azienda Ospedaliera promotrice dell'esperienza.

L'operatore del CPS o il consulente che ha individuato la sede del tirocinio incontra i referenti della postazione e definisce con loro la mansione e i tempi iniziali di frequenza dell'utente designato, oltre a illustrare le caratteristiche del tirocinante dal punto di vista del funzionamento relazionale e operativo.

Il percorso prevede un primo periodo di osservazione e redazione di una scheda "utente - progetto di tirocinio SAR" in cui vengono indicati gli obiettivi a breve termine, i limiti e le risorse rilevanti.

Tali obiettivi specifici sono l'oggetto del confronto e della verifica tra le parti e il loro aggiornamento e/o modifica viene registrato puntualmente in un foglio di aggiornamento-dati allegato alla scheda utente.

Il tirocinante è istruito dal referente del CPS circa gli atti da compiere in caso di assenza, la compilazione e la consegna del prospetto-ore mensile, i tempi e la modalità di incasso del contributo motivazionale.

Il referente della postazione informa relativamente alle misure di sicurezza e ai regolamenti interni, e consegna eventuali Dispositivi di Protezione Individuale.

Il tirocinante si presenta sul posto in autonomia negli orari stabiliti e, se previsto nel progetto, può essere affiancato in alcuni momenti (per tempi definiti).

Recentemente, l'UOP 20 ha avviato un percorso di valutazione della possibilità di migliorare ulteriormente i risultati dei percorsi SAR, complementandoli a interventi di riabilitazione cognitiva (Progetto TR11).

L'affiancamento

Titolare della programmazione e verifica dei percorsi SAR è l'équipe tirocini, che individua un referente interno del percorso, che può essere un operatore del CPS, del Centro Diurno o delle Comunità Riabilitative, oppure il consulente esterno.

Se si prevede la necessità di un affiancamento del tirocinante in postazione, viene individuato inizialmente come referente il consulente esterno.

Il consulente esterno presenta le seguenti competenze specifiche¹⁵:

- Consolidata formazione rispetto agli inserimenti lavorativi, con particolare riferimento ai percorsi di avvicinamento al lavoro. Capacità di valutazione delle abilità necessarie per il lavoro e per la permanenza in contesti sociali non protetti.
- Competenze in tema di riabilitazione psichiatrica, e conoscenza di strumenti e metodi di valutazione. Comprovate capacità relazionali e addestrative con pazienti psichiatrici. Conoscenza e aggancio al territorio per la promozione dell'integrazione dei pazienti nella comunità e nei contesti di vita di appartenenza. Conoscenze e competenze operative rispetto al lavoro di rete.

Se non si prevede l'affiancamento diretto in postazione, l'operatore referente è individuato per massima prossimità relazionale possibile con l'utente (operatore della struttura).

L'équipe tirocini

Titolare del percorso riabilitativo è il CPS, al di là del luogo da cui viene promossa la candidatura. Per questo motivo si è strutturato un gruppo di operatori che si incontra mensilmente per l'organizzazione e la gestione dei percorsi, definita appunto "équipe tirocini". Essa è composta dagli educatori del CPS, dalla consulente esterna che segue i percorsi e da un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica per ogni servizio semiresidenziale o residenziale del territorio.

Il gruppo si occupa della valutazione delle candidature, del reperimento delle postazioni e del monitoraggio dei percorsi in atto. Le situazioni vengono affrontate e discusse caso per caso con l'intenzione di restituire suggerimenti alle équipe di riferimento del PTI. Viceversa, le informazioni acquisite da tali équipe consentono di aggiustare e ricalibrare gli obiettivi in itinere¹⁶.

Il gruppo è deputato inoltre al controllo gestionale del budget annuale stanziato per i rimborsi motivazionali.

La valutazione dei percorsi

Per i pazienti presi in carico nei servizi territoriali, si utilizzano routinariamente alcune scale di valutazione clinica e funzionale. Tra queste, la Clinical Global Impression (CGI), la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) e la Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS).

Per la tipologia SAR propedeutico al lavoro si utilizzano di routine anche: Brief Psychiatric Rating Scale, Life Skills Profile, Work Motivation Scale e Scala del Benessere Psicosociale.

In generale nei percorsi di programmazione e monitoraggio dei SAR, si utilizzano schede di osservazione in sito finalizzate a valutare con e sul paziente i seguenti item:

- accettabilità sociale;
- acquisizione delle regole lavorative;
- ambientamento;
- apprendimento della mansione;
- produttività;
- autonomia;
- grado di soddisfazione¹⁷.

RISULTATI

La raccolta dati dal 2007 al 2012 è stata effettuata con lo scopo di sistematizzare l'esperienza svolta relativamente ai percorsi SAR¹⁸.

In questi ultimi 6 anni sono stati seguiti 73 utenti per un numero complessivo di 91 percorsi attivati, all'interno di 61 postazioni utilizzate.

Dalla prima analisi dei percorsi realizzati annualmente emerge quanto rappresentato in Tabella 1.

È evidente già da questa prima raccolta dati come gli interventi propedeutici al lavoro siano negli anni diminuiti, mentre sono in crescita i percorsi finalizzati al mantenimento delle abilità residue.

Alcuni percorsi provengono da esperienze avviate negli anni precedenti e si tratta spesso di quelli di maggiore durata (Tabella 2).

I percorsi con obiettivo mantenimento hanno avuto una durata lunga. Per 10 pazienti il tirocinio continua negli anni senza significative interruzioni né modificazioni degli obiettivi iniziali (26%). Si evince inoltre dall'analisi dei percorsi che sia i casi di drop-out, i cambi di postazione, i cambi di obiettivo, sia i passaggi di competenza ad altri servizi si verificano sempre entro i primi 10 mesi dall'attivazione. Ciò permette di assumere tale periodo come spazio di osservazione indicativo e generalizzabile.

I percorsi con obiettivo osservativo hanno avuto una durata minima di 1 mese e una durata massima di 17 mesi. Il passaggio ad altra tipologia di tirocinio o la conclusione dell'esperienza si realizza tra gli 8 e i 12 mesi. Su 24 situazioni: 10 si sono concluse per mancanza di presupposti per uno sviluppo verso un percorso propedeutico al lavoro (42%); 5 sono evolute in tal senso (21%); 3 hanno registrato un cambio di postazione per migliorare l'osservazione (12,5%); 4 hanno ridefinito il percorso in termini di mantenimento (16,5%); 1 decesso (4,1%); 1 (4,1%) situazione tuttora in evoluzione.

I percorsi con obiettivo propedeutico registrano spesso una prima fase osservativa (12 situazioni (42%)). Solo in 1 caso il percorso avviato come propedeutico al lavoro si è tra-

La socializzazione in ambiente reale nei percorsi di riabilitazione psicosociale in una unità operativa di psichiatria

Tabella 1. Numero delle diverse tipologie di intervento SAR svolte dalla UOP 20 dal 2007 al 2012

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007-2012 complessivo
Numero percorsi realizzati	Totale	31	29	34	31	29	39	91
Tipologia SAR	Tipologia 1 Mantenimento	15	12	16	15	20	24	38
	Tipologia 2 Osservativo	7	12	7	3	3	9	24
	Tipologia 3 Propedeutico	9	5	11	13	6	6	29

Tabella 2. Traiettorie degli interventi SAR realizzati nella UOP 20 dal 2007 al 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prosecuzione da anni precedenti	23	18	21	25	21	22
Nuovi avvii	8	11	13	6	8	16
Stop clinici	2	1	3	4	6	9
Passaggio al lavoro	3	2	4	6	3	2

sformato in percorso di mantenimento. Il percorso che porta alla collocazione lavorativa ha avuto una durata variabile da un minimo di 15 a un massimo di 31 mesi.

I tirocinanti avviati al lavoro sono stati negli anni 23 (79,5%). 16 di questi tuttora mantengono il lavoro (69,5%), mentre 6 lo hanno perso nuovamente e 1 ha riavviato un percorso che lo ha portato a una nuova collocazione lavorativa (21,7%). 3 persone sono in attesa di collocazione e 4 hanno fallito il percorso.

Infine, per quanto riguarda le postazioni utilizzate si è valutata la tipologia della disponibilità incontrata: privato sociale (33%), aziende private (25%), settore pubblico (totale 26% compreso il privato accreditato) e associazioni di volontariato (16%).

DISCUSSIONE

Le forme di inserimento lavorativo nei DSM in Italia si concretizzano attraverso prassi assai variabili che possono avere finalità diverse: passare il tempo, ricreative, ergoterapia, inserimento lavorativo vero e proprio. Uno studio finanziato nell'ambito dal Ministero della Salute con il coordinamento scientifico a cura del DSM dell'ASS1 di Trieste¹⁹ ha evidenziato che una scarsità di informazioni valide al riguardo accomuna tutti i DSM oggetto della ricerca e che si rilevano forme molto eterogenee di realizzazione.

La riabilitazione finalizzata al lavoro dei pazienti con gravi disturbi psichici è uno dei temi più dibattuti e sperimentati in ambito psichiatrico²⁰. Tuttavia, parlare di riabilitazione lavorativa oggi non significa più solo pensare a esiti di accesso al mondo del lavoro vero e proprio²¹. È necessario quindi rifocalizzare l'attenzione su processi definibili di inclusione

sociale e lavorativa^{22,23} poiché la condizione lavorativa è una delle principali direzioni su cui operare per sostenere i processi di recovery del soggetto con gravi patologie mentali.

La presa in carico della condizione lavorativa si struttura come una serie di attività volte all'inclusione socio-lavorativa:

1. riabilitazione psichiatrica (laboratori interni, terapie occupazionali)²⁴;
2. formazione (a competenze psico-sociali e tecnico professionali specifiche);
3. prassi di sostegno al collocamento lavorativo e all'imprenditorialità sociale²⁵;

Anche per la nostra esperienza fornire una risposta agli esclusi dal mondo del lavoro ha significato sviluppare occasioni d'integrazione sociale che non sempre e non necessariamente esitano in progetti di inserimento lavorativo.

Alla luce dell'attuale crisi economica, inoltre, l'accesso al mercato del lavoro per i disabili (ex L. 68) è fortemente ridotto e ciò comporta la necessità di mantenere l'integrazione sociale degli individui attraverso altre forme di partecipazione alla vita sociale e comunitaria²⁶.

Nonostante gli effetti benefici del lavoro per la salute mentale siano noti da sempre²⁷, l'identità psicosociale è questione delicata: il lavoro in realtà non è salute e non la dà. Si può piuttosto sostenere che dà accesso all'autonomia²⁸ e l'integrazione nel mercato del lavoro non dipende solamente dalle capacità della persona nell'assumere un ruolo lavorativo, ma anche da una somma di condizioni legate alla volontà reale e alla capacità della società di integrare le persone con disabilità, laddove interazioni sociali negative e stigmatizzanti significativamente riducono la qualità di vita dei pazienti²⁹.

Nella nostra esperienza, particolare attenzione è rivolta a non utilizzare i SAR come un surrogato di prestazioni lavorative: le condizioni di crisi del mercato e di mancanza di disponibilità di postazioni lavorative legate al collocamento obbligatorio spingono nella direzione di un uso improprio del SAR come fonte di reddito integrativa, a "tamponamento" di situazioni critiche e, di fatto, in una prospettiva di stallo evolutivo.

Lo strumento SAR è stato viceversa utilizzato in modo flessibile rispettando l'andamento delle possibilità offerte dal mercato del lavoro. Alcuni pazienti hanno trovato occupazione lavorativa per un breve periodo (alcuni mesi) al termine del quale sono rientrati nell'esperienza SAR in attesa

di nuove occasioni lavorative, con l'obiettivo di non perdere l'allenamento alla realtà sociale esterna così difficilmente recuperabile in caso di nuovi scompensi clinici o grave ritiro sociale. Il SAR ha svolto in questi casi la funzione di sostegno all'autostima e di rinforzo rispetto a una nuova progettualità possibile³⁰.

Il recupero dei fallimenti lavorativi, che si sono intensificati in questi ultimi anni, ha condizionato l'attivazione di SAR con progresso più lento e graduale.

In questo senso la nostra esperienza è confrontabile con quella regionale lombarda in questo ambito¹. La figura del consulente esterno in affiancamento ai percorsi, sostanzialmente assimilabile alla figura del coach, è stata promossa in altre esperienze regionali³¹.

In considerazione della minore disponibilità di postazioni per l'integrazione lavorativa dei disabili³² è stato poi spesso necessario attivare dei SAR anche per persone con disabilità più lievi dal punto di vista psichico che non avevano trovato spazio nel mercato del lavoro. Tali candidati sono tuttavia spesso meno motivati sul piano riabilitativo e utilizzano il percorso quasi unicamente come sostegno alle difficoltà economiche. Di conseguenza, si registrano maggiori discontinuità nei percorsi e un intensificarsi dell'attività valutativa in ingresso da parte degli operatori, oltre a un incremento nella ricerca di postazioni "su misura".

Alcune esperienze regionali, per favorire l'accesso diretto alla cooperativa o all'azienda, hanno inglobato nell'attività del DSM percorsi di inserimento lavorativo nelle loro diverse declinazioni^{II} o hanno creato su base sovra-dipartimentale una piattaforma^{III} o un sistema^{IV} a garanzia di un costante e articolato lavoro di rete tra istituzioni pubbliche, enti di formazione e aziende.

Nella nostra esperienza resiste una certa difficoltà di comunicazione tra il mondo della salute mentale e quello del lavoro produttivo. A questo quadro complesso si aggiungono i cambiamenti di carattere legislativo, amministrativo e organizzativo che influenzano molto le prassi degli operatori^V.

I percorsi SAR, pur trattandosi di percorsi non finalizzati all'inserimento lavorativo ma che utilizzano l'attività lavorativa come mediazione nella relazione, sono a rischio di assi-

milazione con percorsi formativi (stage) più generalizzati con conseguenti ricadute sul piano operativo.

Dal nostro punto di vista la valutazione della compatibilità della postazione rispetto ai bisogni e ai limiti del paziente deve avvenire attraverso la discussione sulle caratteristiche cliniche e di personalità del candidato, attestando eventualmente in modo formale, attraverso un accordo tra le parti, attorno a quali compiti e attività si svilupperà l'esperienza.

Alla luce dell'esperienza con i tirocini SAR svolta nel corso di oltre 6 anni nell'ambito del territorio di competenza della UOP n. 20 appare opportuno rilevarne alcuni aspetti critici:

- le reti locali sono molto diverse l'una dall'altra ed è necessario tenere conto di queste diversità per stabilire prassi di collaborazione tra servizi istituzionali e comunità di vita delle persone³³;
- l'esperienza del tirocinio SAR non può e non deve in alcun modo essere sovrapposta all'esperienza lavorativa. Si tratta di un luogo di riabilitazione avanzata, di training, di consolidamento e ha in sé una dimensione centrale di transizione e di crescita. In questo senso non è opportuno utilizzare percorsi e strumenti che per definizione appartengono alle logiche di assunzione e di tutela del posto di lavoro e che potrebbero indurre confusione nei candidati al SAR;
- non è opportuno lasciare spazio alle postazioni perché possano utilizzare come lavoro sostitutivo l'attività svolta dai tirocinanti SAR. Se è vero infatti che talvolta viene prodotto lavoro dal percorso SAR, è opportuno contrastare il più possibile la richiesta delle aziende, e talvolta delle cooperative, di utilizzare i tirocini SAR al posto dei collocamenti;
- insistere sugli atti formali dovuti per l'avvio dei percorsi rischia di complicare solo l'accesso e incidere negativamente sulla motivazione del paziente (e del servizio) a perseguire e mantenere il percorso SAR.

Non solo i mutamenti legislativi introdotti dalla legge Fornero^{VI}, ma anche l'assenza reale di posti di lavoro legati al collocamento obbligatorio, mettono a rischio la praticabilità dell'intervento SAR per come è oggi. Non funziona più davvero la modalità *train and place* o le nuove tendenze operative *place and train* (Supported Employment) risultano più efficaci nell'attuale assetto del mondo del lavoro?

Pare opportuno valutare con attenzione lo sviluppo della metodologia IPS (Individual Placement and Support) sul territorio nazionale, effettivamente poco praticata. Si ritiene infatti che potrebbe rappresentare un'interessante prospettiva di sbocco per i percorsi SAR, in integrazione o in alternativa alle classiche forme di inserimento lavorativo fino a oggi rappresentate sul nostro territorio³⁴⁻³⁶.

Ringraziamenti

Lo studio è stato in parte supportato dal Progetto Innovativo TR11, approvato e finanziato dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia

^I Programma Innovativo Regionale TR 19 "Messa in campo e diffusione nell'Asl di Milano di modelli operativi per l'Inserimento Lavorativo di soggetti affetti da gravi disturbi psichici" – Programma Innovativo Regionale TR 54 "Il Castello solidale" – Programma Innovativo Regionale TR 12 "Una rete per il lavoro".

^{II} Sportello Lavoro del DSM di Mantova.

^{III} Servizio Integr@lavoro promosso da Ala Sacco DSM di Milano nell'ambito del Programma Innovativo Regionale.

^{IV} Équipe Funzionale Area Lavoro (EFAL) nell'ambito del Progetto Innovativo Una rete per il lavoro AO Lecco ed Équipe dedicata nell'ambito del Progetto Innovativo TR54 – UOP34, UOP33, UOP51 del DSM San Paolo di Milano.

^V Con la Legge 68 del 12 marzo 1999 e la legge regionale 4 agosto 2003 al concetto di collocamento obbligatorio è stato affiancato quello di collocamento mirato inteso come insieme di servizi per favorire l'incontro tra le esigenze dei datori di lavoro e le caratteristiche individuali dei disabili e delle categorie protette. In regione Lombardia si è assistito all'introduzione della Dote nelle sue varie forme. Nelle province si è assistito alla graduale crescita nell'applicazione dell'art.14 del Dgls 276/2003.

^{VI} La Legge Fornero e succ. modificazioni (L. 92 del 28 giugno 2012) introduce elementi utili per la riflessione per quanto riguarda il lavoro occasionale accessorio in riferimento alle esperienze risocializzanti e formative sui luoghi di lavoro.

La socializzazione in ambiente reale nei percorsi di riabilitazione psicosociale in una unità operativa di psichiatria

BIBLIOGRAFIA

1. Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 17 maggio 2004 n.17513 Piano Regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
2. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 (rep. Atti n.4/CU). Piano di azioni nazionale per la salute mentale.
3. Liberman RP (a cura di). La riabilitazione psichiatrica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1997.
4. Ba G. Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. Milano: Franco Angeli, 2003.
5. Callea G, Lecamp G, Materzanini A (a cura di). Cooperativa Isparo Lavoro e legame sociale. Milano: Franco Angeli, 2005.
6. Roversi M, Bruni G. Monitoraggio e valutazione dei percorsi in Valle Trompia. In: Roberti V. (a cura di) La gestione dei processi e la rete dei servizi per la salute mentale percorsi integrati per l'inserimento lavorativo. Milano: Franco Angeli, 2005.
7. Cerati G (a cura di). La fantasia al lavoro. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
8. Selvatici A, D'Angelo MG (a cura di). Il Bilancio di Competenze. Milano, Franco Angeli, 1999.
9. Zimmerman M.A. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rapport J, Seidman E (a cura di). Handbook of community psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
10. Goglio M (a cura di). Quando 1+1 fa 3. La psichiatria nella logica del fare assieme raccontata da operatori, utenti, familiari e volontari. Trento: Erikson live Trento.2012 (testo scaricabile gratuitamente dal sito <http://www.eriksonlive.it>) (25/09/2014)
11. Folghereiter F. L'utente che non c'è - Lavoro di rete ed empowerment nei servizi alla persona. Trento: Erikson, 2000.
12. Mencacci C, Straticò E. L'utente e la famiglia: l'empowerment, il contratto di cura, la libera scelta, l'advocay. In: Bassi M (a cura di). Politiche sanitarie in Psichiatria. Parte II, cap.6:74-87, Milano: Masson, 2003.
13. Di Furia P, Mastrangelo F. Famiglia e Handicap l'intervento psicoeducativo. Milano: Franco Angeli, 2001.
14. De Stefani R, Stanchina D (a cura di). Gli UFE. Utenti e familiari esperti un nuovo approccio nella salute mentale. Trento: Erikson, 2010.
15. Maguire L. Il lavoro sociale di rete. L'operatore sociale come mobilizzatore e coordinatore delle risorse informali della comunità. Trento: Erikson, 1989.
16. Tosco L. Costruire modelli teorico-operativi. Animazione Sociale 1998; 28: 121.
17. Roversi M, Bruni G. Monitoraggio e valutazione dei percorsi in Valle Trompia. In: Roberti V (a cura di). La gestione dei processi e la rete dei servizi per la salute mentale percorsi integrati per l'inserimento lavorativo. Milano: Franco Angeli, 2005
18. Caggio F. La ricerca-azione, un ponte fra aggiornamento, formazione e sperimentazione. In: Rabboni M (a cura di). Saper e saper fare. Costruzione e trasmissione di conoscenza in riabilitazione psicosociale. Pisa: Pacini, 2005.
19. Progetto di ricerca PIL (2008) per l'inserimento lavorativo una valutazione dei modelli in uso nei DSM nell'inserimento lavorativo dell'utenza, on line, http://www.triestesalutementale.it/formazione/pil/progetto_ricerca.htm (25/9/2014).
20. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomized controlled trial. BJP 2008; 192:224-231
21. Ciniselli G. Gli interventi di riabilitazione lavorativa e l'inserimento lavorativo vero e proprio. In: Cerati G (a cura di). Il case manager nei dipartimenti di salute mentale in Regione Lombardia. Milano: Mc-Graw-Hill Education, 2013.
22. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 marzo 2008 (rep. Atti n.43/CSR) Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale.
23. Greco G. Disabilità psichiatrica e lavoro: un binomio possibile? Politiche sociosanitarie, governance territoriale e inclusione lavorativa. Milano: Franco Angeli (collana Salute e Società), 2008.
24. Svettini A. Interventi psicoterapici e psicosociali riabilitativi nella psicosi agli esordio, on line <http://www.mitoerealta.org/contributi> (25/09/2014).
25. Barone R, Bruschetta S, D'Alema M (a cura di). L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIR-SaM. Milano: Franco Angeli, 2013.
26. Bagnasco A, Piselli F, Pizzorno A, Triglia C. Il capitale sociale istruzioni per l'uso. Bologna: Il Mulino, 2001.
27. Harding CM, Strauss JS, Hafez H, Lieberman PB, et al. Work and mental illness. Toward an integration of rehabilitation process. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 317-26.
28. Pullia G. Lavoro ed identità: dall'ergoterapia all'impresa sociale. In: Michielin P, Donatello M (a cura di). La formazione e l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici. Padova: UPSEL Domenighini, 2001.
29. Yanos PT, Rosenfield S., Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. Community Ment Health J 2001; 37: 405-19.
30. Burns T, Catty J, White S, et al.; EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009; 35: 949-58.
31. Linee Guida del Progetto Lavoro & Psiche promosso dalla fondazione Cariplo (2008-2013), on line, http://www.fondazione-cariplo.it/static/upload/lav/lavoroepsiche_lineeguida_web.pdf (25/09/2014).
32. Lavoro e psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici, Quaderni dell'osservatorio, 2013, on line, http://www.fondazione-cariplo.it/static/upload/qua/qua_lep_web_7.pdf (25/09/2014).
33. Bagnasco A. Tracce di comunità. Bologna: Il Mulino, 1999.
34. Fioritti A, Burns T, Hilarion P, et al. Individual placement and support in Europe. Psychiatr Rehabil J 2014; 37: 123-8.
35. Kilian R, Lauber C, Kalkan R, et al. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 1381-9.
36. Burns T, Catty J, White S, et al.; EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009; 35: 949-58.