

Disturbo psichico e lavoro

di Franco Veltro e Francesco Colavita*

Il sistema “lavoro” e quello del “disturbo mentale” o “psichico” possono essere considerati due galassie di cui l’ultima solo in minima parte esplorata. L’approccio al problema è così complesso che richiede grande umiltà e ragionevoli dubbi, anche quando ci si trova di fronte a ciò che appare come fin troppo “evidente”. Nel presente contributo si cercherà di: a) contrastare alcune di queste “evidenze”; b) descrivere le tante problematiche dell’argomento, comprese quelle relative alla dimensione clinica e di funzionamento dell’utente in relazione al lavoro; c) descrivere quali azioni a livello individuale e di sistema sono importanti per avere più successo per l’inserimento socio-lavorativo.

Per quanto riguarda il primo punto partiamo da un’evidenza: “Il 70% delle persone con disturbo mentale desidera lavorare” (Drake, 1999). Che una quota così rilevante desideri lavorare è un fatto assai positivo, poiché il desiderio rientra nella costellazione della speranza e la *hopeness* è il fattore principale per la *recovery*, cioè per un’ottimale ripresa del funzionamento e della qualità di vita del paziente psichiatrico. Tuttavia il fatto che le persone abbiano il desiderio di lavorare non si traduce automaticamente in una “tenuta lavorativa” (Burns *et al.*, 2007, 2009).

I fattori della mancata tenuta lavorativa, considerata la metafora delle galassie, non sono compiutamente esplorati. In realtà sia oggi che nel passato remoto la relazione uomo-lavoro non è stata affatto semplice. Lo stesso termine lavoro è esemplificativo. Fino al ’900 sembra essere stato solo sinonimo di sforzo, fatica, sudore; dal latino *labor*, che rimanda al termine moderno anglosassone *labour*. Poi dal ’900 ad oggi il suo significato sembra essersi modificato. Il “lavoro rende liberi” – si è iniziato a dire – e tramite esso la persona acquisisce un ruolo, competenze, amicizie, autonomia, ecc. Quindi i

* Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso, ASReM.

nuovi termini *worker* e *job* sono sembrati utili per rimuovere il precedente significato che aveva una connotazione negativa.

Ma lo spartiacque del '900 è solo un artificioso riduzionismo. Si consideri, infatti, che già la dimensione del movimento religioso del cristianesimo nel medioevo ha avuto un forte impatto sull'abolizione della schiavitù. Si considerino, soprattutto per il nostro Paese, che le abbazie benedettine sono state le prime strutture economiche complesse e sotto certi aspetti il primo tentativo di organizzare in modo sistematico la cooperazione sociale. La stessa economia del microcredito, come riconosciuto da diversi studiosi (Zamagni, 2004, 2005), sembra aver avuto inizio con San Francesco, per rendere gli uomini liberi da una povertà non dignitosa e dall'usura. L'atto della costituzione del Banco di Ascoli del 1458 appare come una prova in tal senso. Sono questi principi che avrebbero poi portato nel 1700 la scuola Napoletana (Antonio Genovesi, 1713-1769) a fondare un'economia civile recuperando la tradizione medioevale cristiana: "Uno Stato non si può dire ricco e felice che in un solo caso allorché ogni cittadino con un lavoro discreto di alcune ore può comodamente supplire ai suoi bisogni ed a quelli della sua famiglia". Si erano quindi create già allora le condizioni per svincolare sempre più il lavoro dall'accezione di subordinazione e di schiavitù, per farne l'elemento vitale per soddisfare i bisogni e per il sostegno alla famiglia.

Questi principi sono qui da noi enfatizzati poiché oggi ancor più validi come risposta alla difficoltà che si ha nel nostro settore in merito all'inserimento socio-lavorativo delle persone con disturbo mentale. La fase attuale vede crescere sempre più movimenti di giovani che esprimono un atteggiamento di rifiuto verso il lavoro, come se fosse solo fatica, tra l'altro finalizzata a sostenere un modello di comunità socio-economica non condivisibile, così che il concetto di "giustizia" del diritto al lavoro oggi è sostituito con quello dell'etica del lavoro.

Come abbiamo visto, nella seconda parte del secolo scorso il lavoro è stato identificato come il fattore per l'auto-sviluppo e per la relazionalità, quindi per quella reciprocità che dà un senso alla vita umana, che si può esprimere antropologicamente e filosoficamente con la frase "l'uomo è nella dimensione della reciprocità". Si è ritenuto che la socialità dell'uomo sia limitata se non poggia sulla reciprocità, parola chiave dell'impianto antropologico e sociale dell'economia civile. In quest'ottica il lavoro, e quindi anche il mercato, diventa l'elemento nucleare del senso di reciprocità. Recentemente è proprio questo costruito che viene messo invece in discussione, perché il mercato risponderebbe solo alle logiche di aumento della ricchezza economica, senza valorizzare la relazionalità umana. Le tematiche odierne sono dunque orientate ad una visione critica del lavoro, considerato anche l'alto tasso di disoccupazione. Oggi è sempre più diffuso l'atteggiamento del "rifiuto di un'ideologia del lavoro come più alta vocazione e dovere morale, il rifiuto del lavoro come il centro necessario della vita sociale mezzo di accesso ai diritti e alle rivendicazioni della cittadinanza, e il rifiuto della necessità del controllo capitalistico della produzione" (Weeks, 2011).

Queste problematiche non possono essere ignorate nell'organizzazione dei percorsi socio-lavorativi nei servizi di salute mentale. Per troppo tempo l'approccio all'inserimento lavorativo è stato ideologico, una mitizzazione, una generalizzazione a volte dannosa perché ha impedito l'ascolto degli utenti, le loro preferenze.

Se nella galassia lavoro abbiamo introdotto delle “antinomie”, queste non mancano anche nella galassia della sfera psichica. La prima di esse è: disturbo psichico o mentale? Sono equivalenti? La questione della definizione non è un vezzo intellettuale. Quando parliamo di individui con disturbi psichici a chi ci rivolgiamo ed è proprio corretto l’uso del termine “psichico”? In Italia, in genere per ragioni storiche relative al movimento psichiatrico anti istituzionale, che ha portato al superamento degli ospedali psichiatrici e che risulta ancora molto predominante in determinati ambienti culturali e politici, si ha grande difficoltà ad usare termini come “malattia mentale” o “disturbo mentale” o “disturbo mentale grave”. Quest’ultima definizione è equivalente del diffusissimo *Severe Mental Illness* della sterminata letteratura scientifica internazionale, cioè di quelle riviste che accettano solo lavori che soddisfano metodologie rigorose basate su specifici criteri, espliciti, riproducibili e condivisi. La cultura dell’ideologia – che, come ammoniva Sarte, diventa una gabbia una volta che il sistema di idee si è concretizzato – ha impedito, a nostro avviso, di usare termini come “disturbo mentale”, creando problemi di definizione della popolazione a cui ci rivolgiamo; temine tra l’altro che risulta meno “invalidante” di altri. Ad esempio, per alcuni è preferibile il termine di “sofferente psichico”, che a nostro avviso è peggiore dell’altro poiché appare ancor più stigmatizzante, in quanto sembra dare una connotazione negativa dell’utente che viene identificato con la sofferenza. Invece anche gli utenti godono e rivendicano giustamente il diritto al *psychological wellbeing* nonostante il disturbo. E poi la popolazione dei sofferenti psichici è davvero stratificata nel genere umano, presente forse più tra le patologie organiche. Anche l’ansia di ricevere un intervento chirurgico dà pena e sofferenza come i disagi emotivo-relazionali, ma non li possiamo certo annettere nelle problematiche dell’inserimento socio-lavorativo.

Lo stesso termine di disturbo psichico è assai vago come anche quello di disagio. In un’istituzione totale, come ad esempio le case circondariali, ci si aspetta che tutti gli internati abbiano per molti aspetti “disturbi o disagi psichici”. Nella popolazione generale la prevalenza dei disturbi psichici, cioè di tutti gli stati di alterazioni del pensiero, delle emozioni e del comportamento, oscilla tra il 25% e il 42%, a seconda degli studi e del contesto. Tuttavia i soggetti con problematiche psichiatriche che richiedono un forte impegno dei servizi di sanità pubblica sono molto al di sotto di quelle percentuali: la schizofrenia ad esempio ha una prevalenza *life-time* dell’1%. Lo stesso dicasi per i disturbi bipolari o di personalità con grave compromissione del funzionamento sociale e altri disturbi gravi per i quali impieghiamo risorse dei servizi per l’inserimento lavorativo. Inoltre nel contesto italiano il primo studio nazionale sulla prevalenza dei disturbi mentali (ESEMED) ha rilevato una stima del 7% (epicentro.iss); cioè è tale percentuale a soddisfare i criteri diagnostici di un “disturbo mentale”.

In questo contesto, dunque, è ancor più importante definire bene la popolazione di riferimento. Preferiamo pertanto il termine di Disturbi Mentali Gravi, traduzione italiana dei *Severe Mental Illness* (SMI), o più semplicemente Disturbi Mentali (DM), cioè quei disturbi che necessitano di trattamenti a lungo termine con diversa calibratura dell’intensità d’intervento. Una definizione operativa, affidabile/riproducibile, quella di maggior uso routinario, e utilizzata da alcuni servizi che si pongono il problema di definire la loro popolazione di riferimento per calibrare l’intensità dei percorsi assi-

stenziali. Ad esempio il nostro servizio li definisce come persone con diagnosi di Asse 1, alias psicosi, o diagnosi di disturbo di personalità, in Asse 2, ma con compromissione marcata del funzionamento personale e sociale, che potrebbe corrispondere a <70 sulla scala PSP, uno degli strumenti di misura di maggior riferimento a livello internazionale (Junkel & Morosini, 2008).

In aggiunta il termine mentale ci sembra appropriato per il grosso contributo che le neuroscienze stanno dando alla comprensione della mente umana. Comunque, con una simile definizione operativa potremmo iniziare a vedere i problemi anche sotto altra angolazione. Ci si riferisce al fatto che quella popolazione potrebbe anche essere ridefinita come disturbi degli “Assi della Povertà” (Funk et al, 2012). Infatti gli indicatori di povertà hanno una correlazione positiva, statisticamente significativa, con i DM. Le persone con il più basso stato socioeconomico hanno un Rischio Relativo di otto (RR=8) rispetto a quelli con un più alto stato socio-economico. Il 40% delle persone con DM vive in *Low and Middle Income Country* e il DM ha un RR=4 per la disoccupazione (RR=3 per l’istruzione). Nei Paesi OCSE le persone con DM hanno una probabilità 6-7 volte maggiore di essere disoccupati. In uno studio condotto in 27 paesi il 70% delle persone del gruppo della schizofrenia non ricopre alcun ruolo lavorativo, così come è noto che i disturbi psichiatrici con maggiore prevalenza nella popolazione lavorativa sono appunto la depressione, il disturbo ansioso e la fobia semplice.

In quest’ottica altri ragionamenti sono sorprendentemente utili. Infatti, si consideri che: a) il 22% delle persone con schizofrenia ha un solo episodio (o forse anche un secondo meno eclatante), ma senza compromissioni del funzionamento; b) il 35% delle persone con schizofrenia ha diversi episodi con alcuni ricoveri, ma con minime compromissioni di funzionamento. Quindi il 57% di queste persone è in grado di lavorare potremmo dire con il minimo sostegno da parte del servizio di salute mentale. Ma solo il 10% (in alcuni studi fino al 20%) delle persone con schizofrenia ha un lavoro retribuito. Manca all’appello oltre il 40% delle persone che se pur affette da schizofrenia sono potenzialmente candidate al lavoro. Se si fa riferimento ai tassi di occupazione nel Regno Unito, che confrontano la popolazione generale con le persone con DM dal dopoguerra ad oggi, il dato è ugualmente sconcertante. Infatti per la popolazione generale, tale tasso oscilla nel tempo tra il 70% e l’80%, mentre solo tra gli anni ’60 e ’70 il tasso del DM ha un picco tra il 40% e il 60% per poi collocarsi dal 2000 in poi intorno al 10%. Le prospettive non sono affatto incoraggianti per i nostri pazienti se si considera che il rapporto della Fondazione Hume-Sole-24-ore del 2015 indica nove milioni di esclusi, soprattutto donne e giovani, con un peso percentuale del 28,8% della “Terza Società” nei paesi OCSE e della UE.

Se la forbice è così ampia (40% solo per una diagnosi), va detto che non ci sono normative specifiche per tale problematica. È anche vero che il problema della normativa riguarda un po’ tutto il settore salute mentale: si è fermi alla Legge Quadro del 1978 (Legge n. 180) e ai Progetti Obiettivi, dei quali l’ultimo dell’anno 2000. Sono note le difficoltà del “modello Dipartimento di Salute Mentale”, che presenta evidenti limiti organizzativi rispetto alle nuove problematiche e alla necessità di nuovi percorsi per interventi precoci, doppia diagnosi, disturbi complessi e persistenti, psicogeriatría e infine ormai la non tanto implicita “sottosezione forense” per il Decreto Legge n.

81/2014 relativo al superamento degli OPG. Quindi al DSM si chiede sempre di più, ma con finanziamenti ridotti; il 5% del FSR viene rispettato forse solo in un paio di Regioni. Si aggiunga che la Salute Mentale non ha livelli essenziali di assistenza: nel relativo DPCM 2001 si rimanda genericamente al PO 1998/2000. Per l'integrazione socio-sanitaria tutto dipende dalle Regioni e dalle Asl. Ma a livello regionale l'allegato 1c del DPCM "Area di Integrazione Socio-Sanitaria" è discretamente disatteso anche se sono previsti i "Livelli di Assistenza Micro-livelli" che rimandano al PO 98/2000; l'allegato fornisce quindi un'implicita base normativa per i percorsi di inserimento lavorativo nel quadro dell'integrazione socio-sanitaria, che artatamente, ma in modo però condivisibile, viene interpretata come "esplicita" da alcuni (Starace, 2011). I decisori politici e amministrativi potrebbero formalizzare, quindi, i percorsi di inserimento su quelle indicazioni ma, spesso anche per il fatto di non essere consigliati da esperti in tema di integrazione socio-sanitaria, giungono a conclusioni del tipo che "non sono previsti come LEA e quindi non finanziabili" oppure che trattasi di "problematica sociale" o semplicemente "extra-LEA".

Nonostante questo quadro oggettivamente tendente al grigio i percorsi virtuosi in tema di inserimento lavorativo sono diffusi e diversi nel nostro paese, anche se gli sforzi non danno i risultati attesi. Per esempio, nella provincia di Brescia (1.200.000 abitanti), luogo storicamente virtuoso per occupabilità, in un periodo di prosperità economica (Roberti *et al.*, 2005), furono collocate 52 persone con disabilità mentale (nel bacino di utenza di Campobasso, 130.000 abitanti, furono 4). Quelle 52 persone sono il 7,9% degli assunti con i benefici della Legge 68 e sulla base di una stima epidemiologica rappresentano non più dello 0,017% delle persone affette da psicosi schizofrenica per quel determinato bacino di utenza. Per il DSM di Campobasso la percentuale sui benefici della Legge 68 è stata analoga, così come la stima epidemiologica delle persone con psicosi schizofrenica inserita al lavoro, pari a 0,013%.

Nel caso del Lazio abbiamo un quadro normativo ricco: a) Legge 34/1996 per recepire la 381/91; b) Legge 38/1998 per le funzioni regionali in tema di politiche del lavoro; c) Legge 19/2003 per le norme di diritto al lavoro per i disabili, in applicazione della Legge 68; d) Legge 6/2006 Consulta Regionale che contiene elementi di riferimento per il lavoro; e) Legge 17/2008 per la tutela e promozione in tema di IL (bollino blu di qualità, ecc.); f) Legge 815/2008 per adeguamento del posto di lavoro ai disabili, ecc.; g) Legge 2/2009 per il Centro accesso unico alla disabilità; h) Legge 27/2009 per ampliare i principi di quella precedente e molti punti programmatici. In aggiunta il PSR 2009-2011. Nel 2008 il Lazio aveva una popolazione di 3.537.189 persone con età compresa tra 18 e 64 anni. Per il Progetto nazionale di Inserimento Lavorativo (PIL) il personale dedicato è stato di 136 operatori. Se pure i dati sono solo "parzialmente affidabili", come sostengono coloro che hanno redatto il Documento del PILDSM, possono essere considerati come una "tendenza considerevole", in quanto affatto trascurabili. Hanno beneficiato dell'inserimento e formazione lavorativa, nell'indagine del 2008, 1.413 persone, cioè 40 per 100.000 abitanti, sovrapponibile al 5% della stima epidemiologica conservativa dei SMI (0,8 x 100 abitanti). Tra i 1.413, 1.123 sono stati coinvolti in percorsi che non prevedevano assunzione, 290 invece in

quelli che prevedevano assunzione. Alla fine 77 persone hanno avuto varie modalità e forme di “contratto lavorativo”, cioè il 25% dei potenziali lavoratori, il 5% di tutti i percorsi lavorativi, ma lo 0,025% della stima epidemiologica dei DM. Le conclusioni dei colleghi del Lazio appaiono molto ragionevoli: “Ci si augura che il numero degli inserimenti diventi quanto meno sufficiente, da una realtà attuale considerata evidentemente insufficiente”.

Il PILDSM nazionale, relativo all’80% dei DSM, ha numeri sovrapponibili: a) l’86% dei DSM censiti utilizza varie tipologie di borse lavoro o similari; b) 12.446 persone divise tra percorsi senza e con possibilità di assunzione; c) 1.371 hanno avuto qualche modalità di assunzione (circa il 10% dei percorsi); d) il tasso nazionale è di $2,3 \times 100.000$ abitanti, cioè lo 0,025% dei SMI. Ma dove sono stati inseriti questi soggetti? Possiamo sintetizzare nel seguente modo: a) gli inseriti al lavoro, prevalentemente presso cooperative e associazioni e, in piccolissima quota, presso le piccole e medie imprese di un paio di regioni ricche di tale tipologia di impresa; b) i tirocinanti anche presso gli enti locali.

Eppure sembrano esservi diversi vantaggi del lavorare per le persone con DM, anche se ancora non è stata documentata con studi metodologicamente corretti la relazione tra “inserimento lavorativo” e “remissione clinica significativa” (Bond, 2004). I “compensi clinici” sono osservati in diversi studi (Gurk & Mueser, 2010). Da una rassegna sistematica di riferimento (Mueser et al, 1997) i pazienti con SMI che ottengono un lavoro stabile hanno: a) miglior compenso sintomatologico; b) autostima; c) livelli di soddisfazione elevati. Il non lavorare comporta invece stress, contrariamente a quanto si immagina (SAMHSA, 2005). Il lavoro minimizza lo stress (McGurk & Mueser, 2010). Molti sono invece gli indicatori indiretti. È stato documentato che si hanno più ricoveri per i DM nei periodi di crisi economica che si associano a perdita di lavoro per le persone più vulnerabili. Durante il periodo della Grande Depressione economica si sono avuti esiti peggiori per i DM. Nel Regno Unito i migliori esiti per i SMI sono correlati a periodi di ripresa economica (migliori nel ’55-’75 vs il ’76-’95) Da un punto di vista strettamente clinico alcuni elementi appaiono a nostro avviso di grande rilevanza: a) il decorso sintomatologico non ha una correlazione stretta con il funzionamento sociale, dato noto dai primi anni ’80; b) la presenza di sintomi non invalidanti non sembra influenzare il lavoro. Pur tuttavia se i sintomi non influenzano l’*employment*, tre variabili sono oggi considerate con grande attenzione: a) il funzionamento cognitivo; b) l’insorgenza tardiva e la durata breve della malattia che sono predittori di migliore esito; c) i trattamenti *evidence based* e/o in accordo con linee guida sono associati a migliori esiti. Infatti, in diversi studi clinici controllati randomizzati i trattamenti appropriati hanno una probabilità di *employment* >72 se confrontati con trattamenti di routine dove la probabilità è <52. Uno studio canadese ha dimostrato che l’uso di linee guida per la farmacoterapia è associato ad un più veloce ritorno al lavoro.

Anche la relazione con il funzionamento personale/sociale dovrebbe essere meglio documentata. Infatti, molte informazioni riguardano studi con periodi osservazionali relativamente brevi (12 mesi). Il miglior funzionamento è stato rilevato soprattutto attraverso indicatori indiretti (ad es. diminuzione di spesa per persone con DM; Dixon et al., 2002). Esemplificativi in tal senso sono i dati di servizio del DSM di Campobasso,

parte integrante della documentazione relativa al finanziamento dei percorsi di inserimento lavorativo da parte dell'azienda sanitaria. Il costo dei pacchetti di prestazione per una coorte di 28 utenti, è stato di € 1.800.000,00 prima che fosse inserita nel PIL di durata triennale. I costi sono stati calcolati per i ricoveri ripetuti (11 pazienti), per i giorni trascorsi in strutture residenziali o comunità terapeutiche (6 pazienti), per centro diurno o semiresidenzialità equivalente (8 pazienti), per assegni di formazione (5 pazienti); ovviamente alcuni pazienti hanno usufruito di più servizi (ad esempio, SPDC + CD). Di questa coorte solo 8 su 28 avevano ricevuto interventi ambulatoriali senza altra tipologia di prestazione sanitaria. Durante ed in seguito al PIL di durata triennale (4 anni di osservazione) sono stati ben 20 su 28 a ricevere solo interventi ambulatori e 3 sono risultati addirittura dimessi dal servizio. Solo 2 sono stati i pazienti ricoverati, 2 quelli in SR ed 1 al centro diurno. La spesa per la coorte dei pazienti durante e dopo il PIL, comprensiva delle spese progettuali, è stata di € 638.000 (differenza prima-dopo = - € 636.193,00). Un indicatore indiretto di efficacia e di efficienza.

Di grande importanza in questo campo sono anche i cosiddetti studi qualitativi, come i report delle associazioni o i *personal account*. Dall'ampia reportistica qualitativa viene rilevato soprattutto l'aumento di speranza, ingrediente principale della *recovery*. In tale ottica si considerino anche gli studi di *Individual Placement and Support* (IPS) che hanno documentato che se pur il 50% delle persone inserite al lavoro lascia entro i primi 6 mesi, le stesse persone hanno poi una più alta probabilità di trovare lavoro e/o di essere inseriti in modo più stabile. Viene riferito che le persone con DM hanno una buona ripresa nel tempo se sono coinvolte in attività produttive, se i curanti si aspettano da loro una ripresa, se la speranza diventa centrale e viene continuamente alimentata. Per quanto riguarda la letteratura degli IPS oggi sappiamo che nella dimensione dell'azione a livello del singolo individuo, il *Supported Employment* (SE) è la strategia più efficace. In Italia, recentemente, Fioritti (Burns *et al.*, 2009) è stato artefice di studi in questo settore. I servizi di salute mentale di Trieste hanno individuato in questi percorsi un'azione virtuosa a partire dai primi anni '80. La prima cooperativa nasce infatti a Trieste il 16 dicembre 1973, ma da subito utilizza proprio la metodologia dell'IPS che diventa di routine nella regione a partire dagli anni '80. Oggi è sempre più diffuso anche l'approccio tra pari, cioè ad un utente viene affiancato come tutor un utente-esperto (Mastroeni *et al.*, 2012). Se da un lato possiamo assumere che il SE può essere la strategia individuale di successo per l'inserimento lavorativo, resta il problema della strategia di azioni di sistema, cioè la creazione di opportunità lavorativa. Possiamo sintetizzare allora le due aree di azioni con le specifiche componenti a cui dare attenzione:

1. Area di azione individuale che si fonda sul *Supported Employment* associato al SST. Componenti: risorse personali; funzionamento cognitivo, cognizione sociale e "rimedio cognitivo"; approccio psicoeducativo basato sul modello stress-vulnerabilità.
2. Area di azione di sistema che si fonda sulla "cooperazione sociale in una ottica di impresa e di rete". Componenti: protocollo di rete del DSM con associazioni (familiari e utenti), cooperative e enti locali; protocollo di rete con aziende e sindacati; elaborazione di documenti strategici regionali e aziendali; sistema di *accountability*.

Per quanto riguarda il livello di sistema di particolare importanza riteniamo siano i Documenti strategici regionali come quello adottato dalla Giunta regionale del Molise nel 2012, elaborato dai servizi di salute mentale con il coordinamento dell'ISFOL nell'ambito del progetto Pro.P., richiamato nel nuovo Piano sociale regionale 2015-2018. In tale documento quattro sono i capitoli fondamentali:

1. attori, ruoli e responsabilità. In questo capitolo sono considerati: obiettivi, livelli di interazione, i principi comuni e i soggetti della rete con particolare riferimento al ruolo, alle funzioni e alle proprie responsabilità;
2. sistema della *governance*. Sono considerati: rete e organizzazione, ruoli e responsabilità, protocollo del percorso di inserimento lavorativo, raccomandazioni per le buone prassi, follow-up del progetto lavorativo;
3. mercato e imprese. Sono considerati: ruolo centrale delle cooperative sociali di tipo B, tavolo di lavoro permanente, quote di riserva degli enti pubblici alle cooperative sociali di tipo B (anche bollino blu di qualità), responsabilità delle imprese, sostegno Ente regione e Asl alla progettazione;
4. monitoraggio e valutazione. sono considerati: il monitoraggio regionale, strumenti per il monitoraggio degli inserimenti lavorativi, indicatori per la valutazione degli esiti.

Dalla panoramica presentata ci si rende conto di quanto complessa sia la problematica e di come spesso si diano per scontati argomenti che non lo sono affatto. Una grande percentuale dei pazienti desidera lavorare anche perché nell'ambiente lavorativo supera lo stato di isolamento. Quindi in psichiatria il lavoro viene ancora visto come l'elemento che garantisce quella reciprocità che permette agli utenti di emanciparsi. Ciò deve avvenire secondo le preferenze dell'utente e in tal senso l'approccio del SE risulta molto utile ed efficace.

Allo stesso tempo la creazione di ambienti ad hoc, dove non prevalgono le logiche del mero efficientismo produttivistico sono altresì desiderabili. Ambienti dove i ritmi sono adeguati alle competenze e alle abilità della singola persona ma soprattutto dove l'elemento della relazionalità umana sia un valore prioritario. In questo modo si possono superare le criticità segnalate dai movimenti giovanili attuali.

Se dunque il SE è un valido approccio perché coniuga disponibilità del mercato e preferenze dell'individuo lo può essere ancor di più in un contesto ambientale e di rete favorenti. Quindi un sistema di *governance* di rete inter-istituzionale formato da agenzie formali e informali del territorio diventa il perno centrale dell'azione su cui poggiare le prassi di inserimento lavorativo. Ciò significa in termini teorici e pragmatici enfatizzare il "capitale sociale", recuperando quindi i principi socio-economici dell'economia civile, cioè quel patrimonio di beni relazionali, di ricchezza del territorio da valorizzare per incrementare il bene comune. In questo contesto a nostro avviso e per nostra esperienza la cooperazione sociale nell'ottica moderna di impresa e rischio, come risulta anche da tante esperienze positive in Italia, riveste un ruolo fondamentale.

Riferimenti bibliografici

- Bond G.R., *Supported Employment for People with Severe Mental Illness: The Behavioral Health Recovery Management Project*, Fayette Companies, Peoria, Chestnut Health Systems, Bloomington, IL; University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation, 2004.
- Becker D.R. e Drake R., *Supported Employment for People with Severe Mental Illness-A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, Dartmouth Medical School.
- Bracco R. & Colapietro R., *Un contributo per l'impresa sociale*, 2015.
- Bruni L., *Leconomia la felicità e gli altri. Un'indagine su beni e benessere*, "Città Nuova", 2009.
- Burns T., Catty J., Becker T., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M., et al., *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial*, "Lancet 270", 2007.
- Burns T., Catty J., White S., Becker T., Koletsi M., Fioritti A. et al., *The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support*, "Schizophr", 2009.
- Cook J., Blyler C.R., Burke-Miller J.K., McFarlane W.R., Leff H.S., Mueser K.T., Gold P.B., Goldberg R.W., Shafer M.S., Onken S.J., Donegan K., Carey M.A., Razzano, Grey D., Pickett-Schenk S., Kaufmann C., *Effectiveness of Supported Employment for Individuals with Schizophrenia: Results of a Multi-site, Randomized Trial*, "Clinical Schizophrenia & Related Psychoses", 2008.
- Dixon A. et al., *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham Open University Press, 2002.
- Drake R. et al., *Research on the Individual Placement and Support model of supported employment*, "Psychiatric Quarterly", 1999.
- Funk M., Drew N., Knapp M., *Mental health poverty and development*, "Journal of public mental health", 11 (2012), n. 4.
- Gaddini A, Fioramanti F, Mattia V., *Progetto Pil: per l'inserimento lavorativo. Report conclusivo*, Regione Lazio, Laziosanità.
- Juckel G. & Morosini P.L., *The New Approach: Psychosocial Functioning as a Necessary Outcome Criterion for Therapeutic Success in Schizophrenia*, "Curr Opin Psychiatry", 21 (2008), n. 6, pp. 630-639.
- Legge 13 maggio 1978, n. 180 (G.U. n. 133 del 16/5/1978).
- Mastroeni A., Cardani I., Cetti C., Kauffmann O., Macaluso I., Posca C., Tosini C., Tummino V., *Supporto tra Pari in salute mentale nel panorama internazionale e nell'esperienza comasca*, "Rivista scientifica di Psicologia", 1, 2012, pp. 43-48.
- McGurk S.R., Mueser K.T., *Implementation of the Thinking Skills or Work Program in a psychosocial clubhouse*, "Psychiatric Rehabilitation Journal", 33, 2010.
- Mueser K.T. et al., *Work and non-vocational domains of functioning in persons with several mental illness*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 1997.
- Pro.P, *Programma integrato per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico*, Documento Strategico, Giunta Regionale del Molise, Delibera n. 304 del 25/06/2013.

- Roberti V. et al., *La gestione e la rete dei servizi per la salute mentale. Percorsi integrati per l'inserimento lavorativo*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Samhsa, *Supported Employment in Evidence-Based Practices Implementation Resource Kits*, National Mental Health Information Center, United States Department of Mental Health, 2005.
- Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute: CarocciFabber*, 2011.
- Weeks K., *The Problem with Work: Feminism, Marxism, Antiwork Politics, and Postwork Imaginaries*, John Hope Franklin Center Book Duke University, 2011.
- Zamagni S., L. Bruni, *Economia Civile*, Bologna, Il Mulino, 2004.
- Zamagni S., *Per una nuova teoria economica della cooperazione*, Bologna, Il Mulino, 2005.