

Nuove proposte per l'inserimento lavorativo

L'esperienza dell'IPS

di Angelo Fioritti e Vincenzo Trono*

Negli ultimi trenta anni, il sistema dei percorsi e delle attività d'inserimento formativo e lavorativo, promosso dai servizi della salute mentale emiliano romagnoli e italiani, prevalentemente impostato su un modello protettivo *train and place*, ha visto accrescere le proprie attività sul piano della quantità di risposte e del numero degli utenti seguiti. Anche i servizi/enti competenti di inclusione lavorativa hanno perfezionato il proprio livello organizzativo ed hanno stabilmente consolidato le prassi operative della riabilitazione lavorativa e della formazione professionale.

Un sistema di percorsi e di attività d'inserimento lavorativo che nelle diverse realtà dipartimentali (Salute Mentale) o dei servizi, si è diramato in una pluralità di sistemi che hanno assunto diverse forme organizzative e gestionali e che sul piano metodologico ed operativo, hanno invece utilizzato strumenti e modelli simili e accorpabili in tre grandi aree di attività: a) l'area delle attività socio-occupazionali e degli interventi socio-riabilitativi in contesti lavorativi con alto livello di protezione; b) l'area della formazione e transizione al lavoro (tirocini formativi, percorsi lavorativi integrati per disabili in base alla Legge 68/99, formazione professionale, ecc.) con attività regolate dalla legislazione nazionale e locale ed organizzate in un sistema articolato e complesso di approcci, metodologie, strumenti e relazioni di rete; c) l'area dei percorsi di economia sociale nella cooperazione sociale per l'inserimento lavorativo, con percorsi riabilitativi e formativi impostati secondo obiettivi inclusivi e di integrazione sociale.

Tutte queste attività, strutturate secondo il modello *train and place*, prevedono che l'incontro domanda-offerta non avvenga subito perché prima del contatto tra i due mondi persona/lavoro, devono essere valutate le capacità lavorative e le abilità personali dell'utente; dopo possono essere attivati percorsi ed interventi preparatori e

* Angelo Fioritti, Direttore Sanitario AUSL di Bologna; Vincenzo Trono, Referente PO Area Progettazione Educativa e Inserimenti Lavorativi - Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL di Bologna.

formativi di durata non sempre definita e dagli obiettivi e dalle evoluzioni, vincolati alle valutazioni dell'operatore dell'inserimento lavorativo e degli enti/servizi coinvolti. Ma nonostante gli sforzi fatti, i progetti creati e le risorse utilizzate, la riabilitazione e la formazione lavorativa presentano elementi di criticità sul piano qualitativo, poiché il bisogno lavorativo e l'obiettivo assuntivo permangono ad un livello poco soddisfacente e sono spesso disattesi. L'effetto conseguente è la ripetizione e la reiterazione nel tempo degli stessi percorsi formativi e riabilitativi, senza sbocco ed esito lavorativo e con il rischio concreto di deterioramento e di cronicizzazione delle condizioni psico-fisiche ed esistenziali della persona.

Per esempio, osservando la tabella 1, nel 2013, il sistema degli inserimenti lavorativi della salute mentale bolognese (uno dei più evoluti in questo settore), in base ai dati della letteratura nazionale ed internazionale, avrebbe dovuto attestare il suo esito assuntivo atteso su una percentuale di circa il 12%; invece con quasi il 4% di assunzioni realmente ottenute rispetto al totale dei percorsi avviati, è stata ben lontana anche dalla media standard di risultati positivi. Nell'arco di un decennio, la percentuale delle assunzioni è diminuita in modo inversamente proporzionale rispetto all'aumento dell'utenza: nel 2002 si aveva un 9% di utenti assunti rispetto al totale, con un numero degli utenti seguiti in percorsi d'inserimento lavorativo, corrispondente a quasi la metà di quella del 2013.

Tabella 1. Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL BO - Area CSM Percorsi d'inserimento formativo-lavorativo (anni 2002 - 2013)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Utenti in inserimento formativo e lavorativo	567	696	749	795	853	901	954	966	986	1044	1061	1032
ISRA / Tirocini	433	412	445	541	594	642	703	728	844	805	762	779
Formazione prof.le - corsi	63	78	122	93	107	66	65	46	87	64	64	55
Percorsi Provincia L. 68/99 /GUP	28	50	59	72	74	63	73	62	56	68	125	95
Inserimenti in Coop. Soc. B (Borse Lavoro e Assunzioni)	138	117	142	208	228	258	286	314	318	310	301	363 (14)
Assunzioni progetti non IPS	58	70	64	75	74	57	59	50	48	48	44	40
Percorsi IPS avviati (5 C SM)										93	105	91
Assunzioni con IPS (5 C SM)										36	43	42

Negli ultimi anni, la crisi economica ha sicuramente influenzato negativamente gli esiti assuntivi ed ha ridotto le disponibilità delle imprese rispetto all'inserimento lavorativo dei soggetti con fragilità e vulnerabilità sociale. Ma la crisi da sola non spiega completamente l'andamento negativo dei processi di inclusione lavorativa. Infatti nel triennio 2011 - 2013, i percorsi IPS (supporto all'impiego nel libero mercato competitivo) nell'area bolognese, realizzati con l'utenza di 5 Centri di Salute Mentale degli 11 totali, su una media di circa 95 inserimenti lavorativi avviati ogni anno, hanno attestato il loro dato di successo annuale su una media di circa 40 assunzioni (42%).

Quindi le ragioni e le cause di tali differenze di esito più che in un ambito macro-economico, vanno cercate in aspetti più strettamente metodologici e culturali. Il tassello mancante che potrebbe colmare il vuoto di opportunità e risposte, potrebbe essere una sorta di quarta area di attività, orientata esplicitamente al supporto all'impiego nel libero mercato competitivo e impostata secondo il modello *place and train*. Wehman e Moon (1988) sono stati i primi a focalizzare i loro interventi orientati allo sviluppo delle competenze socio-professionali su un modello di sostegno al lavoro da loro stessi definito *place and train*, cioè di contemporaneo collocamento e formazione, capovolgendo la pratica di fornire lunghe preparazioni pre-lavorative prima di trovare un lavoro. Il modello *place and train* prevede l'assistenza alle persone nella ricerca di una occupazione in tempi relativamente brevi, per poi fornire il training individualizzato e un sostegno adatto alla tipologia di lavoro trovata ed alle caratteristiche della persona. Dal lavoro di Wehman e Moon trae origine il modello IPS, creato e sviluppato negli Stati Uniti all'inizio degli anni novanta da Robert Drake e Deborah Becker, presso il Dartmouth Supported Employment Center (New Hampshire, USA). Nel corso degli anni, il modello IPS e le sue tecniche sono state ampiamente testate, i risultati hanno fornito la prova empirica dell'efficacia del programma ed attualmente è manualizzato (Becker & Drake, 2003; Swanson & Becker, 2010) sulla base di otto principi. È di rilievo il fatto che gli utenti del metodo IPS sono sempre concettualizzati e definiti come clienti, proprio a sottolineare la particolare contrattualità che hanno nel rapporto con gli operatori ed il fatto che sono loro e le loro preferenze a guidare il processo. Ecco gli otto principi alla base dell'IPS:

1. *Obiettivo lavoro competitivo*. Gli specialisti IPS aiutano i clienti a ottenere occupazione competitiva nel mercato del lavoro. L'occupazione competitiva è definita come "un lavoro per cui viene pagato almeno il minimo salariale, con uno stipendio uguale a quello che gli altri ricevono svolgendo lo stesso lavoro, con sede in contesti non discriminanti accanto agli altri lavoratori senza disabilità, con una posizione non riservata a persone con disabilità". I clienti preferiscono posti di lavoro competitivi al lavoro protetto. Lavorare fianco a fianco agli altri senza disabilità psichiatriche aiuta a ridurre lo stigma e la discriminazione.
2. *Sostegno integrato con il trattamento della patologia mentale*. I servizi IPS sono strettamente integrati con il lavoro dei servizi di salute mentale. Gli specialisti IPS sono membri di team multidisciplinari che si incontrano regolarmente per esaminare l'evoluzione della situazione dei clienti. Le discussioni includono informazioni cliniche e riabilitative che sono rilevanti per lavorare, come gli effetti collaterali dei farmaci,

i sintomi persistenti, le difficoltà cognitive, ecc.. Essi condividono le informazioni e sviluppano idee per aiutare i clienti a migliorare il recupero della loro condizione di funzionamento sociale.

3. *Zero exclusion.* L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta del cliente. Ogni persona con grave malattia mentale che voglia lavorare è idoneo per l'IPS, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dai sintomi, dalla storia lavorativa, o da altri problemi come abuso di sostanze o disturbi cognitivi. Il nucleo della filosofia di lavoro IPS è che tutte le persone con disabilità possono lavorare accedendo a posti di lavoro competitivi nella comunità, senza alcuna specifica formazione propedeutica, e che nessuno dovrebbe essere escluso da questa opportunità. Va sviluppata una nuova cultura del lavoro in salute mentale in modo che tutti i professionisti possano incoraggiare i clienti a prendere in considerazione l'inclusione lavorativa.
4. *Attenzione alle preferenze del cliente.* I servizi si basano su le preferenze e le scelte dei clienti, non sulle valutazioni e sui giudizi dei professionisti. È importante affermare l'assoluta preminenza delle preferenze del cliente riguardo al tipo di lavoro che si cerca, alla natura del supporto richiesto allo specialista IPS ed all'équipe clinica, ed alla possibilità di divulgare la propria condizione psichiatrica al datore di lavoro.
5. *Consulenza sulle opportunità economiche.* Gli specialisti IPS aiutano i clienti ad accedere a e mantenere i benefici sociali ed economici, come sicurezza sociale, assistenza medica, altre indennità economiche e pensionistiche. La paura di perdere i *benefit* è una delle ragioni principali che spingono i clienti a decidere di non cercare lavoro. È fondamentale che i clienti ottengano informazioni accurate per informare e guidare il programma sin dall'avvio della collaborazione e nel tempo per prendere decisioni razionali sui cambiamenti lavorativi, rispetto al salario e alle ore di lavoro.
6. *Rapida ricerca del lavoro.* Gli specialisti IPS aiutano i clienti a cercare lavoro direttamente, piuttosto che offrire una scelta tra l'ampia gamma di attività pre-lavorative di valutazione e formazione o di esperienze lavorative "protette". Iniziare la ricerca del lavoro precocemente (cioè entro 30 giorni dall'inizio della collaborazione) dimostra ai clienti che il loro desiderio di lavorare è preso sul serio, e trasmette ottimismo sulle molteplici opportunità che la comunità locale fornisce ai clienti per raggiungere i propri obiettivi professionali.
7. *Lavoro sistematico di sviluppo professionale.* Gli specialisti IPS sviluppano relazioni con i datori di lavoro del territorio in cui operano con due finalità ben distinte. Da un lato essi hanno la necessità di conoscere bene le opportunità lavorative del territorio, ed in particolar modo devono sapere quali sono i datori di lavoro che per tipo di produzione o per sensibilità sociale possono offrire maggiori probabilità di successo per i propri clienti. Tali conoscenze possono essere messe a disposizione di clienti per una loro autonoma ricerca in un secondo tempo. Dall'altro lato, in un numero limitato di casi gli specialisti IPS, in modo assolutamente concordato con il cliente, entrano in relazione con i datori di lavoro per aiutare a risolvere particolari problemi o per chiedere adattamenti specifici per venire incontro alle esigenze del cliente e del datore di lavoro.
8. *Sostegno a tempo illimitato.* I tempi della durata del sostegno sono individualizzati e basati sulle richieste e sulle necessità del cliente. Gli specialisti IPS e gli altri membri

dell'equipe clinica territoriale, oltre a fornire un sostegno all'impiego, cercano anche altri supporti naturali disponibili (ad esempio, familiari, amici, colleghi). L'obiettivo è quello di aiutare il cliente a diventare il più indipendente possibile nel suo ruolo professionale, fornendo supporto e, se necessario, assistenza diretta. Dopo un periodo consistente di tempo dall'inizio di un lavoro competitivo (ad esempio, un anno), si discute la possibilità di uscire dal programma di sostegno all'impiego IPS.

Lo specialista IPS

È un operatore che può provenire da diversi background: educatori, terapisti della riabilitazione, psicologi, infermieri. La formazione è molto semplice, consiste in un training teorico di una o due settimane, seguito da una supervisione almeno mensile e per un tempo indeterminato. Ogni operatore ha in carico tra 20 e 25 utenti ogni anno. Il lavoro dello specialista IPS si basa su un approccio personalizzato ai bisogni socio-professionali dell'utente a partire dalle preferenze lavorative di quest'ultimo. Le fasi in cui si sviluppa il lavoro personalizzato di questa figura di operatore sono quindi tre:

1. l'avvio della collaborazione con il paziente, finalizzato a stabilire una relazione collaborativa, a valutare assieme il contesto, a rafforzare risorse e motivazione, a sviluppare un piano d'azione;
2. la ricerca del lavoro, durante la quale vengono messe in atto le strategie definite nel piano (redazione cv, simulazione di colloqui, loro effettuazione, sessioni di verifica, supporto, ecc.);
3. il mantenimento del lavoro una volta trovato, comprensivo delle sessioni dedicate ad analizzare i rapporti con i colleghi ed il datore di lavoro, gli eventuali problemi, la gestione di insuccessi, la decisione se rivelare o meno i propri disturbi.

L'applicazione del metodo è riconducibile nelle sue linee generali all'approccio ortodosso ricavabile dal manuale IPS di riferimento (Swanson & Becker, 2010); la sperimentazione effettuata e l'esperienza in atto, in linea con l'adattamento al contesto, hanno condotto all'introduzione di modifiche e di elementi innovativi specifici per la realtà e la cultura italiana. Il modo in cui l'utente e l'operatore affrontano le varie fasi dall'avvio della collaborazione tra loro e quella con il datore di lavoro, influenza il percorso terapeutico ed il processo di guarigione della patologia mentale. Gli specialisti IPS hanno anche il compito di monitorare gli esiti, valutare i processi e produrre i *feedback*, utilizzando parametri di "fedeltà" al modello manualizzato dell'IPS, la cosiddetta *fidelity*. Gli effetti dell'intervento IPS dipendono cioè da come questo viene realizzato, come per tutti i programmi che implementano fedelmente gli elementi-chiave di una pratica basata sull'evidenza. La scala di fedeltà all'IPS indica sia il cosa che il come fare e rappresenta un valido strumento di ricerca ma, cosa ancora più importante, un indispensabile strumento di gestione quotidiana.

La ricerca empirica e le esperienze sull'IPS

Il collocamento ed il sostegno individualizzato non rappresentano più un nuovo tipo di intervento, ma una metodologia di intervento basata su robuste evidenze scientifiche. I risultati delle ricerche hanno dimostrato in modo consistente che l'IPS è 2-3 volte più efficace degli approcci tradizionali basati sulla riabilitazione sociale, sulla formazione professionale o sull'orientamento lavorativo, la cosiddetta *vocational rehabilitation* (VR). I risultati di queste ricerche sono coerenti negli USA, in Canada, ad Hong Kong, in Australia e Nuova Zelanda (Bond, 2010).

Nello studio EQOLISE, il primo *trial* controllato e randomizzato sulla efficacia dell'IPS condotto in Europa (Burns *et al.* 2007), 312 pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato a servizi IPS (n=156) o a servizi locali di riabilitazione lavorativa (*local vocational rehabilitation service*) (n=156), con un *follow up* a 18 mesi. L'IPS si è rivelato più efficace nell'ottenimento del lavoro (55% vs 28%). Con l'IPS i partecipanti hanno mantenuto il lavoro più a lungo e guadagnato di più, mentre nell'approccio tradizionale VR è stato più frequente il *drop-out* e il ricovero in ospedale (31% vs 20%). L'inserimento lavorativo infine, realizzato con ambedue i modelli, non ha avuto alcuna influenza negativa sulle condizioni cliniche o sulla frequenza di ricadute dei pazienti.

In sostanza la letteratura internazionale dimostra in modo coerente che l'IPS aiuta più persone a trovare lavoro, aumenta il loro reddito e permette di migliorare in misura maggiore sintomi, benessere, finanze, autostima e relazioni. Non vi sono invece evidenze che l'IPS aumenti la probabilità di deterioramento clinico, di recidive o ospedalizzazioni.

L'IPS è stato introdotto per la prima volta in Italia, a Rimini dal 2003 a seguito dell'esperienza pilota condotta per lo studio EQOLISE (Sabatelli *et al.*, 2005). Nel 2011-2014, grazie a al progetto TIPS, presentato in partenariato con la rete Enaip, l'IPS è stato testato in tutti i Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, complessivamente presso quindici Centri di Salute Mentale, replicando sostanzialmente i positivi risultati ottenuti a Rimini. Infine nel 2014, in Emilia Romagna, promossa dal Servizio Salute Mentale regionale e dai DSM DP regionali, è stata effettuata una gara per l'acquisizione del servizio di supporto all'impiego IPS e per stabilizzare la presenza di 32 operatori IPS nei DSM DP regionali. I tassi di occupazione raggiunti nei DSM emiliano-romagnoli, se pur con variazioni annuali, sono sempre stati molto elevati, nell'ordine del 50%, superando fortemente i risultati occupazionali raggiungibili con gli altri approcci utilizzati nell'area in questione. Infine nel 2011-2015 sono stati effettuati corsi di formazione per operatori IPS che hanno formato specialisti provenienti da altre regioni (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Marche, Toscana, Lazio e Sicilia) che stanno adesso avviando esperienze nei loro territori. In tutte le realtà dei servizi che finora hanno sperimentato il supporto individuale all'impiego si è potuto constatare che data la molteplicità e la varietà di bisogni espressa in ambito lavorativo dall'utenza della salute mentale - è fondamentale poter disporre di un ventaglio completo di attività di inserimento lavorativo, rendendo fruibile anche l'IPS e ritenendolo non competitivo ma complementare ai metodi e alle tecniche tradizionali d'inserimento lavorativo.

Riferimenti bibliografici

- Wehman P., & Moon M.S. (a cura di), *Vocational rehabilitation and supported employment*, Baltimore, Brookes Publishing, 1988.
- Becker DR, Drake RE., *A Working Life for People with Severe Mental Illness*, New York, Oxford University Press, 2003.
- Swanson, S.J. & Becker, D.R., *Supported Employment: Applying the Individual Placement and Support (IPS) Model to Help Clients Compete in the Workplace*, Center City, MN: Hazelden Foundation, 2010.
- Burns T. *et al.*, *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*, "Lancet", Sep 29; 370 (9593), 2007, pp. 1146-52.
- Sabatelli R, Manchisi D, Piegari D, Fioritti A., *Per un lavoro da protagonisti: il progetto EQOLISE*, "Psichiatria di Comunità", 4 (2015), n. 4, pp. 224-229.