

Disabilità psichica e integrazione socio-lavorativa: limiti e potenzialità. Percorsi di avvicinamento al lavoro in un Centro Diurno a Roma

Valentina Ascani, Antonia Florio, Massimo Grasso *

Abstract

L'integrazione sociale e quella lavorativa viaggiano di pari passo: attraverso il lavoro la persona può contrastare l'emarginazione, aumentare la sua rete di relazioni e migliorare i livelli di empowerment e self-efficacy. Da qui si evince la rilevanza che l'attività lavorativa ha per ogni individuo ed in particolare per le persone con disabilità psichica, che spesso, tuttavia, restano fuori dal mercato del lavoro. Per tali ragioni, gli interventi nel campo della Salute Mentale inseriscono sovente la dimensione lavoro nel percorso del paziente sia in un'ottica terapeutica sia da un punto di vista riabilitativo. Il nostro studio nasce da tali considerazioni. Abbiamo proposto l'osservazione di un contesto specifico, un *Centro Diurno*, per indagare quali percorsi di avvicinamento al lavoro sono stati proposti agli utenti, in quali ambiti si sono svolti e che esito hanno avuto. La nostra rilevazione ci ha portato a concludere che i percorsi di formazione lavorativa intrapresi, nonostante le difficoltà di alcuni pazienti (interruzioni dell'esperienza) e nonostante i problemi non imputabili ad essi (mancanza di risorse), abbiano avuto un esito tendenzialmente positivo, in particolare laddove la frequenza del Servizio è stata costante e attiva.

Parole chiave: Disabilità psichica, lavoro, integrazione lavorativa, riabilitazione, formazione.

Introduzione

Il lavoro rappresenta un punto focale nella vita di ognuno, sia che lo si consideri obiettivo, meta, sogno o realtà del quotidiano; tale ruolo così centrale nell'esistenza del singolo e della società tutta è profondamente connesso agli effetti prodotti dallo svolgere un'attività lavorativa. Questi ultimi, in prima analisi, possono essere *espliciti*, come il corrispettivo economico che si riceve a fronte dell'attività prestata, e *impliciti* o latenti, legati allo status di lavoratore, come la riconoscibilità sociale, la possibilità di instaurare nuovi contatti e relazioni, il porsi obiettivi di crescita personale. Possedere un'occupazione, inoltre, rappresenta un importante fattore che segna la routine quotidiana, fornisce obiettivi significativi, aumenta le finanze individuali e/o familiari allontanando il rischio di povertà (National Governors Association, 2007). Ottenere un impiego è anche correlato con l'aumento del benessere personale e la *self efficacy*, con il miglioramento della gestione delle relazioni (Becker et al., 2007) e con la riduzione dei costi per la salute mentale (Bush, Drake, Xie, McHugo, & Haslett, 2009), rappresenta un'opportunità di instaurare amicizie e ottenere supporto sociale (Stuart, 2006), aiuta a definire se stessi come "lavoratori" (Bush, Drake, Xie, McHugo, & Haslett, 2009). A quanto finora affermato, si aggiungono le considerazioni di Harnois e Gabriel (2000) che in un documento redatto per l'Organizzazione Mondiale della Sanità individuano cinque ordini di motivi che fanno sì che avere un impiego sia fonte di benessere psicologico; nello specifico il lavoro permette di:

1. *Strutturare il tempo* (come è noto, un'assenza di struttura temporale può rappresentare un gran carico a livello psicologico): uno dei problemi più grandi per un disoccupato è rappresentato dalla monotonia

*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica – "Sapienza" Università di Roma.

delle giornate senza lavoro. La routine lavorativa permette di conferire significati e obiettivi ai momenti che compongono il quotidiano determinando così sia il tempo del lavoro che quello del riposo.

2. *Avere contatti sociali*: l'organizzazione del lavoro offre l'opportunità per una maggiore socializzazione dell'individuo.
3. *Condividere scopi e impegni di gruppo*: il lavoro offre un contesto sociale al di fuori della famiglia in cui può profilarsi giorno dopo giorno un progetto, un obiettivo che accomuna coloro che operano insieme.
4. *Definire e rafforzare l'identità sociale*: a tal proposito ci viene in mente una frase di Conrad: "Il lavoro non mi piace, non piace a nessuno, ma amo quello che c'è nel lavoro: la possibilità di trovare se stessi." (1902/2002, p. 58). Ecco che, in quest'ottica il lavoro da attività faticosa, diventa storia, diventa vita vissuta, diventa un mezzo fondamentale per definire se stessi e raccontarsi agli altri, in una parola, diventa *identità* (Colella, 2009).
5. *Organizzare le attività quotidiane* (che scandiscono la vita di ognuno): le occupazioni giornaliere sono necessariamente condizionate dal tempo del lavoro e proprio per questo assumono valore, poiché arricchiscono la routine.

Aggiungiamo ora un ulteriore elemento che ci aiuterà a valutare in modo più completo l'entità di quelli che abbiamo definito "effetti benefici del lavoro". Chi trae giovamento da tali vantaggi? Solo la persona che intraprende un'attività lavorativa? Quanto detto fino a questo punto, ci porta alla constatazione che i suddetti effetti benefici non siano da considerarsi come delle mere conseguenze positive per l'individuo preso isolatamente, ma come degli *outcomes* che vanno a toccare l'intera realtà della persona: il contesto in cui è inserito, le sue relazioni, i tanti "mondi" che caratterizzano la sua esistenza. Gli individui, infatti, non sono "isole", ma sono immersi in sistemi di relazioni che danno vita a contesti simbolizzati affettivamente grazie ad un processo che Carli e Paniccia (2003) definiscono *collusione*. Dotando gli oggetti di nuovi significati si possono creare nuovi sistemi collusivi, nuovi modi per costruire la realtà, nuove modalità per regolare l'interazione di ciascuno con il contesto.

Lavoro e salute mentale: ostacoli e interventi

Secondo Stuart (2006) il lavoro è uno dei fattori maggiormente determinanti la salute mentale e una delle forze di integrazione sociale più studiate. Essere esclusi dal mercato del lavoro, quindi, non solo crea privazioni materiali, ma mina anche la fiducia in se stessi, provoca senso d'isolamento e marginalità e rappresenta un fattore di rischio per la malattia mentale. Drammatiche possono essere le conseguenze che la mancanza di lavoro può determinare: pensiamo, ad esempio, a quali effetti sono sempre più associati alla disoccupazione (povertà, depressione, suicidi) e a quanto sia rilevante tale problematica nella società attuale¹. La mancanza di lavoro rappresenta un problema che coinvolge l'intero assetto del nostro paese e incide maggiormente su coloro che sono definiti "soggetti svantaggiati". Tra questi, nel presente contributo, ci concentreremo sulle persone che, avendo problemi di salute mentale, troppo spesso restano fuori dal mercato del lavoro perché vittime ora del pregiudizio, ora della crisi economica, ora delle politiche nazionali. Questa tematica viene sovente sottovalutata, oscurata dalle false credenze sul disagio psichico che portano alla

¹ Tale questione non riguarda una ristretta fascia della popolazione, al contrario, dati recenti ci informano che il tasso di disoccupazione a dicembre 2013 è pari al 12,7% e più di tre milioni di italiani sono disoccupati (cfr. www.istat.it).

fantasia che ci siano altre priorità per la salute mentale degli individui. Eppure, la letteratura internazionale ha ampiamente indicato come le persone affette da malattie mentali manifestino il desiderio di lavorare² e associno il lavoro con l'*empowerment* e con il miglioramento della qualità della vita. Secondo Boardman e coll. (2003), inoltre, avere un impiego è importante sia come fattore che contribuisce a mantenere il benessere psichico di una persona, sia come elemento fondamentale di un percorso riabilitativo per chi ha o ha avuto un disturbo mentale: mettere una persona nelle condizioni di avere o ottenere un impiego ha un impatto notevole su più aspetti della sua vita rispetto a quasi tutti gli altri interventi psicosociali. A dispetto di ciò soltanto il 10-20% delle persone con disagio mentale attualmente ha un'occupazione (Latimer et al., 2006). Ad avvalorare tali affermazioni sono disponibili dati (Briefing Document for the National Governors Association, 2007; Harnois & Gabriel, 2000) che confermano che la disabilità psichica è associata con il più alto tasso di disoccupazione rispetto a tutto il gruppo delle disabilità.

Siffatte considerazioni, unite alla constatazione dei benefici effetti che l'attività lavorativa ha sulla salute mentale degli individui, hanno fatto sì che la dimensione "lavoro" s'inserisse, nel nostro paese, nel percorso del paziente dei Servizi di Salute Mentale sia in un'ottica terapeutica, sia da un punto di vista riabilitativo (considerando l'attività lavorativa come un importante passo verso l'inclusione e/o il reinserimento sociale). Attualmente esistono varie tipologie di programmi d'intervento atti ad accostare le persone con problemi di salute mentale al mondo del lavoro. Tali programmi, nati e diffusi all'estero, ma che hanno trovato applicazione anche in Italia, possono porsi come obiettivo il lavoro competitivo³ oppure l'attivazione di un'esperienza concentrata più sull'aspetto socializzante dell'attività lavorativa. Questa ed altre peculiarità permettono di distinguere i principali programmi occupazionali in:

- Metodi *train and place (addestra e inserisci)*: i tradizionali programmi in cui è previsto un periodo di formazione seguito dall'inserimento vero e proprio; questa metodologia generalmente mira a formare l'individuo in funzione delle sue caratteristiche individuali e delle sue esigenze di socializzazione senza tener presente le richieste provenienti dal mondo del lavoro. Rientrano in tale ambito il *prevocational training*, gli *sheltered workshop*, le *work crews*, i *transitional employment* e i *job club* (Crowther et al., 2001);

- Metodi *place and train (inserisci e addestra)*: l'inserimento sul campo avviene di pari passo alla formazione *on the job*; questa metodologia ha lo scopo di aiutare le persone a trovare un'occupazione in una reale situazione lavorativa prima di offrire loro formazione. Il lavoro viene individuato in base alle caratteristiche e agli interessi della persona, ma la formazione mira poi a trasmettere le competenze necessarie per svolgere una particolare mansione sulla base delle necessità di una specifica azienda. L'attività lavorativa avviene in setting integrati, reali e situati all'interno della comunità. Programma tipico di tale metodo è il *supported employment* e, in particolare, la sua declinazione specifica per le persone con problemi di natura psichica, cioè il modello IPS (Individual Placement and Support). Quest'ultimo utilizza un approccio integrato che combina, nello stesso programma, i servizi vocazionali con quelli di salute mentale; l'IPS costituisce una novità nel campo della riabilitazione lavorativa in quanto si configura come il "primo format di intervento sul lavoro codificato come trattamento psicosociale" (Cappa & Fioritti, 2011, p.18).

² Molti studi hanno rilevato come le persone con malattia mentale o con disabilità psichiatriche vogliano e possano lavorare in modo produttivo, affrontando lavori competitivi all'interno di un setting integrato (Cook & Razzano, 2000; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001; Drake, Becker, Bond, & Mueser, 2003).

³ Definiamo "lavoro competitivo" un'occupazione full time o part-time, retribuita non al di sotto del salario minimo, situata in contesti sociali propri del mercato del lavoro aperto, non riservata esclusivamente agli utenti delle salute mentale, svolta in modo indipendente (ad esempio non essendo stata contrattata con i servizi sociali) (Razzano et al., 2005).

Diversi studi hanno valutato i metodi *place and train* più efficaci nel far ottenere un lavoro competitivo rispetto ai metodi *train and place* (Bond, Dietzen, Mc Grew, & Miller, 1995; Crowther et al., 2001; Becker et al., 2001; Latimer et al., 2006; Burns et al., 2007). Vogliamo, però, sottolineare che il lavoro competitivo non sempre rappresenta una garanzia di miglioramento per ogni persona e non sempre è un obiettivo perseguibile per tutti i soggetti. Inoltre, molti interventi riabilitativi pur utilizzando l'attività lavorativa come strumento si pongono altre finalità rispetto all'assunzione (allargamento della rete sociale, miglioramento dell'autostima, acquisizione di competenze relazionali). Per tale ragione i vari interventi vanno valutati caso per caso, nel qui ed ora dell'incontro con la persona che ne farà uso in uno specifico contesto.

Consideriamo, infatti, che l'apparente dicotomia tra i due approcci non implica necessariamente che essi corrispondano a visioni della terapia e del trattamento differenti. Cerchiamo di spiegare meglio questo punto. Se è vero che il percorso terapeutico-riabilitativo di un paziente dovrebbe essere il più possibile individualizzato per evitare interventi precostituiti, riteniamo che non si possano esprimere preferenze per l'una o per l'altra metodologia senza prima considerare la persona che ne dovrà usufruire e lo specifico contesto cui quella persona si riferisce. In tal senso proponiamo l'utilizzo di quello che Grasso, Cordella e Pennella (2003) definiscono "modello integrato contestuale" cioè l'utilizzo critico e flessibile delle tecniche e delle teorie di riferimento ancorato fortemente al contesto, tanto da coglierne la specificità. Non va dimenticato che le difficoltà che separano le persone con problemi psichici dal mondo del lavoro sono anch'esse individuali e fortemente contestuali: esse differiscono in base al tipo di svantaggio, in base alla specifica persona e alle simbolizzazioni affettive che mette in atto nel suo ambiente, al suo modo di rappresentarsi l'impiego e alle connesse componenti emozionali. Per questo è fondamentale predisporre dei programmi di lavoro costruiti ad hoc, rispondenti alle caratteristiche personali di ogni individuo.

L'esperienza italiana: normative e strumenti

In Italia, metodologie come quelle sopra presentate si inseriscono nel quadro di normative che nel corso degli anni si sono evolute per rispondere alla richiesta di lavoro da parte delle fasce deboli. Dalla normativa della L. 482/68 sul collocamento obbligatorio sono stati fatti grandi passi avanti che hanno condotto alla nascita e alla regolamentazione istituzionale delle cooperative sociali (L. 381/91) che ad oggi costituiscono uno strumento di fondamentale importanza per avvicinare le persone svantaggiate al mondo del lavoro. Un'ulteriore tappa nodale è stata l'emanazione della "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (L. 104/92) che si focalizza sull'importanza dell'integrazione sociale del disabile nel contesto umano e ambientale nel quale egli vive. A tal proposito la normativa si propone di rimuovere le cause invalidanti, promuovere l'autonomia e l'integrazione sociale agendo nei luoghi propri della persona (come scuola, lavoro, uffici pubblici, luoghi in cui passare il tempo libero, ecc.), favorendo la partecipazione del disabile alla vita della collettività e predisponendo misure che riguardino non solo l'individuo, ma anche il sistema familiare di cui è parte. Tuttavia la normativa che maggiormente ha influenzato l'ingresso nel mondo del lavoro delle persone disabili negli ultimi anni è la L. 68/99 nota come "legge sul collocamento mirato".

Secondo la legge 68, la persona con disabilità, qualora desideri trovare un impiego, può iscriversi ad apposite liste purché l'interessato risulti disoccupato al momento dell'iscrizione e abbia la certificazione di invalidità e/o disabilità. Successivamente un Comitato Tecnico multiprofessionale, a seguito di un colloquio con l'aspirante lavoratore, ne indica abilità, competenze, inclinazioni, difficoltà. Le aziende interessate dalla presente legge sono quelle imprese, pubbliche o private, che al loro interno occupano più di quindici dipendenti (cfr. www.governo.it). Il datore di lavoro, pubblico o privato, che deve procedere all'assunzione secondo tale normativa, può o avanzare la richiesta di assunzione presso gli uffici competenti (entro sessanta giorni dal momento in cui persiste l'obbligo) o stipulare delle convenzioni. Nel primo caso vi sono tre tipologie di avviamento possibile: numerico, in base all'ordine di graduatoria; nominativo, con cui si assume direttamente il lavoratore disabile; per asta, cioè tramite concorso. In base, poi, al numero dei dipendenti che

operano nell'azienda, la stessa dovrà prevedere una "quota di riserva" la cui entità è stabilita dal legislatore. In caso d'inadempienza, l'imprenditore può incorrere in sanzioni, mentre nel caso di assunzione a tempo indeterminato, sono previste agevolazioni e incentivi (Mattana, Loi & Bellò, 2011).

Proponendo un pensiero sulla Legge fin qui delineata non possiamo fare a meno di considerare *in primis* che il presupposto di fondo non è più l'obbligatorietà del collocamento dei cosiddetti "svantaggiati", ma ci si muove verso una dimensione di fattiva collaborazione tra Pubblica Amministrazione e imprese. Inoltre, al fine di favorire l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità, si promuove l'inserimento individualizzato nel mondo del lavoro in base ad un'analisi delle capacità lavorative del singolo soggetto e delle caratteristiche del posto di lavoro (Del Bufalo, 2010). Gli stessi lavoratori disabili, in aggiunta, non sono più giudicati dei soggetti passivi e identificati con una percentuale di invalidità; con il collocamento mirato si cerca, invece, di valorizzare le capacità residue attraverso un processo selettivo-formativo individualizzato.

La realtà dell'integrazione lavorativa nel nostro Paese si completa con strumenti che si affiancano alle normative: le convenzioni, i tirocini e le borse-lavoro. Questi strumenti non sono rigidamente categorizzati, spesso i confini tra di loro sono labili, spesso si confondono, spesso si compenetrano (ad esempio il tirocinio viene avviato da una convenzione e retribuito tramite una borsa lavoro), ma è bene considerarli uno ad uno per analizzarne le potenzialità.

Le *convenzioni*, cui abbiamo già fatto cenno, vengono stipulate tra il datore di lavoro e gli uffici competenti o tra questi ultimi e le cooperative sociali o, infine, possono essere di natura trilaterale (interessano cioè gli uffici competenti, i datori di lavoro e le cooperative sociali di tipo B⁴). Possono prevedere un apposito programma, essere destinate a persone che presentino particolari difficoltà d'inserimento o essere finalizzate all'assunzione nelle imprese o nelle cooperative sociali; in ogni caso al momento della stipula della convenzione sono anche stabilite le modalità d'inserimento pre-lavorativo finalizzate alla formazione professionale; tra tali modalità vi sono i tirocini.

Il *tirocinio* è uno strumento ampiamente utilizzato, anche al di fuori della legge 68/99, per avvicinare all'attività lavorativa le persone con disagio psichico e per permettere un primo "incontro" tra il datore di lavoro, sia pubblico che privato, o la cooperativa, e il lavoratore purché ne siano rispettati i parametri. Per realizzare l'esperienza di tirocinio (o *stage*) sono necessari tre soggetti (l'ente promotore, l'impresa e il tirocinante) e un apposito progetto, contenuto nella convenzione stipulata tra imprese ospitanti e soggetti promotori. Il tirocinio può essere di tipo formativo o può essere finalizzato all'assunzione. Sia l'impresa che il tirocinante possono interrompere in qualsiasi momento l'esperienza, che, in nessun caso, è da considerarsi come un rapporto di lavoro subordinato. Anche per tale ragione la retribuzione non corrisponde a quella dei contratti collettivi, a volte non è presente, altre volte si configura come un rimborso spese. In altre occasioni ancora è utilizzato lo strumento della borsa lavoro.

La *borsa lavoro* è uno strumento educativo/formativo adottato per facilitare l'inserimento nel mercato del lavoro di soggetti appartenenti alle cosiddette fasce deboli attraverso un'esperienza lavorativa. In questi casi non si costituisce un rapporto di lavoro dipendente con l'azienda, ma il lavoratore viene retribuito dagli Enti pubblici soggetti attuatori. Questo strumento può essere rivolto a varie categorie di persone (disabili, ex tossicodipendenti e alcolisti, minori a rischio, giovani con bassa scolarità, ex detenuti), ma nel momento in cui si promuove una borsa lavoro vengono di volta in volta esplicitati il soggetto promotore, i destinatari, le finalità e modalità operative nonché il raccordo con la rete dei servizi a sostegno.

⁴ Le cooperative sociali di tipo B si caratterizzano per essere aziende non profit, senza scopo di lucro e per avere come finalità statutarie (art.1 L. 381/91) l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Fin qui le normative e gli strumenti da esse derivati ci hanno illustrato un panorama variegato, fatto di molte possibili strategie che possono essere messe in atto per inserire le persone con disturbi psichici nel mondo del lavoro. Come abbiamo visto, per i soggetti con disabilità psichiche vengono utilizzate convenzioni, tirocini e borse lavoro: tuttavia tali strumenti non sempre determinano poi l'assunzione in azienda, a volte configurano esperienze che magari aiutano a contrastare la passività, l'esclusione e l'emarginazione sociale, ma non conducono all'autonomia e all'autorealizzazione auspiccate. Probabilmente occorrerebbe iscrivere meglio tali strumenti all'interno di una progettualità pensata, ove prevedere la riuscita e l'eventuale inserimento, ma anche creare uno spazio per il possibile fallimento, la frustrazione e l'errore. Riteniamo, infatti, che se gli strumenti analizzati si propongono di essere, in ultima analisi, realmente formativi, l'errore e l'eventuale fallimento non dovrebbero essere semplicemente individuati come scarto da un modello ideale, ma si dovrebbe cercare di dare ad essi un senso all'interno dell'esperienza in modo tale che l'esperienza stessa possa fungere da stimolo e da risorsa cui attingere (Grasso & Cordella, 2007).

Riflessioni e ipotesi su uno specifico contesto: percorsi di avvicinamento al lavoro in un Centro Diurno a Roma

Quanto considerato fino a questo punto ci ha condotti, in definitiva, verso dei *percorsi possibili* da intraprendere per un processo di inclusione lavorativa delle persone con disturbo psichico. Vorremmo ora volgere la nostra attenzione a *percorsi reali* utilizzati per l'integrazione lavorativa: come si sono svolti, quali esiti hanno avuto, in quali ambiti si sono compiuti, quali persone hanno coinvolto. In tal modo, considerando quanto fin qui analizzato, proporremo degli spunti e delle ipotesi su cui riflettere o meglio su cui elaborare un "pensiero su" (Carli & Paniccia, 2005).

Il nostro studio è nato dalla collaborazione tra la cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università La Sapienza e un Centro Diurno (CD) della città di Roma. La conoscenza del contesto e la partecipazione ad esso, ci hanno consentito di osservare le modalità con cui alcuni utenti venivano progressivamente avvicinati al mondo del lavoro e quando l'esito di un percorso di formazione lavorativa poteva tradursi in un'assunzione in azienda. Ci siamo, quindi, interrogati sulla possibilità di approfondire tale tematica proponendo riflessioni che guardassero all'esito dei programmi proposti in relazione ad alcuni dei dati che ci sono sembrati i più significativi, anche alla luce degli studi presenti in letteratura: la modalità di frequenza al CD, l'utenza coinvolta, il ruolo dell'equipe e la tipologia di formazione proposta. Abbiamo, quindi, preso in considerazione i percorsi di avvicinamento al lavoro (inserimenti in aziende o cooperative, tirocini, borse lavoro) realizzati per gli utenti del Centro Diurno dal 2007 al 2012. Abbiamo scelto questo tipo di Servizio anche perché la sua dimensione di semiresidenzialità, il suo porsi come *medium* tra il servizio psichiatrico territoriale e il contesto di appartenenza dell'utente, uniti a caratteristiche proprie che lo contraddistinguono, ne favoriscono il ruolo di "trampolino di lancio per l'ampliamento degli spazi di vita sociale e relazionale" (Carozza, 2003, p. 175).

Il Centro oggetto della nostra osservazione è situato in una zona centrale della città. In esso operano più figure professionali: nello specifico, una psicologa responsabile dello stesso, due infermiere, una caposala, un tecnico della riabilitazione, un assistente sociale ed alcuni operatori che si occupano di condurre le attività di laboratorio⁵. Gli utenti del CD sono pazienti affetti da gravi patologie, inviati dal Centro di Salute Mentale (CSM) che, comunque, continua a garantire la presa in carico degli stessi in termini di trattamento psicoterapeutico e farmacologico.

La rilevazione è stata effettuata con l'ausilio dell'assistente sociale e della psicologa responsabile del Centro. Il primo, che opera sia nel CD sia nell'attiguo CSM, si occupa di gestire i programmi di inserimento lavorativo, di segnalare i destinatari più idonei per progetti di borsa lavoro, di seguire il percorso dei pazienti durante i tirocini, costituendosi così come essenziale figura di riferimento; *medium* tra la realtà accogliente

⁵ Sono previste diverse attività di laboratorio: musica, informatica, fotografia, cucito, giardinaggio, restauro.

del Centro Diurno e quella molto più burocratizzata e spaventante del mondo lavorativo. La seconda, si occupa maggiormente del carico emotivo che l'esperienza lavorativa comporta, aiutando i pazienti a condividere i vissuti con il gruppo o provando a dare ad essi un senso su cui riflettere; sostenendo le paure e le difficoltà degli utenti del CD, la psicologa responsabile diviene un punto di riferimento cui appoggiarsi o dal quale imparare a "camminare da soli".

I dati in nostro possesso riguardano i percorsi seguiti da 20 pazienti e sono stati ricavati dai registri e dalla documentazione dell'assistente sociale, dalle cartelle cliniche dei pazienti e dalle testimonianze della psicologa. Per tutelare la *privacy*, ciascuna persona considerata è contrassegnata con una lettera, seguendo l'ordine alfabetico. Nella tabella che segue (Tabella 1) sono evidenziati il periodo in cui si è svolta l'esperienza, il tipo di percorso di avvicinamento al lavoro, il settore in cui inscrivere le attività lavorativa e quale esito ha avuto.

Tabella 1. Percorsi di avvicinamento al lavoro

Pz.	Periodo	Percorso	Settore	Esito
A	ott. 2007- magg. 2008	Tirocinio	informatica	non assunto
B	2008-2009	Tirocinio	pulizie locali	tirocinio interrotto
C	dic.2008-dic.2009	Tirocinio	pulizie locali	tirocinio interrotto
	2010	Tirocinio	facchinaggio	non assunto
D	2011	Borsa Lavoro	grafica	assunto
E	2011	Borsa Lavoro	grafica	assunto poi dimesso
F	2009-2010	Borsa Lavoro	manutenzione del verde	non assunto
G	2009-2010	Borsa Lavoro	manutenzione del verde	non assunto
H	2009-2010	Tirocinio	pulizie locali	assunto
I	2011-2012	Borsa Lavoro	manutenzione del verde	non assunto
L	2011	Borsa Lavoro	pulizie locali	non assunto
	2012	Tirocinio	informatica	ancora in corso
M	2007	Tirocinio	pulizie strade	assunto
N	2008	Tirocinio	manutenzione del verde	nuovo tirocinio
	2009	Tirocinio	manutenzione del verde	assunto
O	2007	Inserimento Legge 68/99	pulizie strade	assunto
P	2008	Inserimento in cooperativa	refezione scolastica	assunto
Q	2009-2010	Lavoro part-time	volantinaggio	assunto
R	2008	Tirocinio	pulizie locali	assunto
S	2010-2011	Tirocinio	pulizie strade	nuovo tirocinio
	2011-2012	Tirocinio	pulizie strade	ancora in corso
T	2010	Borsa Lavoro	grafica	non assunto
U	2010	Borsa Lavoro	pulizie	non assunto
V	2009	Borsa Lavoro	pulizie	non assunto

Come si evince dalla tabella la maggior parte dei pazienti ha seguito un percorso di tirocinio (nove pazienti) o di borsa lavoro (nove pazienti), in settori riguardanti per lo più manutenzione del verde o pulizie. Quattro pazienti (C, L, N e S) hanno svolto più di un'esperienza, due (B e C) hanno interrotto il tirocinio ed uno (E) nonostante l'assunzione si è dimesso dal posto di lavoro.

Frequenza del Centro Diurno

Le modalità di frequentazione del Centro variano da persona a persona; infatti alcuni utenti sono presenti quotidianamente e per l'intero arco della giornata; per altri, la partecipazione è finalizzata all'inserimento in uno o più laboratori e alle attività cliniche. Abbiamo, quindi, provato ad osservare la frequenza al CD in relazione all'esito del percorso intrapreso. Ci siamo chiesti quale fosse la modalità di frequenza del Servizio e abbiamo proposto una classificazione in :

- *occasionale*: per quelle persone che hanno frequentato il Centro meno di due volte al mese;
- *assidua*: per quegli utenti che hanno avuto una presenza di più di due volte al mese;
- *assidua con laboratori*: per coloro che oltre a frequentare il servizio per più di due volte al mese hanno anche partecipato ad una o più attività di laboratorio.

La tabella che segue (Tabella 2) mostra tale ripartizione (abbiamo escluso i pazienti L e S la cui esperienza era ancora in corso al momento della rilevazione).

Tabella 2. Frequenza del Centro e assunzione

Frequenza	Assunzione		Non assunzione	
	<i>Paziente</i>	<i>Totale</i>	<i>Paziente</i>	<i>Totale</i>
Occasionale	D-E	2	A-B-F	3
Assidua	M	1	G-T-U-V	4
Assidua con laboratori	H-N-O-P-Q-R	6	C-I	2

Come possiamo osservare, tra coloro che sono stati assunti a seguito dei percorsi di avvicinamento al lavoro, la maggior parte sono quelli che hanno seguito le attività del Centro in modo attivo, partecipando ai laboratori. Consapevoli di non poter ricavare da un così esiguo e specifico campione delle inferenze statistiche, proviamo però a fare delle ipotesi su tale indicazione. Probabilmente coloro che sono già avvezzi alla condivisione del tempo e dello spazio nelle attività con gli "altri" trovano meno spaventante un contesto di lavoro in cui ci si ritrovi ad operare con l'estraneo e, per forza di cose, ad entrare in relazione con esso. La dimensione gruppeale nota del setting del laboratorio potrebbe costituire una base per riuscire a rapportarsi anche con il "gruppo ignoto" con cui si va a operare. Va anche rilevato che il "fare" all'interno del

laboratorio, pur non essendo propriamente attinente con l'attività lavorativa che alcuni compiono, diventa "saper fare": saper portare a termine un obiettivo, saper superare le piccole difficoltà che si incontrano, saper lavorare insieme condividendo dubbi e vissuti emozionali. È proprio questa, forse, la valenza terapeutica, riabilitativa, formativa che i laboratori propongono. La fotografia, il cucito, il restauro, magari non faranno diventare queste persone fotografi, sarti o restauratori, ma sicuramente daranno loro competenze lavorative e relazionali che, ove possibile, potranno accompagnarli al di fuori del contesto strutturato e rassicurante del Centro Diurno.

Le persone coinvolte: il titolo di studio

Fra le persone che frequentano il Centro Diurno, coloro che sono stati coinvolti nei programmi di avvicinamento al lavoro sono persone con alle spalle storie molto diverse; alcuni hanno già avuto esperienze lavorative in passato, altri invece non hanno mai avuto occasione di misurarsi con un lavoro vero e proprio. Non sono presenti pazienti con esperienze di istituzionalizzazione.

Per ciò che concerne il titolo di studio il gruppo è ripartito come mostra la figura seguente (Figura 1).

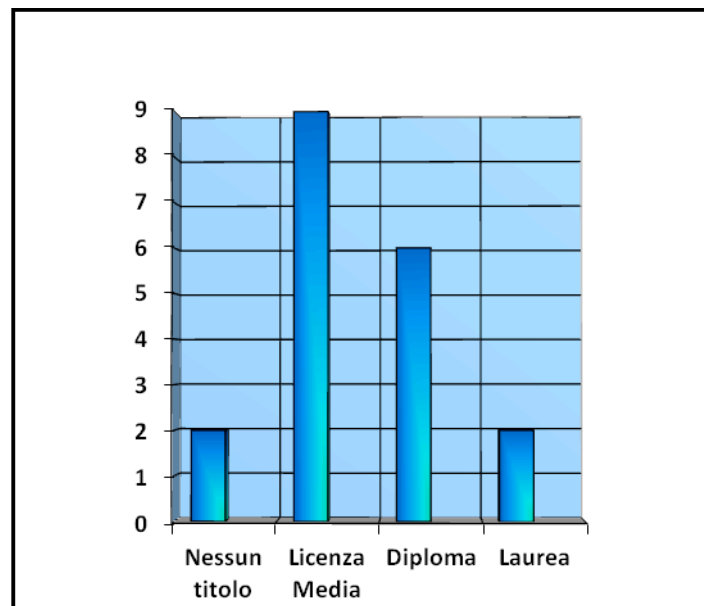


Figura 1. Titolo di studio delle persone coinvolte nei percorsi di avvicinamento al lavoro

La Figura 1 evidenzia come la maggior parte delle persone coinvolte nei percorsi di avvicinamento al lavoro abbia conseguito la licenza media (nove persone); alcune hanno un diploma (sei persone) e due non hanno alcun titolo di studio. Due pazienti (A e L) hanno portato avanti la loro formazione fino al conseguimento di una laurea. Questi ultimi tuttavia, nonostante quanto si sarebbe portati a pensare a seguito del percorso svolto, non sono stati assunti. Va ricordato che entrambi i pazienti rientrano fra coloro che frequentano il centro occasionalmente e quindi forse non hanno avuto modo di affrontare e dare un senso ai loro eventuali dubbi e frustrazioni all'interno del setting del CD. Tuttavia il fatto che, nonostante una formazione universitaria, non ci sia stato l'esito lavorativo atteso, solleva alcune questioni ed evidenzia alcune criticità. Una prima considerazione: forse si sarebbe potuto guardare alla formazione di tali utenti (laurea in architettura e in ingegneria) come una risorsa da utilizzare in ambiti più affini al loro curriculum, diversi

magari dal settore “pulizie locali” in cui sono stati impiegati; ricordiamo quanto siano determinanti le preferenze lavorative dei pazienti per la riuscita dei programmi vocazionali (Becker, Drake, Farabaugh, & Bond, 1996). Entrambi i pazienti, sono stati poi coinvolti in un tirocinio in ambito informatico, quasi che la supposta “difficoltà” di tale attività lavorativa, giustificasse di per sé questo *matching*. Viene da chiedersi, a tal proposito, quale senso si dia all’integrazione lavorativa dei disabili psichici. Paniccia (2012) in un suo recente lavoro propone una distinzione tra due diversi significati emozionali dell’integrazione: *integrazione come interdipendenza di differenze* e *integrazione come inclusione delle differenze*.

La prima tipologia di integrazione si fonda sul riconoscimento delle differenze dell’altro scaturenti dallo scambio reciproco per sviluppare risorse. In questo tipo di integrazione la simbolizzazione del potere è simmetrica, si verifica un’interdipendenza tra le parti coinvolte.

Nell’integrazione come inclusione delle differenze, di contro, si tende a rendere uguale “a un’integrità già esistente un soggetto ingiustamente escluso” (op. cit., p. 99); ecco allora che l’inclusione diventa un dovere, è motivata dalla colpa e retta da una considerevole asimmetria di potere nella relazione.

Forse l’includere, inteso come dovere prescritto dalla legislazione vigente, non consente di cogliere a pieno il valore dell’integrazione stessa, delle risorse che si potrebbero sviluppare e ottimizzare e soprattutto, di quello che Paniccia definisce “diritto all’irriducibilità delle differenze” (ibidem, p. 95).

Quando la diagnosi diventa etichetta

Nelle sezioni precedenti abbiamo presentato alcune caratteristiche delle persone coinvolte nei programmi di avvicinamento al lavoro. Aggiungiamo ora un ulteriore dato: la maggior parte di questi pazienti ha diagnosi di patologie psichiatriche gravi, ma, stando alle cartelle cliniche, ben compensate al momento dell’inizio dell’iter formativo/lavorativo. Nel corso dell’esperienza un solo paziente (C) ha deciso di interrompere il tirocinio⁶ a causa delle frequenti ospedalizzazioni⁷. Ricordiamo che alcuni studi hanno rilevato come il fattore “diagnosi” non influenzi in modo significativo l’esito dei programmi vocazionali. Ci sarebbero dei fattori quali i sintomi negativi e le recenti ospedalizzazioni, da un lato, e il livello globale di funzionamento del paziente e la qualità dell’assistenza socio-sanitaria che continua a ricevere, dall’altro, che riescono a condizionare maggiormente il successo degli interventi occupazionali (Anthony, Rogers, Cohen, & Davies, 1995; Razzano et al., 2005).

Quando la persona da “paziente” diventa “lavoratore” è importante che inizi a pensarsi come tale; la diagnosi, riteniamo, non dovrebbe essere un impedimento per l’esperienza lavorativa, ma un’indicazione a cui dare il giusto peso per un obiettivo bilancio di competenze. Questa constatazione, seppur condivisibile, è tutt’altro che scontata; la nostra esperienza nel contesto in questione ci ha mostrato che a volte proprio la diagnosi è temuta e vissuta come un ostacolo, come qualcosa da nascondere e di cui vergognarsi, rinunciando anche ai cosiddetti “vantaggi secondari” legati alla condizione di “svantaggio”. Per fare un esempio, abbiamo constatato che tra le persone analizzate non tutte risultano “invalide per legge”: ne consegue che non tutte percepiscono l’indennità di accompagnamento o l’assegno d’invalidità⁸. Ciò dipende dal fatto che, da un lato, il concetto di “invalidità” non è sinonimo di disabilità o di handicap, ma si riferisce al grado di riduzione della capacità lavorativa con la conseguente attribuzione di una percentuale di inabilità, dall’altro perché alcuni utenti del Centro Diurno decidono di non intraprendere l’iter per il riconoscimento dell’invalidità per evitare l’etichetta di invalido o di malato⁹. Tutto questo ci conduce a considerare il

⁶ Il tirocinio del paziente B si è interrotto per il suo trasferimento in un’altra città.

⁷ Questa persona, riferiscono i sanitari, ha una “doppia diagnosi” (patologia psichica e abuso di alcol): anche in questo caso ci poniamo delle domande rispetto a quanto e a come sia stato pensato il progetto formativo proposto.

⁸ Ricordiamo che l’assegno d’invalidità è compatibile con l’attività lavorativa purché i redditi da lavoro dipendente non superino una certa soglia.

⁹ La questione diventa più complessa, o quasi paradossale, se pensiamo che nel nostro paese capita spesso di avere

problema dello stigma, dei pregiudizi e delle false credenze che incidono e condizionano anche indirettamente la vita delle persone con disagio psichico: sembrerebbe che il non esplicitare una condizione di svantaggio sia vissuto come protettivo dai possibili atteggiamenti stigmatizzanti.

Il ruolo dell'équipe

L'équipe del Centro Diurno diviene spesso un punto di riferimento fondamentale per i pazienti, che ad essa si appoggiano, che con essa danno un senso alle proprie frustrazioni e difficoltà rendendole pensabili e, di conseguenza, affrontabili. Le ricerche mostrano come il costante supporto dell'équipe sia estremamente importante perché l'esperienza lavorativa e/o formativa abbia successo (Carozza, 2006; Riemer-Reiss, 1999). Rispetto alla nostra osservazione, abbiamo potuto constatare che, soprattutto per gli utenti che frequentano il Centro con una certa continuità, gli operatori costituiscono anche un *medium* attraverso il quale le esperienze lavorative possono essere confrontate e condivise tra i pazienti, aumentando i cosiddetti "supporti naturali" che influenzano positivamente l'esito lavorativo (Carozza, 2006).

I componenti dell'équipe del CD che attivamente si sono occupati delle esperienze di avvicinamento al lavoro, sono stati da noi intervistati in merito a quali aspettative avessero rispetto al percorso che gli utenti si accingevano ad intraprendere. Entrambi i professionisti ci hanno riferito che se alcune persone sono state segnalate per i programmi di tirocinio o di borsa lavoro con la convinzione che potessero essere dei candidati inseribili nel mondo del lavoro (A, E, I, L, M, N, P, R), per altre l'esperienza è stata pensata fin dall'inizio come utile alla socializzazione, ma difficilmente concretizzabile in un lavoro futuro (B, C, F, S, U, V). Ci chiediamo quanto ciò sia stato esplicitato, direttamente o indirettamente, ai pazienti e se e in che modo abbia in seguito influenzato il percorso da essi intrapreso. Carozza (2006) ci ricorda che "*l'efficacia dei programmi di inserimento lavorativo dipende anche da quanto gli utenti sono stimolati a considerare il lavoro come un importante aspetto della loro vita presente e futura*" (pag. 186). Ebbene, potremmo ipotizzare che le succitate aspettative se da un lato siano state sicuramente motivate dalla conoscenza delle potenzialità e dei limiti dei pazienti, dall'altro, forse, siano state colte dalle persone interessate e abbiano avuto un qualche peso anche nel significato stesso da conferire al lavoro svolto, poiché l'opinione che una persona ha di sé deriva anche dall'idea che ne hanno gli altri e dai messaggi verbali e non verbali che da questi si ricevono (Carozza, 2003).

Ovviamente questa è soltanto un'ipotesi: un approfondimento su tale tematica, sia nel contesto osservato sia in altri Centri Diurni, potrebbe essere interessante per conferire specifici significati ad esperienze altrettanto specifiche che rischiano, altrimenti, di restare in balia di ambigue interpretazioni che non consentono di definirne al meglio né gli obiettivi né, quindi, l'efficacia degli interventi intrapresi.

Quale formazione

Seguendo Carli, Grasso e Paniccia (2007) distinguiamo due tipologie di formazione: la *formazione data* e la *formazione costruita*. L'una è concepita a priori ed è organizzata intorno a norme e regole cui sottostare: la richiesta di formazione "è a monte dell'intervento formativo e ne giustifica l'applicazione" (op. cit., p. 15). In quest'ottica si priva di specificità non solo il formando, ma anche il setting che si va strutturando nel qui ed ora dell'esperienza. La formazione costruita, di contro, cerca di rispondere a specifici problemi organizzativi ed è pensata come uno spazio di elaborazione di significati che si articolano nella situazione di apprendimento: la domanda di formazione "si costituisce quale oggetto dell'intervento formativo medesimo" (*ibidem*, p. 15).

notizie relative alla piaga dei falsi invalidi: dai ciechi che guidano l'auto o leggono il giornale, ai paralitici che allenano squadre di calcetto.

Tornando alla nostra osservazione, abbiamo riscontrato che per la maggior parte delle persone coinvolte sono stati utilizzati il tirocinio e/o la borsa lavoro, strumenti entrambi di carattere principalmente formativo. Come si evince dalla Tabella 1, queste esperienze, ove non abbiano portato all'assunzione, in alcuni casi sono state riproposte (C, L, N, S), in altri no, lasciando al paziente e al servizio l'onere di gestire il carico emozionale derivante dalla mancata assunzione.

L'errore e il confronto con i propri limiti caratterizzano inevitabilmente l'esperienza di chi è pronto a mettersi in gioco e ad essi si può dare un significato e trarne risorse per *costruire* realmente la formazione. In quest'ottica, quindi, l'errore non distrugge, ma costruisce e in maniera ben più efficace di una serie di tecniche disancorate dal qui ed ora. Così, riteniamo che un percorso di formazione lavorativa come il tirocinio o la borsa lavoro, anche laddove sembri prevedere inizialmente il mero apprendimento di una serie di mansioni predisposte aprioristicamente senza considerare la relazione che nel qui ed ora si va istituendo tra individuo e contesto, possa essere, grazie al sostegno dell'équipe, dotato di senso, pensato e non semplicemente agito.

A volte, tuttavia, ci si trova a dover far fronte a problematiche "altre" che poco hanno a che fare con le questioni sopra delineate. Spieghiamoci meglio: sappiamo che per alcuni dei casi presentati, la non assunzione non è dipesa tanto da un tirocinio mal riuscito, quanto piuttosto dalla mancanza di risorse dell'ente promotore. Che senso si può trovare in tutto ciò, quando, nonostante l'impegno speso, i risultati sperati non giungono per cause che non dipendono da chi tale impegno ha profuso? In queste circostanze, la frustrazione e i vissuti d'impotenza sono difficilmente gestibili tanto per i pazienti quanto per l'équipe¹⁰ che vengono sospinti in una posizione di passività, preda degli eventi e del potere di "altri". Ma chi sono questi "altri"? Sono le istituzioni (la Asl, il Comune, la Provincia), o i legislatori, che hanno emanato normative a volte variamente interpretabili, o le risorse stesse, che, come affermano Carli e Paniccia (2005), sono scarse per definizione. Tutto ciò è vero, reale, a tratti, se vogliamo, anche drammatico e, come sempre, ci propone la percorribilità di due strade: l'agito e il pensiero.

La prima strada, quella dell'agito, può condurre a sviluppare una rabbia verso le istituzioni, le norme e le risorse che esita nel non mettersi più in gioco ("non voglio più fare il tirocinio, tanto comunque non mi assumono"), oppure, molto più spesso, in atteggiamenti di disarmante passività, tipica di chi coglie le difficoltà, ma non ci si confronta perché è sovrastato da esse. Nel corso della nostra esperienza abbiamo incontrato più volte questi atteggiamenti, non solo nel contesto del Centro Diurno, ma anche nei sindacati, nei Centri per l'Impiego, nel CSM, ogniquale volta di fronte ad un problema ci siamo sentiti rispondere: "Eh, siamo in Italia!". Una semplice, piccola frase, che spesso racchiude la storia di battaglie mai combattute.

La strada del pensiero, invece, probabilmente meno battuta e decisamente più impervia, consente, a nostro modo di vedere, di trovare un significato anche a difficoltà apparentemente insormontabili. È comprensibile che non assumere una persona che ha svolto un lungo tirocinio, solo per mancanza di risorse, crei in questa vissuti di impotenza e profonda frustrazione, ma se l'esperienza deve formare il paziente come lavoratore, dovrebbe anche formarlo a *stare* nel mondo del lavoro. Il mondo del lavoro non è un'entità astratta, è qualcosa di specifico e ben ancorato al contesto storico-politico in cui viviamo ed oggi il lavoro è fatto di risorse scarse, di crisi economica, di normative lacunose. A chi non è capitato di non poter essere assunto dopo un periodo di prova ben svolto, o di aver fatto l'esperienza di uno *stage* in azienda senza che questo si sia concretizzato in un impiego, o di essere stato licenziato per "giustificato motivo oggettivo" (riduzione di personale, problemi economici dell'azienda¹¹)? Crediamo, quindi, che in un percorso avvicinamento al lavoro certe problematiche, anche se indipendenti dalla persona interessata, debbano essere considerate come possibili, pensabili, come parti delle regole del gioco, come quegli ostacoli che forse non possono essere

¹⁰ Affrontando l'argomento abbiamo ascoltato frasi del tipo: "non serve a niente impegnarsi", "tanto va sempre a finire così".

¹¹ In gergo giuslavoristico i problemi economici dell'azienda sono meglio definiti come "maggiore economicità aziendale" (cfr. www.dplmodena.it).

scavalcati ma che possono farci guardare intorno e magari, se non decidiamo di arrenderci, farci scoprire un nuovo sentiero.

Riflessioni conclusive

Spesso si trattano i problemi di una questione, mentre le potenzialità e i punti di forza vengono tralasciati o passano in secondo piano. Questo perché dei problemi ci si lamenta, o nei migliori dei casi, su di essi si riflette. Le “cose positive” semplicemente *sono* e sembra quasi debbano commentarsi da sole. Allora si può esprimere preoccupazione, lamentela, sdegno e ci si sente legittimati a farlo perché, lo ricordiamo, “Eh, siamo in Italia!” e le cose, si sa, non vanno mai come dovrebbero. Dunque perché impegnarsi se tutti sanno a priori che i limiti necessariamente superano e offuscano le potenzialità?

Riteniamo che se si auspica un miglioramento della realtà che ci circonda, dovremmo noi stessi *in primis* mutare prospettiva considerando le criticità e riflettendo su di esse, ma anche riconoscendo le potenzialità e i punti di forza che già ci sono. Elaborare “un pensiero su” vuol dire anche avere l’onere di evidenziare tali elementi positivi. Durante la nostra osservazione, probabilmente il dato che maggiormente ci ha colpiti ed ha scosso le nostre pessimistiche certezze, è stato proprio l’esito lavorativo riscontrato a seguito dell’esperienza (cfr. Figura 2).

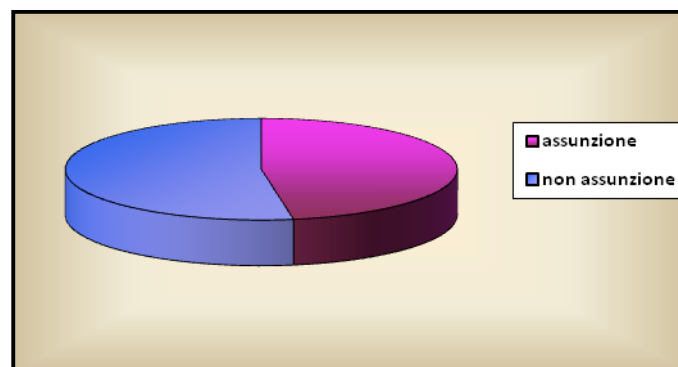


Figura 2. Livelli di assunzione a seguito dell’esperienza

Come possiamo osservare quasi la metà dei partecipanti è stata assunta. Questo può indicare che i percorsi di formazione lavorativa che sono stati proposti, nonostante le difficoltà di alcuni pazienti (interruzioni dell’esperienza) e nonostante i problemi non imputabili ad essi (mancanza di risorse), abbiano avuto un esito tendenzialmente positivo. A ciò si aggiunge la specificità del contesto di partenza, il CD, che come abbiamo riscontrato nella nostra osservazione, quando la frequenza è attiva e costante può costituire un importante strumento, base da cui partire per misurarsi con la realtà esterna, anche in campo lavorativo. Svolgere un’attività al di fuori del contesto assicurante del Centro può voler dire dover fronteggiare difficoltà nuove, ma significa anche cominciare a pensarsi diversamente. Probabilmente laddove la persona viene trattata non come portatrice di una patologia ma come lavoratore, forse inizia anche a rappresentare se stessa in tal modo e a comportarsi come tale: in una parola, come tale può “funzionare”.

La nostra rilevazione ci ha permesso di descrivere un setting specifico. Siamo consapevoli che le osservazioni ricavate non sono immediatamente generalizzabili, ma danno semplicemente indicazioni rispetto ad un contesto particolare e tuttavia crediamo che, da piccole realtà come questa e dagli spunti che se ne possono trarre, si possa allargare lo sguardo a realtà più complesse per approfondire e meglio comprendere alcune delle tematiche evidenziate.

Bibliografia

- Anthony, W.A., Rogers, E.S., Cohen, M., & Davies, R.R. (1995). Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services, 46*, 353-358.
- Becker, D.R., Drake, R.E., Farabaugh, A., & Bond, G.R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs". *Psychiatric Services, 47*, 1223-1226.
- Becker, D.R., Bond, G.R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G.J., & Drake, R.E. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services, 52*, 351-357.
- Becker, D.R., Whitley, R., Bailey, E.L., & Drake R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services, 58*, 922-928.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry, 182*, 467-468.
- Bond, G.R., Dietzen, L., Mc Grew, J.H., & Miller, L.D. (1995). Accelerating Entry Into Supported Employment for Persons With Severe Psychiatric Disabilities. *Rehabilitation Psychology, 40*, 75-94.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M. ... EQOLISE Group (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet, 370*, 1146-1152.
- Bush, P.W., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., & Haslett, W.R. (2009). The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 60*, 1024-1031.
- Cappa, C., & Fioritti, A. (2011, December). *IPS: Individual Placement and Support. L'esperienza italiana*. Paper presented at "Si può fare in azienda. Aziende, lavoro e disturbo psichico", Roma, Italy.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases. Report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare emozioni* [Training in clinical psychology. Thinking about emotions]. Milano: FrancoAngeli.
- Carozza, P. (2003). *La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni* [Psychiatric rehabilitation in Mental Care Day Centers]. Milano: FrancoAngeli.
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione* [Principles of psychiatric rehabilitation. On a system of cure-oriented services]. Milano: FrancoAngeli.
- Colella, F. (2009). *Biografie atipiche* [Atypical biographies]. Milano: Guerini Scientifica.
- Conrad, J. (2002). *Heart of Darkness* (G. Spina, Trans.). Milano: RCS Editori. (Original work published 1902).

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Ascani, V., Florio, A., & Grasso, M. (2014). Disabilità psichica e integrazione socio-lavorativa: limiti e potenzialità. Percorsi di avvicinamento al lavoro in un Centro Diurno a Roma [Psychiatric Disability and Social and Work Inclusion: Limits and Opportunities. Paths of Approach to Work in a Centro Diurno in Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 78-92. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

- Cook, J.A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Del Bufalo, E. (2010). Le persone con disabilità e il mondo del lavoro. In A. Solipaca (Ed), *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale* (pp. 97-113) Roma: ISTAT.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches of supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici* [Clinical psychological intervention. Basic issues]. Roma: Carocci.
- Grasso, M., & Cordella, B. (2007). Gruppo e formazione in psicologia clinica: l'esperienza formativa come occasione di confronto con la funzione professionale [Group and training in clinical psychology: training experience as occasion to confront with professional function]. *Scritti di gruppo*, 1, 30-50.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organisation. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf.
- Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M. ... Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
- Mattana, V., Loi, M., & Bellò, B. (2011). L'inclusione lavorativa dei disabili: Uno studio esplorativo nella provincia del Medio Campidano [Work inclusion of people with disabilities]. *Giornale di Psicologia*, 5, 50-67.
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze [Clinical psychology and disability. Competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- National Governors Association (2007). *Promoting Independence and Recovery through Work: Employment for People with Psychiatric Disabilities*. Briefing Document for the National Governors Association, Center For Best Practice (NGA) Webcast Transforming State Mental Health Systems: Promoting Independence and Recovery through Work: Employment for People with Psychiatric Disabilities, July 31, 2007.
- Razzano, L.A., Cook, J.A., Burke-Miller, J.K., Mueser, K.T., Pickett-Schenk, S.A., Grey, D.D. ... Ann Carey, N. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: findings from the Employment Intervention Demonstration Program. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 705-713.
- Riemer-Reiss, M.L. (1999). *Assisting people with mental illness in the pursuit of employment*. Retrieved from <http://www.eric.ed.gov>.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 522-526.

Sitografia

www.dplmodena.it
www.eric.ed.gov
www.governo.it
www.istat.it
www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Ascani, V., Florio, A., & Grasso, M. (2014). Disabilità psichica e integrazione socio-lavorativa: limiti e potenzialità. Percorsi di avvicinamento al lavoro in un Centro Diurno a Roma [Psychiatric Disability and Social and Work Inclusion: Limits and Opportunities. Paths of Approach to Work in a Centro Diurno in Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 78-92. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>