

La salute e il benessere mentale in Europa

Per un approccio comune
e centrato sulla persona





Superamento
dei pregiudizi

Coinvolgimento
degli utenti

Promozione
del benessere



La Rete Sociale Europea ESN

La Rete Sociale Europea (European Social Network - ESN) è formata da persone il cui ruolo è fondamentale nel concepire e creare servizi sociali del settore pubblico in tutta Europa. L'obiettivo principale è quello di imparare gli uni dagli altri e mettere a disposizione le proprie esperienze e competenze al fine di creare politiche sociali e prassi efficaci. I membri dell'ESN sono determinati a fornire servizi sociali pubblici di qualità a tutti e, in particolare, a dare il proprio contributo per migliorare la vita delle fasce sociali più vulnerabili nei paesi europei.

Finanziamento

La Rete Sociale europea è sostenuta dal Programma comunitario per l'occupazione e la solidarietà (PROGRESS 2007-2013).

Il programma è nato per dare sostegno economico alla fase di implementazione degli obiettivi relativi alle politiche per l'occupazione e gli affari sociali dell'Unione Europea, come delineati nell'Agenda Sociale, contribuendo in tal modo a raggiungere gli obiettivi previsti dal trattato di Lisbona in tali campi.

Il programma settennale si rivolge a tutti i portatori di interesse in grado di aiutare a elaborare leggi e politiche sociali e occupazionali appropriate in ambito UE-27, EFTA e nei paesi candidati e potenziali candidati all'adesione. In tal senso il programma PROGRESS 2007-2013 mira ai seguenti obiettivi:

- fornire analisi e indicazioni di natura politica sui temi dell'occupazione, della solidarietà e dell'uguaglianza di genere;
- monitorare e redigere relazioni circa l'implementazione delle leggi e delle politiche europee sui temi dell'occupazione, della solidarietà e dell'uguaglianza di genere;
- promuovere il trasferimento, l'apprendimento e il sostegno delle politiche tra gli Stati Membri circa gli obiettivi e le priorità dell'UE; e
- sostenere e diffondere le opinioni dei portatori di interesse e della società in senso lato.

Le informazioni contenute nel presente rapporto non riflettono necessariamente la posizione o l'opinione della Commissione Europea.

Per ulteriori informazioni sul programma PROGRESS: www.ec.europa.eu/progress

Ringraziamenti

L'ESN intende ringraziare i seguenti membri coinvolti attivamente nel presente lavoro sulla salute mentale nel 2010-11:

Hristo Bozov, Vice sindaco, e *Maria Petrova*, Comune di Varna, Bulgaria

Anders Møller Jensen, Ex responsabile dei servizi sociali e psichiatrici, Danimarca

Marianne Cohen, Recovery DK, Dipartimento dei Servizi Sociali, Comune di Aarhus, Danimarca

Eija Stengård, Reparto di promozione della salute mentale, Istituto nazionale di salute e benessere, Finlandia

Antje Welke e *Edna Rasch*, Dipartimento per la terza età, l'assistenza sanitaria, la riabilitazione e la salute, Associazione tedesca per l'assistenza pubblica e privata, Germania

Patricia Cussen, *Terry Madden* e *Eithne O'Donnell*, Ufficio Assistenza Abitativa, Città di Dublino, Irlanda

Lorenzo Rampazzo e *Andrea Angelozzi*, Servizio per la tutela della salute mentale, Regione Veneto, Italia

Susana Garcia Heras e *Marta Nieto*, Fondazione sociosanitaria della Castilla la Mancha, Spagna

Lucy Butler e *Claire Barcham*, Rete per le politiche sulla salute mentale, le droghe e gli alcolici

Associazione dei dirigenti dei servizi sociali per adulti (ADASS), Regno Unito

L'ESN intende inoltre ringraziare le seguenti persone per il prezioso contributo alla presente pubblicazione:

Lise Jul Pedersen, Movimento danese degli utenti / ANTV / Consiglio direttivo, Ufficio per i servizi sociali, Comune di Aarhus, Danimarca

Mary Nettle, Rete europea di (ex) utenti e pazienti psichiatrici (ENUSP), Regno Unito

Martin Knapp, LSE, King's College - Londra, Facoltà di psichiatria, scuola per la ricerca socioassistenziale (NIHR), UK

Sebbene il presente rapporto si basi sulle conoscenze e l'esperienza delle persone sopra citate, l'ESN è responsabile di qualsiasi imprecisione o incongruenza in esso contenute.

Per ulteriori informazioni sul lavoro svolto dall'ESN sulla salute mentale, consultare il sito www.esn-eu.org/mental-health-working-group o scrivere a alfonso.montero@esn-eu.org.

Indice

Messaggi chiave	6
Introduzione	7
Capitolo 1 Contesto politico nazionale e comunitario	8
Capitolo 2 Superare lo stigma	10
2.1 La salute mentale in Europa	
2.2 La portata dello stigma sociale	
2.3 Lo stigma nell'esperienza personale degli utenti	
2.4 Il superamento dello stigma nella pratica: Castilla La Mancha (Spagna)	
Capitolo 3 Recupero: un approccio centrato sulla persona	14
3.1 Definizione dell'approccio centrato sulla persona	
3.2 Comprendere il recupero	
3.3 Il recupero nella pratica: l'esperienza di Aarhus (Danimarca)	
3.4 Il recupero nella pratica: le esperienze irlandesi	
Capitolo 4 Inclusione attiva nel mercato del lavoro	20
4.1 Comprendere le tendenze occupazionali	
4.2 Quadro legislativo e politico di riferimento	
4.3 Approcci moderni all'inclusione attiva	
4.4 L'inclusione attiva nella pratica: l'esempio di Treviso, Veneto, Italia	
4.5 L'inclusione attiva nella pratica: il programma governativo 2008-11 nel Regno Unito	
Capitolo 5 Investire nel benessere mentale sul luogo di lavoro	28
5.1 La raccolta delle evidenze	
5.2 Promuovere la salute mentale attraverso il benessere sul luogo di lavoro	
5.3 Il benessere nella pratica: il caso di un'importante società di telecomunicazioni	
5.4 Il benessere nella pratica: l'ASL di Verona (Italia)	
5.5 Il benessere nella pratica: il programma nazionale finlandese per la lotta alla depressione	
Conclusioni	35
Glossario	36
Bibliografia	39

MESSAGGI CHIAVE

Alla luce dell'impatto personale, sociale ed economico delle problematiche legate alla salute mentale, il tema dovrebbe ricoprire una posizione di grande interesse in tutte le aree del processo decisionale e non solo nei sistemi sociosanitari e assistenziali.

I servizi comunitari per la salute mentale ricoprono un ruolo fondamentale nella tutela dei diritti e nel miglioramento della qualità della vita delle persone affette da problematiche mentali.

Lo stigma deve essere affrontato per migliorare la qualità della vita delle persone affette da problematiche mentali.

I servizi di assistenza per la salute mentale dovrebbero essere centrati sull'individuo e mirare al recupero dell'utente del servizio. I servizi per la salute mentale dovrebbero:

- Riconoscere le risorse e i punti di forza dei singoli utenti per aiutarli a migliorare le proprie condizioni di vita.
- Coinvolgere gli utenti nella progettazione ed erogazione dei servizi e nella formazione dei professionisti.
- Sfruttare l'esperienza di professionisti di diversi settori, come l'assistenza sociale, la sanità, l'istruzione, l'occupazione e l'assistenza abitativa.
- Lavorare in prima linea con il settore privato e del volontariato nell'interesse degli utenti del servizio.
- Affondare le proprie radici nella comunità e non nelle istituzioni.

I decisori politici a livello nazionale e regionale dovrebbero assicurarsi che i servizi di assistenza primaria, nella comunità e ad alta intensità per la salute mentale siano sostenuti da un chiaro quadro politico di riferimento e ricevano finanziamenti sufficienti e sostenibili.

Particolare attenzione dovrebbe essere data alle diverse necessità dei minori, dei giovani e degli anziani con problemi di salute mentale, al fine di promuoverne il recupero e l'inclusione sociale.

Nel caso specifico delle persone in età lavorativa con problemi di salute mentale, l'inclusione attiva nel mondo del lavoro dovrebbe essere considerata un elemento positivo nel percorso di recupero.

Ogni datore di lavoro deve garantire l'applicazione di strategie volte a promuovere il benessere mentale sul luogo di lavoro.

Aggiungendo valore alle politiche degli Stati Membri, l'Unione Europea dovrebbe continuare a sostenere la salute mentale attraverso la ricerca, la sensibilizzazione, lo scambio delle buone prassi e lo sviluppo delle politiche nel contesto della strategia europea 2020.¹

¹ Cfr. Dichiarazione di politica dell'ESN: La salute mentale e la strategia Europa 2020, disponibile online al sito: <http://www.esn-eu.org/mental-health-working-group>

Introduzione

Le persone affette da problemi di salute mentale si trovano spesso di fronte a barriere e pregiudizi che ne impediscono la piena integrazione nella società. Le altre problematiche legate a tali barriere e pregiudizi sono la povertà, la disoccupazione, condizioni abitative incerte, dipendenza da droghe e alcol e la mancanza di accesso a reti di sostegno familiare e sociale. Alla luce del fatto che, nel corso della propria vita, una persona su quattro presenti problemi di salute mentale, il costo economico stimato è pari a € 2.000,00 all'anno per ogni famiglia europea.²

Le problematiche di salute mentale rappresentano una sfida nell'Europa di oggi, dal punto di vista economico e sociale. I servizi di salute mentale erogati da medici professionisti si sono tradizionalmente concentrati sugli aspetti clinici del problema, affidandosi troppo spesso al contenimento e alla degenza prolungata. Gli utenti, che hanno compreso quanto l'approccio appena descritto non soddisfi le loro esigenze, hanno unito gli sforzi al fine di promuovere dei cambiamenti sulla base delle proprie esperienze. Sebbene il quadro presente delle differenze tra le varie realtà europee, oggi l'enfasi si è spostata verso un approccio centrato sulla persona, nel rispetto dei diritti degli utenti.

I servizi sociali sono impegnati ad aiutare gli utenti a superare e gestire circostanze di vita molto impegnative e hanno a disposizione gli strumenti per stimolarne la crescita. I servizi sociali gestiscono, finanziano e coordinano le cure sanitarie e il sostegno vitali per le vittime dell'emarginazione sociale e della povertà. Tale sostegno può assumere tante forme diverse tra cui le iniziative con i gruppi più vulnerabili, come ad esempio gli anziani, i minori e i giovani più esposti agli abusi o all'emarginazione che, come tali, sono più esposti a problematiche di salute mentale. I servizi sociali erogano inoltre dei servizi a sostegno di individui con problemi di salute mentale complessi, ricorrenti o a lungo termine. Offrono infatti assistenza domiciliare multidisciplinare e sostegno a persone con gravi problematiche di salute mentale che sarebbero altrimenti destinate alla degenza ospedaliera. Infine, a seconda dei Paesi, i servizi sociali possono gestire o essere coinvolti nel processo di valutazione della salute mentale, processo che può risultare nel ricovero forzato ai sensi delle normative sulla salute mentale vigenti in tali Paesi.

La questione dell'erogazione di servizi a persone affette da problemi di salute mentale implica certamente considerazioni di natura etica. Inoltre, i costi economici delle problematiche di salute mentali sono notevoli, non solo in termini di servizi e sussidi, ma anche a livello di imprese e di economia in senso lato. Tutto ciò si traduce in una crescente sensibilità verso gli investimenti volti alla promozione della salute mentale, ad esempio, nel luogo di lavoro.

Nel 2010 l'ESN ha creato un Gruppo di Lavoro sulla Salute e il Benessere Mentale, formato dai dirigenti dei servizi sociali e delle unità sanitarie locali, decisori a livello locale e ricercatori di otto paesi europei.³ Il gruppo di lavoro ha preso in esame l'erogazione dei servizi sociali, inclusi alcuni casi di partenariato tra i vari portatori di interesse a livello locale, regionale e nazionale. Nel corso del 2010 e 2011, il gruppo ha anche lavorato a stretto contatto con la Commissione Europea e gli altri portatori di interesse nel contesto del Patto europeo per la salute e il benessere mentale.

² McDaid D. (2011) Documento preparatorio per la conferenza tematica sulla promozione della salute e del benessere mentale sul luogo di lavoro, Lussemburgo: Comunità Europee.

³ Bulgaria, Danimarca, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Spagna e Regno Unito (Cfr. Ringraziamenti a pagina 4)

Il presente rapporto è finalizzato a condividere le conoscenze e quanto appreso dal Gruppo di lavoro e dal Patto europeo. Le aree trattate sono diverse e tutte in qualche modo collegate: lo stigma; i servizi centrati sulla persona e il recupero; la partecipazione al mercato del lavoro di persone con problematiche di salute mentale; la promozione della salute mentale. Un'ulteriore finalità riguarda la sensibilizzazione circa l'impatto della salute mentale, non solo a livello sociale ma anche economico, alla luce della strategia Europa 2020. Il documento sottolinea con convinzione l'utilità di servizi centrati sulla persona erogati in forma congiunta da parte di operatori sociali e sanitari, con forte enfasi sulla partecipazione degli utenti stessi in questo processo.

CAPITOLO 1: Il contesto delle politiche europee e nazionali

Negli ultimi anni il tema della salute mentale - troppo a lungo trascurato - ha trovato sempre più spazio nei programmi nazionali ed europei. A livello europeo, l'azione per la salute mentale intende valorizzare la promozione della salute mentale e i relativi servizi negli Stati membri, sulla scia degli obiettivi posti dal Patto per la salute e il benessere mentale lanciato nel 2008 dalla UE. La responsabilità di affrontare e soddisfare i bisogni delle persone affette da problematiche di salute mentale in molti paesi europei è frammentata: ne sono responsabili, a seconda dei casi, i servizi sociali o i servizi sanitari (o entrambi), mentre l'erogazione avviene a livelli amministrativi diversi.

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un rapporto a sostegno della salute mentale - troppo a lungo trascurata - sostenendo che fosse cruciale per il benessere generale delle persone, della società e delle nazioni. Nel 2005 i 52 stati membri della Regione europea dell'OMS hanno redatto una Dichiarazione e un Piano di azione per la salute mentale, focalizzato principalmente sulla lotta allo stigma, la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali, attraverso l'offerta e la garanzia di accesso a servizi nella comunità e la promozione di iniziative di partenariato tra i vari settori coinvolti.

Nel 2005 la Commissione Europea ha pubblicato un Libro verde mirato a stimolare il dibattito sulle possibili azioni da intraprendere nell'UE sul tema della salute mentale. La consultazione ha avuto luogo nel 2006 e i risultati prodotti hanno posto le basi per la redazione del Patto europeo per la salute e il benessere mentale, pubblicato nel 2008. Nel Patto le istituzioni europee, gli stati membri e i diversi portatori di interesse si sono impegnati ad agire nelle seguenti aree:

1. Prevenzione della depressione e del suicidio
2. La salute mentale, i giovani e l'istruzione scolastica
3. La salute mentale e gli anziani
4. Lotta contro lo stigma e l'emarginazione
5. La salute mentale sul posto di lavoro

Il Patto è inoltre citato a margine della Piattaforma europea contro la povertà e l'emarginazione, una iniziativa fondamentale nell'ambito della strategia Europa 2020. La strategia include obiettivi mirati ad aumentare il tasso di occupazione in Europa per permettere a 20 milioni di persone di uscire da una condizione di povertà o emarginazione. Gli obiettivi della strategia si sovrappongono a diversi temi sollevati dal presente documento.

La salute mentale, sebbene non citata direttamente, può rappresentare un tema di particolare importanza per i gruppi identificati come particolarmente 'a rischio di povertà ed emarginazione', quali i giovani disoccupati e le persone senza fissa dimora.

L'Azione europea sulla salute mentale intende valorizzare la promozione e i servizi rivolti alla salute mentale nei paesi membri. In Europa la responsabilità di affrontare e soddisfare i bisogni delle persone affette da problematiche di salute mentale è frammentata: ne sono responsabili, a seconda dei casi, i servizi sociali o i servizi sanitari (o entrambi), mentre l'erogazione avviene a livelli amministrativi diversi.

Il capitolo seguente delinea i tratti principali delle politiche regionali e nazionali e il quadro normativo in diverse realtà europee⁴, con particolare enfasi sugli sforzi profusi per promuovere accordi di partenariato e collaborazione tra il settore pubblico e le comunità allargate. Nella maggior parte dei casi le persone con problemi di salute mentale sono comprese nella definizione generica di 'persone con disabilità'. Come tali, i loro diritti sono tutelati dall'ordinamento generale, ovvero le leggi sull'impiego e sulla parità, le norme contro la discriminazione e le costituzioni nazionali. In altri casi esistono specifiche leggi regionali e nazionali in cui, ad esempio, il lavoro è definito come uno strumento di riabilitazione per le persone con problemi di salute mentale.

Nel 2003 in **Bulgaria** è stata approvata una riforma in materia di protezione sociale e integrazione delle persone affette da problemi di salute mentale. La riforma si concentra prioritariamente sulla deistituzionalizzazione e sullo sviluppo di servizi sociali nella comunità al fine di garantire la vita relativamente indipendente e promuovere l'inclusione sociale. I servizi sociali, i centri diurni per minori e adulti e le case di riposo sono finanziati dallo stato e gestiti dai comuni, che hanno la facoltà di erogare i servizi direttamente o appaltarli a fornitori esterni.

In **Danimarca** i servizi pubblici per persone con problemi di salute mentale sono organizzati attraverso i servizi sociosanitari. Gli ospedali e i centri psichiatrici territoriali sono sotto l'autorità del Ministero dell'Interno e della Sanità, mentre i servizi psichiatrici e l'assistenza medica sono pianificati, regolati ed erogati dalle regioni. I servizi di psichiatria sociale sono di responsabilità del Ministero per gli affari sociali e sono implementati dagli enti locali, nelle unità sanitarie o per le disabilità. La collaborazione per la pianificazione ed erogazione dei servizi si basa su "accordi sanitari" formali e allargati tra le regioni e i comuni del territorio.

In **Germania** diversi organismi sono responsabili del finanziamento dell'assistenza sociale, comprese l'assicurazione sanitaria, l'assistenza a lungo termine e gli uffici sanitari degli enti locali. I servizi per la salute mentale sono erogati da organizzazioni di assistenza private, pubbliche e di volontariato, quali gli ospedali specializzati in psichiatria o con reparti di psichiatria, i servizi sociali psichiatrici o i servizi per la salute mentale nella comunità, come ad esempio i centri diurni gestiti da ONG con il sostegno delle regioni e dei comuni.

In **Finlandia** il sistema sanitario è decentralizzato e organizzato a livello locale dai comuni, che sono responsabili per l'organizzazione dei servizi ambulatoriali di salute mentale e dei servizi di riabilitazione attraverso i servizi sanitari di base e i servizi sociali. Il Ministero per gli Affari Sociali e la Sanità è responsabile della regolamentazione e pianificazione generale dei servizi di salute mentale, nonché della produzione di linee guida per il sostegno abitativo e la prevenzione dell'abuso di droghe e alcol. Nonostante i comuni siano liberi di predisporre i servizi autonomamente, molti di essi seguono le raccomandazioni fornite dal governo centrale.

In **Inghilterra (Regno Unito)**, i servizi di salute mentale sono principalmente erogati attraverso l'assistenza sociale e i servizi sanitari delle infrastrutture locali del Servizio Sanitario Nazionale (NHS). Alcuni comuni (contee e autorità unitarie) hanno stipulato accordi con fondi locali dell'NHS per ottenere la gestione diretta del personale di assistenza e delle

⁴ Gli otto paesi inclusi sono quelli rappresentati nel gruppo di lavoro sulla salute mentale dell'ESN.

risorse stesse del Servizio Sanitario Nazionale. L'ordinamento è stato progressivamente rivisto in un modello più integrato, con particolare attenzione per i determinanti sociali della salute mentale.

In **Italia** la sanità è di competenza regionale mentre i servizi sociali sono responsabilità dei comuni. Prendendo ad esempio la regione Veneto, ogni unità sanitaria locale ha un Dipartimento di salute mentale che fornisce sostegno agli adulti con problemi di salute mentale; le persone di età inferiore a 18 anni sono riferite ai servizi per i minori, mentre gli anziani (sopra i 65 anni di età) sono assistiti dai servizi per gli anziani. Il Dipartimento per la salute mentale facente capo all'autorità sanitaria locale è responsabile dei bisogni sociali e sanitari di ogni assistito. Ad esempio, qualora un utente abbia problemi di tipo lavorativo o abitativo, il Dipartimento per la salute mentale è in grado di fornire il proprio aiuto attraverso una équipe integrata composta da operatori sanitari e sociali.

In **Spagna** le politiche sociali e sanitarie sono decentralizzate e le regioni hanno la facoltà di determinare il modo in cui sono organizzati i servizi sociali e sanitari. Se in alcune regioni la responsabilità dei servizi di salute mentale ricade su due diverse autorità pubbliche, altre regioni autonome hanno integrato i servizi sociali e sanitari in un unico ente (come nel caso della regione della Castilla-La Mancha). I servizi di salute mentale fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale, formato sia da enti nazionali che da enti regionali per la gestione dei servizi sanitari.

Il quadro varia a seconda dei paesi partecipanti al gruppo di lavoro dell'ESN. La più grande sfida, affrontata nel corso del presente documento, riguarda il raggiungimento di un buon livello di coordinamento.

CAPITOLO 2: Superare lo stigma

Sia la stigmatizzazione pubblica sia quella personale possono rappresentare un grande ostacolo all'inclusione sociale di persone affette da problemi di salute mentale, oltre ad essere una violazione dei diritti umani di cui godono. I diretti interessati sostengono che tale stigmatizzazione non sia presente solo nella vita quotidiana, ma anche nell'ambito degli stessi servizi di salute mentale. È necessario quindi agire al fine di eliminare lo stigma, migliorando la conoscenza delle problematiche di salute mentale e cambiandone contestualmente la percezione, non solo da parte dell'opinione pubblica in generale, ma anche tra i professionisti sociali e sanitari e le stesse persone affette da questo tipo di problematiche. Superare lo stigma è vitale al fine di consentire la massima efficacia al recupero, all'inclusione attiva e alla promozione della salute mentale.

2.1 La salute mentale in Europa

Nel corso della propria vita, un cittadino dell'UE su dieci soffre di problemi di salute mentale, mentre in molti paesi dell'Unione la depressione è il problema sanitario più diffuso⁵. Nel 2006 uno studio europeo condotto su 466 milioni di persone in 28 paesi ha stimato che la depressione colpisca ogni anno almeno 21 milioni di uomini e donne⁶. Il suicidio rappresenta una causa di morte percentualmente significativa in Europa, con circa 55.000 casi ogni

⁵ Special Eurobarometer (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁶ Sobocki P., Jönsson B., Angst J. e Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

anno⁷, di cui un terzo uomini⁸. Le problematiche mentali colpiscono ogni anno circa il 27% (83 milioni) di europei⁹.

È inoltre importante fare una distinzione tra malattia mentale e salute mentale. La prima indica una condizione mentale clinica diagnosticata e include disturbi tra cui la psicosi, la schizofrenia o i disturbi bipolari. La salute mentale, invece, è intesa come benessere: si tratta infatti del funzionamento e della salute della mente, inclusa la felicità e la sopportazione degli eventi della vita. È tuttavia normale che le persone abbiano una reazione psicologicamente negativa a eventi quali la scoperta di una malattia fisica, l'acquisizione di una disabilità, la perdita di una persona cara o l'aumento della mole di lavoro. Di fatto molte delle difficoltà a livello di salute mentale si verificano proprio in questi momenti e agiscono come catalizzatori, producendo un impatto ancora più grave sulla vita sociale e lavorativa delle persone.

Le problematiche di salute mentale si possono verificare a qualsiasi età e possono minare la capacità di operare in modo efficiente nella società. Se i sintomi delle problematiche di salute mentale possono condurre alla disabilità, danneggiare le reti sociali e causare difficoltà nello sviluppo di abilità interpersonali e professionali, la diagnosi di tali problematiche può produrre effetti indesiderati anche sulla capacità sociale e funzionale dell'individuo a causa dello stigma, spesso legato ai problemi di salute mentale.

2.2 Dimensione dello stigma sociale

Nel contesto della salute mentale, la stigmatizzazione è un processo sociale che può essere definito come lo sviluppo di una serie di atteggiamenti, opinioni o comportamenti negativi che finiscono per influenzare individui o gruppi di persone e condurli a temere, evitare o discriminare le persone affette da problematiche di salute mentale. Lo stigma potrebbe creare una serie di barriere all'accesso al trattamento; le persone affette da problematiche di salute mentale potrebbero infatti voler evitare di essere etichettate come 'malati mentali' e di essere associate ai servizi di salute mentale¹⁰. Lo stigma si compone di tre aree correlate (ignoranza, pregiudizio e discriminazione) e due manifestazioni: lo stigma pubblico (ovvero, la reazione del pubblico nei confronti di individui con problematiche di salute mentale) e lo stigma personale (ovvero il pregiudizio delle persone affette da tali problematiche verso se stesse).

Le persone con problemi di salute mentale sono tra le più emarginate tra i cittadini europei¹¹. Gli stereotipi riguardanti la pazzia, la pericolosità, la violenza o l'incapacità di affrontare le situazioni sono diffusi in modo allarmante nei mezzi di comunicazione e nella società in senso lato.¹²

⁷ Special Eurobarometer (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁸ Comunità Europee (2008) Patto europeo per la salute e il benessere mentale. Disponibile online al sito: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

⁹ O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. e Caria A. (2010) Documento preparatorio per la conferenza tematica sulla promozione dell'inclusione sociale e lotta allo stigma per una migliore salute e benessere mentale, Lussemburgo: Comunità Europee.

¹⁰ Corrigan P.W., Markowitz F.E. e Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

¹¹ Grammenos S. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003) Illness, disability and social inclusion, Lussemburgo: Comunità Europee. Disponibile online al sito: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

¹² Sayce L. e Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe in *Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Osservatorio Europeo sui sistemi e sulle politiche sanitarie.

Stigma	Stereotipo	Pregiudizio	Discriminazione
	Manca di conoscenza	Atteggiamento	Comportamento
Stigma pubblico	Opinione negativa verso un gruppo (es., pericolosità, incapacità, debolezza di carattere)	Condivisione dell'opinione che precede e/o reazione emotiva negativa (es., rabbia, paura)	Risposta al pregiudizio (es., emarginazione, refrattarietà a dare lavoro, opportunità abitative o semplicemente aiuto)
Stigma personale	Opinione negativa nei confronti di se stessi (es., debolezza di carattere, incapacità)	Condivisione dell'opinione che precede e/o reazione emotiva negativa (es., bassa autostima, bassa auto-efficacia)	Risposta al pregiudizio (es., refrattarietà alla ricerca di un lavoro o di una soluzione abitativa)

Figura 1: Confronto e comparazione delle definizioni di stigma pubblico e personale secondo le definizioni di Corrigan.

2.3 Lo stigma nell'esperienza personale degli utenti

Lo stigma e la discriminazione sono presenti nella società in senso lato e, in modo strutturale, anche nei servizi sociosanitari. Questa forma di discriminazione strutturale può essere il prodotto della scarsa attenzione politica verso la salute mentale, l'assenza di una legislazione specifica o la mancanza di stanziamenti appropriati¹³.

Gli utenti dei servizi di salute mentale hanno reagito alle diverse situazioni di vita in cui si sono verificati episodi di discriminazione individuale da parte del personale impiegato per i servizi di salute mentale¹⁴. Secondo Mary Nettle, una consulente britannica impegnata con gli utenti dei servizi di salute mentale, "è difficile che una persona affetta da problemi di salute mentale riceva finanziamenti personali, in quanto ritenuta non idonea a gestire il denaro in modo appropriato".

Secondo Claire Barcham (ADASS, GB), le persone cui vengono concessi finanziamenti personali, spesso preferiscono spendere il loro denaro per un animale domestico, un massaggio o l'iscrizione a un circolo piuttosto che per i servizi tradizionali, come ad esempio i centri diurni. Lise Jul Pedersen, membro del movimento danese degli utenti ritiene la formazione degli operatori un elemento fondamentale: "Penso che sia necessario cambiare la mentalità dei professionisti prima che gli stessi comincino a prestare assistenza a persone con problemi di salute mentale".

Che si verifichi nella vita di tutti i giorni o nel contesto dei servizi per la salute mentale, lo stigma rappresenta una violazione dei diritti umani delle persone affette da tali problemi ai sensi di diverse leggi nazionali e internazionali. La convenzione dell'ONU sui diritti delle

¹³ OMS (2005) End human rights violations against people with mental health disorders, Ginevra. Disponibile online al sito: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>.

¹⁴ ESN (2010) Implementing local personalised services: recovery from a professional and user's perspective, Seminario dell'ESN presso la conferenza del Patto Europeo sulla promozione dell'inclusione sociale e lotta allo stigma per una migliore salute e benessere mentale, 8 Novembre 2010, Lisbona.

persone con disabilità¹⁵, ad esempio, basa tali diritti su due pilastri: “la parità di fronte alla legge” e “l’indipendenza personale e l’inclusione sociale”.

2.4 Superare lo stigma nella pratica: il caso della Castilla-La Mancha (Spagna)

“Le attività volte ad affrontare lo stigma devono essere coordinate attraverso indicatori chiave e una valutazione chiara, nonché la piena partecipazione di diversi organismi e attori sociali.” **Marta Nieto e Susana Garcia Heras, Fondazione per l’assistenza socio-sanitaria della Castilla-La Mancha, Spagna**

“Dobbiamo stimolare la partecipazione da parte delle persone affette da malattie mentali nelle fasi di progettazione, pianificazione, implementazione e valutazione delle strategie per combattere lo stigma.” **Antje Welke, Ufficio per la terza età, l’assistenza sanitaria, la riabilitazione e la salute, Associazione tedesca per l’assistenza pubblica e privata**

Alla luce dei temi appena esposti, quali sono le strategie che dovrebbero essere applicate per combattere lo stigma e garantire la piena inclusione e partecipazione sociale delle persone con problemi di salute mentale?

Nell’esperienza del gruppo di lavoro dell’ESN sulla salute mentale, le azioni volte a prevenire e combattere lo stigma dovrebbero perseguire almeno tre obiettivi:

- Migliorare la conoscenza dei disturbi mentali in termini di cause, trattamenti, diagnosi, ecc.
- Cambiare l’approccio negativo verso la malattia mentale e le persone con problemi di salute mentale, promuovendo contestualmente opinioni e atteggiamenti positivi.
- Mettere fine alla discriminazione strutturale verso la salute mentale.

La regione della Castilla-La Mancha, ad esempio, ha creato una strategia composta di diverse azioni specifiche per i gruppi cui si rivolge:

- Persone con problemi di salute mentale e famiglie: promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione attraverso il sostegno dei pari e l’intervento psicologico sullo stigma personale.
- Professionisti e servizi sanitari: i professionisti socio-sanitari possono essere una fonte di stigmatizzazione; si consiglia pertanto di porre particolare enfasi sulle strategie di informazione, formazione e aggiornamento. I servizi sociali e di salute mentale dovrebbero essere orientati al recupero.
- Mass media: protestare contro i mezzi di comunicazione che diffondono informazioni fuorvianti circa la malattia mentale (trattamento, cause ed effetti) e sviluppare linee guida per aiutare i giornalisti a cambiare il modo in cui i mezzi di comunicazione parlano della salute o della malattia mentale. I media possono promuovere l’immagine positiva delle persone con problemi di salute mentale. In questo senso è possibile valutare specifiche campagne di informazione.
- Mercato del lavoro: programmi di sostegno all’impiego, adattamento del contesto lavorativo alle caratteristiche e specifiche necessità delle persone con problemi di salute mentale, specifiche strategie di sensibilizzazione alla salute mentale, agevolazioni fiscali e sociali per i datori di lavoro.
- Formazione: attività volte a promuovere la salute mentale e l’informazione sui problemi ad essa legati, promuovere l’accettazione della diversità nelle scuole.

¹⁵ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2007) Risoluzione adottata dall’Assemblea Generale, 24 gennaio 2007, A/RES/61/106. Disponibile online al sito: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>.

CAPITOLO 3: Recupero: un approccio centrato sulla persona

L'esperienza maturata attraverso le prassi attualmente applicate in diversi paesi europei mostra come i servizi sociosanitari si siano focalizzati sempre più su un approccio centrato sulla persona e mirato al recupero. Tale esperienza rivela alcune delle sfide tese a mettere l'utente al centro dell'attenzione e integrare i servizi sociosanitari erogati da diversi attori pubblici, privati e di volontariato. Alcuni esempi pratici aiutano a sottolineare l'importanza che il superamento dello stigma ricopre al fine di permettere agli utenti di avere un pieno recupero.

3.1 Definizione di approccio centrato sulla persona

“Attraverso l'approccio centrato sulla persona ci si vuole spostare da servizi basati unicamente sull'esperienza professionale a servizi in cui la progettazione avviene in collaborazione con i cittadini.” **Lucy Butler, Rete per le politiche sulla salute mentale, le droghe e l'alcol, Associazione dei dirigenti dei servizi sociali rivolti agli adulti, Regno Unito**

In tutta Europa si sta sviluppando un movimento che promuove servizi centrati sulla persona, che uniscono la personalizzazione, la libertà di scelta e la partecipazione dell'utenza. Tutto questo sembra contrastare con il modello tradizionale e dei servizi pubblici, in cui l'utente è visto come il destinatario passivo di servizi progettati ed erogati da professionisti.

La personalizzazione vuole dare la possibilità agli utenti di organizzare i servizi in base alle proprie esigenze personali e di essere considerati individui con capacità e abilità. In questo principio è insito un elemento di libertà di scelta del servizio richiesto e la modalità in cui lo stesso è erogato; si presuppone inoltre la partecipazione dell'utenza (sia dei gruppi di utenti sia degli individui in relazione ai loro casi personali); gli utenti stessi dovrebbero partecipare alla creazione dei servizi in modo che gli stessi soddisfino le loro necessità reali, non le necessità o le preferenze percepite. I servizi centrati sulla persona pongono grande attenzione sui punti di forza e le risorse proprie degli utenti e non sui loro problemi di salute mentale.

Questo però non vuol dire rinunciare completamente alla responsabilità professionale: i professionisti sono sempre necessari per erogare servizi adeguati e (almeno in una situazione ideale) consigliare o guidare gli utenti nelle loro scelte, permettendo loro di raggiungere gli obiettivi personali nei campi, ad esempio, della formazione, della famiglia, della comunità e della vita lavorativa.

Dagli anni sessanta il movimento degli utenti richiede che i servizi rispettino la dignità e promuovano l'autonomia. I membri del movimento hanno lavorato al fianco dei professionisti per introdurre l'approccio basato sul recupero come mezzo per migliorare la qualità della vita degli utenti¹⁶. L'utenza è stata coinvolta nella progettazione e nell'erogazione dei servizi in diversi modi: attraverso la consultazione finalizzata alla (ri)progettazione del servizio; la formazione del personale nell'ambito dei servizi; la consulenza per la ricerca; creando, progettando e conducendo servizi guidati da pari e, di conseguenza, portando a una nuova comprensione della malattia mentale e delle problematiche di salute mentale.

¹⁶ Lise Jul Pedersen (6/6/11), Movimento danese degli utenti, intervista per e-mail con l'ESN.

Questa evoluzione verso un maggiore coinvolgimento dell'utenza, però, non è stata esente da tensioni, specialmente da parte di altri portatori di interesse, per i quali ha implicato una perdita di influenza. Anche se i progressi fatti grazie al coinvolgimento degli utenti dei servizi (in gruppo o individualmente) sono stati notevoli, la strada da percorrere è ancora lunga.

3.2 Comprendere il recupero

“Gli utenti vogliono ricevere aiuto per riacquistare un ruolo importante nella società.”
Lise Jul Pedersen, ex utente dei servizi, Danimarca

Il recupero promuove la possibilità per gli utenti dei servizi di soddisfare i propri desideri e di assumere il maggior controllo possibile sulle proprie vite. Si tratta di un viaggio che ogni persona affetta da problemi di salute mentale intraprende verso una migliore qualità della vita.

Secondo Marianne Cohen, Responsabile di Recovery DK, l'approccio mirato al recupero rappresenta una 'sfida al sistema'. Nelle parole di un'ex utente, Lise Jul Pedersen, “è importante che i servizi sociali spostino l'attenzione verso le necessità e i desideri degli utenti: gli utenti vogliono principalmente ricevere aiuto per riconquistare il proprio valore nella società”. I servizi di salute mentale mirati al recupero si fondano su due pilastri. In primo luogo, non tutti i problemi di salute mentale sono cronici.

Nel passato la ricerca ha dimostrato che oltre metà delle persone affette da problemi gravi di salute mentale (ad esempio la schizofrenia) possono effettivamente avere una buona qualità della vita, conservando pochissime tracce della malattia¹⁷. In secondo luogo, le persone con le maggiori possibilità di recupero sono quelle che dimostrano la maggiore motivazione a produrre un cambiamento nella propria vita.

Questa motivazione è spesso incoraggiata dalle persone di cui si circondano e il loro impegno – nell'atteggiamento e nella pratica – a sostenere le speranze e le ambizioni personali per una vita migliore¹⁸. La stella del recupero¹⁹ (cfr. Figura 2)²⁰ è uno strumento che permette ai professionisti e agli utenti di valutare insieme i vari aspetti della vita di una persona e i progressi fatti nella direzione del benessere.

Nell'approccio al recupero, tutti gli educatori e professionisti sociosanitari coinvolti nell'erogazione di un servizio devono essere in grado di comprendere le speranze e i sogni personali e riconoscere le risorse e il potenziale di ogni utente. Di fatto molti utenti dichiarano che il vero punto di svolta avviene con l'incontro di una persona – un professionista o un altro utente – disponibile a condividere la propria esperienza legata alla salute mentale²¹.

¹⁷ Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. e Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

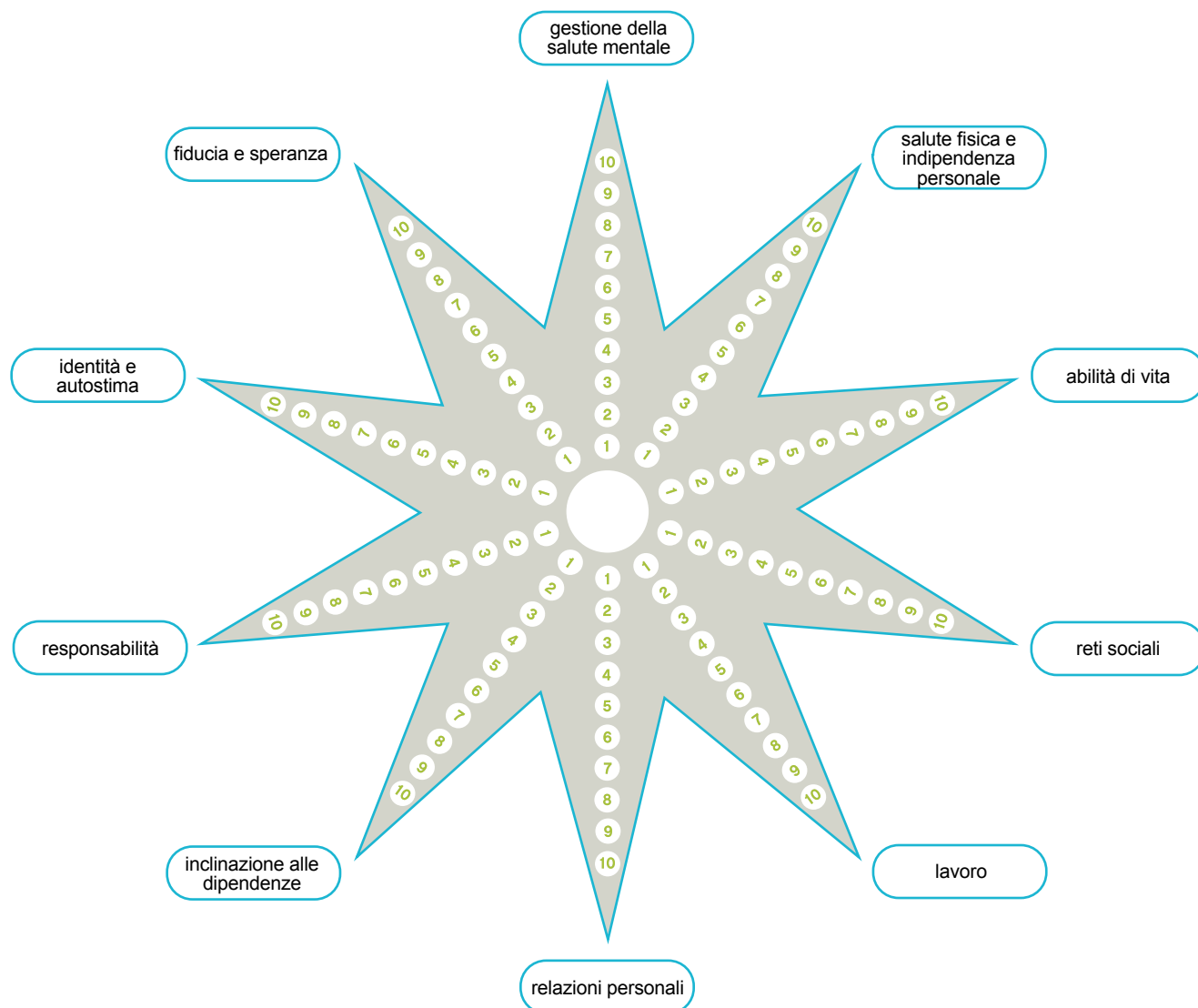
¹⁸ Topor A. (2004) *Fra patient til person* ('Dal paziente alla persona'), Akademisk Forlag (Editore accademico), 1. Udgave (Prima edizione).

¹⁹ Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Disponibile online al sito: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>.

²⁰ Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Disponibile online al sito: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>.

²¹ Topor A. (2002) *Vendepunkter* ('Punti di svolta'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centro per lo studio della psichiatria sociale), 1. Udgave (Prima edizione).

Figura 2: Le dimensioni del recupero secondo la Stella del recupero.



Recovery Star © Mental Health Providers Forum
e Triangle Consulting Social Enterprise Ltd.
Sviluppato da Joy MacKeith e Sara Burns di
Triangle Consulting in collaborazione con il
Mental Health Providers Forum.
Seconda edizione rivista da Sara Burns,
Onyemaechi Imonioro e Joy MacKeith.
www.outcomesstar.org.uk
www.mhpf.org.uk

Secondo Marianne Farkas, ricercatrice presso il Boston Centre for Psychiatric Rehabilitation, “l’approccio mirato al recupero è necessario ma non sufficiente; in assenza di opportunità di lavoro, accesso all’istruzione superiore e senza la possibilità di finanziamenti dalle banche, anche in presenza di tutte le relazioni interpersonali desiderate, sarebbe comunque impossibile ottenere la piena soddisfazione di una qualità di vita sostanzialmente migliore. Quante persone... hanno un lavoro, tornano a scuola o hanno una sistemazione abitativa dignitosa?”²² Questo ci ricorda che, al fine di rendere il recupero veramente possibile ed efficace, è necessario combattere lo stigma in modo trasversale nell’intera società.

3.3 Il recupero nella pratica: l’esperienza di Aarhus (Danimarca)

“Un professionista deve possedere le capacità personali per mostrare empatia e unire l’individuo e la conoscenza professionale in termini di diagnosi, implementazione dei diritti, ecc.” **Marianne Cohen, Recovery DK, Danimarca**

Il principio del recupero ha generato nuove e significative esigenze nel modo in cui la Città di Aarhus ha organizzato l’erogazione dei servizi e nelle qualifiche richieste al personale. Nel dipartimento di psichiatria sociale, il processo di recupero inizia con una prima valutazione in cui l’utente e un gruppo di professionisti riassumono e redigono un piano di azione realistico che può comprendere il trattamento medico e/o psichiatrico, l’istruzione, l’impiego e le iniziative sociali²³. Un coordinatore personale presta sostegno all’utente affinché questo segua il piano di azione e abbia accesso ai diversi servizi erogati da diverse agenzie raggruppate in una singola organizzazione chiamata ‘psichiatria locale’.

L’esperienza di Aarhus prova il contributo estremamente positivo del coordinatore personale alla fornitura del trattamento e alla continuità del sostegno in linea con il piano di recupero. In aggiunta, il coordinatore aiuta a ridurre il tempo richiesto per la gestione dei casi da parte dei professionisti coinvolti. In generale, il coordinamento tra i diversi attori è un fattore fondamentale nel miglioramento della qualità della vita degli utenti.²⁴

La condivisione delle esperienze personali ha un grande valore e molti trovano che l’incontro con altri utenti che si sono già trovati nelle stesse situazioni sia una componente fondamentale del percorso di recupero; tale principio è noto con il nome di sostegno reciproco²⁵ ed è disponibile nel sistema realizzato ad Aarhus. Gli utenti, però, riconoscono anche come il processo non sia sempre così immediato; alcuni problemi di salute mentale, infatti, creano molte difficoltà nella relazione personale con gli altri.

Ad Aarhus il cambio di prospettiva e la maggiore attenzione verso il recupero hanno prodotto risultati molto positivi, come si può notare nella Figura 3. Il grafico mostra l’evoluzione nella qualità della vita degli utenti e della loro soddisfazione nei servizi erogati. In seguito a questa esperienza, il recupero è stato integrato in modo più esteso nel Dipartimento dei Servizi Sociali.

²² Farkas M., Intervista condotta da Lise Jul Pedersen, Movimento danese degli utenti. Disponibile online al sito: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. Questa intervista è parte di un DVD fornito per scopi formativi al personale dei servizi sociali della città di Aarhus, Danimarca.

²³ Wilken J. P. e Hollander D. (2005) *Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach*, SWP Publishers Amsterdam.

²⁴ Vanderplasschen W. (2004) *The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe*, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

²⁵ Per ulteriori informazioni, visitate The International Community for Hearing Voices. Disponibile online al sito: <http://www.intervoiceonline.org/>.

3.4 Il recupero nella pratica: le esperienze irlandesi

“La collaborazione tra la sanità e gli altri settori nell’erogazione dei servizi di salute mentale [...] è sempre stata ad-hoc. Adesso dobbiamo assicurarci che diventi sistematica.” Eithne O’Donnell e Terry Madden, Città di Dublino, Irlanda

In Irlanda sono nati alcuni progetti che cercano di promuovere la collaborazione tra i portatori di interesse a livello locale per erogare servizi migliori e garantire migliori risultati per l’utenza. Il programma PROTECT (Personalised Recovery-Oriented Treatment, Education and Cognitive Therapy - Trattamento, formazione e terapia cognitiva in forma personalizzata e mirata al recupero)²⁶ è un’iniziativa di partenariato nella Contea di Wicklow, finalizzata a sviluppare piani di recupero personalizzati per tutti coloro cui viene diagnosticato un disturbo psicotico, che coinvolge:

- Servizi di salute mentale del Health Service Executive (HSE)
- Servizio DETECT per l’intervento precoce su persone al primo episodio di psicosi e le loro famiglie
- SHINE, organizzazione di volontariato
- Edilizia sociale del Consiglio della Contea di Wicklow
- Servizi al personale
- New Dawn (E.V.E .Ltd Eastern Vocational Enterprises)

I partecipanti forniscono una serie di servizi centrati sulla persona e mirati al recupero a livello di comunità locale. Questo esempio dimostra come la collaborazione tra l’utenza e chi eroga i servizi permetta alle persone con problemi di salute mentale di ottenere risultati migliori.

L’ospedale psichiatrico St. Brendan a Dublino rappresenta un altro esempio di collaborazione tra il servizio di salute mentale e altri servizi: in questo centro i servizi psichiatrici e i servizi territoriali di salute mentale operano attraverso gruppi multidisciplinari composti da medici specialisti, psicologi, terapisti occupazionali, infermieri e assistenti sociali. Il servizio include la sistemazione di emergenza per persone senza fissa dimora con problemi di salute mentale e utenti in riabilitazione. Per le persone anziane con problemi di salute mentale sono previsti dei posti in case di riposo.

Il servizio di riabilitazione dell’ospedale è orientato verso un approccio basato sulla comunità: gli assistenti sociali sono coinvolti in progetti chiamati ‘Wellness & Recovery Action Plan’²⁷ (WRAP - Piani di azioni per il recupero e il benessere), che prevedono un approccio pianificato e sistematico di assistenza, al fine di aiutare le persone al pieno recupero e al mantenimento del ‘benessere’. I progetti WRAP permettono ai professionisti (assistenti sociali per la salute mentale, terapisti occupazionali e infermieri specializzati che lavorano nel contesto del recupero nella comunità) di aiutare ogni paziente a riprendere il controllo sulla propria vita. Questi programmi sono spesso utilizzati nel contesto dei servizi di riabilitazione erogati dagli assistenti sociali e dagli altri professionisti nell’ospedale.

I professionisti sul campo riconoscono la necessità di un approccio multidimensionale al lavoro con persone affette da problemi di salute mentale. La collaborazione a livello locale in molte parti del paese funziona grazie all’impegno dei diversi professionisti che lavorano insieme. Tuttavia, secondo Eithne O’Donnell e Terry Madden la *“burocrazia è ancora un problema attuale; c’è bisogno che a livello governativo ci sia l’impegno di passare a un approccio centrato sulla persona, capendo che le persone con problemi di salute mentale presentano diverse necessità”*.

²⁶Ulteriori informazioni sul progetto al sito: <http://www.hse.ie>

²⁷Ulteriori informazioni sul progetto WRAP al sito: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap/>

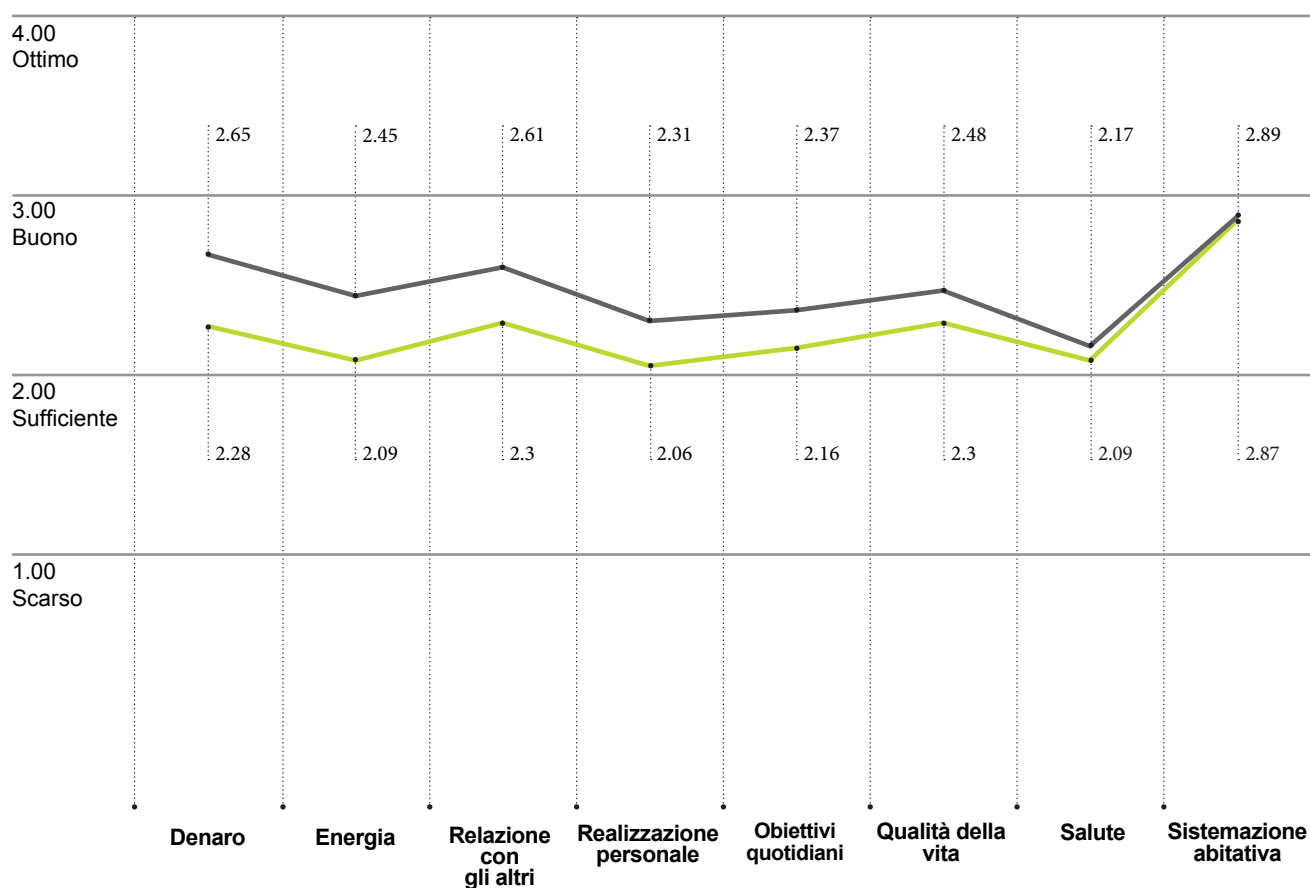
Figura 3: Miglioramento nella qualità della vita degli utenti (secondo l'indice dell'OMS) dal 2007 al 2009 ad Aarhus, Danimarca.

Indagine tra gli utenti 2009

Indagine tra gli utenti 2007

Domande poste nell'indagine:

- Nelle ultime due settimane hai avuto abbastanza denaro per soddisfare le tue necessità?
- Nelle ultime due settimane hai avuto abbastanza energia per svolgere le tue attività quotidiane?
- Sei soddisfatto della relazione che hai avuto con gli altri nelle ultime due settimane?
- Considerando le ultime due settimane, sei soddisfatto di te stesso?
- Sei soddisfatto della tua capacità di svolgere le attività quotidiane nelle ultime due settimane?
- Come valuteresti la qualità della tua vita?
- Sei soddisfatto del tuo stato di salute?
- Ti ritieni soddisfatto della tua sistemazione abitativa nelle ultime due settimane?



CAPITOLO 4: L'inclusione attiva nel mercato del lavoro²⁸

Le persone con problemi di salute mentale che hanno un lavoro hanno migliori possibilità di completare il processo di recupero con successo. Tuttavia, il tasso di occupazione delle persone affette da problemi di salute mentale rimane generalmente basso. I governi nazionali e la UE hanno quindi sviluppato un quadro legislativo e politico per promuovere l'accesso all'impiego tramite la prevenzione della discriminazione e l'erogazione del sostegno appropriato per promuovere l'occupazione.

4.1 Comprendere le tendenze occupazionali

"Tutti devono essere in grado di sfruttare le proprie capacità al meglio e la società ha bisogno del contributo di tutti. La vera sfida è far sì che queste due esigenze si incontrino." **Anders Møller Jensen, ex dirigente dei servizi sociali e psichiatrici, Danimarca**

Il lavoro è uno strumento importante per sentirsi pienamente inclusi nella società. Oltre a fornire un reddito, il lavoro ha altri benefici non quantificabili in termini economici²⁹, tra i quali l'identità e lo status, le relazioni sociali e il senso di realizzazione personale. Il lavoro può dare alle persone con problemi di salute mentale un'opportunità per contribuire alla società. Questo principio è ritenuto di grande utilità da tutte le parti coinvolte, dagli utenti alle famiglie e ai professionisti.³⁰

Sebbene la probabilità di recupero personale aumenti in proporzione al tasso di occupazione³¹, il livello di impiego tra le persone con problemi di salute mentale è generalmente basso. Le ragioni per le quali è difficile produrre dati sui tassi di (dis)occupazione tra le persone con difficoltà di salute mentale sono molteplici. Il dettaglio statistico relativo ai dati di occupazione per stato di salute o disabilità non è sempre disponibile. Inoltre, le persone con problemi a lungo termine possono essere considerati economicamente inattivi invece di disoccupati e, pertanto, possono avere diritto a un sostegno legato alla disabilità e non alla disoccupazione.

Il tasso di disoccupazione, inoltre, varia sensibilmente a seconda della disabilità: uno studio britannico³² ha scoperto che coloro che soffrono di disturbi gravi a livello mentale, quali la schizofrenia, il disturbo bipolare e gravi disturbi della personalità sono generalmente associati a tassi di occupazione estremamente inferiori.³³

In Polonia il tasso di occupazione delle persone disabili è pari al 14%, contro il 51% nella

²⁸ Liberatoria: poiché nella gran parte dei casi non esiste una specifica legislazione riguardante le persone con problemi di salute mentale, questo capitolo fa riferimento a 'persone con disabilità'.

²⁹ Boardman J., Grove B., Perkins R. e Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

³⁰ Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

³¹ Topor A. (2004) Fra patient til person ('Dal paziente alla persona'), Akademisk Forlag (Editore accademico), 1. Udgave (Prima edizione).

³² Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.M., Kilian R., Hansen K. e Toumi M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

³³ Perkins R. e Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298.

popolazione generale (la distinzione in base al tipo di disabilità non è disponibile)³⁴. Tenendo in considerazione la difficoltà di reperire dati affidabili e la variabilità dei tassi di impiego in relazione al tipo di condizione medica, la maggior parte dei paesi presentano tassi di occupazione tra il 20% e il 30% (cfr. Figura 4)³⁵.

La maggior parte degli utenti (70-90%)³⁶ con gravi disturbi di salute mentale desidera occupare un posto di lavoro che sia aperto alla popolazione generale, in un luogo di lavoro regolare, retribuito almeno con un salario minimo e principalmente con colleghi non disabili³⁷. Rispetto alle persone con disabilità fisiche, quelle con problemi di salute mentale hanno meno probabilità di trovare un lavoro che le soddisfi. Entrambi i gruppi, però, devono superare lo stigma e la discriminazione, non solo nell'opinione pubblica e talvolta nelle famiglie ma anche tra i professionisti della salute mentale, i quali considerano la disoccupazione una conseguenza inevitabile della malattia mentale.

4.2 Quadro legislativo e politico

In Europa e nei vari stati membri, le politiche e gli ordinamenti non sono specifici alla salute mentale ma fanno riferimento alla disabilità in generale, nonostante le persone con disabilità facciano parte di un gruppo vario di persone che devono affrontare diverse barriere all'impiego.

A livello UE i diritti delle persone disabili sul mercato del lavoro sono promossi attraverso la Direttiva quadro sull'occupazione del 2000³⁸. Tale direttiva vuole incrementare le opportunità di lavoro attraverso il principio della parità di trattamento, ovvero il divieto del datore di lavoro di prendere in considerazione la disabilità di una persona quando tale disabilità risulti irrilevante al fine dello svolgimento del lavoro in questione. Per applicare tale principio, la Direttiva si affida principalmente alla proibizione della discriminazione, sia essa diretta o indiretta. La discriminazione diretta è definita come il trattamento "meno favorevole" di un individuo sulla base delle sue disabilità, inteso come il confronto con un altro individuo che ha ricevuto un trattamento più favorevole.

La discriminazione indiretta proibisce al datore di lavoro di adottare norme o prassi apparentemente neutrali che in realtà "creano uno svantaggio alle persone con una particolare disabilità a vantaggio delle altre persone".

Spesso i datori di lavoro si concentrano sulla disabilità in sé e non sulla capacità della persona di svolgere un lavoro; di conseguenza spesso ritengono una persona disabile non idonea a occupare la posizione offerta. La Direttiva obbliga il datore di lavoro a prendere "misure ragionevoli al fine di permettere a una persona disabile di accedere, partecipare, o avanzare nella propria carriera lavorativa o ricevere la dovuta formazione, purché tali misure non impongano un onere sproporzionato per il datore di lavoro".

Lo scopo di questa legislazione è stato recentemente sottolineato dalle conclusioni del Consiglio dell'UE in materia del Patto europeo per la salute e il benessere mentale (giugno 2011), che invita gli stati membri a prendere le misure necessarie contro la discriminazione verso le persone con problemi di salute mentale e promuoverne l'accesso al lavoro.

³⁴ Ulteriori informazioni disponibili online al sito:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.

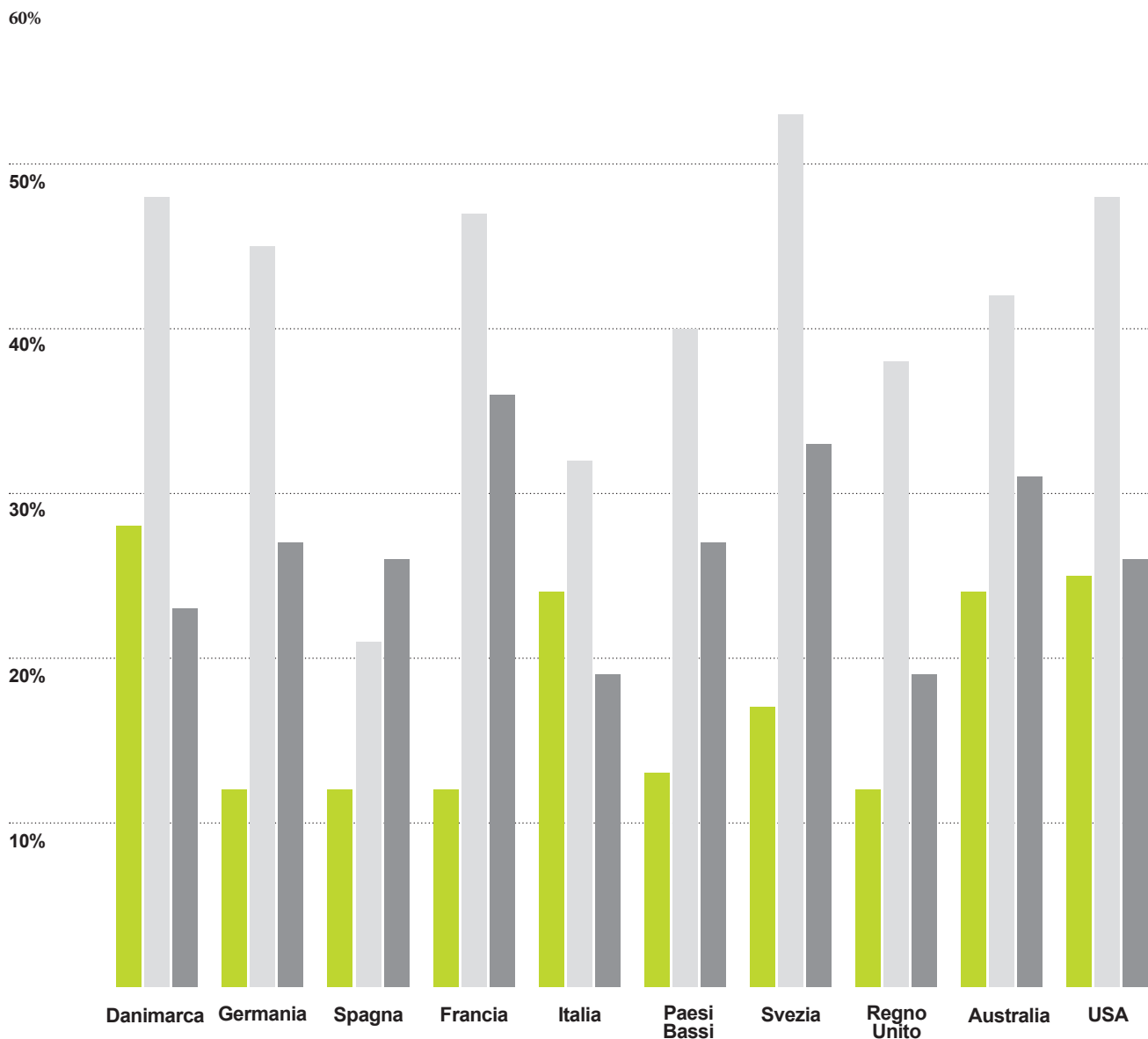
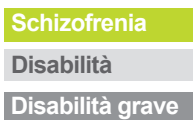
³⁵ Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. e Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services* 52, 313-322.

³⁶ Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. e Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services* 52, 313-322.

³⁷ Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. e Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

³⁸ Consiglio dell'Unione Europea (2000) Direttiva del Consiglio 2000/78/EC per la creazione di un quadro generale per la parità di trattamento nel lavoro e nell'occupazione, Gazzetta ufficiale L 303 , 02/12/2000 P. 0016 – 0022.

Figura 4: Tassi di occupazione relativi a persone affette da schizofrenia al confronto con persone con gravi disabilità e il resto dell'intera popolazione disabile nei paesi selezionati alla fine degli anni '90.



Nel 2008 la Commissione europea ha pubblicato una guida specifica alle politiche degli stati membri, riguardante 'l'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro'.³⁹ Il documento raccomanda una strategia integrata ed esaustiva composta da tre pilastri: sostegno al reddito, mercato del lavoro inclusivo e accesso a servizi di qualità. L'aumento del tasso di occupazione in generale è uno degli obiettivi principali della strategia Europa 2020. Questa strategia riconosce la disabilità in generale ma non la salute mentale nello specifico.

A livello nazionale, i diritti delle persone con problemi di salute mentale sono tutelati dall'ordinamento generale: la costituzione nazionale e le leggi sul lavoro, sulla parità e contro la discriminazione (parzialmente derivate dalla legislazione europea). In alcuni paesi esistono leggi regionali e nazionali specifiche in cui l'occupazione è definita come strumento di riabilitazione.

In **Bulgaria**, l'Articolo 48 della Costituzione riconosce che "tutti i cittadini hanno il diritto di lavorare e lo Stato è tenuto a creare le condizioni per il soddisfacimento di tale diritto". Di conseguenza, le persone disabili devono essere messe in condizione di esercitare il proprio diritto al lavoro. A gennaio 2011 il Ministero del lavoro e per le politiche sociali ha approvato un provvedimento sulla base del quale sarà istituito "un programma nazionale per la formazione e la promozione dell'occupazione di persone con disabilità permanenti"⁴⁰.

In **Irlanda** l'Employment Equality Act del 1998 e il Disability Act del 2005 forniscono il quadro legislativo volto ad assicurare la parità di trattamento per le persone disabili. Secondo la legislazione in materia di lavoro è illegale discriminare sulla base della disabilità. Il Disability Act del 2005 (Articolo 5) dichiara che le organizzazioni del settore pubblico sono obbligate a promuovere e sostenere l'occupazione delle persone disabili e, inoltre, almeno il 3% del personale impiegato deve essere composto da persone disabili.

In forma simile, nel **Regno Unito**, l'Equality Act del 2010 rende illegale la discriminazione sulla base di una serie di 'caratteristiche protette' che includono le disabilità (intellettiva) e impone ai servizi di effettuare 'ragionevoli modifiche' al fine di sostenere l'accesso al lavoro⁴¹. Più recentemente, l'Equality Act (2010) ha proibito qualsiasi domanda concernente la salute o le eventuali disabilità prima di presentare un'offerta di lavoro⁴².

In **Finlandia e Danimarca** non esistono politiche del lavoro preferenziali per le persone con problemi di salute mentale; tali questioni, infatti, sono incluse nell'ordinamento generale. Tuttavia, servizi specialistici, quali ad esempio la riabilitazione e la formazione volte all'inserimento lavorativo, sono erogati al fine di aumentare le opportunità di impiego delle persone con problemi di salute mentale.

In **Germania** l'Agenzia federale per il lavoro offre servizi psichiatrici e sociali alle aziende e indennizzi per compensare la ridotta produttività del personale disabile. Altre norme (locali e regionali) mirano a stimolare l'inclusione di persone con disabilità nel mercato del lavoro, in laboratori protetti o 'aziende per l'integrazione' in cui il 25-50% del personale è composto da persone con disabilità.

In **Spagna**, le misure volte a facilitare l'accesso al lavoro delle persone con problemi di salute mentale sono riservate al campo delle disabilità. La Costituzione riconosce il ruolo del governo centrale nella creazione di politiche di prevenzione, trattamento, riabilitazione e

³⁹ Commissione Europea (2008) Raccomandazione della Commissione del 3 ottobre 2008 sull'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro (2008/867/EC). Disponibile online al sito: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:EN:PDF>.

⁴⁰ Ulteriori informazioni su questo programma disponibili online al sito: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrei.htm>.

⁴¹ Ulteriori informazioni disponibili online al sito del Equality and Human Rights Commission: <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>.

⁴² Ibid.

integrazione delle persone con problemi fisici, sensoriali e di salute mentale. La legislazione nazionale⁴³ prevede che le aziende pubbliche e private con oltre 50 dipendenti abbiano almeno il 2% del personale composto da persone con disabilità. Centri per l'impiego sono stati creati per assicurare il giusto impiego, al fine di permettere alle persone disabili di soddisfare le proprie necessità personali e sociali. Infine, un'ulteriore legge⁴⁴ considera l'occupazione assistita come un passo verso l'occupazione competitiva.

In **Italia**, gli ordinamenti nazionale e regionale mirano a creare strumenti di sostegno al fine di promuovere l'impiego di persone con disabilità. L'ordinamento nazionale prevede che il 7% della forza lavoro di ogni azienda debba essere composto da persone con disabilità a un livello pari al 46%⁴⁵. Inoltre, la legislazione nazionale definisce il modo in cui le Aziende Sanitarie Locali (ASL) possano provvedere alla selezione, formazione e aiuto delle persone in attesa di impiego. La legislazione nazionale e regionale⁴⁶ prevede la creazione in ogni ASL di servizi di integrazione al lavoro per formare l'utenza al mondo del lavoro. Infine, le aziende private hanno il diritto ad agevolazioni sui contributi previdenziali e su altre imposte.

4.3 Attuali strategie d'inclusione attiva

Come mostrano gli esempi precedenti, le normative e le politiche dell'Unione europea attribuiscono ai servizi sanitari, sociali e occupazionali il ruolo di aiutare le persone che soffrono di problemi di salute mentale a trovare un impiego. I programmi si distinguono in due tipologie principali: la formazione seguita dall'inserimento (*train then place*) e l'inserimento seguito dalla formazione (*place then train*). Tali programmi sono caratterizzati da differenti livelli di assistenza e sostegno e possono basarsi su accordi tra i servizi sanitari, sociali e occupazionali locali e altri fornitori di servizi.

I tradizionali programmi di formazione professionale si basano sul modello "*train then place*" che prevede un periodo di preparazione prima del passaggio a un lavoro competitivo nonché una valutazione clinica del luogo di lavoro e degli orari lavorativi.

Il lavoro protetto costituisce un modello "*train then place*" affermato che prevede una retribuzione inferiore al salario minimo oppure l'assenza di una retribuzione durante il periodo di addestramento preparatorio al lavoro. I programmi di questo tipo si sono dimostrati inefficaci nel favorire il passaggio al lavoro competitivo dei soggetti affetti da gravi patologie mentali.⁴⁷ Le strategie più recenti, basate sul recupero, sono denominate "*place then train*". Ne sono un esempio i programmi d'inserimento e sostegno individuale (*Individual Placement and Support*, IPS) che prevedono l'inserimento nel lavoro competitivo e il sostegno sul lavoro. I programmi IPS sono risultati più efficaci rispetto ai modelli "*train then place*" nel permettere a persone affette da gravi patologie mentali di ottenere e mantenere un lavoro competitivo.⁴⁸

L'aumento del tasso di occupazione tra le persone affette da problemi di salute mentale non è una questione che riguarda soltanto le normative anti discriminazione o i centri per l'impiego, ma influisce anche sul sistema previdenziale (garanzia che il ritorno al lavoro non comporti la perdita delle prestazioni sociali) e sulle persone stesse (gestione della loro salute mentale e della loro vita lavorativa). Per cambiare le cose, in Svezia, sono stati introdotti i certificati di malattia "part-time" che rendono economicamente vantaggioso il lavoro a tempo

⁴³ Legge 13/1982, del 7 aprile.

⁴⁴ Decreto reale 870/2007, del 2 luglio.

⁴⁵ Legge 68 12 marzo 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"

⁴⁶ Legge 8 Novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", DGR n. 1138 del 6 maggio 2008, "Linee guida per il funzionamento del Servizio per l'Integrazione Lavorativa (SIL) delle Aziende ULSS del Veneto".

⁴⁷ Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.

⁴⁸ Boardman J., Grove B., Perkins R. e Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

parziale rispetto al congedo per malattia a tempo pieno. Nel Regno Unito si stanno introducendo i certificati di “salute” nei quali si specificano le mansioni lavorative che possono essere svolte dal richiedente invece di quelle che egli non è in grado di svolgere.

L'impatto del lavoro su altri aspetti della vita delle persone affette da problemi di salute mentale resta ancora ampiamente inesplorato dalla ricerca. Alcuni studi hanno evidenziato un calo della fruizione di servizi sanitari che potrebbe essere indice di un miglioramento generale dello stato di salute⁴⁹. Inoltre è stato riscontrato che i sintomi migliorano maggiormente tra coloro che svolgono un lavoro competitivo rispetto a chi partecipa ad altri programmi di inserimento lavorativo⁵⁰.

4.4 L'inclusione attiva nella pratica: l'esempio di Treviso, Veneto (Italia)

A Treviso sono disponibili due tipi di programmi: “Lavoro protetto” e “Inserimento e sostegno individuale”. La scelta del programma avviene in base alla situazione, ai bisogni e alle preferenze specifiche dell'utente. Nel lavoro protetto, la ricerca di un impiego comincia da una valutazione della storia clinica e professionale che può comportare l'emissione di un “certificato di invalidità” che dà diritto a determinate prestazioni previdenziali e a servizi specialistici forniti dall'ASL. Il certificato attribuisce un “livello di invalidità e di protezione” al paziente e indica quali servizi saranno presumibilmente necessari e come potrebbe configurarsi il percorso di ricerca di un impiego.

Le persone affette da grave disabilità sono solitamente seguite in day hospital (costo non noto) o dalle ONG (€ 8.000,00 annui procapite). Coloro che hanno un livello inferiore di invalidità sono assistiti dal servizio integrazione lavorativa dell'ASL (€ 2.500,00 annui procapite) o dai centri per l'impiego (€ 4.500,00 annui procapite) per il collocamento sul mercato del lavoro. I servizi di salute mentale dell'ASL continuano a monitorare i progressi dei loro assistiti per stabilire se sia possibile spostarli a un altro livello o farli accedere direttamente al mercato del lavoro.

In alternativa, l'utente del servizio può esprimere una preferenza per un programma di inserimento e sostegno individuale (IPS) che prevede incontri individuali con un consulente del lavoro che lo indirizzerà nella ricerca di un'occupazione adeguata alle sue preferenze, competenze ed esperienze.

Questo programma non prevede né una valutazione clinica né l'emissione di un certificato di invalidità. L'utente seleziona le possibili offerte e i datori di lavoro e l'obiettivo finale è l'inserimento nel lavoro competitivo. Non è prevista una formazione professionale prima dell'assunzione. Tutti gli utenti sono incoraggiati a prendere in considerazione il lavoro competitivo. Secondo l'ASL di Treviso, l'IPS ha ottenuto migliori risultati rispetto al tradizionale lavoro protetto in termini di occupazione (rispettivamente 60% e 20% di esiti positivi).

⁴⁹ Jackson Y., Kelland J., Cosco T.D, McNeil D.C. e Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

⁵⁰ Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. e Bebout R.R. (2001) Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.

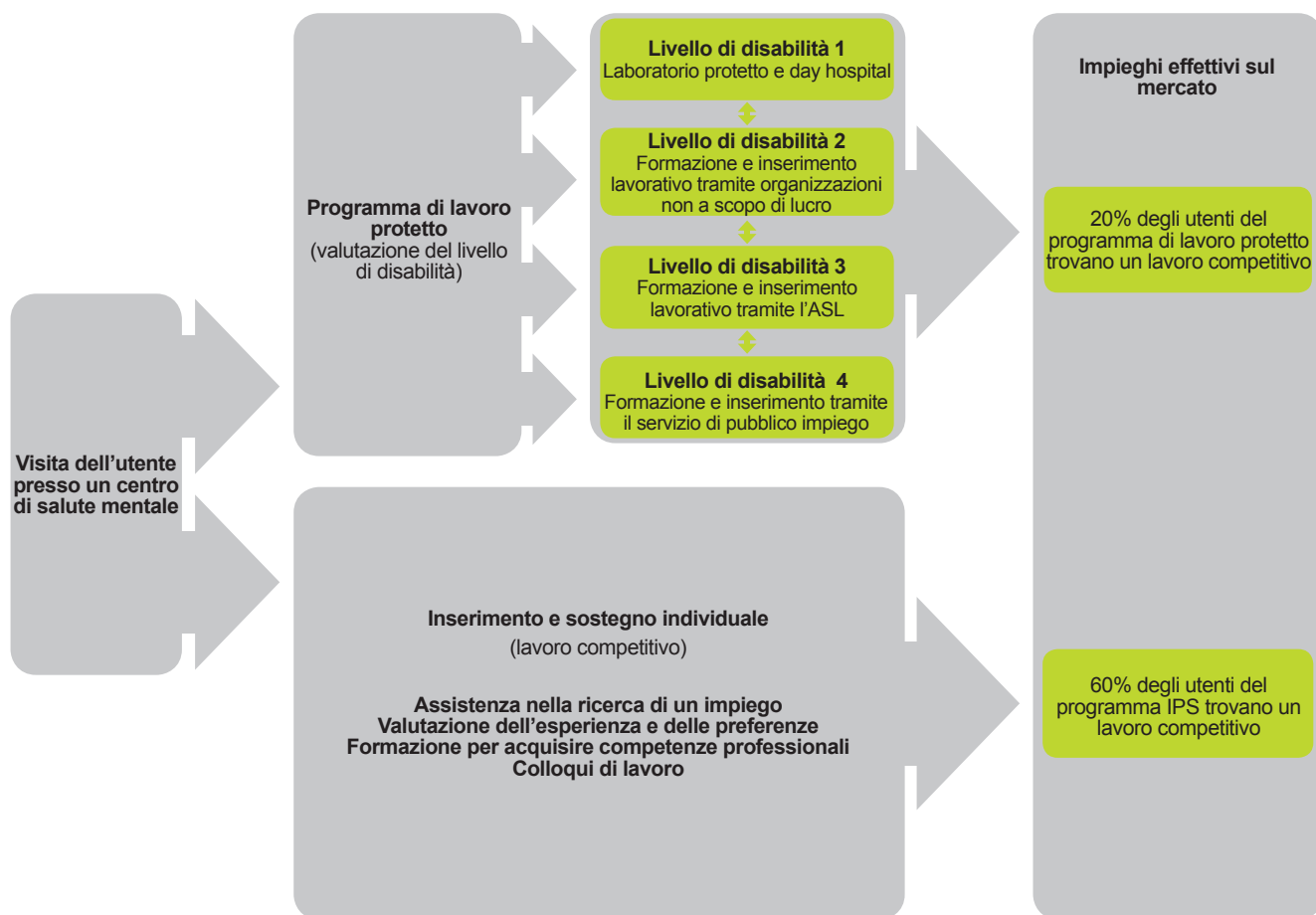


Figura 5: La strada verso il lavoro competitivo a Treviso

A Treviso la scelta tra "lavoro protetto" o "inserimento e sostegno individuale" viene effettuata a seconda della situazione, dei bisogni e delle preferenze specifiche dell'utente. Attraverso lo svolgimento di attività differenti, si persegue l'obiettivo di avviare gli utenti a un impiego "normale", ossia a un lavoro competitivo.

4.5 L'inclusione attiva nella pratica: il programma governativo 2008-2011 nel Regno Unito

Nel Regno Unito, nel 2008 più di 3 milioni di adulti in età lavorativa erano disoccupati e percepivano prestazioni per inabilità al lavoro; i problemi di salute mentale rientravano tra le cause principali. Il governo decise pertanto di varare un programma speciale, denominato "*Pathways to work*" (Percorsi verso il lavoro), dedicato ai destinatari di prestazioni per inabilità al lavoro da oltre un anno.⁵¹

I soggetti affetti da problemi di salute mentale cominciano il loro "percorso" consultando un infermiere psichiatrico di comunità o uno psichiatra che li incoraggia a considerare la possibilità di ricominciare a lavorare. La valutazione medica effettuata si concentra su ciò che il paziente può, e non su quello che non può, fare. In seguito, l'utente, assistito da un consulente personale, redige un piano d'azione individuale delineando i propri bisogni e la propria situazione tenendo presenti ostacoli, capacità, esperienza, attitudini e aspirazioni.

Una volta stabilito il piano d'azione, il consulente personale indirizza l'utente alle organizzazioni partner che forniscono formazione professionale, insegnano come gestire la propria patologia⁵² e forniscono altre consulenze di sostegno, ad esempio in materia d'indebitamento.

Quando l'utente è "occupabile", può cominciare a sostenere colloqui con i datori di lavoro ed effettuare periodi di prova e di apprendistato per poi iniziare a lavorare. L'utente riceverà assistenza sul lavoro per 13 settimane e, in caso d'insuccesso, potrà tornare alla fase precedente del percorso.

L'utente viene consultato regolarmente e può modificare il proprio piano d'azione con il suo consulente personale. In tal modo egli assume il controllo della situazione e viene responsabilizzato. Il programma può avvalersi di servizi socio-sanitari, uffici di collocamento, terzo settore e aziende private. Proprio come negli esempi pratici descritti nel capitolo precedente, questo programma è considerato parte integrante del processo di "recupero".

⁵¹ Il programma Pathways to Work è terminato ad aprile del 2011 e un nuovo programma – Get Britain Working – è in corso di avviamento dall'estate del 2011.

⁵² Il Condition Management Programme (CMP) è un programma breve (circa 4-16 sessioni) e vuole aiutare i partecipanti a comprendere e gestire le proprie condizioni di salute o disabilità. Ulteriori informazioni al sito: http://library.nhs.uk/mediaAssets/Leaflets/nhs.uk_leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf.

CAPITOLO 5: Investire nel benessere mentale sul posto di lavoro

I costi economici e sociali dei disturbi legati alla salute e al benessere mentale sono noti da tempo ma solo recentemente è stata sottolineata con tanto vigore la necessità d'investire in questo campo. Le strategie per il benessere sul posto di lavoro che constano di vari componenti (tra cui la salute mentale) si sono dimostrate più efficaci di quelle mirate in quanto permettono ai dipendenti di individuare i sintomi di un problema di salute mentale e di assumersi la responsabilità del proprio benessere e di quello dei colleghi. I servizi sanitari pubblici hanno affiancato i datori di lavoro privati e altri enti pubblici nell'intento di migliorare il benessere sul posto di lavoro. La promozione e la prevenzione hanno dimostrato di avere un miglior rapporto costi-benefici rispetto alla cura dei disturbi mentali a posteriori.

5.1 Raccolta di evidenze

“I problemi di salute mentale e le tossicodipendenze rientrano tra le principali minacce per la società odierna. La promozione della salute mentale è necessaria a livello d'individuo, di società e di comunità.” **Eija Stengård, Reparto di promozione della salute mentale, Istituto Nazionale di Salute e Benessere, Finlandia**

I problemi di salute mentale hanno un considerevole impatto economico che ammonta a più di € 2.000,00 annui per ogni famiglia europea⁵³. Nel 2007, il costo stimato delle patologie cardiovascolari nell'UE era di € 36 miliardi⁵⁴ contro € 136,3 miliardi⁵⁵ per la sola depressione. I governi di tutta Europa fanno fatica a gestire il numero crescente di cittadini non occupati che hanno diritto alle prestazioni sanitarie per problemi legati, almeno in parte, a disturbi di salute mentale. In Germania, il 30-35% dei pre-pensionamenti è dovuto a problemi di salute mentale. Nel Regno Unito, tra il 1996 e il 2006, le richieste di prestazioni per inabilità al lavoro sono aumentate dal 26% al 46% e i disturbi mentali rientravano tra le cause nel 70% dei casi.⁵⁶

Secondo il Centro britannico di Salute Mentale, un lavoratore su sei soffre di depressione, ansia o disturbi legati allo stress. Il costo complessivo stimato per i datori di lavoro ammonta a circa 26 miliardi di sterline l'anno, ovvero £ 1.035 l'anno per ciascun lavoratore britannico (si veda la Figura 6)⁵⁷.

⁵³ McDaid D. (2011) Documenti preparatori per la conferenza tematica sulla promozione della salute e del benessere mentale nel luogo di lavoro. Lussemburgo: Comunità Europee.

⁵⁴ Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. e Rayner M. (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

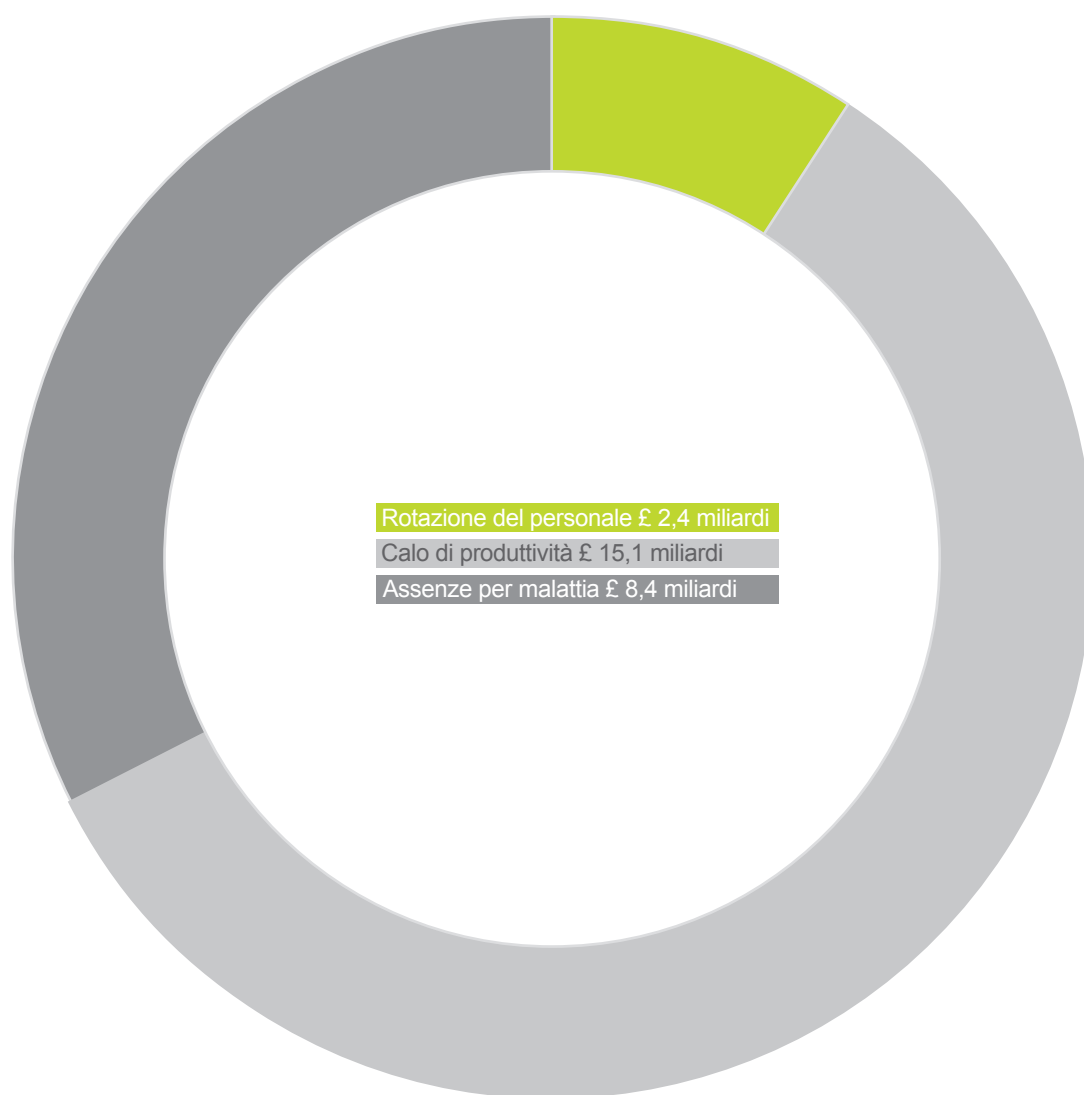
⁵⁵ McDaid D., Zechmeister I., Kilian R. Medeiros E., Knapp M., Kennelly B. e il gruppo MHEEN (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, London: London School of Economics and Political Science.

⁵⁶ Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

⁵⁷ Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case. Disponibile online al sito: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

Figura 6: Costi sanitari dei disturbi mentali a carico delle aziende nel Regno Unito.

Secondo le stime, il costo totale per i datori di lavoro è di circa £ 26 miliardi annui derivanti da assenze per malattia, calo di produttività e rotazione del personale. Ciò equivale a £ 1.035 l'anno per ciascun lavoratore del Regno Unito.



In Veneto (Italia), i costi diretti (servizi ossia per l'assistenza sociosanitaria) dei problemi di salute mentale ammontano a € 21 milioni per 6.000 utenti dei servizi. I costi indiretti (o i costi del mancato intervento) sono da 2 a 6 volte superiori e comprendono:

- costo della disoccupazione
- assenteismo
- presenteismo
- scarso rendimento lavorativo
- prestazioni sanitarie o per invalidità
- impatto sulla famiglia
- comportamento che causa incidenti o vandalismo

Pertanto, investire per migliorare la salute mentale è economicamente vantaggioso. Tuttavia, ci sono anche ragioni morali per farlo poiché "chi è affetto da problemi di salute mentale a lungo termine ha una speranza di vita inferiore di 20 anni rispetto alla media".⁵⁸

Inoltre, "tali soggetti sono meno qualificati, hanno maggiori difficoltà a trovare e mantenere un posto di lavoro, hanno un reddito inferiore, sono più esposti al rischio di avere un domicilio precario o di non averlo e risiedono con maggior frequenza in zone di forte degrado sociale. [Anche] il loro stato di salute è tendenzialmente più precario".⁵⁹

5.2 Promuovere la salute mentale attraverso il benessere sul luogo di lavoro⁶⁰

Considerati gli alti costi sociali ed economici dei problemi mentali, risulta opportuno promuovere una buona salute mentale. Il luogo di lavoro è l'ambiente ideale in cui affrontare la questione della salute mentale di larga parte della popolazione adulta. Inoltre, avere dei dipendenti con una buona salute mentale comporta benefici economici e sociali a diversi livelli: per l'economia nazionale, per le imprese e per i singoli individui.

È altrettanto importante ricordare che gli stessi servizi sociali e sanitari rientrano tra i maggiori datori di lavoro in Europa. Il settore da lavoro a circa il 10% della popolazione attiva dell'UE e ha rappresentato il 18% di tutti i nuovi posti di lavoro creati tra il 1995 e il 2001.⁶¹ Alla luce del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, si prospetta un'ulteriore crescita del settore in futuro. Oltre ad essere soggetti al normale stress della vita lavorativa, i professionisti sociosanitari si trovano spesso ad assistere i pazienti più vulnerabili nei momenti più difficili della loro vita e ciò può comportare un ulteriore carico emotivo e psicologico.

Tra i vari benefici economici e sociali della promozione della salute mentale sono stati identificati ad esempio: aumento della produttività e della qualità del lavoro, aumento della creatività e dell'innovazione, miglioramento della salute e della sicurezza, aumento dell'inclusione sociale e del benessere psicologico e sociale. Le strategie per il benessere possono altresì ridurre l'esposizione dei lavoratori al rischio di disturbi di salute mentale

⁵⁸ Brown S., Kim M., Mitchell C. e Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

⁵⁹ Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

⁶⁰ L'ESN riconosce l'importanza della salute mentale in altri ambiti dell'esistenza ma il presente rapporto si concentra sul luogo di lavoro in conformità con il Patto europeo per la salute mentale.

⁶¹ Commissione europea (2009) Libro verde relativo al personale sanitario europeo. Disponibile online al sito: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm.

legati al lavoro⁶². I vantaggi per i datori di lavoro comprendono: benefici per il “marchio”, minor rotazione del personale e riduzione delle assenze per malattia.⁶³

Le strategie di salute mentale sul posto di lavoro possono essere mirate a singoli, a gruppi di lavoratori o all'intera organizzazione. Il primo passo fondamentale è far crescere la consapevolezza dell'importanza del benessere. Inoltre, è necessario valutare il rischio di stress e problemi di salute mentale sul lavoro in base a tipo di professione, alle condizioni lavorative, al contratto di lavoro, alle relazioni sociali nell'ambiente di lavoro, alla salute, al benessere e alla produttività. Questo tipo di strategie incoraggiano i lavoratori ad assumersi la responsabilità per il proprio benessere e per quello dei colleghi. Anche lo stile direzionale può contribuire alla creazione di un ambiente lavorativo armonico.⁶⁴

I programmi di benessere sul luogo di lavoro devono essere differenziati e non dedicati esclusivamente alla salute mentale. Gli studi sui benefici economici della promozione della salute⁶⁵ suggeriscono che tali programmi debbano avere almeno tre componenti, ad esempio: prevenzione e cura del tabagismo, gestione dello stress, automedicazione, ecc. I programmi ad ampio spettro di questo tipo riescono solitamente a ridurre le assenze per malattia, i costi sanitari, i risarcimenti corrisposti ai lavoratori e le spese previdenziali del 25% circa.⁶⁶

In Finlandia, ogni anno si investono circa due miliardi di euro nel benessere sul luogo di lavoro. Tuttavia, questa cifra è inferiore al 10% dei costi annuali sostenuti per i pre-pensionamenti, le assenze per malattia e gli incidenti sul lavoro⁶⁷. Questi progetti hanno contribuito a ridurre l'assenteismo del 27%, le spese mediche del 26% e quelle assicurative del 32% (in media). Secondo le stime, l'utile medio è pari a 5,8 euro per ogni euro investito. In alcuni casi, la produttività può essere fino a 10 volte superiore⁶⁸.

5.3 Il benessere nella pratica: il caso di un'importante società di telecomunicazioni

Il gruppo British Telecom ha elaborato un nuovo modo di promuovere la salute e il benessere. I questionari somministrati prima dell'assunzione hanno lasciato il posto ad un approccio che incoraggia i dipendenti ad apprendere una serie di strategie per far fronte alle difficoltà iniziali nel nuovo posto di lavoro. Ciascun dipendente redige un “passaporto del benessere” in collaborazione con il proprio superiore nel quale vengono descritti i potenziali problemi di salute o di altra natura che potrebbero insorgere in futuro e le strategie per individuarli e affrontarli.

Il programma di sensibilizzazione e di formazione di BT chiamato “*Workfit Positive Mentality*” (Mentalità positiva adatta al lavoro) ha prodotto i seguenti risultati:

- il 68% dei partecipanti ha appreso nuovi modi di tutelare la propria salute mentale
- il 56% ha messo in pratica alcune raccomandazioni e continuava a seguirle all'epoca del follow-up
- il 51% ha constatato miglioramenti del proprio stato mentale

⁶² Knapp M., McDaid D. e Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.

⁶³ The Work Foundation (2011) Health and Well-Being in the Workplace: Supporting Mental Health and Combating Sickness Absenteeism, Centre for Parliamentary Studies, 21st June 2011.

⁶⁴ McDaid D. (2011) Documento preparatorio per la conferenza tematica sulla promozione della salute e del benessere mentale nel luogo di lavoro, Lussemburgo: Comunità Europee.

⁶⁵ Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, The Art of Health promotion, *American Journal of Health Promotion*.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ahonen, G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Impatto economico dell'idoneità al lavoro') in Martimo, K-P. et al. (eds) *Työstä terveyttä (Sanità sul lavoro)*. Työterveyslaitos (Istituto finlandese di sanità occupazionale), 36-46.

⁶⁸ Ibid.

- le assenze dovute a problemi di salute mentale sono calate del 30% in 4 anni nonostante le difficili condizioni del mercato
- rinunciando alle visite mediche prima dell'assunzione la società ha risparmiato £ 400.000 l'anno.⁶⁹

Risulta chiaro che le strategie per il benessere sul posto di lavoro possono offrire ampie possibilità di risparmio per le imprese. Tuttavia, le aziende più piccole possono aver bisogno di fondi pubblici per attuare programmi di questo genere come dimostra l'esempio dell'ASL di Verona citato nel paragrafo successivo.

“Per alcuni lavoratori lo stress è un incentivo a lavorare di più e in maniera più produttiva; per altri può scatenare una crisi.” **Hristo Bozov, Vice sindaco, Comune di Varna, Bulgaria**

5.4 Il benessere nella pratica: l'ASL di Verona (Italia)

Anche i servizi socio-sanitari possono trarre beneficio da migliori investimenti⁷⁰. L'ASL di Verona in collaborazione con l'Università di Verona ha messo a punto un programma per il benessere dei dipendenti delle imprese locali allo scopo di individuare le condizioni lavorative che potrebbero compromettere il benessere mentale dei lavoratori e fornire loro assistenza.

Tra il 2005 e il 2010, circa 500 lavoratori si erano lamentati di una situazione lavorativa negativa e erano stati inviati per consulenza con uno psicologo e con un terapeuta occupazionale per individuare i problemi e le loro conseguenze sulla psiche. Somministrando loro interviste semi strutturate, era stato valutato il loro ambiente di lavoro, la qualità della comunicazione con colleghi e con il datore di lavoro e il momento in cui erano insorti i problemi.

Circa l'80% dei pazienti era affetto da psicopatologie legate al lavoro come ansia associata a depressione (51,6%), difficoltà di adattamento (16,9%), depressione (17,9%), ansia (12,1%) e disturbi post-traumatici da stress (1,5%).

Le circostanze negative sul luogo di lavoro riscontrate più frequentemente nelle interviste sono state: bullismo, molestie sessuali, ansia legata al lavoro e al di fuori del luogo di lavoro. Questi pazienti ricevono sostegno psicologico e, se necessario, terapia psichiatrica. L'ASL di Verona ha anche cercato di migliorare le condizioni nelle imprese con l'aiuto di terapisti occupazionali, consulenti di fiducia e altri mediatori aziendali.

La valutazione dello stato di salute dei partecipanti a 12-24 mesi dalla prima visita è stata effettuata tramite interviste telefoniche e questionari. Stando ai risultati provvisori, le condizioni lavorative sono migliorate nel 60% dei casi circa.

In generale, i lavoratori hanno ascritto i miglioramenti della propria situazione lavorativa e della propria salute mentale alla maggior consapevolezza e alle misure adottate sul luogo di lavoro. I risultati suggeriscono che l'identificazione e la diagnosi precoce, il sostegno psicoterapeutico individuale e le misure per il miglioramento delle condizioni di lavoro possono contribuire ad accrescere il benessere psico-fisico dei dipendenti. Il sostegno psicologico professionale e centrato sulla persona si è rivelato utile mentre intraprendere un'azione legale per fronteggiare i problemi sul lavoro non sembra avere la medesima efficacia.

⁶⁹ Ulteriori informazioni sono disponibili online al sito: <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>.

⁷⁰ Knapp M., McDavid, D. e Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, London Department of Health.

5.5 Il benessere nella pratica: il programma nazionale finlandese per la lotta alla depressione⁷¹

La forte diffusione della depressione e dei suoi sintomi invalidanti rappresenta per i governi e per i responsabili politici non solo una questione di sanità pubblica ma anche un costo economico considerevole e potenzialmente in aumento. Quest'onere economico è determinato dai costi indiretti del calo di produttività dovuto ad assenteismo, presenteismo, disoccupazione a lungo termine, pre-pensionamento e mortalità prematura.

Poiché l'azienda si deve accollare la maggior parte delle spese legate alla depressione, il luogo di lavoro è ideale per affrontare le tematiche relative alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla cura della depressione. Interventi di questo tipo possono far risparmiare denaro e hanno un ottimo rapporto costi-benefici nel breve o nel lungo termine. Per questa ragione è necessario potenziare i programmi di lotta alla depressione sul luogo di lavoro, se possibile con il sostegno statale⁷².

In Finlandia, la depressione rappresenta una minaccia particolarmente insidiosa per la capacità lavorativa di un paese in cui oltre 200.000 persone soffrono di depressione ogni anno e 1 persona su 5 ne è affetta nel corso della vita. Inoltre, l'inabilità al lavoro causata dalla depressione è aumentata notevolmente alla fine degli anni '90 (si veda la Figura 7).

In Finlandia, il numero di pre-pensionamenti e assenze per malattia dovute alla depressione è aumentato considerevolmente e con esso anche i costi della depressione legata al lavoro. Le spese sostenute per assenze per malattia legate alla depressione e pensioni d'invalidità ammontavano nel 2010 a € 639 milioni. La previdenza sociale versava pensioni d'invalidità per un importo totale di € 79 milioni mentre le prestazioni per malattia ammontavano a € 116 milioni.⁷³

Tra gli obiettivi del progetto Masto (2008-2011), patrocinato del Ministero finlandese degli Affari Sociali e della Salute, rientrano: riduzione della depressione legata al lavoro, promozione e sostegno di pratiche atte a favorire il benessere sul lavoro, intervento precoce in caso di problemi che compromettono l'abilità al lavoro, cure efficaci e riabilitazione per chi è affetto da depressione legata al lavoro e sostegno per favorire la permanenza o l'ingresso nel mondo del lavoro.

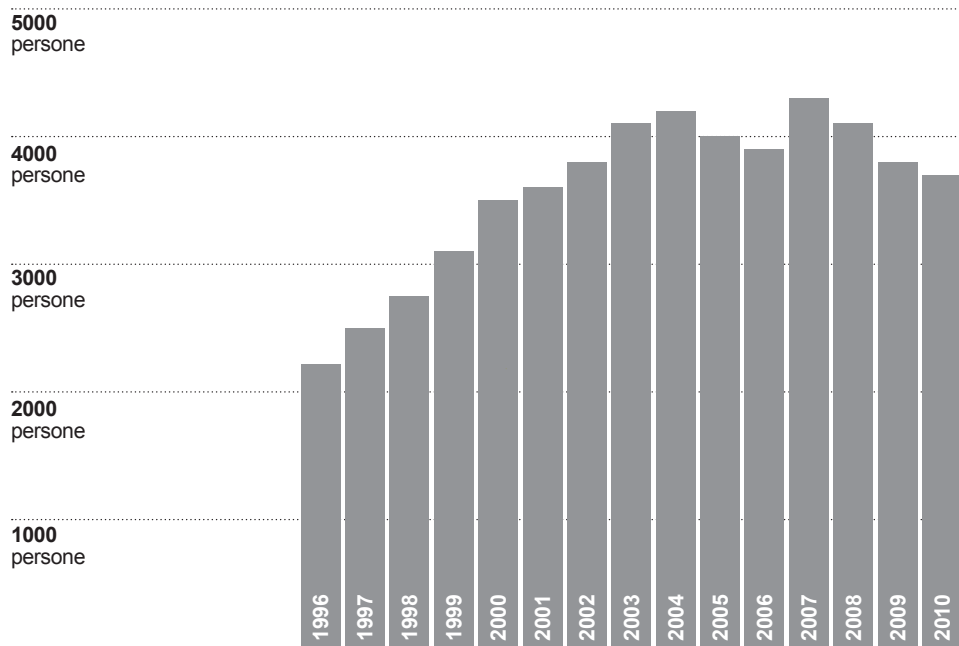
Il programma è caratterizzato dalla collaborazione di vari settori amministrativi, delle parti sociali e del terzo settore. Grazie a servizi quali la riabilitazione professionale, l'indennità di malattia o la pensione d'invalidità parziali, la collaborazione tra aziende, l'assistenza sanitaria e la riabilitazione, si facilita il percorso di ritorno al lavoro.

⁷¹ Ulteriori informazioni disponibili al sito: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto.

⁷² Martin Knapp (15/08/2011), LSE, King's College London, Institute of Psychiatry, NIHR School for Social Care Research, E-mail interview with ESN.

⁷³ Le presenti informazioni sono estratte dal sito web del progetto Masto. Disponibile online al sito: http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=3013709&name=DLFE-14954.pdf

Figura 7: Numero di persone trasferite da piani pensionistici per occupati alle pensioni d'invalidità a causa della depressione (Fonte: Centro pensionistico finlandese).



Pazienti in via di guarigione dalla depressione
Riabilitazione e ritorno al lavoro

Pazienti affetti da depressione
Identificazione e trattamento precoce della depressione

Gruppi a rischio
Prevenzione della depressione

Popolazione in età lavorativa Promozione del benessere e della salute mentale al lavoro

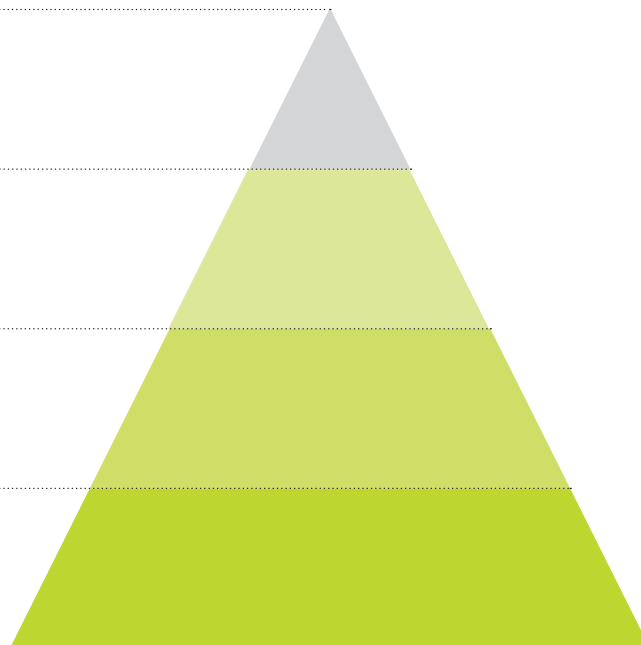


Figura 8: Progetto MASTO: azione e gruppi bersaglio corrispondenti.

Conclusioni

I problemi di salute mentale hanno un forte impatto sulla vita di una persona e di chi la circonda. La spesa che tali problemi comportano sono elevate non solo per i singoli e le famiglie ma anche per la comunità, le imprese e la società. Tuttavia, la responsabilità per i servizi di salute mentale è frammentata; ciò ha comportato tensioni e divisioni a discapito del servizio stesso. Gli investimenti nei servizi di salute mentale sono stati scarsi rispetto a quelli in altri settori sanitari.

Il gruppo di lavoro dell'ESN sulla salute mentale è giunto ad una serie di conclusioni e messaggi chiave che, facendo riferimento ai risultati delle ricerche più recenti e alle attuali politiche, hanno fornito esempi pratici e hanno dato voce alle preoccupazioni degli utenti dei servizi di salute mentale.

Lo stigma associato ai problemi di salute mentale ostacola il ricorso ad assistenza e cure efficaci, l'inclusione sociale e, di conseguenza, il miglioramento della qualità della vita. Pertanto, è necessario agire per diffondere la conoscenza dei problemi di salute mentale e modificare il modo in cui vengono percepiti facendone una priorità politica. Le misure adottate in questo contesto devono essere mirate non solo all'opinione pubblica ma anche agli operatori socio-sanitari nonché agli stessi soggetti affetti da questi disturbi.

Le strategie per combattere lo stigma dovrebbero andare di pari passo con la fornitura di servizi di salute mentale centrati sulla persona per favorire il recupero. La partecipazione degli utenti alla progettazione e alla fornitura dei servizi è di cruciale importanza. La collaborazione dei servizi socio-sanitari con tutti gli altri attori coinvolti è essenziale affinché i pazienti progrediscono in tutti gli ambiti della propria vita senza dimenticare la loro inclusione attiva nel mercato del lavoro. I servizi di salute mentale non possono essere efficaci se non si basano su politiche e su un quadro normativo che li sostengano e se non riceveranno sufficienti finanziamenti a livello regionale e nazionale. Le autorità locali possono svolgere un ruolo primario di leadership e di coordinamento in particolare tra i servizi sanitari e quelli sociali. Viste le molteplici dimensioni della vita di una persona, il recupero può avvenire soltanto in seno alla comunità e non in un istituto.

Non solo le strategie per combattere lo stigma e favorire il recupero devono essere attuate in contemporanea ma anche il benessere mentale generale può essere perseguito attuando strategie mirate sul luogo di lavoro. In tale contesto, i servizi di salute mentale possono collaborare strettamente con le aziende private locali per promuovere la salute e il benessere mentale. Agli attori pubblici, privati e volontari compete la responsabilità di investire per il benessere mentale della comunità.

A livello europeo, la Direzione Generale (DG) della Commissione per la Salute e i Consumatori ha lanciato il Patto europeo per la salute e il benessere mentale, basato sulle conoscenze acquisite da altri attori europei a livello nazionale, regionale e locale. La ricerca, la sensibilizzazione, lo scambio di buone prassi e le politiche a livello europeo devono continuare a promuovere le misure adottate a livello nazionale a sostegno della strategia Europa 2020.

Numerosi professionisti, direttori di servizi, politici ed (ex) utenti dei servizi si dedicano appieno a migliorare la qualità della vita delle persone affette da disturbi di salute mentale e

vorremmo ringraziare in particolare chi fra di loro ha contribuito alla presente relazione. Tuttavia, c'è ancora un ampio margine d'azione e l'ESN si è impegnata a collaborare con i propri membri e con gli altri attori per migliorare la qualità della vita delle persone affette da problemi di salute mentale e a promuovere il benessere mentale per tutti.

Glossario

Inclusione attiva

Concetto politico elaborato dalla Commissione europea che consta di tre componenti: (1) un adeguato sostegno al reddito; (2) un mercato del lavoro inclusivo; (3) l'accesso a servizi di qualità. Nel 2008, la Commissione ha pubblicato una "raccomandazione" indirizzata agli Stati Membri che comprendeva linee guida politiche per la messa a punto di politiche di inclusione attiva.⁷⁴

Assistenza nella comunità

Qualsiasi tipo di assistenza, supervisione e riabilitazione al di fuori del contesto ospedaliero attuato da operatori socio-sanitari in seno alla comunità (OMS: Atlas, 2001). L'assistenza nella comunità è associata alla fornitura di servizi e all'assistenza a domicilio invece che presso un istituto.⁷⁵

Disabilità

Qualsiasi limitazione (dovuta a disturbi o a lesioni) della capacità di svolgere un'attività secondo le modalità considerate normali per un essere umano.⁷⁶

Discriminazione

La Direttiva europea 2000/78/EC del 27 novembre 2000, che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, definisce un quadro generale per contrastare la discriminazione sulla base di religione o credo, disabilità, età o orientamento sessuale in ambito professionale o occupazionale. Gli Stati Membri hanno dovuto adottare le leggi, i regolamenti e le disposizioni amministrative necessarie a soddisfare i requisiti di questa direttiva entro 2 dicembre 2003.

1. Ai fini della presente direttiva, per "principio della parità di trattamento" si intende l'assenza di qualsiasi discriminazione diretta o indiretta basata su uno dei motivi di cui all'articolo 1.

2. Ai fini del comma 1:

a) sussiste discriminazione diretta quando, sulla base di uno qualsiasi dei motivi di cui all'articolo 1, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga;

b) sussiste discriminazione indiretta quando una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una posizione di particolare svantaggio le persone che professano una determinata religione o ideologia di altra natura, le persone portatrici di un particolare handicap, le persone di una particolare età o di una particolare tendenza sessuale, rispetto ad altre persone.

⁷⁴ Raccomandazione della Commissione Europea del 3 ottobre 2008 sull'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro (notificato con il documento numero C(2008) 5737). Disponibile online al sito: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:EN:NOT>.

⁷⁵ OMS (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

⁷⁶ OMS (1980) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

Europa 2020

La strategia dell'Unione Europea per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva nel corso dei prossimi 10 anni. Tale crescita viene perseguita attraverso sette iniziative fondamentali. L'UE ha fissato cinque obiettivi in materia di occupazione, ricerca e sviluppo, cambiamento climatico ed energia, povertà ed esclusione sociale. Annualmente gli Stati Membri devono rendere conto dei progressi compiuti e delle politiche messe a punto; la Commissione emana raccomandazioni mirate ai singoli stati e analizza i progressi complessivi.⁷⁷

Salute mentale

Valutazione del pensiero, delle percezioni e del funzionamento individuale e collettivo della popolazione, delle organizzazioni e delle comunità. Le società traggono benefici sociali ed economici dalla buona salute mentale dei loro componenti⁷⁸.

Servizi di salute mentale⁷⁹

Le patologie a carico della salute mentale possono influenzare vari aspetti della vita di un individuo, compresa la sistemazione abitativa, il lavoro, le relazioni e il benessere fisico. I professionisti che si occupano di salute mentale operano in contesti socio-sanitari, per il trattamento dei disturbi emotivi o psicologici, e presso servizi di salute mentale specialistici, per il trattamento dei disturbi più gravi. Si tratta di medici generici e specialisti, infermieri di comunità specializzati in salute mentale, psicologi clinici, psichiatri, psicoterapeuti e assistenti sociali. In passato, c'era una distinzione tra assistenza di base per le patologie mentali (medici di base e infermieri di comunità specializzati) e servizi specialistici (psichiatri o psicologi clinici). Nonostante le differenze nell'organizzazione dei servizi in Europa, sembra si sia diffusa la tendenza a fornire servizi specialistici presso centri diurni o a domicilio.

Personalizzazione

Permettere al singolo o a gruppi di persone di trovare soluzioni personalizzate e di partecipare alla fornitura del servizio. I cittadini passano da utenti passivi a soggetti attivi che contribuiscono a selezionare e strutturare il servizio che ricevono.⁸⁰

Povertà

La Commissione europea definisce "a rischio povertà" quei nuclei familiari il cui reddito è inferiore al 60% del reddito mediano nazionale. In base a tale definizione, 80 milioni di persone nell'UE, ossia il 16% della popolazione, sono attualmente considerate a rischio povertà⁸¹.

Presenteismo

"Si definisce presenteismo il calo di produttività causato da un rendimento inferiore al previsto dei dipendenti sul lavoro a causa di una qualsiasi patologia. Mentre i costi dell'assenteismo vengono studiati a lungo, le ricerche in materia di costi associati al presenteismo sono recenti"⁸².

Recupero

"Un processo molto personale e unico di cambiamento dell'atteggiamento, dei valori, delle

⁷⁷ Commissione Europea (2010) Strategia Europa 2020, Comunità Europee. Informazioni disponibili al sito: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

⁷⁸ Corey L. e Keyes M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, no. 2.

⁷⁹ Parte delle informazioni utilizzate per la presente definizione è stata presa dal sito: <http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/encyclopaedia/m/article/mentalhealthservices>

⁸⁰ Governo scozzese (2009) Changing Lives, Service Development Group. Disponibile online al sito: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>

⁸¹ Iniziativa Europa 2020: piattaforma europea contro la povertà e l'esclusione sociale. Disponibile online al sito: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=en>

⁸² Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Available online at: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

percezioni, degli obiettivi, delle competenze e/o dei ruoli di un individuo. Questo processo permette di condurre una vita soddisfacente, proficua e promettente nonostante i limiti causati dalla patologia. Il recupero implica l'individuazione di un nuovo significato e di nuovi scopi nella propria vita mentre si superano gli effetti catastrofici delle patologie mentali".⁸³ Il recupero può essere sociale o totale. Nel recupero sociale, il paziente mostra ancora segni e sintomi clinici che, tuttavia, non gli impediscono di prendere parte alla vita sociale. Nel recupero totale, non sussiste più alcun sintomo e il paziente non ha più bisogno di alcuna terapia psichiatrica.⁸⁴ Per gli utenti del servizio, il recupero è un'esperienza vissuta mentre per i professionisti esso costituisce il processo al quale si orienta il loro lavoro.

Esclusione sociale

La preclusione ai cittadini facenti parte di una società dei diritti sociali, politici e civili ovvero l'impossibilità per gruppi d'individui di partecipare alla vita politica, economica e sociale della comunità.⁸⁵

Stigma

Una serie di condizioni, atteggiamenti o comportamenti negativi che spingono un individuo o un gruppo d'individui a temere, evitare o discriminare le persone che presentano determinate caratteristiche. Lo stigma può assumere una duplice forma: lo stigma pubblico, ovvero la reazione della popolazione nei confronti delle persone affette da disturbi mentali, e l'auto-stigma, ovvero il pregiudizio delle persone affette da disturbi mentali nei confronti di se stesse e delle proprie famiglie⁸⁶.

⁸³ William Anthony, Direttore del Boston Center for Psychiatric Rehabilitation. Disponibile online al sito: <http://www.mhrecovery.com/definition.htm>

⁸⁴ Recovery DK, What does recovery mean? Disponibile online al sito: <http://www.recoverydk.dk/>

⁸⁵ Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

⁸⁶ Corrigan P.W. e Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Bibliografia

Ahonen G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Economic impact of working ability') in Martimo, K-P. et al. (Eds) *Työstä terveyttä (Health at work)*, Työterveyslaitos (Finnish Institute of Occupational Health), 36-46.

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

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

Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

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

Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. and Bebout R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.

Brown S., Kim M., Mitchell C. and Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

Central Statistical Office of Poland (2010) Labour Force Survey in Poland, III Quarter 2009. Available online at: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.

Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, *American Journal of Health Promotion* 19(6), 1-11.

Corey L. and Keyes, M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior* 43, 207-222.

Corrigan P.W., Markowitz F.E. and Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Council of the European Union (2000) Council Directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, Official Journal L 303, 02/12/2000 P. 0016 – 0022.

Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. and Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

European Commission (2009) Green Paper on the European Workforce for Health. Available online at: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm.

European Commission (2008) Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (2008/867/EC). Available online at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:EN:PDF>.

European Communities (2008) European Pact for Mental Health and Well-Being. Available online at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

Farkas M., Interview conducted by Lise Jul Pedersen, Danish users' movement. Available online at: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. This interview is part of a DVD provided for training purposes to social services staff at the Municipality of Aarhus, Denmark.

Grammenos S. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003) *Illness, disability and social inclusion*, Luxembourg: European Communities. Available online at: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. and Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

Jackson Y, Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. and Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

Knapp M., McDaid D. and Parsonage M. (2011) *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*, Department of Health.

Levin-Epstein J. (2005) *Presenteeism and paid sick days*. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Available online at: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. and Rayner M. (2006) *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union*, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer MC., Brugha T., Azorin, J.M., Kilian,R., Hansen,K. and Toumi, M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

McDaid D. (2011) Background document for the Thematic Conference on Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces, Luxembourg: European Communities.

McDaid D., Zechmeister I., Kilian R. Medeiros H., Knapp M., Kennelly B. and the MHEEN Group (2008) *Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems*, LSE PSSRU.

Perkins R. and Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin* 26, 295-298.

O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. and Caria A. (2010) Background document for the Thematic Conference on Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being, Luxembourg: European Communities.

Sainsbury Centre (2007) *Mental Health at Work: Developing the business case*. Available online at: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

Sayce L. and Curran C. (2007) *Tackling social exclusion across Europe in Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sobocki P., Jönsson B., Angst J. and Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

Special Eurobarometer (2010) 345/Wave 73.2 *Mental Health –TNS Opinion & Social*.

Topor A. (2002) *Vendepunkter ('Turning points')*, Videnscenter for Socialpsykiatri (Centre of Knowledge on Social Psychiatry), 1. Udgave (First edition).

Topor A. (2004) *Fra patient til person ('From patient to person')*, Akademisk Forlag (Academic Publishers), 1. Udgave (First edition).

UN General Assembly, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (2007) Resolution adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106. Available online at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>.

Vanderplasschen W. (2004) The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

Wilken J. P. and Hollander D. (2005) *Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach*, SWP Publishers Amsterdam.

WHO (2005) End human rights violations against people with mental health disorders, Geneva. Available online at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>.

Fonti online

British Telecom's "Workfit Positive Mentality" Programme:

<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>

Condition Management Programme (CMP), UK:

http://library.nhsggc.org.uk/mediaAssets/Leaflets/nhsggc_leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf

Equality and Human Rights Commission, UK:

<http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>

International Community for Hearing Voices. Available online at:

<http://www.intervoiceonline.org/>

Masto project, Finland: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto

Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Available online at:

<http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>

National Programme for training and improved employment of people with permanent disabilities, Bulgaria: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>

PROTECT project, Ireland: <http://www.hse.ie>

WRAP project, Ireland: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap>

Documenti correlati

Department of Health (2011) *Making it happen A guide to delivering mental health promotion*, Department of Health publications.

Dornan et al. (2010) *The Wellness Imperative Creating More Effective Organizations*, WEF.

European Commission (2004) *The state of Mental Health in the European Union*, European Communities. Available online at:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf

European Commission (2010) *Europe 2020 strategy*, European Communities. Information available at: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

European Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (notified under document number C(2008) 5737). Available online at:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:EN:NOT>.

Knapp et al. (2008) *Economics, mental health and policy: An overview*, PSSRU, LSE.

Link G. Bruce and Phelan C. Jo (2001) *Conceptualizing Stigma*, *Annual Review of Sociology* 27, 363-385.

Local Government Improvement and Development (2010) The role of local government in promoting wellbeing, Local Government Group.

McDaid (2008) Mental Health in Workplace Settings Consensus paper, Luxembourg: European Communities.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Business case: Promoting Mental Wellbeing at work, NICE public health guidance.

Perkins R., Farmer P. and Litchfield P. (2009) Realising ambitions: Better employment support for people with a mental health condition A review to Government, Department for Work and Pensions.

Scottish Government (2009) Changing Lives, Service Development Group. Available online at: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>

Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

WHO (2011) Impact of economic crises on mental health, World Health Organisation, Geneva.

WHO (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. World Health Organisation, Geneva.

WHO (1980) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). World Health Organisation, Geneva.

www.esn-eu.org

Il presente documento mira a diffondere la conoscenza e la formazione accumulate dal gruppo di lavoro dell'ESN sulla salute mentale e dal Patto europeo sul benessere e la salute mentale. I temi affrontati sono diversi e strettamente correlati: lo stigma, i servizi centrati sulla persona, la partecipazione al mercato del lavoro e la promozione della salute mentale. Lo studio si pone anche l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica non solo sull'impatto sociale ma anche su quello economico e delle problematiche di salute mentale alla luce della Strategia Europa 2020.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
United Kingdom

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org