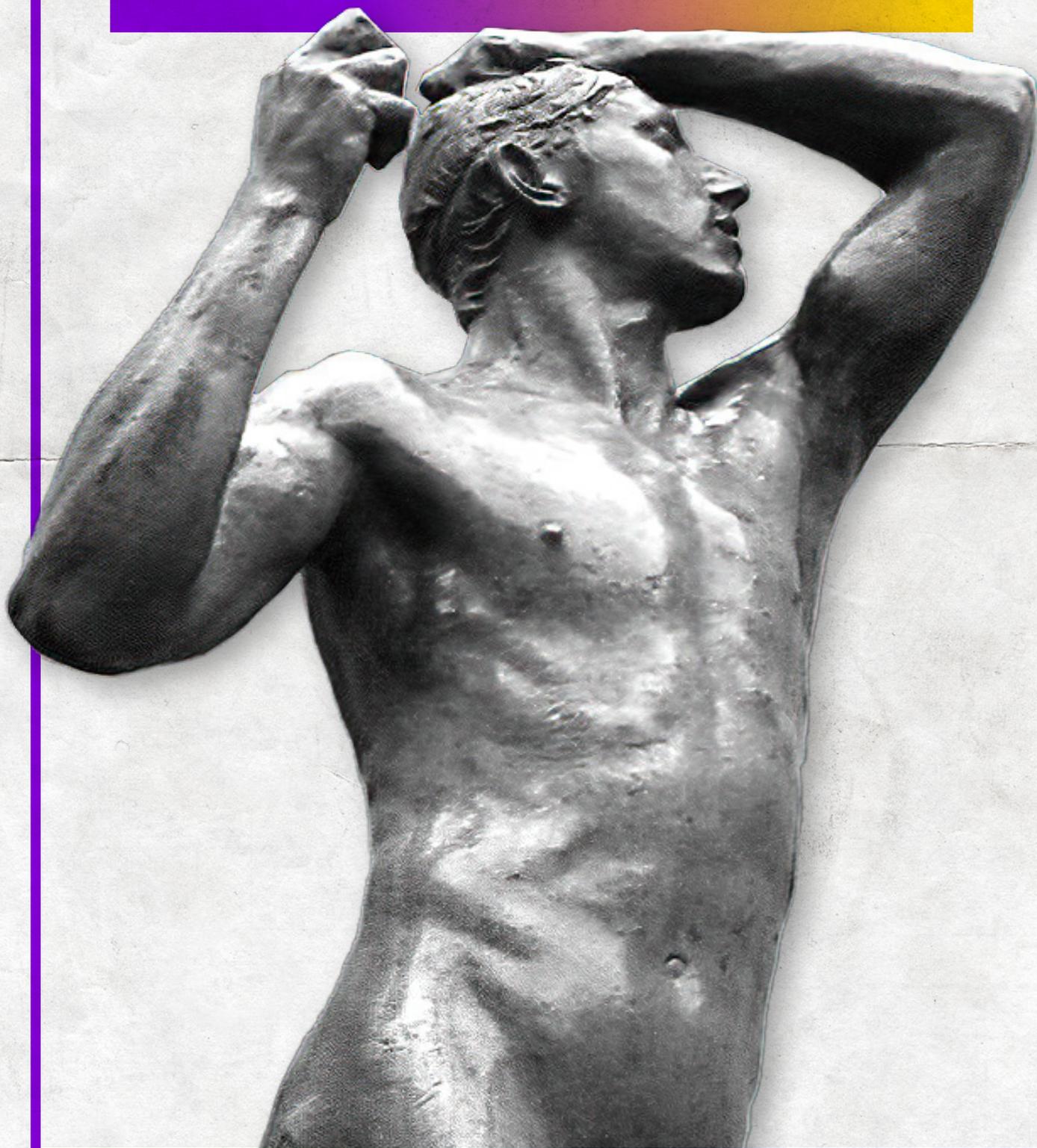




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia  
Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere  
comunicazioni sulla pubblicazione  
del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

**4** L'antica ed irrisolta antinomia  
tra curare l'individuo e proteggere  
l'ordine pubblico  
di Cerveri G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**11** Rimodulazione delle attività riabilitative  
presso una CRA pubblica: descrizione di  
un'esperienza sul territorio lomellino  
di Figliano G., Verlich M., Quassolo R.,  
Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.

**21** Invidia degli dei e delle dee nell'antichità  
e nell'età moderna  
di Loi M.

**31** "Qua la zampa Estell"  
Esperienza innovativa di Educazione  
Assistita dall'Animale come integrazione  
e collaborazione tra servizi  
di Luchetta G.A., Colledello S., Durbano F.

**40** L'esperienza del Gruppo Dipartimentale  
Lavoro Niguarda: studio prospettico  
descrittivo  
di Morganti C., Chinelli A., Cardullo A.,  
Lamperti M., Lanzo F., Prezioso M.,  
Scanu S., Porcellana M., Percudani M.

**51** Utilizzo di Esketamina nel trattamento  
della Depressione Resistente: dati  
preliminari sull'esperienza del  
Dipartimento di Salute Mentale e  
Dipendenze ASST LODI  
di Pinto M., Arienti V., Ferrari M.,  
Magnani G., Marasco M., Vercesi M.,  
Saenz M., Cerveri G.

**56** Sviluppo di un modello di integrated  
care management per pazienti con gravi  
disturbi mentali e rischio cardiovascolare  
di Salvi V., Sessini M., Cogrossi S., Rosiello R.

**67** La violenza diretta contro l'operatore  
sanitario  
di Toscano M

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**77** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

**Il Case Management: catalizzatore di  
cambiamento e di crescita professionale  
Report sull'applicazione di una  
metodologia di lavoro in un DSM  
e riflessioni sui risultati attesi e sui  
risultati ottenuti**  
di Compagnone M., Brisicella R.,  
Dentici D., Tasinato S., Dionisio G.,  
Pastore M., Rossi F.

**88** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Bildungsroman: ATS AITeRP cresce**  
di Fioletti B., Fossati E.M., Scagliarini V.

### SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

**92** La Psichiatria e la difficile e forse  
impossibile riduzione della complessità  
**Riflessioni a un anno dall'omicidio di  
Barbara Capovani**  
di Amatulli A. e Borghetti S.

IN COPERTINA: *Letà del bronzo, Auguste Rodin 1875 - 1876*

© Daniel Ulrich, Threedots / [Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Threedots) / CC-by-sa-2.0-de

# L'esperienza del Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda: studio prospettico descrittivo

*Morganti C.\*; Chinelli A.\*; Cardullo A.\*;  
Lamperti M.\*; Lanzo F.\*; Prezioso M.\*;  
Scanu S.\*; Porcellana M.\*; Percudani M.\**

## ABSTRACT

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDLN) è un'equipe multi professionale costituitasi nel 2007, in concomitanza con il primo progetto innovativo PIR-TR 106 2006-2008. Mira all'integrazione socio-lavorativa dei soggetti fragili in carico ai servizi territoriali del DSMD, attraverso il coinvolgimento e lo sviluppo della rete locale, alla definizione di buone prassi e alla promozione, all'interno dei Servizi Dipartimentali, di metodi validi e procedure omogenee nella valutazione e gestione dei percorsi di integrazione lavorativa.

Nel presente studio verranno illustrati i risultati di attività del GDLN dell'anno 2023. Per monitorare i percorsi di integrazione lavorativa degli utenti in carico, il funzionamento globale, il cambiamento desiderato e gli esiti sono state utilizzate le seguenti scale cliniche: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), Work STAR™.

Nel periodo considerato, dei 237 utenti in carico, la maggioranza (n=107; 45.1%) ha usufruito dell'attivazione di uno strumento di sostegno lavorativo (Tirocinio Fondo Sociale, supporto ricerca autonoma, invio a formazione, gruppi Integralavoro, Futuro al Lavoro, Dote mantenimento, Dote Emergo, CELAV, Azioni di rete, altri Progetti); 36 (15.2%) di due e 14 (5.9%) di tre strumenti.

35 utenti (14.8%) sono stati assunti a tempo determinato, di cui 19 (8.0%) con L68; 21 (2.1%) sono stati assunti a tempo indeterminato, di cui 16 (6.8%) con L68; 14 (5.9%) in convenzione articolo 14, 9 (3.8%) per

lavoro occasionale; 5 (2.1%) in apprendistato e 2 (0.8%) in libera professione. Al follow-up a 12 mesi (T1), 112 utenti (47.3%) hanno mantenuto l'occupazione, 10 (4.2%) hanno terminato il contratto, 9 (3.8%) sono stati licenziati, 8 (3.4%) si sono dimessi.

Per quanto riguarda le variabili testali, sono stati evidenziati miglioramenti statisticamente significativi in tutti gli items della Work STAR™, in particolare negli items W1 (Competenze lavorative ed esperienza) e W3 (Competenze correlate alla ricerca del lavoro) ed in 11 items della HoNOS suggerendo una correlazione tra l'attivazione di percorsi d'inclusione socio-lavorativa ed un miglioramento del funzionamento complessivo del paziente.

**Premessa:** L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro

*(Costituzione della Repubblica Italiana, art. 1).*

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

*(Costituzione della Repubblica Italiana, art. 4).*

## INTRODUZIONE

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDLN) è un'equipe costituitasi nel 2007, in concomitanza con il primo progetto innovativo PIR-TR 106 2006-2008, e sulla base delle esperienze di operatori dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale che fin dagli anni '80 si occupavano di progetti d'inserimento lavorativo degli utenti in carico. Esperienze che rispondevano al crescere della cultura della riabilitazione e alle indicazioni del Progetto Obiettivo Regionale 2002-2004, che considerava obiettivo riabilitativo prioritario l'inserimento lavorativo degli utenti con diagnosi psichiatrica (Spivak, 1987; Milanese, 1992; Bulgarini, 1992).

La particolare articolazione territoriale del nostro Dipartimento ha comportato la formazione di un gruppo di lavoro costituito da diverse figure professionali appartenenti alle equipe dei servizi di cura del DSMD (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, coordinati da un medico psichiatra).

Il GDLN mira all'integrazione socio-lavorativa dei soggetti fragili in carico ai servizi territoriali del DSMD, attraverso il coinvolgimento e lo sviluppo della rete locale, alla definizione di buone prassi e alla promozione, all'interno dei Servizi Dipartimentali, di metodi validi e procedure omogenee nella valutazione e gestione dei percorsi di integrazione lavorativa (Barone, 2013; Fioritti, 2015).

## FUNZIONI E ATTIVITA' DEL GDLN

Il GDLN si riunisce mensilmente con l'obiettivo di coordinare e integrare le proprie azioni, nonché condividere eventuali aggiornamenti sui progetti in corso.

Gli operatori del GDLN:

- svolgono attività di scouting, con l'obiettivo di ampliare e potenziare le opportunità formative e lavorative per le persone con disagio mentale, tramite un'azione di ricerca e contatto con le realtà aziendali, formative e del terzo settore presenti sul territorio milanese;
- sviluppano, promuovono e mantengono rapporti diretti con istituzioni, enti accreditati, terzo settore,

fondazioni e associazioni, e con realtà lavorative, quali grandi e piccole aziende;

- effettuano interventi di mediazione lavorativa per le situazioni problematiche e di monitoraggio continuativo dei percorsi degli utenti presi in carico;
- valutano, ed eventualmente promuovono, la possibilità di riconoscimento delle fragilità del soggetto in carico da parte delle istituzioni preposte (INPS), attraverso il supporto nelle pratiche relative agli accertamenti sanitari di Invalidità Civile (Legge 102), Legge 68/99 (residue capacità lavorative ai fini del Collocamento Mirato) e Legge 104/92 (handicap);
- si occupano di rilevazione e analisi degli esiti dei percorsi formativo-lavorativi degli utenti coinvolti.

Il percorso d'inserimento lavorativo si colloca all'interno del progetto individuale di cura e *recovery* dell'utente, con l'obiettivo di fargli acquisire una maggiore autonomia e qualità di vita.

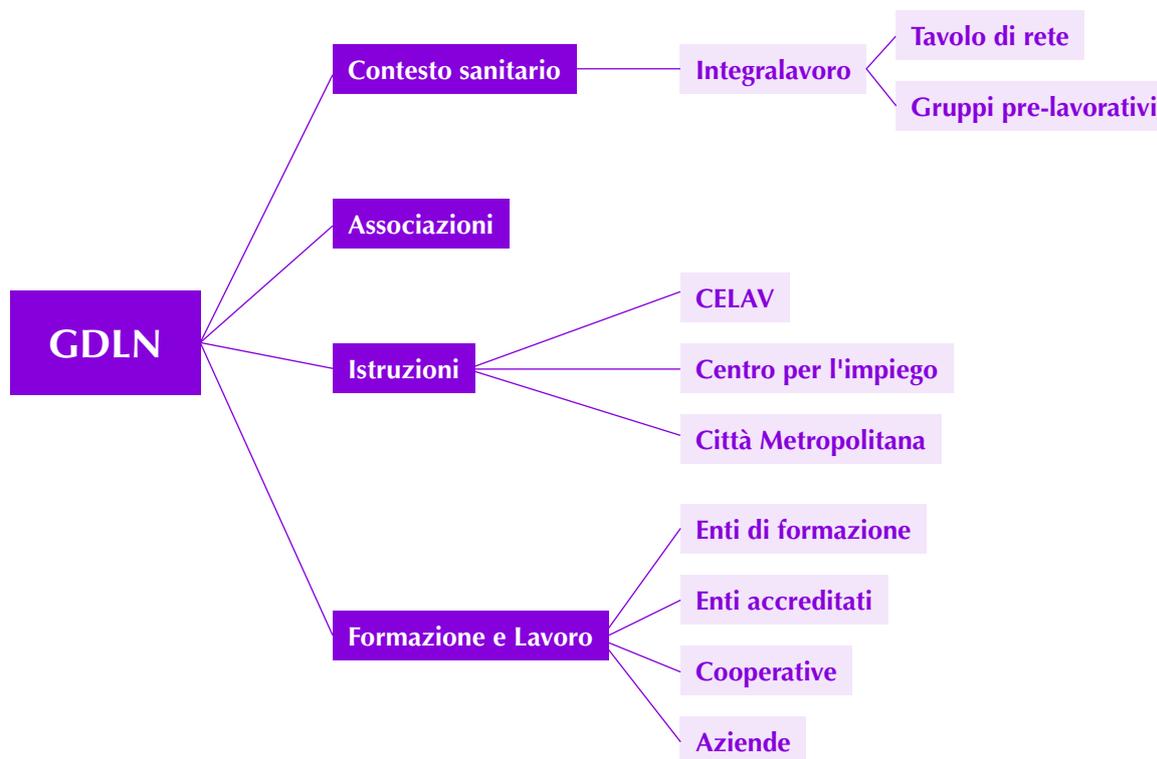
La metodologia adottata è denominata "train and place", e prevede l'esposizione graduale a stimoli, contesti e obiettivi adeguati alle risorse e alle fragilità attuali del paziente preso in carico, differenti da caso a caso (Oasi, 2011).

Ci si avvale di cooperative e imprese sociali per l'attivazione e il monitoraggio di progetti di inclusione socio-lavorativa.

Il GDLN opera in un network cittadino che promuove l'integrazione socio-lavorativa degli utenti dei DSMD sul territorio cittadino (vedi *figura 1*).

Nella città di Milano dal 2009 è presente il PIR TR 106 – Integralavoro, che promuove un modello organizzativo volto a sostenere, riorganizzare ed ottimizzare la rete dei Servizi per l'inclusione lavorativa della città di Milano. Tale modello promuove un'equa distribuzione delle risorse tra tutti gli utenti presi in carico dai DSMD milanese (Vanzetto, 2024)

Figura 1.



## METODOLOGIA

Il paziente è segnalato e presentato all'operatore del GDLN che opera all'interno del servizio territoriale (CPS/Comunità terapeutiche) da parte dell'equipe di riferimento. Ogni operatore del GDLN gestisce i pazienti in carico al proprio servizio territoriale di appartenenza (sono rappresentati i 3 CPS adulti – Cherasco, Litta, Plebisciti, CPS giovani – Livigno, un CRA e il progetto di etnopsichiatria).

### CRITERI DI INVIO:

- utente con percorso di Presa in carico;
- paziente in età lavorativa (18-67 anni);
- buon compenso clinico;
- presenza di abilità di base, relazionali e sociali (cura del sé, autonomia negli spostamenti, puntualità...)
- paziente inoccupato/disoccupato o con necessità di mediazione per il mantenimento del posto di lavoro;
- paziente a rischio di perdita del lavoro.

L'operatore del GDLN valuta l'idoneità dell'invio,

tramite l'osservazione e la valutazione delle abilità di base del paziente, e delle sue capacità relazionali. Ricostruisce la storia formativa e lavorativa, effettua il bilancio delle attuali competenze professionali.

Analizza e valuta le aspettative per definire obiettivi realizzabili.

Se il percorso d'integrazione lavorativa risulta non ancora sostenibile da parte dell'utente, si concorda con il paziente e con l'equipe di riferimento l'eventuale coinvolgimento in attività riabilitative finalizzate all'acquisizione delle abilità e competenze necessarie.

Quando la persona è idonea, si procede alla definizione del progetto individualizzato, attraverso colloqui di orientamento, coinvolgimento in attività propedeutiche al lavoro, inclusione in gruppi tematici organizzati da progetti ed enti esterni al servizio di cura, attivazione di tirocini osservativi/lavorativi, individuazione di percorsi di riqualificazione professionale, invio ad enti e servizi accreditati per il lavoro.

Il paziente è supportato e monitorato dall'operatore del GDLN durante tutte le fasi dell'esperienza, attraverso colloqui periodici individuali, riunioni di rete con gli enti coinvolti, visite presso la sede di tirocinio e/o lavoro.

La presa in carico del soggetto non si conclude con l'ottenimento di un contratto lavorativo, ma procede in ottica di mantenimento dello stato di benessere attraverso incontri finalizzati al problem-solving di difficoltà relazionali e di gestione dello stress emersi nel contesto lavorativo.

Il monitoraggio dell'esperienza può prevedere l'inclusione del lavoratore in attività riabilitative proposte dal servizio di cura, parallele all'impegno lavorativo.

## IL PROGETTO

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDNL) ha utilizzato una modalità di raccolta dati per monitorare i percorsi di integrazione lavorativa degli utenti in carico, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento globale, del cambiamento desiderato e degli esiti.

A tal fine, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales;
- VGF: Valutazione Globale del Funzionamento;
- Work STAR™.

La HoNOS è una scala largamente utilizzata a livello internazionale per la valutazione routinaria di gravità e dell'esito (Wing, 1998, 1999; Lora, 2001) ed in alcuni Paesi (Australia, Nuova Zelanda, Canada e Regno Unito) fa parte integrante dei sistemi informativi nazionali, oltre ai dati di attività.

È costituita da 12 items ed ha carattere multidimensionale, valutando non solo problemi di tipo clinico, ma anche di carattere psicosociale.

È compilata dall'operatore che ha in carico il paziente, a partire da tutte le fonti di informazione a disposizione (colloqui con il paziente e i familiari, diari clinici, riunioni sul caso, ecc.).

I dodici items valutano la gravità dei problemi nelle diverse aree. Ciascun item ha un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problemi gravi o molto gravi): mentre il punteggio 1 indica che un problema è presente, ma la sua gravità è ridotta e non è necessario alcun tipo di intervento, i punteggi 2-3-4 in tutti gli items dovrebbero essere considerati indicatori della necessità di un intervento terapeutico o sociale o assistenziale. È possibile raggruppare i 12 items in quattro sottoscale: problemi comportamentali (items 1-3), impairment (item 4-5), sintomi (items 6-8) e problemi sociali (items 9-12).

La VGF valuta il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico dell'individuo su una scala da 0 a 100, nell'ambito di un continuum salute - malattia mentale (Jones, 1995).

La Work STAR™ è uno strumento di valutazione elaborato da Triangle Consulting nel 2017. (Work STAR™ Triangle Consulting Social Enterprise Ltd).

Verte su sette aree, ad ognuna delle quali è assegnato un numero, che corrisponde visivamente ad un ramo della STAR: competenze lavorative ed esperienza (WS 1), aspirazione e motivazioni (WS 2), competenza correlate alla ricerca del lavoro (WS 3), stabilità (WS 4), competenze di base (WS 5), abilità sociali e correlate al posto di lavoro (WS 6), salute e benessere (WS 7).

Nel valutare ogni singola area, si analizza il percorso sostenuto da un processo di cambiamento, attraverso cinque fasi, ognuna caratterizzata da un valore numerico: blocco (punteggio 1-2), accettazione dell'aiuto (punteggio 3-4), crederci e provarci (punteggio 5-6), apprendimento (punteggio 7-8), basarsi sulle proprie forze (punteggio 9-10).

Le fasi di compilazione della Stella consistono nel segnare per ogni area il punto in cui il paziente si trova nel percorso di cambiamento, per poi unire i punti con lo scopo di ottenere un'immagine delle aree che vanno bene e delle aree che causano difficoltà.

Questa immagine aiuterà sia il paziente sia l'operatore a concordare su quali aree lavorare e iniziare a pensare a quali cambiamenti fare ragionando anche sul tipo di supporto necessario.

Successivamente si passa alla compilazione del Piano d'azione che corrisponde all'individuare un'area prioritaria col punteggio rispettivo, l'obiettivo successivo, le azioni da intraprendere (indicando anche da chi verranno svolte ed entro quando).

Nel progetto sono stati inclusi gli utenti valutati e seguiti dagli operatori del GDLN nell'anno 2023. L'intenzione è stata quella di valutare gli esiti del percorso di avvicinamento al lavoro sul funzionamento psico-sociale degli utenti coinvolti.

## RISULTATI

Nell'anno 2023 gli utenti in carico al GDLN sono stati 237, 136 (57.4%) femmine e 101 (42.6%) maschi, segnalati dai servizi territoriali del DSMD: 69 (29.1%) dal CPS Livigno, 62 (26.2%) dal CPS Litta, 55 (23.2%) dal CPS Cherasco, 36 (15.2%) dal CPS Plebisciti, 10 (4.2%) dal CRA Besta e 5 (2.1%) dal Progetto di Etnopsichiatria.

Sono soprattutto giovani con età tra 18-24 anni (n=59; 24.9%), mentre le altre fasce d'età sono così distribuite: 24-34 anni (n=58; 24.5%); 35-44 anni (n=56; 23.6%); 45-54 anni (n=43; 18.1%); 55-67 (n=21; 8.9%).

Le diagnosi prevalenti sono un Disturbo dello spettro Schizofrenico (ICD10 F20-29) n=89, 37.6% o un Disturbo di Personalità (ICD10 F60-69): n=69; 29.1%.

Tra la presa in carico al Servizio territoriale e la segnalazione al GDLN sono trascorsi in media 4.28 anni (range 0-28; ds 5.53).

Per quanto riguarda la scolarità, 106 utenti (44.7%) hanno un diploma di scuola superiore, 82 (34.6%) di scuola media inferiore, 25 (10.5%) un attestato professionale, 20 (8.4%) sono laureati e 4 (1.7%) hanno una licenza elementare.

Al momento della presa in carico del GDLN, 168 persone (70.9%) avevano un'invalidità civile, 9 (3.8%) in corso di riconoscimento; 162 (68.4%) avevano riconosciuta la Legge 68/99, 12 (5.1%) ne avevano in corso il riconoscimento.

Al To, 114 pazienti (48.1%) erano disoccupati, mentre

107 (45.1%) avevano un'occupazione e 16 (6.8%) erano studenti.

Nel corso dell'anno 2023, la maggioranza (n=107; 45.1%) ha usufruito dell'attivazione di uno strumento di sostegno lavorativo (Tirocinio Fondo Sociale, supporto ricerca autonoma, invio a formazione, gruppi Integralavoro, Futuro al Lavoro, Dote mantenimento, Dote Emergo, CELAV, Azioni di rete, altri Progetti); 36 (15.2%) di due e 14 (5.9%) di tre strumenti.

Infine, 35 (14.8%) sono stati assunti a tempo determinato, di cui 19 (8.0%) con L68; 21 (2.1%) sono stati assunti a tempo indeterminato, di cui 16 (6.8%) con L68; 14 (5.9%) in convenzione articolo 14, 9 (3.8%) per lavoro occasionale; 5 (2.1%) in apprendistato e 2 (0.8%) in libera professione.

L'articolo 14 contenuto nel D.Lgs. 276/2003 ha come finalità l'inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati e dei lavoratori disabili definiti "deboli" tramite lo strumento delle Convenzioni stipulate su base territoriale tra i Servizi (Centro per l'Impiego - Servizio Occupazione Disabili SOD), le Cooperative Sociali di tipo B e/o Miste, i Consorzi e le Imprese associate o aderenti ad associazioni datoriali. Le imprese conferendo alcune commesse alle Cooperative Sociali possono coprire una parte della quota d'obbligo di assunzione dei lavoratori disabili prevista dalla L.68/99.

La maggioranza dei nuovi occupati (21.1%, n=50) è stata assunta in Azienda, 31 persone (13.1%) in Cooperative di tipo B, 5 (2.1%) in Cooperative di tipo A, un utente è stato assunto da un Ente pubblico.

A 12 mesi (T1), 112 utenti (47.3%) hanno mantenuto l'occupazione, 10 (4.2%) hanno terminato il contratto, 9 (3.8%) sono stati licenziati, 8 (3.4%) si sono dimessi.

Per quanto riguarda le variabili testali, al reclutamento (To) la maggioranza (n=157; 66.2%) presentava punteggi alla VGF inferiori a 60; mentre al T1 la maggioranza (140; 59.1%) presentava punteggi maggiori di 60.

I punteggi Work STAR™ sono riassunti in *Tabella 1*.

Le medie dei punteggi delle scale HoNOS e Work

STAR™ sono state confrontate mediante Test T per campioni appaiati, con miglioramenti statisticamente significativi in tutti gli items della Work STAR™, in particolare negli items W<sub>1</sub> (Competenze lavorative ed

esperienza, delta 0.63) e W<sub>3</sub> (Competenze correlate alla ricerca del lavoro, delta 0.60) e in 11 items della HoNOS (Tabella 2.)

Tabella 1. Punteggi Work STAR™

| Work STAR™  | Punteggi                                | T0 n (%)  | T1 n (%)  |
|---|---|-----------|-----------|
| W1 Competenze lavorative ed esperienza            | <b>1-2</b> Blocco                       | 12 (5.1)  | 6 (2.5)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 57 (24.1) | 47 (20.3) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 81 (34.2) | 76 (32.1) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 45 (19.0) | 51 (21.5) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 35 (14.8) | 50 (21.1) |
| W2 Aspirazione e motivazione                      | <b>1-2</b> Blocco                       | 9 (3.8)   | 5 (2.1)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 56 (23.6) | 52 (21.9) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 86 (36.3) | 70 (29.5) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 60 (25.3) | 69 (29.1) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 19 (8.0)  | 35 (14.8) |
| W3 Competenze correlate alla ricerca del lavoro   | <b>1-2</b> Blocco                       | 23 (9.7)  | 10 (4.2)  |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 83 (35.0) | 75 (31.6) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 61 (25.7) | 66 (27.8) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 44 (18.6) | 50 (21.1) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 19 (8.0)  | 30 (12.7) |
| W4 Stabilità                                      | <b>1-2</b> Blocco                       | 15 (6.3)  | 6 (2.5)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 56 (23.6) | 54 (22.8) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 93 (39.2) | 75 (31.6) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 53 (22.4) | 71 (30.0) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 12 (5.1)  | 25 (10.5) |
| W5 Competenze di base                             | <b>1-2</b> Blocco                       | 7 (3.0)   | 6 (2.5)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 44 (18.6) | 44 (18.6) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 80 (33.8) | 63 (26.6) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 58 (24.5) | 68 (28.7) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 41 (17.3) | 50 (21.1) |
| W6 Abilità sociali e correlate al posto di lavoro | <b>1-2</b> Blocco                       | 13 (5.5)  | 6 (2.5)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 60 (25.3) | 57 (24.1) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 79 (33.3) | 70 (29.5) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 58 (34.5) | 67 (28.3) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 20 (8.4)  | 31 (13.1) |
| W7 Salute e benessere                             | <b>1-2</b> Blocco                       | 11 (4.6)  | 7 (3.0)   |
|   | <b>3-4</b> Accettazione aiuto           | 49 (20.7) | 49 (20.7) |
|   | <b>5-6</b> Crederci e provarci          | 98 (41.4) | 71 (30.0) |
|   | <b>7-8</b> Apprendimento                | 62 (26.2) | 88 (37.1) |
|   | <b>9-10</b> Basarsi sulle proprie forze | 10 (4.2)  | 16 (6.8)  |

**Tabella 2. Punteggi medi delle scale HoNOS e Work STAR™ a T0 e T1**

|  | T0   | T1   | P (t)           |
|--|------|------|-----------------|
| <b>HoNOS</b>   |      |      |                 |
| H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati                    | 0,51 | 0,30 | 0.000 (5,743)   |
| H2 comportamenti autolesivi  | 0,16 | 0,11 | 0.060 (1,888)   |
| H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe                             | 0,25 | 0,17 | 0.004 (2,941)   |
| H4 problemi cognitivi  | 0,77 | 0,67 | 0.001 (3,452)   |
| H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica                             | 0,75 | 0,63 | 0.000 (4,607)   |
| H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri                                     | 0,76 | 0,59 | 0.000 (4,032)   |
| H7 problemi legati all'umore depresso  | 1,41 | 1,12 | 0.000 (5,689)   |
| H8 altri problemi psichici e comportamentali                                     | 2,09 | 1,71 | 0.000 (8,556)   |
| H9 problemi relazionali  | 1,96 | 1,75 | 0.000 (4,385)   |
| H10 problemi nelle attività della vita quotidiana                                | 1,58 | 1,26 | 0.000 (5,201)   |
| H11 problemi nelle condizioni di vita  | 1,22 | 0,98 | 0.000 (5,566)   |
| H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative | 0,96 | 0,67 | 0.000 (5,108)   |
| <b>WORK STAR</b>   |      |      |                 |
| W1 Competenze lavorative ed esperienza   | 5,67 | 6,30 | 0.000 (-10,397) |
| W2 Aspirazione e motivazione   | 5,68 | 6,20 | 0.000 (-8,990)  |
| W3 Competenze correlate alla ricerca del lavoro                                  | 5,06 | 5,66 | 0.000 (-12,022) |
| W4 Stabilità   | 5,49 | 6,01 | 0.000 (-9,281)  |
| W5 Competenze di base  | 6,16 | 6,51 | 0.000 (-6,380)  |
| W6 Abilità sociali e correlate al posto di lavoro                                | 5,59 | 6,03 | 0.000 (-7,789)  |
| W7 Salute e benessere  | 5,55 | 6,02 | 0.000 (-7,414)  |

## DISCUSSIONE

Il nostro lavoro su questo campione di soggetti presi in carico, evidenzia una correlazione tra l'attivazione di percorsi d'inclusione socio-lavorativa e un miglioramento del funzionamento complessivo del paziente come testimoniano i risultati ottenuti dalla somministrazione delle tre scale.

È il percorso di presa in carico che ha portato a miglioramenti da un punto di vista clinico, sociale, psicologico. Il percorso di presa in carico inerente al progetto di inserimento lavorativo infatti può prevedere un lavoro di affiancamento dell'utente su diversi livelli: sostegno nello sviluppo delle abilità sociali, supporto di tipo psicoeducativo, sviluppo della tenuta emotiva, necessarie a sostenere un contesto lavorativo in tutta la sua complessità.

Inoltre i periodici momenti di monitoraggio, durante il percorso d'inserimento lavorativo, attraverso colloqui con lo psichiatra di riferimento, aiutano l'utente a mantenere uno stato di stabilizzazione da un punto di vista clinico aumentando lo stato di benessere nel suo complesso.

Il progetto lavorativo infatti sembra sviluppare nel paziente una maggiore compliance ed attivare maggiormente la rete dei professionisti all'interno del servizio, tale rete con le relative competenze funge da sostegno del progetto lavorativo anche se tale attivazione e relativo maggior coinvolgimento dell'utente non è detto che necessariamente porterà come esito ad un'assunzione ma sembra comunque contribuire, dato il grande investimento sopra descritto da parte dell'utente e dei professionisti che lo affiancano, ad un miglioramento complessivo del suo funzionamento, come dimostrato dai risultati delle scale somministrate.

Inoltre il confronto da parte dell'utente con contesti reali come sedi di tirocini, enti di formazione aziende cooperative esercita una funzione di convalida o messa in crisi di tale funzionamento.

È comunque da ritenersi un ottimo risultato la percentuale di assunti dell'anno (35 soggetti).

La relazione tra l'operatore del GDLN e l'utente, ha contribuito al progresso sulla scala del cambiamento della Work STAR™ nelle aree relative alla motivazione aspirazioni legati al desiderio di lavorare e alle competenze di base correlate alla ricerca del lavoro, comprensive di un aumento delle abilità sociali.

Nel corso dei 12 mesi indagati si è assistito a una riduzione della gravità clinica (v. item H1, H6, H7, H8) e ad un aumento della capacità di prendersi cura efficacemente della propria salute e del proprio benessere (v. miglioramento statisticamente significativo nell'item 7 della Work STAR™). Il percorso di integrazione lavorativa promosso dal nostro DSMD si inserisce direttamente all'interno della presa in carico globale del soggetto con fragilità psichiche, attraverso la costante collaborazione e integrazione tra i clinici – medico psichiatria e/o psicoterapeuta – e le figure deputate alla riabilitazione (TeRP ed educatori), che spesso sono proprio gli stessi operatori del GDLN.

La possibilità di modulare gli interventi di integrazione lavorativa e di effettuare un lavoro riabilitativo trasversale sulle competenze deficitarie ha sostenuto un incremento delle abilità sociali correlate al posto di lavoro (essere puntuali, avere un abbigliamento adeguato al contesto, comportarsi assertivamente con responsabili e colleghi, ecc.), con un miglioramento statisticamente significativo nell'area W6 e un aumento degli utenti che a T1 si collocano nelle fasi di "Apprendimento" e "Basarsi sulle proprie forze".

Esponendo gradualmente la persona a nuovi contesti e ambienti, il percorso di inserimento lavorativo ha comportato un ingaggio sul fronte delle relazioni interpersonali: in alcuni casi, il lavoro con l'utente si è concentrato proprio sul supporto alla relazione con i colleghi e le figure di responsabilità nel contesto lavorativo, che si è tradotto in miglioramenti significativi nelle aree relative ai "problemi relazionali" (HoNOS item 9).

Dall'analisi della Work STAR™ si evince che a T0 la maggior parte dei pazienti si colloca nella fase del

“Crederci e provarci” in 5 aree (su 7): si ritiene utile in questa sede evidenziare l'importanza della presenza di motivazione e di speranza in una realistica possibilità di lavorare fin dalla presa in carico da parte degli operatori del GDLN. Se è vero che la segnalazione al percorso può incidere positivamente sull'uscita dalla fase di “Blocco” ( $W_2$  a  $T_0 = 9$ , a  $T_1 = 5$ ), la metodologia adottata mira a supportare gli utenti nel coltivare ambizioni più realistiche e nel modulare le proprie aspettative inerenti il lavoro, rendendole coerenti al proprio progetto di vita globale.

Oltre a una diminuzione del numero di utenti che si trovano nella fase di “Blocco”, si assiste ad un incremento, per tutte le aree indagate dalla scala, di coloro che si collocano nella situazione di “Apprendimento” e del “Basarsi sulle proprie forze”.

La scelta preferenziale della metodologia train and place, con l'esposizione graduale del paziente a proposte considerate “affrontabili” per la sua situazione attuale, si ritiene sia stata determinante nell'incrementare le competenze lavorative e l'esperienza (attraverso formazione specifica, tirocini osservativi, stage finalizzati, ecc.), nonché le competenze correlate alla ricerca del lavoro (con il supporto all'elaborazione del Curriculum Vitae, nella ricerca di opportunità e nella candidatura a colloqui) – come emerge dalle aree  $W_1$  e  $W_3$ .

## CONSIDERAZIONI FINALI

Il percorso di integrazione lavorativa si qualifica quindi come una risorsa nel progetto terapeutico – riabilitativo individuale.

Il successo di un percorso di inclusione lavorativa dipende anche dalla valutazione del contesto ambientale: non è detto che una persona non possa lavorare in assoluto, può essere che non possa lavorare in un determinato contesto.

Il nostro obiettivo come operatori specializzati è quello di collocare la persona giusta al posto giusto, tenendo un vertice privilegiato sul mantenimento del benessere soggettivo.

La rete delle organizzazioni per l'inserimento lavorativo

è articolata è complessa, si tratta di organizzazioni con mandati e con prerogative specifiche.

Il mandato di questi Enti, Servizi, Organizzazioni (Sod, Afol Metropolitana, Enti accreditati, Agenzie Lavoro, Centri di formazione, Cooperative, Comune di Milano, Fondazioni, Sindacati, Associazioni, Commissioni medico legali ATS) ne definisce gli obiettivi, le responsabilità e le competenze è indispensabile per i professionisti del settore conoscerlo e dividerlo.

Tra noi operatori non sempre il mandato istituzionale dei diversi Enti è conosciuto e/o chiaro.

Noi operiamo per includere dei cittadini tenendo conto che si tratta di cittadini, pazienti e lavoratori. Il nostro approccio al matching (risorse-utente / candidato) non deve basarsi su una motivazione meramente strumentale “aumentare la disponibilità economica dell'utente” ma deve prevedere un processo di matching condiviso fra gli operatori della cura, operatori del polo, utente, famiglia.

È un approccio basato sul progetto individuale con una diversa gestione del tempo (più serena ed equilibrata) che deve tener conto della storia personale dell'utente nello sviluppo del percorso. Non deve essere esclusivamente strumentale al bisogno economico dell'utenza.

Il processo di matching non si configura come una semplice aggancio del paziente candidato/lavoratore alle realtà del mondo del lavoro. Si tratta di un percorso, continuamente rielaborato, verificato e monitorato, che diventa un processo e un percorso di significazione non separato da una gestione terapeutica legata al contesto sanitario dei servizi di cura.

Il nostro è un lavoro di regia del percorso di matching, dobbiamo saper rapportarci / confrontarci con molti e diversi interlocutori perché ci muoviamo dentro una geografia di riferimenti che è ampia e mutevole. Dobbiamo orientarci per sapere orientare in questa complessità.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Costituzione della Repubblica italiana aggiornato alla legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1* (G.U. n. 44 del 22 febbraio 2022), [www.senato.it/pubblicazioni](http://www.senato.it/pubblicazioni).
2. Spivak M. (1987). *Introduzione alla riabilitazione psicosociale. Teoria, tecnologia e metodi di intervento*. Riv Sper Fren, CXI, III, 552-524.
3. Milanese G., Brusa L., Stucchi T. (1992). *Riabilitazione Psicosociale e Lavoro*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
4. Bulgarini G. (1992). *Persona, Psicosi & Lavoro*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
5. Barone R., Bruschetta S., D'Alema M. (2013). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
6. Fioritti A., Trono, V. (2015). *Nuove proposte per l'inserimento lavorativo. L'esperienza dell'IPS*.
7. Oasi O., Rosatti F., Cerati G. (2011). *Riabilitare in psichiatria. Un'esperienza con il metodo train and place all'interno di un dipartimento di salute mentale*. *Psichiatria e Psicoterapia*, 30, 2, 91-106.
8. Vanzetto S., Quarenghi A., Varinelli A. et al. *Longitudinal outcomes of a work inclusion program in mental health departments in the city of Milan*. *Int J Soc Psychiatry*. 2024 May;70(3):507-517. doi: 10.1177/00207640231217177. Epub 2024 Feb 5.
9. Wing J.K., Beever A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S., Burns A. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Research and development. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:11-8. doi: 10.1192/bjp.172.1.11. PMID: 9534825.
10. Wing J.K., Curtis R.H., Beever A. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Glossary for HoNOS score sheet. *Br J Psychiatry*. 1999 May;174:432-4. doi: 10.1192/bjp.174.5.432. PMID: 10616611.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

### CORRISPONDENZA

[carla.morganti@ospedaleniguarda.it](mailto:carla.morganti@ospedaleniguarda.it)

- 
11. Lora A., Bai G., Bianchi S., et al.: *The Italian version of HoNOS, a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services*. *Epidemiologia e psichiatria Sociale*. 2001; 10(3): 198-2004.
  12. Jones S.H., Thornicroft G., Coffey M., Dunn G.: *A Brief Mental Health Outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)*. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166(5):654-659.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### Segretario:

Carlo Fraticelli

#### Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

#### Consiglieri eletti:

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### RAPPRESENTANTI

##### Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### Membri di diritto:

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni