



12

LAVORO E PSICHE  
Un progetto sperimentale  
per l'integrazione  
lavorativa di persone con  
gravi disturbi psichiatrici

QUADERNI  
DELL'OSSERVATORIO



fondazione  
cariplo

## LAVORO E PSICHE

Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa  
di persone con gravi disturbi psichiatrici

Rapporto di ricerca a cura di  
Paolo Canino, Gian Paolo Barbetta, Stefano Cima,  
Filippo Petrolati

Collana "Quaderni dell'Osservatorio" n.12 Anno 2013

Questo quaderno è scaricabile dal sito [www.fondazionecariplo.it/osservatorio](http://www.fondazionecariplo.it/osservatorio)

Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi  
disturbi psichiatrici is licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso  
modo 3.0 Unported License.

Doi: 10.4460/2013quaderno12





# INDICE

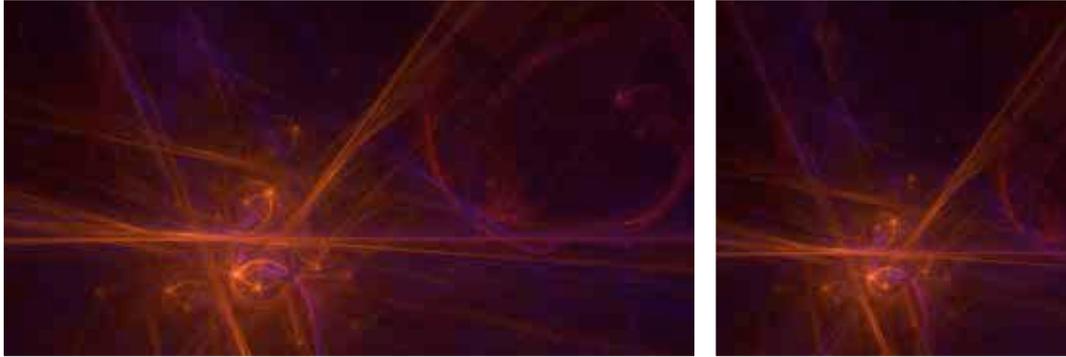


*Dedicato a Eugenio Riva*



## INDICE

PREMESSA	6
EXECUTIVE SUMMARY	8
1. IL PROGETTO LAVORO E PSICHE	10
1.1 Le fasi del progetto	10
1.2 I destinatari	10
1.3 Il coach	12
1.4 I Tavoli Tecnici	20
1.5 La valutazione	32
2. GLI EFFETTI DI LAVORO E PSICHE	36
2.1 Identificazione e misurazione degli effetti	36
2.2 Sintesi dei risultati	37
2.3 Alcune riflessioni conclusive	46
3. SOSTENIBILITÀ DEL MODELLO NELLE POLITICHE REGIONALI	48
3.1 I costi del modello Lavoro e Psiche e del Sistema Dote	48
3.2 Una proposta per l'inserimento del modello Lavoro e Psiche nelle politiche regionali	54
4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	62
BIBLIOGRAFIA	66



### **Io sono una risorsa**

*Io sono una risorsa.  
Nonostante i miei giganteschi errori,  
non sono un errore del software umano,  
anzi se sciorinassi tutto il mio sapere  
necessiterei di giorni per esaurirlo;  
se poi vi volessi male,  
narrando la mia esperienza concreta,  
mi dovrete dedicare almeno un mese.  
Eppure ho un approccio socratico  
alla conoscenza,  
per cui sia lo studio mai smetterò,  
sia mai di vivere esperienze finirò,  
e tutto questo accadrà  
fino al mio ultimo respiro.  
La mia follia,  
la mia reale follia  
è che sono un uomo in cerca di sé e  
della Verità.  
Per questo mio cammino così singolare  
in questo periodo spazio-temporale  
della dimensione umana,  
nonostante dovrebbe essere motivo di esistenza  
di ogni uomo,  
io erro tutti i giorni,  
dato che la via non è battuta,  
ma tutti i giorni anche mi risollevo  
e continuo il mio sentiero.*

*Così ho compreso che la meta  
è la strada stessa  
ed essa è fatta di istanti,  
ognuno dei momenti presenti che  
sommati fanno la nostra vita,  
possono in realtà essere perfetti e  
dunque per questo essere la meta,  
dipende solo con che occhi li viviamo  
e con che cuore li sentiamo.  
Ogni volta che lavoro,  
ogni volta che fatico,  
mi trovo a pensare a tali profonde verità  
e anche lì trovo il sorriso  
e mi sento libero  
di vivere fino al midollo,  
cooperando armonicamente  
con l'universo che mi circonda  
che esso corrisponda alle mie amate colleghe  
o a uno dei tanti medici che ho conosciuto  
nella mia lunga storia da paziente.  
Tuttavia  
adesso che ho il pane  
desidero anche le rose.  
Io sono una risorsa.  
Non un errore.  
Una semplice complicatissima risorsa.  
Quando potrò giocare veramente le mie carte?*

*Aleo Antonino Carlo*

## PREMESSA

Il numero di persone affette da disturbi psichiatrici è in costante aumento; in Regione Lombardia gli utenti in contatto con i Servizi sono oltre 130.000, e di questi circa il 25% soffre di un disturbo grave, che è spesso causa di isolamento e di esclusione sociale. Uno degli aspetti più problematici per tali soggetti è costituito dalla mancanza di lavoro, considerato uno strumento fondamentale e necessario di autonomia e riabilitazione in grado di sottrarre queste persone al circuito dell'assistenza, con significativi vantaggi per la collettività e per le aziende.

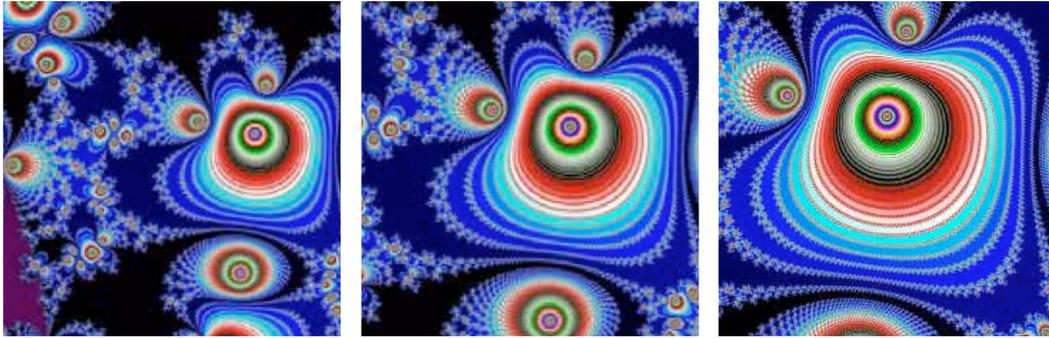
Malgrado l'acquisizione di consapevolezza da parte delle istituzioni circa la rilevanza del problema, la recente normativa favorevole e l'avvio di alcune buone esperienze di integrazione, le opportunità di lavoro per i pazienti psichiatrici gravi restano molto scarse. Tale situazione è dovuta a un complesso di fattori, tra i quali, le difficoltà oggettive legate alle caratteristiche della patologia, lo stigma sociale connesso alla malattia mentale e l'assenza di integrazione tra i diversi servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, che faticano a dare risposte personalizzate ai bisogni complessi dei pazienti psichiatrici.

In questo contesto, la Fondazione Cariplo ha deciso di promuovere e finanziare il progetto Lavoro e Psiche con l'obiettivo di testare l'efficacia e la sostenibilità economica di un modello innovativo per l'integrazione lavorativa delle persone affette da disturbi psichiatrici gravi mettendolo a confronto con quello utilizzato attualmente Lombardia. All'interno del progetto, i diversi ruoli che la Fondazione Cariplo ha scelto di svolgere attraverso la propria azione si sono manifestati nella loro forma più piena: la Fondazione ha, infatti, concepito e promosso l'intervento (soggetto anticipatore), ha ottenuto il consenso di una vasta compagine sociale e istituzionale (soggetto catalizzatore) e ha affidato a un soggetto esterno un rigoroso processo di analisi dell'impatto del progetto (soggetto sperimentatore).

L'iniziativa ha ottenuto il sostegno della Regione Lombardia ed è stata coordinata da un Comitato di Indirizzo composto da Fondazione Cariplo, Regione Lombardia (Direzioni Generali Salute, Istruzione Formazione e Lavoro, Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato), Federsolidarietà (Federazione Cooperative Sociali aderenti a Confcooperative), Urasam (Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale), Assolombarda (Associazione di Imprese), Ala Sacco (Agenzia Lavoro e Apprendimento dell'Ospedale "Luigi Sacco" di Milano - ente attuatore) e ASVAPP (Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche - valutatore indipendente).

Questo lavoro chiude il ciclo progettuale, descrivendo - a uso dei *policy maker* e della vasta comunità degli operatori interessati all'argomento - il modello

Si ringraziano i membri del Comitato di Indirizzo: Mauro Emilio Percudani, Maria Teresa De Filippi, Maria La Salandra, Lia Bottini, Lorella Sfondrini, Dario Cassata, Omar Piazza, Giovanni Ciniselli, Teodoro Maranesi, Andrea Quarenghi, Valeria Innocenti, Alberto Martini, Valerio Canzian, Eugenio Riva; tutti gli operatori territoriali dei servizi socio-sanitari e del lavoro e tutti i componenti dei Tavoli Tecnici con particolare riguardo ai coordinatori: Daniela Manlis, Luciano Nicoli, Raffaele Casamenti, Ornella Kauffmann, Vittorio Sosio, Mario Ballantini, Luciana Faldrini. Un ringraziamento particolare è inoltre rivolto ai referenti scientifici: Maria Teresa Ferla, Massimo Rabboni, Gianfranco Cason, Antonio Mastroeni; ai 4 *coach* coordinatori: Carlo Mariani, Marianna Pappalardo, Davide Moncecchi, PierFrancesco Tironi; e agli altri 11 *coach*.



applicato, i suoi risultati (attivazione al lavoro, occupazione e condizioni psico-fisiche dei pazienti), i relativi costi (comparati con quelli dei servizi ordinari) e una proposta operativa per il suo inserimento nelle politiche attive del lavoro regionali.

Questo lavoro è il frutto di una rielaborazione di tre rapporti di ricerca:

- *Tavoli tecnici per la salute mentale. L'esperienza del Progetto Lavoro e Psiche nell'ambito degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale di 4 Asl di Regione Lombardia*, curato da G. Meloni (2013) di PMLAB;
- *Lavoro e Psiche I risultati e le lezioni apprese dallo studio controllato randomizzato*, curato da Alberto Martini, Fabio Dusio, Luigi Nava e Fabio Sandrolini (2013) dell'ASVAPP;
- *Il Modello Lavoro & Psiche all'interno delle politiche regionali per l'inserimento socio-lavorativo di disabili psichici*, curato da M. Samek Lodovici e N. Orlando (2013), dell'Istituto per la Ricerca Sociale.

L'interpretazione dei risultati ottenuti è completa responsabilità degli autori.

## EXECUTIVE SUMMARY

Il quaderno si apre con la descrizione delle caratteristiche e dei tratti distintivi del modello Lavoro e Psiche, con particolare riferimento: i) alla nuova figura professionale – il *coach* – introdotta nell'ambito dei servizi per l'inserimento lavorativo; ii) al ruolo svolto dai Tavoli Tecnici attivati dagli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale dei territori coinvolti nella sperimentazione; iii) al disegno della valutazione dell'intervento mediante uno studio controllato randomizzato. Successivamente è approfondito il disegno valutativo, sono esposti i risultati sui pazienti (capitolo 2) e gli esiti dell'analisi sulla sostenibilità economica del modello all'interno delle politiche regionali per l'inserimento lavorativo delle persone affette da disturbi psichiatrici (capitolo 3). Infine, nel quarto capitolo, sono riassunte alcune riflessioni conclusive riguardanti le principali lezioni apprese dalla sperimentazione.

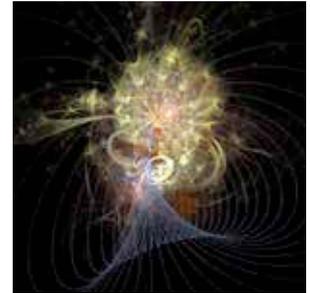
Il Progetto Lavoro e Psiche è stato disegnato fin dal principio con l'intento esplicito di aumentare e diffondere la conoscenza sul tema dell'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbi psichici. Appare quindi naturale interrogarsi, al termine del progetto, sulle lezioni apprese dalla sperimentazione, sia relativamente agli effetti del progetto sui pazienti, sia alle tecniche per la realizzazione di studi randomizzati in campo sociale, in sintesi:

- il modello di intervento sperimentato con il Progetto Lavoro e Psiche evidenzia un risultato positivo (pari a circa il 15%, dopo 24 mesi di trattamento) e statisticamente significativo sul tasso di attivazione dei pazienti beneficiari. Tale risultato dipende dall'effetto positivo dell'intervento dei *coach* sulla probabilità di svolgere tirocini finalizzati all'inserimento lavorativo, mentre, a 24 mesi di distanza dall'arruolamento, non appare significativo l'effetto del trattamento sulla probabilità di trovare un lavoro retribuito;
- da un punto di vista economico, tale modello risulta integrabile e sostenibile all'interno delle politiche regionali di promozione dell'inserimento lavorativo delle persone disabili, essendo le risorse necessarie al suo finanziamento inferiori a quelle complessivamente allocate dalla recente Programmazione Regionale per il finanziamento del Sistema *Dote lavoro*;
- la decisione di valutare gli effetti del progetto attraverso un vero e proprio esperimento sociale ha consentito di evitare un'interpretazione non corretta dei risultati principali del progetto;
- la complessità delle problematiche affrontate all'interno di un esperimento sociale e l'aspetto umano e soggettivo, insito in tale sperimentazione, devono essere prudenzialmente considerati e possibilmente limitati in un disegno dell'intervento il più possibile definito e "standardizzato". Se si intende orientare il *policy maker*, infatti, è indispensabile che il trattamento sperimentato sia innovativo, in linea con la normativa e le priorità di programmazione pubblica, compatibile con le risorse a disposizione, ma soprattutto ben identificato e definito;
- in un esperimento sociale controllato è possibile il verificarsi di un "effetto compensativo" (noto in letteratura come *John Henry effect*) a favore dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo che porta a sottostimare i risultati del progetto; anche nel nostro caso, la randomizzazione degli individui all'interno di unità territoriali in cui convivono la condizione di soggetto "sperimentale" e quella di soggetto "di controllo" pare avere prodotto una contaminazione fra i due gruppi a vantaggio del gruppo di controllo, soprattutto durante i primi mesi di realizzazione del progetto. Disegni sperimentali diversi (ad esempio randomizzando l'assegnazione del trattamento a intere unità territoriali, i CPS) avrebbero forse potuto limitare l'effetto compensa-



tivo; tuttavia, questi disegni alternativi sarebbero stati esposti a differenti – e più gravi – criticità (ad esempio, il gruppo sperimentale e quello di controllo sarebbero stati trattati da equipe diverse, introducendo delle differenze difficilmente valutabili);

- l'implementazione di uno studio controllato randomizzato in campo sociale richiede inoltre il consenso e l'appoggio delle istituzioni sin dalla sua ideazione, pone questioni etiche da risolvere e da sottoporre agli organi competenti e richiede la disponibilità di evidenza empirica sufficiente per una corretta valutazione dei risultati.



Altri elementi di riflessione emersi dalla realizzazione e dai risultati del progetto riguardano tre aspetti strettamente legati al modello d'intervento, per cui rimangono aperti alcuni interrogativi: i destinatari, lo scopo e la durata del trattamento.

Per quanto riguarda i primi due aspetti, sin dal momento in cui si sono stabiliti i criteri di accesso al progetto è emerso un profondo dibattito sulla tipologia di soggetti affetti da disturbi psichici per i quali era possibile immaginare, come realistico, l'obiettivo del lavoro retribuito. Alla luce dei risultati raccolti, ci sembra ragionevole (ri)proporre come spunto di riflessione per i soggetti (operatori sanitari, operatori sociali, *policy maker*, ecc.) che in futuro affronteranno il tema dell'integrazione lavorativa dei disabili psichici la seguente domanda:

- *il lavoro retribuito può essere davvero un obiettivo realistico per tutte le tipologie di pazienti considerate ammissibili all'interno del Progetto Lavoro e Psiche?*

Riguardo alla durata del trattamento, infine, le informazioni raccolte durante l'implementazione del progetto evidenziano i seguenti aspetti: i) il modello di intervento del Progetto Lavoro e Psiche si caratterizza per una fase iniziale, a volte anche abbastanza lunga, in cui l'oggetto di lavoro dei *coach* è soprattutto la creazione di una doppia "alleanza" (con il paziente e con l'equipe sanitaria che lo ha in cura) riguardo all'obiettivo esplicito del percorso di integrazione lavorativa del progetto individuale d'inserimento; ii) il trattamento di 2 anni, pur avendo innescato un percorso di attivazione del paziente caratterizzato da esperienze pre-lavorative (i tirocini) significativamente più frequenti di quanto si sarebbe registrato senza il trattamento, non sembra essersi concluso, in modo significativamente più frequente, con un lavoro retribuito; iii) solo nei mesi successivi al 24-esimo sembra iniziare una sorta di sostituzione fra tirocinio e lavoro retribuito. In considerazione di tali elementi, rimane aperto il seguente interrogativo:

- *due anni sono davvero l'orizzonte temporale ottimale per un intervento volto all'inserimento lavorativo di un paziente affetto da un grave disturbo psichico?*

Gli aspetti più significativi del progetto possono essere così sintetizzati:

1. la presenza di una nuova figura professionale interamente dedicata all'inserimento lavorativo (il *coach*) che, in sinergia con i servizi territoriali, promuove tutti gli interventi funzionali a un percorso di integrazione lavorativa efficace e personalizzato;
2. l'attivazione di Tavoli Tecnici dedicati all'integrazione lavorativa di soggetti con disturbi psichiatrici all'interno degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) della Regione Lombardia (circolare regionale 19/san del 2005);
3. il disegno di valutazione che, mediante l'utilizzo di una metodologia rigorosa (lo studio controllato randomizzato), misura gli effetti dell'intervento sulla condizione lavorativa e sullo stato di benessere complessivo dei pazienti psichiatrici coinvolti.

Prima di entrare nel merito di ciascuno di questi aspetti sintetizziamo le principali informazioni sull'articolazione, la tempistica e i destinatari del progetto.

### 1.1 Le fasi del progetto

Il progetto ha preso avvio nel 2008 e si conclude, con questo rapporto finale, a metà del 2013. Le attività che l'hanno caratterizzato si sono articolate in tre fasi:

1. la progettazione partecipata delle linee guida dell'intervento e la selezione di quattro OCSM della Regione Lombardia: nel 2008 il Comitato di Indirizzo, che ha coordinato e monitorato il progetto, ha elaborato e presentato ai potenziali interlocutori le specifiche linee guida. Grazie a una scheda di selezione e a una serie di incontri dedicati, sono stati individuati, con la collaborazione della Direzione Generale Salute della Regione Lombardia, i Tavoli Tecnici degli OCSM delle Province di Bergamo, Como e Sondrio, oltre a quello dell'ASL Milano 1, quali territori più idonei a realizzare il progetto;
2. la sperimentazione del modello di intervento: tra il 2009 e il 2012 il progetto è stato sperimentato nei 4 OCSM selezionati che, oltre ai diversi servizi ed enti territoriali preposti all'integrazione socio-lavorativa di persone affette da disturbi psichiatrici, coinvolgono direttamente e operativamente anche 8 Aziende Ospedaliere e 29 Centri Psico Sociali (CPS);
3. la diffusione dei risultati (e del modello): sin dalla seconda metà del 2012 si è provveduto ad avviare una fase di riflessione sulla sperimentazione allo scopo di definirne e rilevarne i risultati dal punto di vista degli esiti sui pazienti, della sostenibilità economica e della trasferibilità nelle politiche attive del lavoro regionali.

### 1.2 I destinatari

I destinatari dell'intervento sono stati i pazienti psichiatrici in trattamento nei CPS (centri psico sociali) di ciascuna Azienda Ospedaliera. I requisiti per l'inclusione e i motivi di esclusione considerati dalle équipes curanti nella scelta delle persone da coinvolgere nel progetto sono stati i seguenti:



### Criteri d'inclusione

1. Diagnosi di disturbo psichico grave, con riferimento alla classificazione ICD<sup>1</sup> 10: schizofrenia (F2), disturbo bipolare (F31) e disturbi di personalità gravi (disturbo *borderline* di personalità F60.3, disturbo schizoide di personalità F60.1, disturbo paranoide di personalità F60.0) che abbiano manifestato almeno una volta una sintomatologia psicotica.
2. Età compresa tra i 18 e i 50 anni.
3. Rapporto stabile e continuativo da almeno 6 mesi con un'Unità Operativa di Psichiatria, nell'ambito di un percorso di cura che comporti la "presa in carico" con la formulazione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) e la presenza della figura del *case manager*<sup>2</sup>.
4. Compenso psichico da almeno 6 mesi e buona *compliance* alle cure.
5. Nessuna occupazione o tirocinio nei 3 mesi precedenti l'arruolamento.
6. Motivazione e attitudine a intraprendere un percorso di integrazione lavorativa.

### Criteri di esclusione

1. Ritardo mentale medio (F71), grave (F72) oppure profondo (F73).
2. Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive (F10/19).
3. Patologia organica che precluda la possibilità di seguire le diverse tappe del percorso d'integrazione lavorativa e/o la partecipazione alle interviste previste nel protocollo di valutazione.

<sup>1</sup> La classificazione ICD (*International Classification of Diseases*) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2008).

<sup>2</sup> Il Piano Regionale per la Salute Mentale (Direzione Generale Sanità, 2004) indica come percorso di cura appropriato per gli utenti affetti da disturbi psichiatrici gravi e portatori di bisogni complessi il modello della "presa in carico", caratterizzato dall'integrazione di specifiche attività cliniche e riabilitative. Il percorso è fondato su un Piano di Trattamento Individuale e necessita di una funzione di "garanzia" svolta dalla figura del *case manager*, che il Piano Regionale identifica come il "referente complessivo del progetto, che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del percorso nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione".

È interessante sottolineare che questo tipo di soggetti, e di conseguenza i destinatari del progetto, non sono sempre in possesso del riconoscimento di invalidità civile. Il progetto, infatti, ha scelto di rivolgersi anche ai giovani all'esordio della malattia, per i quali la richiesta di certificazione di invalidità civile spesso incontra giustificate resistenze.

### 1.3 Il coach

L'approccio di Lavoro e Psiche si è caratterizza per un'attenzione all'inserimento socio-lavorativo dei pazienti psichiatrici che parte dalla sanità per arrivare al lavoro. Il percorso prevede infatti di conciliare benessere e bisogno di cura e terapie del paziente psichiatrico con l'offerta di opportunità di esperienze lavorative effettivamente percorribili. Il progetto ruota intorno alla figura del *coach*, specializzata nell'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici, ma strettamente collegata all'equipe che li segue dal punto di vista socio-sanitario. Tale figura garantisce anche lo "snodo" tra i diversi servizi del territorio nell'ambito dei percorsi d'inserimento lavorativo progettati. La selezione, la formazione, la supervisione e l'affiancamento dei *coach* è curata da un *team* di specialisti, coordinati dall'Agenzia Lavoro e Apprendimento (ALA) dell'Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco"<sup>3</sup> di Milano.

Gli altri elementi caratterizzanti del modello sono: 1) la disponibilità del Fondo *ad personam*, un fondo cui i *coach* "possono attingere per attivare tutti gli interventi funzionali a un percorso di integrazione lavorativa efficace e personalizzato"<sup>4</sup> e 2) la presenza di un attivo monitoraggio post-inserimento lavorativo del paziente da parte dei *coach*.

La Figura 1.1 illustra il percorso di sostegno all'inserimento lavorativo previsto da Lavoro e Psiche. Il *flow-chart* evidenzia, da una parte, la rilevanza dei servizi di diagnosi e cura all'inizio e in tutti i momenti di snodo del progetto, dall'altra, la presa in carico del paziente da parte dei *coach* durante il percorso d'inserimento. La mediazione tra queste due parti, garantita dalla supervisione di ALA Sacco, è considerata fondamentale dai *coach* per la definizione e la riuscita del progetto d'inserimento lavorativo.

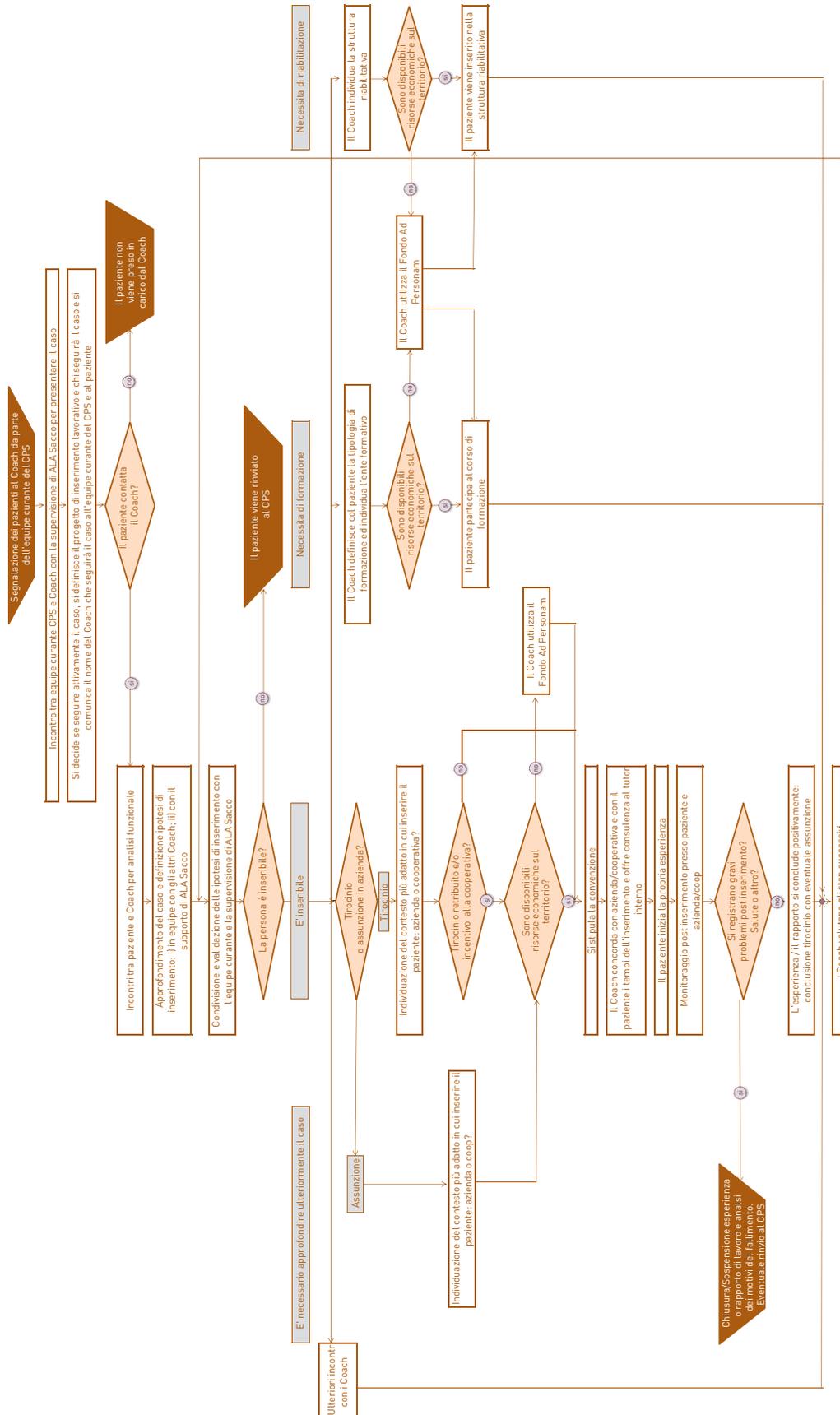
I *coach* sono professionisti qualificati in grado di valutare le potenzialità lavorative di ogni paziente psichiatrico e, su tale base, condividere e pianificare con l'equipe curante un percorso di integrazione lavorativa da realizzare in conformità a un Piano di Trattamento Individuale.

3 ALA-Sacco (Agenzia Lavoro e Apprendimento dell'Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco" di Milano) – è un servizio territoriale specialistico pubblico che si occupa da più di dieci anni dell'integrazione lavorativa dei disabili psichici. Ha partecipato alla realizzazione di vari progetti per l'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici gravi, in collaborazione con la Regione Lombardia (Progetto Innovativo Regionale: TR19), con la Provincia di Milano (Progetti: DAIA, Liberamente e Cooperazione), con il Comune di Milano (Progetto Mosaico, Il futuro al lavoro e altri), con Fondazione Cariplo (Cooperazione, Liberamente e altri). Inoltre ha partecipato all'ideazione e collaborato alla realizzazione del progetto europeo Equal-Itaca.

4 Comitato di Indirizzo del progetto Lavoro e Psiche, 2008.



Figura 1.1 – Il percorso di inserimento lavorativo nel modello Lavoro & Psiche





Ciascuno dei 15 *coach* complessivamente reclutati ha preso in carico per due anni una media di 10 pazienti psichiatrici (157 complessivamente) e ha avuto a disposizione un fondo *ad personam* (per un valore massimo di €6.000 per paziente), attraverso il quale ogni paziente ha potuto usufruire dei servizi funzionali all'integrazione lavorativa messi a disposizione dalla rete promossa dai Tavoli Tecnici degli OCSM.

I *coach*, selezionati e assunti dalla rete degli enti presenti in ciascun OCSM, si sono organizzati in gruppi territoriali all'interno di sedi dedicate e adeguatamente attrezzate: quattro *coach* hanno operato a Milano, a Bergamo e a Como; tre a Sondrio. Per ciascun gruppo è stato individuato un coordinatore con funzioni organizzative e di collegamento con gli attori principali del progetto<sup>5</sup>.

I gruppi territoriali sono stati supervisionati e accompagnati dagli specialisti di Ala Sacco e hanno beneficiato di momenti di formazione, incontro/confronto su tematiche specifiche, condivisione dei percorsi, diagnosi e risoluzione di problemi incontrati sul campo con il sistema della rete dei servizi preposti all'inserimento lavorativo dei pazienti.

I *coach* hanno quindi avuto la responsabilità di ideare e gestire il percorso di integrazione lavorativa del paziente. I loro interventi si sono svolti nell'ambito del Piano di Trattamento Individuale e sono stati rivolti a più interlocutori:

- > il gruppo curante, per la pianificazione e la gestione dei percorsi;
- > il paziente preso in carico, per aiutarlo a costruirsi un'identità personale, sociale e lavorativa;
- > la rete dei servizi territoriali, per attivare tutte le risorse utili ai progetti individualizzati;
- > le aziende.

<sup>5</sup> Il *coach* coordinatore, oltre a seguire i percorsi di integrazione lavorativa dei pazienti psichiatrici a lui affidati, si è occupato di organizzare il lavoro degli altri *coach* e di gestire i rapporti con i gruppi curanti dei CPS, la rete dei servizi e i consulenti di Ala Sacco. Per i coordinatori è stato previsto un monte ore pari a 30 ore settimanali, mentre per i *coach* l'impegno è stato di 20 ore, sempre su base settimanale.



In particolare, quando il percorso d'integrazione lavorativa del paziente ha previsto l'inserimento in un'azienda pubblica o privata, il *coach*, in conformità alle normative vigenti<sup>6</sup> e con il supporto dei Tavoli Tecnici<sup>7</sup>:

- si è attivato nella ricerca del posto di lavoro più idoneo al paziente preso in carico;
- ha contattato i referenti aziendali o gli uffici delle risorse umane delle aziende, individuando quelle convenzionate<sup>8</sup> con la Provincia e/o più sensibili all'integrazione lavorativa di persone con disturbi psichiatrici;
- ha fornito il proprio supporto professionale nella presentazione del paziente, nel *matching* tra le capacità del candidato e i compiti e le mansioni presenti in azienda, nell'elaborazione della corretta tipologia di strumenti contrattuali, nella ricerca e nell'attivazione di modalità di adattamento al ruolo lavorativo e di successivo mantenimento del posto di lavoro.

Il *coach* è il punto di riferimento e di confronto per l'azienda, in particolare per il tutor aziendale<sup>9</sup>, cui fornisce assistenza nella soluzione di situazioni problematiche nell'inserimento e nel mantenimento del posto di lavoro:

- organizzando momenti di confronto e *counselling* nei contesti lavorativi e/o gruppi di lavoro aziendali nei quali i pazienti sono inseriti;
- individuando percorsi alternativi, in caso di fallimento dell'inserimento lavorativo.

I 15 *coach* impegnati nella realizzazione del progetto hanno rendicontato il proprio lavoro attraverso una duplice modalità. In primo luogo, producendo un riepilogo settimanale e mensile delle ore complessivamente dedicate al progetto e delle spese correnti collegate a tali attività. In secondo luogo, i *coach* hanno imputato in un sistema informatico appositamente costruito da ASVAPP e ALA Sacco (il SIAS, Sistema Informativo Ala Sacco) ogni singola azione svolta e riferibile a uno specifico paziente. Per ciascuna azione sono state raccolte le seguenti informazioni: tipologia, operatore, paziente beneficiario, durata e data di svolgimento.

Ogni azione era inoltre riconducibile a una delle seguenti fasi<sup>10</sup> del percorso seguito dal paziente:

- costruzione (e ricostruzione, se necessario) di un progetto condiviso con il paziente e con gli operatori dei servizi che lo hanno in cura;

6 Legge n. 68/99 e successive modifiche e integrazioni.

7 In particolare il *coach* è stato supportato dall'Ufficio Collocamento Disabili della Provincia presente nel Tavolo Tecnico dell'OCSM territoriale di riferimento.

8 Convenzioni ex art. 11 ed ex art. 12 bis (convenzioni con cooperative sociali).

9 Il tutor aziendale è la persona che collabora con il *coach* al fine di ottimizzare la crescita del tirocinante all'interno dell'azienda. Il tutor (nelle piccole imprese è solitamente l'imprenditore stesso, in quelle medio grandi è il responsabile del personale, del reparto o un dipendente con lunga esperienza) viene nominato dall'azienda e sostiene il paziente psichiatrico nell'intero percorso di apprendimento, collaborando con il *coach* nella definizione e nel monitoraggio del progetto d'integrazione lavorativa.

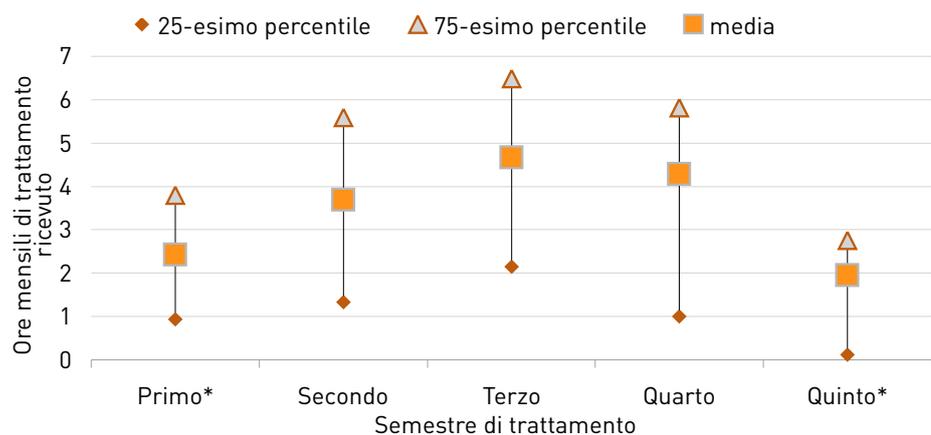
10 Le fasi non devono essere intese come sequenza lineare di attività, ma rappresentano periodi in cui il trattamento è concentrato principalmente su un particolare aspetto.

- ricerca e reperimento delle risorse attivabili per favorire l'inserimento lavorativo del paziente;
- supporto al paziente durante l'esperienza (formativa, riabilitativa, propedeutica al lavoro) che questi vive grazie alle risorse territoriali attivate dal *coach*;
- supporto al paziente e all'azienda in occasione dello svolgimento di attività lavorative;
- gestione dei momenti di crisi del paziente.

Grazie ai dati raccolti nel SIAS, è stato possibile delineare una sintesi quantitativa utile a comprendere l'evoluzione del trattamento ricevuto dai pazienti e a descriverne la variabilità.

Dal momento dell'arruolamento di ciascun paziente (che rappresenta il suo ingresso nel progetto) sono state registrate intensità e frequenza di ciascuna azione svolta dal *coach*, si è quindi ricostruito il profilo semestrale del trattamento. La figura 1.2 mostra l'evoluzione del numero di ore di intervento del *coach* ricevuto mediamente da ciascun paziente. Nella stessa figura, i dati corrispondenti al 25-esimo e al 75-esimo percentile danno anche un'idea della variabilità del servizio goduto da ciascun beneficiario. Coerentemente con la logica dell'intervento (si veda ALA Sacco, 2011), il tempo dedicato a ciascun paziente è prima crescente (picco al terzo semestre) e poi decrescente. Altrettanto coerente con l'idea di un intervento personalizzato in base alle esigenze

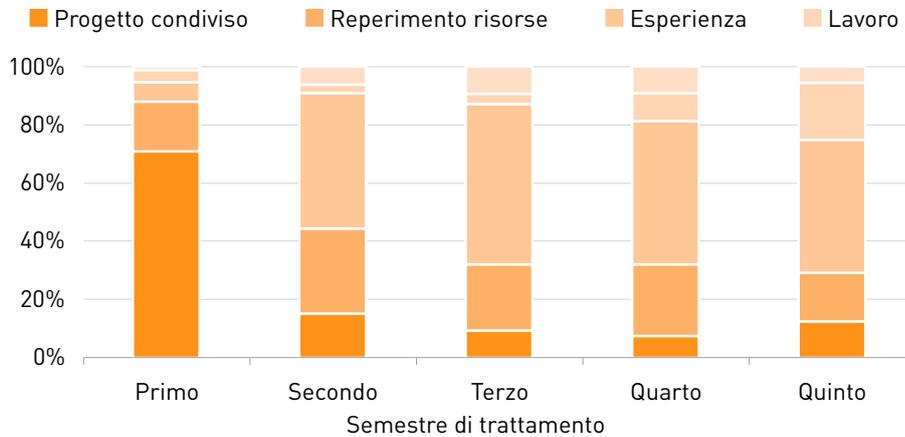
**Figura 1.2** – Ore mensili di trattamento per semestre e per paziente (media e indici di variabilità)



*Nota:* \* i dati relativi al primo e al quinto semestre si riferiscono, rispettivamente, a 70 e 80 pazienti. Ciò è dovuto, da un lato, al periodo iniziale di assestamento e apprendimento dell'uso del sistema da parte dei coach (in cui i dati raccolti non sono stati ritenuti significativi) e, dall'altro, alla sfasatura temporale dell'arruolamento dei pazienti lungo un orizzonte temporale di circa un anno e mezzo (per cui solo i primi pazienti arruolati hanno ricevuto il trattamento per un periodo superiore a 24 mesi).

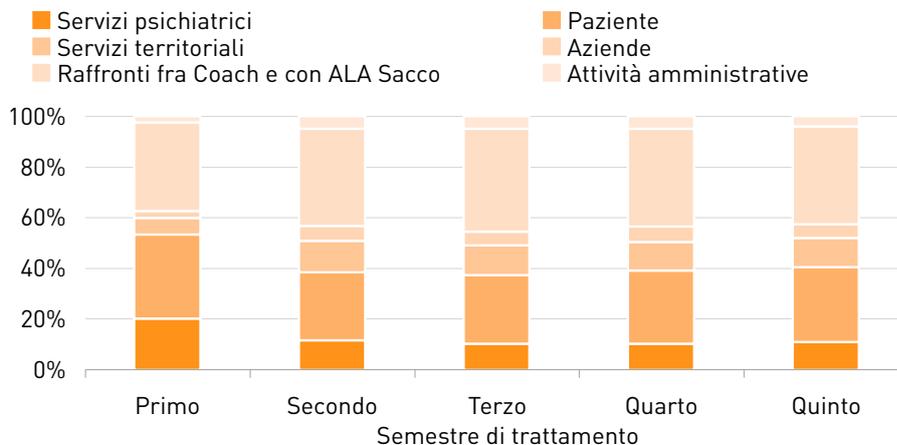
*Fonte:* elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS

*Figura 1.3 – Ripartizione percentuale per fase del percorso delle ore di trattamento erogate*



Fonte: elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS

*Figura 1.4 – Ripartizione percentuale per ambito di intervento delle ore di trattamento erogate*



Fonte: elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS

del paziente appare inoltre la sua variabilità, sempre piuttosto elevata lungo tutto il periodo considerato<sup>11</sup>.

Utilizzando la suddivisione in fasi del percorso (figura 1.3) e considerando l'ambito d'intervento di ciascuna azione (variabile che rappresenta un'aggregazione delle tipologie di azione basata sul tipo di interlocutore con cui il *coach* ha interagito, figura 1.4), si ottiene una rappresentazione più dettagliata dell'evoluzione dei percorsi.

<sup>11</sup> Oltre ai dati mostrati nel grafico, sono stati calcolati anche i coefficienti di variazione per semestre che mostrano valori compresi fra 0,7 e 0,8 nei primi 3 semestri e valori pari, rispettivamente, a 1 e a 1,4 nel quarto e nel quinto semestre.

Dalle figure si possono osservare alcuni elementi caratterizzanti del modello. Nel primo semestre è evidente la prevalenza della fase di “definizione del progetto condiviso” (nello stesso periodo è anche più frequente il confronto con i servizi psichiatrici); il tempo dedicato a tale fase si riduce invece drasticamente nei semestri successivi (con una leggera risalita nel quinto semestre) in cui essa prevede solamente le attività di riprogettazione dei percorsi. Si nota inoltre che le fasi relative a “esperienza” e “lavoro” hanno un’incidenza crescente nel tempo. Osservando la figura 1.4 si nota inoltre l’incidenza molto rilevante (e pressoché costante) del tempo dedicato ai raffronti fra *coach* e fra questi e ALA Sacco. Il tempo destinato al contatto diretto con il paziente, infine, rimane compreso fra il 33% e il 26% circa, con un andamento abbastanza costante.

Considerando il tempo medio di trattamento ricevuto mensilmente da ciascun paziente (circa 3,5 ore) è possibile suddividere i pazienti in relazione all’intensità del trattamento e osservare se e come, insieme all’intensità, cambia anche la ripartizione del tempo di lavoro dei *coach* per fase del percorso e per ambito di intervento (figure 1.5 e 1.6).

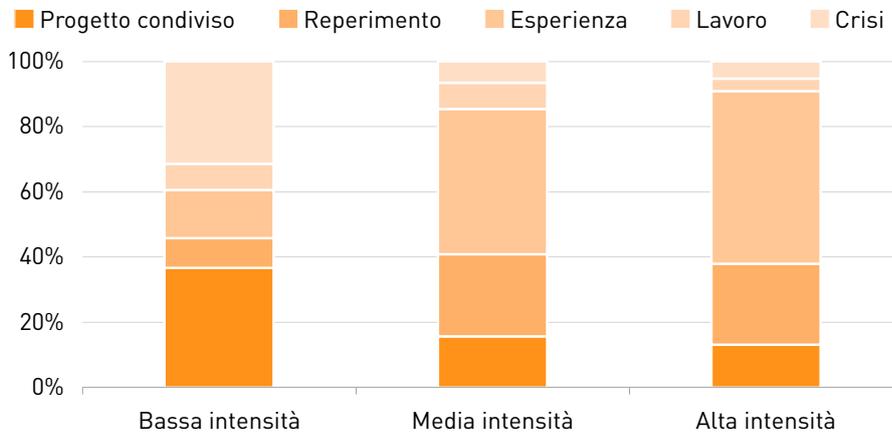
Le due figure evidenziano soprattutto la differenza tra i 40 casi (all’incirca il primo quartile) in cui il trattamento è stato meno intensivo (cui i *coach* hanno dedicato meno di 2 ore al mese) e quelli invece di media e alta intensità (fra 2 e 5 ore al mese: 78 pazienti del secondo e del terzo quartile; superiore alle 5 ore al mese: 39 pazienti del quarto quartile). Nel primo caso, infatti, più del 30% delle ore di lavoro dei *coach* sono state dedicate alla gestione della fase di “crisi” e una quota pressoché analoga è stata dedicata alla progettazione di un percorso condiviso. Tali casi sono inoltre caratterizzati dalla quota di tempo molto elevata (superiore al 50% del totale) dedicato al confronto fra i *coach* e fra questi e ALA Sacco. Nella seconda e terza fattispecie prevale invece il tempo dedicato alle fasi di reperimento delle risorse ed esperienza e alle attività svolte a diretto contatto con il paziente.

In sostanza, almeno in prima approssimazione, si può dire che i *coach* abbiano concentrato le attività più direttamente collegate al percorso d’inserimento lavorativo (ricerca di opportunità e supporto allo svolgimento di tirocini e attività lavorative) rivolgendole in prevalenza a un sotto-insieme di pazienti (largamente maggioritario) per cui il progetto condiviso era esplicitamente finalizzato a tale scopo. Il loro impegno è stato invece soprattutto volto a massimizzare il benessere psico-fisico del paziente, in particolare affrontando le situazioni di “crisi”, nei casi in cui le sue condizioni hanno indotto i *coach* a rimandare la ricerca di lavoro a momenti migliori del percorso di cura e riabilitazione.

Utilizzando altre informazioni sulle caratteristiche individuali dei pazienti (età, sesso, titolo di studio, possesso o meno della certificazione d’invalidità, diagnosi) si è poi verificata l’eventuale correlazione fra tali caratteristiche e i percorsi di trattamento, non solo in termini di intensità, ma anche considerando le diverse fasi e i diversi ambiti di intervento dei *coach*. Dai dati raccolti non sono emerse differenze statisticamente significative associate a tali caratteristiche. Ciò nonostante, sono comunque emerse alcune interessanti indicazioni:

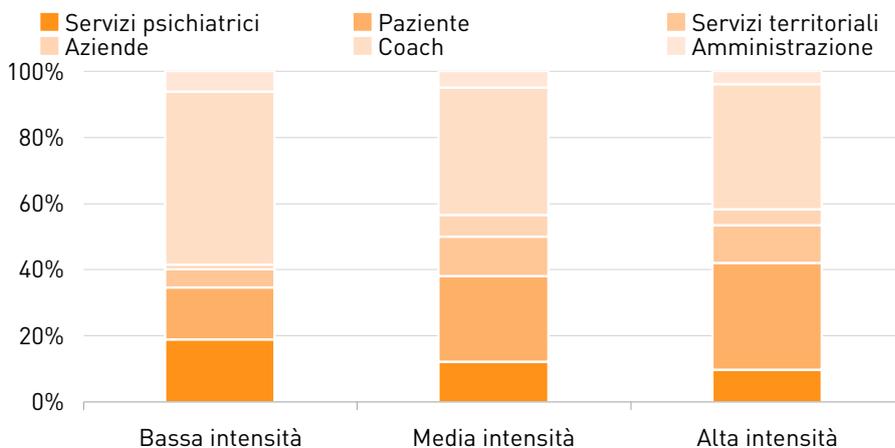
- i giovani e i soggetti senza una certificazione di invalidità hanno ricevuto un trattamento più orientato alla fase di definizione condivisa del progetto d’inserimento;

*Figura 1.5 – Differenze nella ripartizione percentuale delle ore di lavoro per fase del percorso legate “all’intensità del caso”*



Fonte: elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS

*Figura 1.6 – Differenze nella ripartizione percentuale delle ore di lavoro per ambito di intervento legate “all’intensità del caso”*

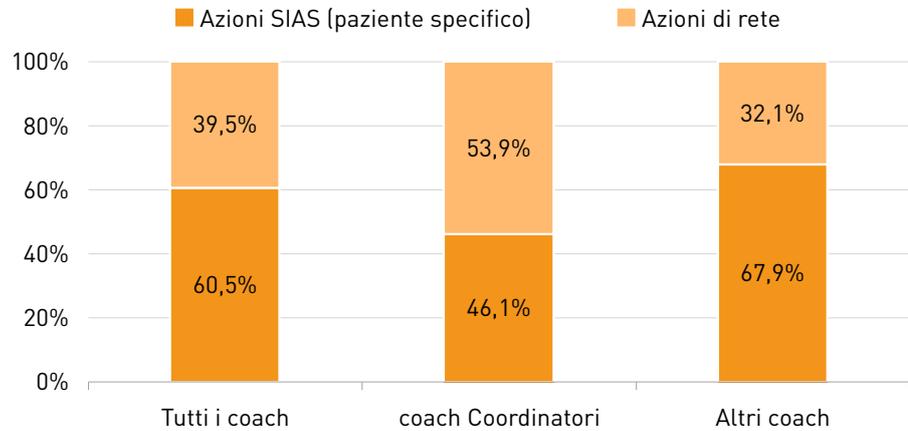


Fonte: elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS

- > i giovani in possesso di una certificazione di invalidità hanno ricevuto un trattamento più orientato all’accompagnamento verso esperienze di avvicinamento al lavoro;
- > i pazienti con diagnosi di disturbo *borderline* o paranoide di personalità hanno ricevuto un trattamento più orientato alla gestione delle fasi di crisi.

Per completare il quadro informativo, evidenziamo infine un dato emerso dall’analisi delle rendicontazioni economiche dei *coach*: il lavoro “di rete” svolto, in particolare, dai 4 *coach* coordinatori (figura 1.7). Specialmente nel periodo iniziale del progetto, i *coach* hanno svolto attività (non tracciate nel SIAS) destinate a costruire e sviluppare relazioni con i referenti dei vari servizi territoriali, a beneficio di tutti i pazienti.

*Figura 1.7 – Azioni di rete e azioni finalizzate a pazienti specifici – ripartizione per tipo di coach*



*Fonte: elaborazioni Fondazione Cariplo su dati SIAS e rendicontazioni di progetto*

Dal grafico emerge che i *coach* hanno dedicato, in media, a tali “azioni di sistema” poco meno del 40% del proprio lavoro. Inoltre, osservando la distinzione fra i *coach* coordinatori e gli altri *coach* si nota che nel primo caso tale quota diventa maggioritaria, assestandosi intorno al 54% delle ore lavorate, mentre nel secondo la quota scende al 32% circa. Soprattutto i *coach* coordinatori, coadiuvati dagli operatori di ALA Sacco, hanno dunque svolto un importante ruolo di raccordo con gli enti impegnati a vario titolo nell’ambito dell’inserimento lavorativo dei pazienti.

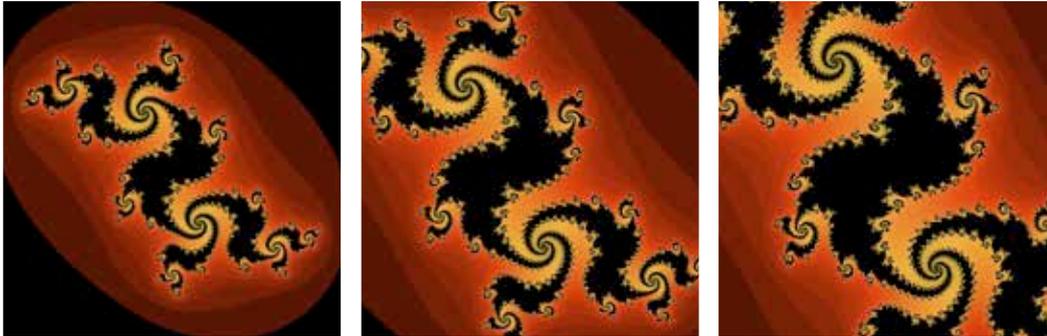
#### 1.4 I Tavoli Tecnici

Il prerequisito per l’attuazione di un intervento conforme al modello di Lavoro e Psiche è la presenza e l’operatività di specifici Tavoli Tecnici all’interno degli OCSM, in grado di garantire la mobilitazione di una rete permanente di attori territoriali a supporto dei *coach* e dei percorsi d’integrazione lavorativa.

In particolare, dando attuazione alla normativa regionale che ne prevedeva l’istituzione, i quattro Tavoli attivati nei territori in cui si è svolta la sperimentazione si sono costituiti con una composizione particolarmente innovativa e funzionale agli scopi del progetto, vedendo la partecipazione dei seguenti soggetti: Azienda Sanitaria Locale, aziende ospedaliere, ufficio di collocamento disabili della Provincia, agenzie di formazione e lavoro, consorzi e associazioni di cooperative sociali, associazioni di familiari, uffici del Piano di Zona e associazioni imprenditoriali e di categoria.

La finalità generale di tale attivazione, attraverso la condivisione di un linguaggio e di una serie di iniziative comuni, è la costruzione di buone pratiche relative a:

- formulazione di convenzioni quadro per l’integrazione lavorativa di pazienti psichiatrici;



- promozione di azioni di informazione e assistenza alle aziende e agli enti del territorio;
- attivazione di servizi di sostegno sociale, relazionale e residenziale;
- realizzazione di attività di sensibilizzazione, finalizzate al superamento dei pregiudizi e dello stigma sociale, con il coinvolgimento dei pazienti psichiatrici e dei principali attori del sistema della salute mentale e del lavoro.

All'interno del progetto Lavoro e Psiche, i Tavoli Tecnici hanno svolto un duplice ruolo. In primo luogo, hanno collaborato con la Fondazione e i suoi partner alla realizzazione e alla verifica periodica dell'implementazione del progetto:

- nominando un ente Capofila e un coordinatore, responsabili dell'attuazione del progetto;
- proponendo i candidati *coach*;
- incaricando un referente scientifico, garante del corretto svolgimento dello studio controllato randomizzato;
- attivando, quando necessario, interventi utili a rimuovere gli ostacoli organizzativi tra i soggetti della rete territoriale.

In secondo luogo, essi hanno ideato e realizzato progetti di sistema a favore di tutti gli operatori e i pazienti psichiatrici dei territori di appartenenza con il supporto metodologico di Pmlab<sup>12</sup> sugli aspetti legati alla pianificazione, al monitoraggio e alla gestione dell'iniziativa. Ciascun Tavolo Tecnico ha, quindi, realizzato un progetto locale, pensando a un contenitore comune nel quale convogliare esperienze, interazioni, idee, soluzioni mirate all'inserimento e al mantenimento lavorativo dei pazienti con disturbi mentali. Il progetto, dunque, come spazio di "incontro-scontro-confronto" tra gli attori della rete locale, spazio disegnato sulle peculiarità dell'ambiente nel quale doveva essere ideato e realizzato.

┌
└
 12 The Project Management – è una società di consulenza di direzione specializzata nel *project management* e ha realizzato negli ultimi anni interventi di formazione manageriale, metodologica e comportamentale di *project management*, percorsi di sviluppo organizzativo per *project manager*, consulenza organizzativa a staff centrali e Capi progetto, assistenza a gruppi di progetto reali (*training on the job*).

I progetti locali di Lavoro e Psiche si sono rivelati particolarmente complicati in considerazione di tutte le grandezze cui è positivamente correlata la complessità di un progetto:

1. dimensione temporale, economica e organizzativa;
2. innovazione di prodotto e di processo;
3. instabilità, intesa come indeterminatezza iniziale dell'ambito (confini, requisiti, assunti di fondo, priorità...) e variabilità in corso d'opera (instabilità dei requisiti, cambi di prospettiva, variazioni contrattuali...);
4. ostilità del contesto in termini di rigidità dei vincoli realizzativi, avversione degli attori interessati (*stakeholder*) e visibilità (e dunque aspettative di cui il progetto viene caricato).

Anzitutto, i progetti hanno avuto una durata di circa due anni. Una dimensione temporale considerevole, durante la quale era vitale mantenere una costante focalizzazione sull'obiettivo, bilanciando gli impegni degli attori interessati con le scadenze del progetto. Inoltre, la dimensione organizzativa dei progetti locali è risultata particolarmente articolata in quanto nell'"arena progettuale" si sono confrontati molti attori eterogenei per specializzazione, cultura e settore di provenienza. Tali attori hanno portato nel progetto un complesso sistema di interessi sui quali confrontarsi ed elaborare soluzioni coerenti con la sua finalità (vale per tutti la composizione del Tavolo Tecnico).

Le modalità di realizzazione dei progetti locali non potevano poi contare su schemi collaudati e su precedenti collaborazioni collettive tra gli attori in gioco. I progetti sono stati pertanto caratterizzati da una notevole innovazione del processo realizzativo. I Tavoli Tecnici si sono, infatti, trovati di fronte a un compito molto impegnativo: costituirsi come motore del progetto, darsi delle regole di funzionamento, definire fasi e passaggi approvativi, dotarsi di metodi e tecniche di pianificazione e controllo, attivare un sistema di comunicazioni capillare e flessibile.

Pur in presenza di una finalità chiara, i progetti locali si sono dovuti cimentare con un ulteriore elemento di complessità: l'indeterminatezza iniziale dei prodotti/servizi da realizzare. Il perimetro del progetto locale era tutto da definire, si partiva in assenza di specifiche realizzative, le idee erano tante e dovevano trovare una traduzione in realizzazioni concrete e di valore. Nelle battute iniziali del progetto molta energia è stata dedicata a definire "cosa di concreto s'intendeva produrre per perseguire la finalità iniziale del progetto".

L'ultimo elemento di complessità dei progetti locali è stato il loro alto grado di visibilità. Questa era dovuta a diversi fattori: a) la rilevanza sociale del tema trattato; b) il coinvolgimento di numerosi e importanti attori chiamati a operare in maniera sinergica; c) il riutilizzo su larga scala delle esperienze maturate dai progetti locali; d) l'attenzione delle istituzioni e dei media.

La complessità dei progetti locali di Lavoro e Psiche ha richiesto di essere gestita con un apposito sistema di *project management* che, nella sua essenza può essere definito come "*l'applicazione di conoscenze, capacità, strumenti e tecniche alle attività di progetto per soddisfare i requisiti di progetto*" (Project Management Institute, 2012).

La facilitazione di metodo è stata realizzata mettendo a disposizione consulenti *senior* certificati che hanno provveduto a definire un “*kit di gestione progetto*”. Il *kit* prevedeva una dotazione di “gettoni di *coaching* metodologico di *project management*” per un equivalente di circa 10 giornate di consulenza per ogni Tavolo Tecnico. I gettoni sono stati spesi sui seguenti aspetti metodologico-gestionali:

- metodologie di pianificazione progetti (ad esempio ambito, risultati, tempi, costi, rischi, flussi comunicativi);
- metodologie di definizione dell’organizzazione dei progetti (ad esempio competenze, ruoli, responsabilità);
- metodologie di controllo progetti (ad esempio creazione di *standard* e strumenti di controllo, assegnazione di deleghe, processo di approvazione delle modifiche). Il *kit* è stato costruito *ad hoc* per ciascun Tavolo Tecnico, sulla base del livello di maturità progettuale del Tavolo Tecnico e delle indicazioni emerse durante i colloqui individuali con il Referente e con il Coordinatore.

Infine, i facilitatori di metodo della società esterna hanno fatto da cerniera tra il Tavolo Tecnico e il Capo Progetto di Lavoro e Psiche della Fondazione Cariplo, riportandone periodicamente i livelli di operatività.

I quadri sinottici che seguono (figure 1.8, 1.9 e 1.10) forniscono alcune informazioni riguardo alle caratteristiche dei 4 progetti strategici realizzati (obiettivi e realizzazioni), al funzionamento dei Tavoli Tecnici (in termini di composizione, organizzazione dei lavori e riflessioni riguardo ai punti di forza e alle criticità riscontrate) e alle buone pratiche identificate e sviluppate grazie al supporto del facilitatore<sup>13</sup>.



┌  
13 Per eventuali approfondimenti, si rimanda a (Meloni G., 2013).  
└

Figura 1.8 – I progetti strategici locali – obiettivi e realizzazioni

Territorio	Bergamo
Titolo	“Un Lavoro? Si può fare!”
Obiettivi	Fornire e diffondere “un profilo” reale del paziente psichiatrico in contrasto con lo stereotipo del “folle”. Approfondire il tema del lavoro e del disagio psichico per comprendere meglio il fenomeno sul territorio ed informare e sensibilizzare la comunità di riferimento.
Realizzazioni	DVD “Un lavoro? Si può fare!!”
	Il trailer è volto alla presentazione di “buone prassi” di integrazione socio-lavorativa realizzate nel mondo del lavoro profit e non profit.
	Analisi quantitativa e qualitativa di dati epidemiologici
	L’analisi è stata realizzata prioritariamente per comprendere le dimensioni quantitative e qualitative del rapporto disturbi psichici e occupazione in Provincia di Bergamo ed ha previsto un aggiornamento delle schede anagrafiche dei pazienti in carico ai tre Dsm (software psiche), l’esame dei dati riferiti al 2009 e il confronto con database esterni. Tra gli altri risultati, la comparazione tra i casi occupati e i casi non occupati, ha permesso di rilevare che il rischio di ricovero dei non occupati è superiore del 35% rispetto ai casi occupati.
	Mostra “Transiti Inceppati”. Vicende di concittadini poco visti”
	La mostra è stata realizzata nel settembre 2011 e proponeva un percorso guidato lungo le intersezioni tra il manicomio e la città, a partire dai materiali dell’archivio storico dell’Ospedale Psichiatrico di Bergamo. Tali materiali restituiscono un interessante spaccato di come in quel luogo si viveva tra la fine dell’800 e i primi anni ’70 del ’900, poco prima della chiusura dei manicomi, avvenuta nel 1978 con l’approvazione della legge 180 (Basaglia).
	Interviste in vari ambiti lavorativi.
	Sono state realizzate indagini sul contesto lavorativo e il disagio psichiatrico, attraverso interviste ai colleghi di lavoro di pazienti che operano in settori di lavoro diversificati, responsabili delle risorse umane di grandi aziende, familiari e utenti.
	Laboratorio teatrale “Solo per mezz’ora”.
	E’ stato realizzato un laboratorio teatrale in collaborazione con studenti di un Istituto di scuola secondaria di II grado e pazienti psichiatrici, oltre al personale Asl e Dsm, sotto la guida del “Silence Teatro”. Il laboratorio si è posto come obiettivo quello di combattere lo stigma sociale e di facilitare il reinserimento socio-lavorativo degli ammalati psichici, in particolare attraverso il potenziamento delle capacità relazionali.
	Convegno “Un lavoro? Si può fare!!”
	E’ stato organizzato un convegno finale, che ha avuto luogo il 25 maggio 2012 ed è stato articolato in due momenti: la mattinata destinata alla presentazione di relazioni tecniche e dei prodotti realizzati dal Tavolo Tecnico, con la partecipazione essenzialmente di addetti ai lavori (56 presenze), e il pomeriggio in cui è stato rappresentato lo spettacolo teatrale del laboratorio “Solo per mezz’ora”, seguito dal momento conviviale e dallo spettacolo “lo me stesso..e altre cose”, del “Silence Teatro”, con anche la partecipazione della cittadinanza.
	Brochure “Un Lavoro? Si può fare!”
E’ stata realizzata una “brochure” esplicativa delle opportunità e delle modalità di accesso al mondo del lavoro da parte dei pazienti psichiatrici. La guida può essere utilizzata non solo dai servizi, ma anche dal mondo del lavoro, in quanto fornisce indicazioni operative e il dettaglio dei benefici per il datore di lavoro nella attuazione della legge 68/99.	
Schema di Convenzione per Tirocinio	
E’ stato predisposto uno schema innovativo di convenzione per il tirocinio di persone con disturbi psichici, che verrà condiviso con le altre Istituzioni che a livello provinciale si occupano dei programmi di inserimento lavorativo (Sil).	



Territorio	Como
Titolo	"3R – Regole, Rete, Risultati"
Obiettivi	Costruire, sulla base dell'esperienza di Lavoro e Psiche, un modello operativo territoriale di inserimento lavorativo di persone con disturbi psichici, condiviso e collaudato che, insieme al potenziamento di iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sul tema della salute mentale, potesse rappresentare, un valido supporto al superamento degli ostacoli all'inclusione socio-lavorativa delle persone con disturbi psichici.
Realizza- zioni	Il Modello Operativo 3R
	E' stato realizzato una sorta di manuale territoriale di procedure, metodi e strumenti di inserimento e mantenimento lavorativo di persone con disturbo mentale in realtà lavorative, sia pubbliche sia private, secondo un approccio a rete centrato sul contributo dei diversi attori locali. Il titolo del Modello Operativo "3R – Regole, Rete, Risultati" richiama la formula necessaria per il raggiungimento degli obiettivi di inserimento e mantenimento lavorativo e si articola in cinque ambiti in cui vengono definiti criteri condivisi di "Eleggibilità" ad un percorso di integrazione lavorativa, "Corrispondenza" tra profilo personale e caratteristiche della posizione lavorativa, "Accoglienza lavorativa", per facilitare l'avvio del rapporto di lavoro, "Riferimenti", per il mantenimento del posto di lavoro e "Flessibilità", per rendere disponibili informazioni relativamente alle diverse forme contrattuali possibili per le aziende. Per ognuno degli ambiti definiti sono state evidenziate le responsabilità, gli strumenti e le modalità di intervento di ciascun ente/soggetto coinvolto nei percorsi di integrazione socio-lavorativa delle persone con disturbi psichici.
	Convegno di presentazione del Modello 3R
	E' stato organizzato il convegno "Un modello operativo per l'integrazione lavorativa nell'area della salute mentale" che si è tenuto il 22 febbraio 2010, presso l'Università dell'Insubria a Como. Tutti i partecipanti al Tavolo Tecnico hanno presentato i diversi ambiti di approfondimento del progetto "3R – Regole, Rete, Risultati" alla cittadinanza, ma soprattutto ai numerosi operatori dei servizi territoriali della Provincia di Como.
Realizza- zioni	Spettacolo Teatrale "La cooperativa"
	E' stato organizzato, il 10 maggio 2012, alle ore 20.30, presso il Teatro Sociale di Como, lo spettacolo "La cooperativa", trasposizione teatrale di Fulvio Schiano liberamente tratta dal film "Si può fare" di Giulio Manfredonia. Si è voluto lanciare un messaggio contro lo stigma e la discriminazione ancora ben presenti nell'opinione pubblica. L'evento ha avuto un certo successo, con la partecipazione di più di 600 persone.

[segue...]

Figura 1.8 – (segue...) I progetti strategici locali – obiettivi e realizzazioni

Territorio	Milano
Titolo	"Sidecar"
Obiettivi	Sensibilizzare, formare e accompagnare le aziende e le cooperative nel percorso di inserimento lavorativo della persona con disagio psichico. Promuovere l'emergere e la costituzione di relazioni di sostegno nell'ambiente lavorativo del paziente. Aumentare la rete al servizio dei familiari di persone con disagio psichico, migliorando la conoscenza e il coordinamento delle azioni territoriali presenti e favorendo la trasmissione di competenze necessarie per la gestione di momenti di difficoltà del congiunto.
Realizzazioni	Interventi di sostegno al paziente nel contesto naturale di vita e di sviluppo della rete territoriale
	Gli interventi avevano l'obiettivo di migliorare la qualità del tempo libero di soggetti con disagio psichico, favorendo l'incontro con la comunità territoriale e promuovendo crescita e lo sviluppo di un contesto comunitario maggiormente ricettivo e preparato ad accogliere la persona con disagio psichico. Sono stati selezionati 20 utenti che frequentavano i centri diurni psichiatrici o inseriti in programmi di residenzialità leggera e per alcuni di essi sono stati intrapresi percorsi di inclusione sociale.
	Interventi rivolti alle associazioni di famigliari
	A partire dal mese di giugno 2012 sono stati realizzati, in maniera sistematica, incontri con le Associazioni di familiari del territorio: Porte sempre aperte di Garbagnate, Iceberg di Magenta e Abbiategrasso, IncontRho di Rho, AFAMP di Legnano e Turbigo. Gli incontri inizialmente sono stati caratterizzati da momenti di reciproca conoscenza tra le associazioni e successivamente, sono state realizzate alcune azioni comuni quali: la raccolta di dati e informazioni utili in merito ai bisogni dei familiari nel territorio dell'Asl Milano 1; momenti di formazione rispetto alla pianificazione e stesura di progetti nell'ambito delle organizzazioni di volontariato; la partecipazione al bando regionale sulla famiglia (ex legge 23/99).
Informazione e sensibilizzazione rivolte alle Aziende	E' stata redatta e diffusa una brochure informativa di sensibilizzazione e sono stati organizzati incontri di approfondimento con alcuni datori di lavoro. Sono state inoltre implementate alcune iniziative innovative per facilitare l'attività di incontro domanda/offerta. Particolarmente significativi sono stati i contributi della Provincia, Settore Lavoro, delle Afol Territoriali e di Assolombarda, sia nella realizzazione della brochure che nell'attività di informazione e sensibilizzazione delle aziende.



Territorio	Sondrio
Titolo	"Incontro di Opportunità"
Obiettivi	<p>Mappare i servizi rivolti all'integrazione lavorativa dei pazienti psichiatrici. Diffondere e condividere le informazioni relative a tali servizi; rilevare gli atteggiamenti, diffidenze, pregiudizi e disposizioni degli imprenditori della Provincia nei confronti dei lavoratori con disagio psichico. Realizzare iniziative di comunicazione e sensibilizzazione volte al superamento dello stigma e alla diffusione della percezione del lavoratore con problemi psichici come possibile risorsa dell'azienda.</p>
Realizzazioni	Vademecum per l'integrazione lavorativa di persone svantaggiate
	<p>E' stata realizzata una guida destinata a operatori sociali, socio-sanitari e datori di lavoro che ha come obiettivo generale la mappatura, la diffusione e la condivisione dei servizi rivolti all'integrazione lavorativa dei pazienti psichiatrici. Il prodotto contiene: informazioni relative agli strumenti di mediazione al lavoro tramite i servizi sociosanitari e socio assistenziali; informazioni relative all'inserimento al lavoro tramite l'ente Provincia di Sondrio; informazioni relative al "Sistema Dote" di Regione Lombardia; informazioni relative alle cooperative sociali di tipo B (inserimento lavorativo); informazioni relative ai benefit per i datori di lavoro.</p>
	Indagine su stigma e malattia mentale in provincia di Sondrio.
	<p>L'indagine era finalizzata alla raccolta di esperienze e percezioni sul rapporto fra società, lavoro e malattia mentale. E' stata condotta con la collaborazione del Consorzio AASTER e degli altri partner del progetto. La finalità generale era la ricostruzione del quadro delle percezioni della popolazione locale e del mondo imprenditoriale rispetto ad alcune categorie sociali oggetto di stigma, disapprovazione e pregiudizio.</p>
	Convegno "Si può fare!"
	<p>Il progetto locale si è concluso con il convegno "Si può fare!" tenutosi il giorno 21 novembre 2011. Il convegno ha rappresentato un'occasione per promuovere il lavoro svolto dal Tavolo Tecnico, evidenziare, attraverso una tavola rotonda, le opportunità e criticità rilevate dai diversi attori nell'area dell'inserimento lavorativo delle persone con sofferenza psichica. Al convegno rivolto alla cittadinanza, sono stati invitati operatori sociali e socio sanitari che sono implicati nella gestione delle politiche del lavoro, nell'accompagnamento al lavoro delle persone con disabilità e in special modo quelle con problematiche psichiatriche e psicosociali.</p>
	<p>Calendario "Lavoro e Psiche. L'esperienza della provincia di Sondrio".</p> <p>Si tratta di un calendario da tavolo, progettato e realizzato tra giugno e novembre 2011, in cui vengono presentati il progetto Lavoro e Psiche e 12 storie di successo di inserimento lavorativo di persone affette da disturbo mentale.</p>

*Figura 1.9 – Il funzionamento dei Tavoli Tecnici: composizione, organizzazione dei lavori, punti di forza e criticità*

Territorio	Enti presenti al Tavolo	Numero di incontri	Articolazione in gruppi ristretti
Bergamo	ASL della Provincia di Bergamo; A.O. "Riuniti" di Bergamo; A.O. "Bolognini" di Seriate; A.O. di Treviglio; Confcooperative Bergamo; Provincia di Bergamo-Assessorato Istruzione, Formazione, Lavoro e Sicurezza sul Lavoro; Associazione di Familiari e Utenti "L'Orizzonte"; Organizzazioni Sindacali; Uffici di Piano; Confindustria Bergamo	41 (9 nel 2009, 13 nel 2010, 11 nel 2011, 8 nel 2012)	Sì
Como	ASL della Provincia di Como; A.O. Ospedale Sant'Anna di Como; Servizio Provinciale per il Collocamento Mirato della Provincia di Como; Uffici di Piano; Associazioni di Familiari "Il Cumball" e "La Mongolfiera"; Fondazione Minoprio; Cooperative Sociali; CNA, Unione Industriali; CGIL Como	40 (12 nel 2009, 8 nel 2010, 12 nel 2011, 8 nel 2012)	Sì
Milano 1	ASL Provincia Milano 1; A.O. "Ospedale Civile di Legnano"; A.O. "G. Salvini" di Garbagnate Milanese; A.O. "San Carlo Borromeo" di Milano; Provincia di Milano (Settore Lavoro e Settore Politiche Sociali); Assolombarda; Ente Fiera; Consorzio CoopeRho; Coop. Il Portico; Piano di Zona Distretto Garbagnate; Piano di zona Distretto Magenta; Associazioni di familiari AFAMP e IncontRho; ASLAM (ente di formazione); Fondazione Adecco	8 (2 nel 2009, 3 nel 2010, 1 nel 2011, 2 nel 2012)	Sì
Sondrio	Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna; ASL della Provincia di Sondrio; Provincia di Sondrio – Ufficio Politiche Sociali; Uffici di Piano; Associazione Familiari "La Navicella"; Confindustria Sondrio; Unione Commercio e Turismo Pr. di Sondrio; Unione Artigiani Provincia di Sondrio; Confcooperative Sondrio; Consorzio Sol.Co. Sondrio	21 (3 nel 2009, 9 nel 2010, 5 nel 2011, 4 nel 2012)	No



Punti di forza	Criticità
<p>Presenza di vari enti/associazioni e assiduità degli incontri; confronto tra mondo della sanità e mondo del lavoro; integrazione multiprofessionale e proficua interazione tra enti, esperienze e modalità di lavoro differenti.</p>	<p>Interazioni con il mondo produttivo non sistematiche e comunicazione non sempre adeguata; presenza poco continuativa dei numerosi ambiti territoriali e dei relativi servizi al lavoro; avvicendamento di diversi referenti dell'amministrazione provinciale; eccessivo carico di lavoro istituzionale richiesto ai singoli componenti.</p>
<p>Coinvolgimento di diversi enti e persone che si occupano di inserimento lavorativo e sviluppo di una riflessione comune; notevole miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra attori diversi; buona continuità nel lavoro e nella presenza attiva ai diversi incontri.</p>	<p>Interazioni e comunicazione con il mondo produttivo migliorabile, in quanto discontinua; difficile coinvolgimento attivo dei servizi al lavoro ed in particolare della cooperazione sociale; scarso uso sui mezzi di comunicazione locale; poco tempo a disposizione delle persone coinvolte; difficoltà a tenere ben separati e distinti il progetto Lavoro e Psiche e il progetto locale.</p>
<p>Consapevolezza e soddisfazione rispetto agli elementi di novità e di differente visione dei problemi; scambio di informazioni ed esperienze; realizzazione di una rete di progetto basata sullo scambio proficuo di bisogni, obiettivi e interessi; organizzazione dei lavori del attraverso la costruzione di sottogruppi tematici per la gestione operativa del progetto locale.</p>	<p>Territorio molto ampio e diversificato; difficoltà a rendere noto il lavoro; presenza dei rappresentanti del mondo aziendale non sufficiente a consentire un pieno e fattivo coinvolgimento di tutte le realtà produttive del territorio; difficoltà a tenere ben separati e distinti il progetto Lavoro e Psiche e il progetto locale; cambiamenti organizzativi, gestionali e di ruoli all'interno dell'amministrazione provinciale di Milano; particolare e difficile momento economico della vita produttiva del territorio di riferimento.</p>
<p>Cooperazione tra il mondo della sanità e il mondo del lavoro; collaborazione tra pubblico, privato e privato sociale; integrazione multi-professionale; coordinamento costante attraverso i tavoli di lavoro; monitoraggio e valutazione degli interventi; costruzione di una rete integrata finalizzata al benessere del paziente.</p>	<p>Poca comprensione iniziale delle finalità e degli ambiti di intervento del progetto locale, anche in termini di compiti e responsabilità di ciascun partecipante; difficoltà a trovare un "vocabolario" comune; poca interazione con i <i>coach</i> e i referenti dei dipartimenti di salute mentale; migliorabilità delle sinergie tra il mondo della cura e il mondo delle imprese; scostante partecipazione da parte della rappresentanza degli uffici di piano; possibilità di non riuscire a mantenere la rete operativa e comunicativa costruita post progetto per perfezionare linee guida comuni sul tema dell'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici.</p>

Figura 1.10 – Le pratiche generate

Titolo	Descrizione	Campo di applicazione	Vantaggi e difficoltà di applicazione	Esperienze reali di applicazione	Tavolo Tecnico
Incontro con le realtà imprenditoriali	Definizione di una prassi di incontro con le realtà imprenditoriali, ed in particolare con le associazioni di categoria, laddove spesso le aziende sono percepite come realtà impossibili da raggiungere e con le quali è complicato dialogare.	Incontri di gruppo ed individuali con le associazioni imprenditoriali durante le diverse attività del progetto.	I vantaggi sono relativi all'instaurazione di nuovi canali di comunicazione che tentano di infrangere i reciproci stereotipi sul tema del lavoro e della salute mentale. Le difficoltà sono legate alla congiuntura economica, che rischia di rendere sterili questi contatti potenzialmente fecondi.	Contatti formali ed informali, in particolare, un evento di confronto ed apprendimento con le associazioni imprenditoriali, organizzato presso la Camera di Commercio di Bergamo.	Bergamo
Incontro e confronto	Applicazione di una metodologia di confronto in tutte le occasioni nelle quali dovevano essere decisi aspetti importanti del progetto, promuovendo il coinvolgimento attivo dei diversi componenti e l'attenzione costante all'individuazione e alla condivisione di "linguaggi comuni".	Incontri del Tavolo Tecnico e dei suoi sottogruppi di lavoro tematici.	Tra i vantaggi sono certamente da elencare la migliore comprensione dei presupposti e dei punti di vista degli altri enti rappresentati, nonché la maggiore informazione circa i vincoli e le potenzialità di ognuno, e la creazione di linguaggi comuni. Le difficoltà sono da individuare nella necessità di tempi lunghi non sempre a disposizione di tutti, e in taluni casi, nella problematica interpretazione e condivisione dei mandati ricevuti.	Riunioni costanti del Tavolo Tecnico e dei sottogruppi per la realizzazione delle diverse iniziative del progetto locale.	Bergamo
Tavolo Tecnico e Gruppo ristretto: l'accoppiata vincente	Lavori in piccoli gruppi, condivisione e validazione delle iniziative sul Tavolo Tecnico.	Incontri del Tavolo Tecnico e sottogruppi di lavoro tematici.	Il vantaggio è che si tratta di una modalità pragmatica che consente con soddisfazione di tutti di coniugare concertazione e velocità, confronto e concretezza, proposte e decisioni. Le difficoltà si riferiscono invece alla necessità di coniugare il lavoro agli impegni personali e professionali dei soggetti coinvolti.	Elaborazione di proposte nell'ambito delle realizzazioni del progetto locale e di iniziative per il mantenimento di una rete permanente di attori locali sul tema del lavoro e del disagio psichico, promosse da un gruppo ristretto su delega del Tavolo Tecnico.	Como
Far funzionare quello che c'è	Avvio di una proficua collaborazione e relativo gruppo di lavoro tra le istituzioni locali e la cooperazione sociale per verificare lo strumento e l'opportunità dell'art. 5 della Legge 381/91.	Incontri tra pubblica amministrazione e cooperazione sociale.	Il vantaggio è l'incremento della collaborazione con la cooperazione sociale, che in un momento di crisi economica, finanziaria ed occupazionale si riorganizza e riattiva per tentare nuove strade percorribili e sostenibili. Le difficoltà sono legate in modo particolare alla crisi economica, ma anche alla difficoltà da parte delle pubbliche amministrazioni di cogliere le reali potenzialità di questa possibile sinergia pubblico/nonprofit.	Documento di proposte ed individuazione di possibili strategie tra l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, l'Asl, l'Assessorato alle Politiche Attive del Lavoro della Provincia di Como e il Consorzio Sol.Co. Como.	Como

<p>Comuni- care con la città per com- battere lo stigma</p>	<p>Attenzione e sviluppo della comunica- zione, con iniziative periodiche di informa- zione e sensibilizzazione sul tema della salute mentale e dell' inserimento lavora- tivo di persone con disagio psichico.</p>	<p>Incontri tra Tavolo Tecnico e cittadi- nanza su iniziative specifiche.</p>	<p>I vantaggi sono un maggiore interesse e un'au- mentata sensibilità della cittadinanza e una percepita riduzione dello stigma. Le difficoltà sono legate all' impegno, estremamente rile- vante, di iniziative di questo tipo che, per avere un impatto reale e duraturo, necessitano di continuità.</p>	<p>Spettacolo teatrale "La cooperativa", organizzato il 10 maggio 2012 presso il Teatro Sociale di Como.</p> <p>Como</p>
<p>Dalla prassi alla concerta- zione</p>	<p>Apertura di un confronto continuativo, aperto e costruttivo tra gli operatori dei servizi socio-sanitari e socio-lavorativi, per migliorare le prassi territoriali di presa in carico sulla base dell' esperienza e dell' apprendimento quotidiano.</p>	<p>Incontri tra opera- tori del dps, servizi sociali, cooperazione sociale, associazioni- simo dei famigliari e volontariato.</p>	<p>Il vantaggio è che attraverso incontri strut- turati tra i diversi attori si mantiene viva la comunicazione e si migliora la qualità degli interventi, valorizzando le identità e le risorse di ognuno. Le difficoltà sono prevalentemente legate alla disomogeneità del territorio e, quindi, anche dei bisogni e delle risposte, oltre alle difficoltà di spostamento e di agende personali piuttosto impegnative.</p>	<p>Seminari periodici rivolti agli operatori di base e a tutti gli attori concreta- mente coinvolti o impegnati nell' inte- grazione lavorativa delle persone con disturbi mentali. In particolare, i due seminari di approfondimento organizza- ti, rispettivamente, l'8 luglio 2011 e il 9 marzo 2012.</p> <p>Como</p>
<p>La forza del Tavolo Tecnico</p>	<p>Confronto tra diverse organizzazioni che si caratterizzano per mission diversificate e linguaggi non omogenei e condivisione di azioni e progetti comuni, in un contesto di maggiore collaborazione e sinergia tra servizi nel fare circolare informazioni, opportunità e intraprende azioni di sensi- bilizzazione sul territorio.</p>	<p>Incontri tra gruppi ristretti del Tavolo Tecnico, ed in parti- colare tra Provincia, Consorzio CoopeRho, Asl e Fondazione Adecco.</p>	<p>Fra i vantaggi si segnalano lo scambio di infor- mazioni ed esperienze e la realizzazione di una rete di progetto basata su bisogni, obiettivi ed interessi condivisi. La difficoltà sono di ingaggio delle aziende e di definizione del ruolo e dei compiti delle asso- ciazioni produttive del territorio.</p>	<p>Convenzione tra Provincia, Consorzio Cooperho, Azienda sanitaria locale per l' inserimento lavorativi di disabili psichici all' interno dell' Asl Milano 1 (in obbligo per la Legge 68). Valori aggiunti sono stati il ruolo della Fon- dazione Adecco per la formazione spe- cifica dei candidati e le borse lavoro fornite dalle Amministrazioni Locali.</p> <p>Milano</p>
<p>Tutti presenti, tutti coin- volti!</p>	<p>Presenza e coinvolgimento attivo dei partecipanti al Tavolo Tecnico nella rea- lizzazione di iniziative, con un' attenzione costante all' individuazione e alla condivi- sione di "linguaggi comuni".</p>	<p>Incontri del Tavolo Tecnico e momenti esterni dedicati alla realizzazione di azioni specifiche del progetto locale.</p>	<p>Fra i vantaggi si segnala come la confor- mazione territoriale e le caratteristiche del territorio della Provincia di Sondrio, per le sue dimensioni e la stretta rete di relazioni, sia d' aiuto alla gestione e cura dei rapporti tra i soggetti partecipanti. Alcune difficoltà invece sono riscontrate sul piano della presenza e della continuità di alcune rappresentanze.</p>	<p>Organizzazione e realizzazione dell' evento seminario "Si può fare!". La definizione del programma e dei contenuti dell' evento ha visto un pieno coinvolgimento dei soggetti del Tavolo Tecnico.</p> <p>Sondrio</p>
<p>Si può fare!</p>	<p>Attenzione costante alla promozione di una nuova sensibilità e cultura della promozione del lavoro nell' ambito della salute mentale, volta a superare il vecchio concetto di ergoterapia (lavoro terapeutico in sé), immaginando il lavoro come diritto e promotore della dignità personale e dimostrando che anche persone affette da patologie psichiatriche possono lavorare.</p>	<p>Incontri del Tavolo Tecnico e momenti esterni dedicati alla realizzazione di azioni specifiche del progetto locale.</p>	<p>Fra i vantaggi si segnala la buona coesione tra i partecipanti dovuta ad una chiarezza di con- divisione di intenti e ad un percorso condiviso che ha visto la partecipazione di tutti i soggetti dall' inizio. Fra le difficoltà è da segnalare la fatica nel promuovere nel tessuto locale que- sto tipo di approccio e sensibilità sul tema del lavoro e del disagio psichico.</p>	<p>Publicazione del Calendario "Lavoro &amp; Psiche" e Vademecum per l' inse- rimento al lavoro delle persone con sofferenza psichica". Realizzazioni pubblicate e presentate al convegno che hanno consentito di promuovere sul territorio un importante mes- saggio culturale rivolto solo alla cittadinanza, ma anche alle diverse associazioni imprenditoriali (artigiani, industriali e commerciali).</p> <p>Sondrio</p>



### 1.5 La valutazione

L'efficacia dell'intervento è stata valutata mediante uno studio controllato randomizzato, uno strumento utilizzato da decenni in ambito biomedico per stabilire l'efficacia di un nuovo farmaco e, in molti Paesi, anche per valutare l'efficacia degli interventi in campo sociale, educativo e del lavoro. Il disegno valutativo e la sua implementazione operativa sono stati affidati ad ASVAPP (Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e dell'Analisi della Politiche Pubbliche)<sup>14</sup>.

Fatte salve le ovvie differenze tra un farmaco e un intervento sociale, la logica di fondo dello studio randomizzato è la stessa. Si creano, mediante sorteggio, due gruppi statisticamente equivalenti di pazienti; a un gruppo, detto di controllo, si somministra un placebo (nel nostro caso, il paziente è coinvolto nelle iniziative per l'integrazione lavorativa normalmente disponibili sul territorio), all'altro gruppo, detto sperimentale, si somministra il farmaco (nel nostro caso, il paziente è coinvolto nel progetto Lavoro e Psiche). L'effetto del farmaco è la differenza nel decorso della patologia tra i due gruppi, mentre nel nostro caso l'effetto di Lavoro e Psiche è dato dalla differenza nella condizione lavorativa e nelle condizioni di benessere generale.

Occorre sottolineare che la realizzazione di uno studio randomizzato ha richiesto, per permettere la creazione di un gruppo di controllo, che il numero di pazienti inviati fosse circa il doppio dei pazienti che il progetto ha poi effettivamente preso in carico. Con il processo di "arruolamento" sono quindi stati coinvolti nel progetto complessivamente 311 pazienti, 157 dei quali inseriti nel gruppo sperimentale (beneficiari di Lavoro e Psiche) e 154 in quello di controllo<sup>15</sup>.

14 ASVAPP (Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e dell'Analisi di Politiche Pubbliche) – è stata fondata nel 1997 da un gruppo di enti pubblici e fondazioni, con lo scopo di promuovere in Italia l'uso della valutazione sul modello dell'esperienza anglosassone della *evidence-based policy*.

15 La procedura di randomizzazione è stata gestita centralmente usando un algoritmo che ha garantito il bilanciamento di trattati e controlli all'interno di strati definiti sulla base della provincia, del sesso, dell'età e del paziente (usando 30 anni come soglia). Si tratta di 16 strati (4x2x2), con una numerosità media di 20 pazienti per strato. L'algoritmo ha garantito per ogni strato un'allocazione bilanciata di trattati e controlli, sfruttando una sequenza vincolata di estrazioni casuali. Ogni strato è stato allocato iniziando in un punto diverso e casuale della sequenza.

A seguito dell'acquisizione del parere favorevole dei Comitati Etici delle Aziende Ospedaliere<sup>16</sup>, alla formulazione della guida per l'arruolamento dei pazienti<sup>17</sup> e all'attivazione del sistema informativo chiamato SILEP<sup>18</sup>, le équipes dei CPS hanno iniziato a inviare i pazienti in possesso dei requisiti stabiliti nelle linee guida dell'intervento e, quindi, ritenuti ammissibili al progetto. A ciascuno dei pazienti è stato chiesto il "consenso informato" a partecipare allo studio randomizzato per l'integrazione lavorativa. Una volta ottenuto il consenso, si è avviata la rilevazione dei dati utili alla sperimentazione. L'osservazione è durata due anni, mentre il processo di reclutamento dei pazienti ha richiesto circa un anno e mezzo, da ottobre 2009 a dicembre 2010.

Le interviste di partenza e quelle di *follow-up* (realizzate a 6, 12, 18 e 24 mesi dall'ingresso nel progetto) sono state eseguite da intervistatori che hanno utilizzato due diversi questionari: il primo, incentrato sulla condizione lavorativa, è stato redatto appositamente da ASVAPP per il progetto Lavoro e Psiche; il secondo, sulla qualità della vita, è il WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) messo a punto e distribuito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità). Entrambi i questionari sono stati approvati dai Comitati Etici, insieme alla *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS versione IV) e la *Global Assessment of Functioning* (GAF), somministrate dai medici curanti dei pazienti prima di ogni intervista di *follow-up* per monitorarne la condizione psichica.

Per garantire la corretta implementazione dello studio randomizzato, è stato molto importante curare alcuni aspetti organizzativi, relazionali e formativi. Ciascun OCSM ha, infatti, nominato un referente scientifico, scelto tra gli psichiatri appartenenti a uno dei Dipartimenti di Salute Mentale. Questa figura ha svolto un ruolo di raccordo permanente tra le équipes mediche dei CPS e

16 Tali organismi indipendenti sono istituiti presso le Aziende Ospedaliere e hanno la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione, e di fornirne pubblica garanzia. I Comitati Etici ai quali è stata presentata la richiesta di ammissibilità dello studio randomizzato del progetto Lavoro e Psiche sono stati: AO Bolognini (Seriante, Bergamo), AO Ospedali Riuniti (Bergamo), AO Treviglio Caravaggio (Bergamo), AO Sant'Anna (Como), AO San Carlo Borromeo (Milano), AO Guido Salvini (Garbagnate Milanese, Milano), Ospedale Civile di Legnano (Milano), AO Valtellina-Valchiavenna (Sondrio).

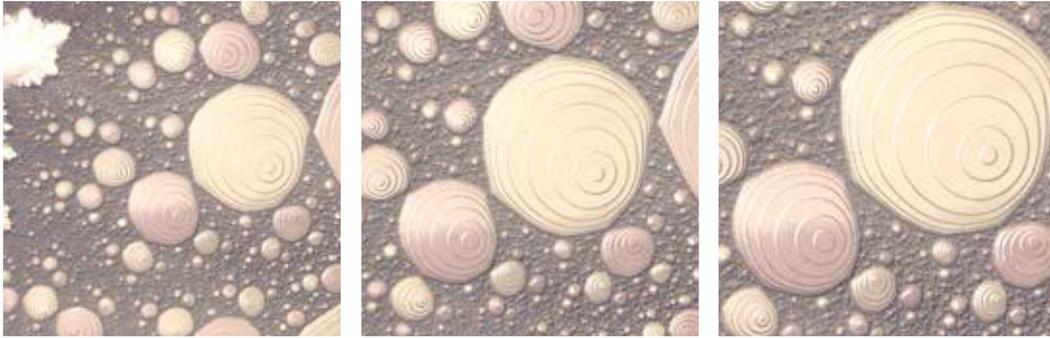
17 Attraverso il confronto con le équipes curanti è stato redatto un manuale di istruzioni operative per l'arruolamento dei pazienti nello studio (Martini A. *et al.*, 2009). Tale documento contiene (a) le informazioni necessarie alla comprensione dei criteri d'inclusione ed esclusione dei pazienti dallo studio (parte realizzata in collaborazione con ALA Sacco); (b) le istruzioni per utilizzare il sistema informativo e quelle attinenti alla procedura di arruolamento e prenotazione delle interviste; (c) alcuni suggerimenti per la presentazione dello studio ai pazienti e per la successiva comunicazione dell'esito della randomizzazione. Il manuale con la procedura per l'arruolamento allo studio è stato presentato a tutti i CPS coinvolti nel progetto e modificato in itinere partendo dalle osservazioni e le sollecitazioni del personale degli stessi CPS. Al momento della partenza del progetto è stata distribuita tramite e-mail l'ultima versione delle istruzioni operative a tutti i CPS coinvolti nel progetto.

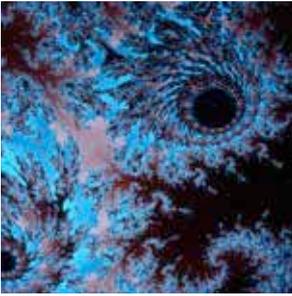
18 Le principali funzioni del sistema informativo SILEP sono state: arruolamento dei pazienti da parte dei CPS e prenotazione interviste di *baseline*; *randomizzazione* dei pazienti arruolati; calendarizzazione e organizzazione delle interviste di *baseline* e *follow-up*; invio di promemoria per arruolamento, prenotazione interviste, esito randomizzazione; stoccaggio dati di *baseline* e *follow-up* per la valutazione degli effetti; stoccaggio dati per l'analisi di implementazione (questionari web-based) e trasmissione di informazioni operative da parte di CPS e *coach*. Il SILEP, finalizzato alla raccolta dati per la valutazione, è stato utilizzato per tenere costantemente sotto controllo il processo di arruolamento ed estrarre i dati necessari all'elaborazione di periodiche statistiche descrittive dello studio.

il gruppo di tecnici cui è stato affidato il compito di eseguire la randomizzazione e di condurre le successive interviste. Oltre ai dati raccolti attraverso le interviste, durante lo svolgimento della sperimentazione sono stati raccolti ed elaborati i dati provenienti dal Sistema delle Comunicazioni Obbligatorie, all'interno del quale sono registrate, a livello regionale e nazionale, tutte le informazioni relative all'avvio, alla trasformazione e alla cessazione di tutti i rapporti di lavoro, sin dal 2007.

Al termine del processo di arruolamento, il confronto relativo alle caratteristiche di partenza (genere, età, livello di istruzione e diagnosi) tra il gruppo assegnato al trattamento e il gruppo di controllo ha evidenziato una buona riuscita del processo di assegnazione casuale, poiché tutte le caratteristiche osservabili sono risultate egualmente distribuite nei due gruppi: nessuna differenza, infatti, è risultata statisticamente significativa.

Maggiori dettagli rispetto al disegno di valutazione e, soprattutto, una descrizione dei principali risultati rilevati al termine del progetto sono presentati e discussi nel prossimo capitolo.





### 2.1 Identificazione e misurazione degli effetti<sup>19</sup>

Esiste un ampio spettro di opinioni su cosa rappresenti l'effetto desiderabile, e quindi il "successo", di un progetto per l'inserimento lavorativo rivolto a persone con grave disagio psichico. La misura più diretta, e per alcuni ovvia, di successo dell'inserimento lavorativo è che un grande numero di pazienti ottenga e mantenga un lavoro retribuito. Altri suggeriscono di prendere in considerazione come *outcome* anche la partecipazione a un tirocinio, in particolare se finalizzato all'assunzione. Si tratta di un *outcome* che potrebbe essere considerato un risultato intermedio, o addirittura, in senso ampio, quasi una parte integrante del "trattamento" ricevuto dal paziente, ma proprio la natura particolare dell'esperienza lavorativa degli individui affetti da disagio psichico, che si accompagna al perdurare delle condizioni di disagio, suggerisce di considerare la frequenza di un tirocinio e, più in generale, il tasso di attivazione (ricavato considerando congiuntamente lavoro retribuito e tirocinio) come un risultato importante.

Infine, il successo di un programma d'inserimento lavorativo per questo particolare tipo di utenza va verificato anche in termini di benessere psichico. A questo scopo gli esiti in termini di benessere psichico sono stimati attraverso tre diversi strumenti: il primo riguardante l'auto-percezione della propria qualità della vita nelle aree della salute fisica, psicologica, delle relazioni sociali e dell'ambiente (questionario World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - versione "breve"); il secondo inerente i sintomi legati alla patologia psichica (tramite la *Brief Psychiatric Rating Scale* - BPRS) e il terzo relativo al funzionamento sociale dell'individuo (attraverso il *Global Assessment of Functioning* - GAF).

Nello studio randomizzato tutte queste dimensioni (lavoro, tirocinio, e benessere psichico) sono state rilevate mediante le cinque interviste (l'intervista di partenza, più quattro interviste semestrali) somministrate da intervistatori professionalmente qualificati a ciascun paziente coinvolto. Al fine di massimizzare la partecipazione dei pazienti alle interviste, è stato previsto un incentivo monetario sotto forma di un buono-acquisti. Le interviste sono state effettuate con regolarità, ottenendo un tasso di risposta complessivo dell'80% circa.

Quando lo studio era già in corso di realizzazione, è stata resa disponibile e immediatamente inserita nel set informativo del valutatore una nuova fonte informativa di tipo amministrativo. Si tratta delle Comunicazioni Obbligatorie (COB), che ogni datore di lavoro è tenuto a effettuare ai servizi per l'impiego in coincidenza dell'inizio e la fine di ogni contratto, inclusi i tirocini orientati all'assunzione. Le COB, opportunamente trattate, consentono quindi di determinare se un paziente ha avuto un rapporto di lavoro, o un tirocinio orientato all'assunzione, per almeno un giorno nel corso di ciascun mese.

Va precisato che le COB non includono il lavoro irregolare (anche se retribuito), né le altre tipologie di tirocinio non propedeutiche all'assunzione, informazioni invece rilevate dalle interviste; queste ultime, inoltre, forniscono informazioni

<sup>19</sup> La valutazione degli effetti del progetto è stata affidata a un soggetto terzo, ASVAPP. Il rapporto completo di valutazione è contenuto in Martini *et al.* (2013).



su retribuzione, ore di lavoro, tipo di datore di lavoro e soddisfazione del lavoratore, che non esistono nelle COB. Anche tutta l'informazione sul benessere psico-fisico dell'utenza è basata sulle sole interviste.

Le COB forniscono dati su una sola dimensione, ma sono raccolti continuamente nel tempo; le interviste producono informazioni più ricche ma intermittenti, confinate al periodo in cui l'intervento è attivo e ottenibili solo incontrando singolarmente ciascun paziente. L'esclusione dalle COB del lavoro irregolare non inficia la validità della fonte, considerato che questo limite è comune ai pazienti del gruppo sperimentale e di controllo, quindi non distorce in linea di principio le stime degli effetti. Sul fronte dei vantaggi, le COB consentono di disporre, a un costo minimo, di informazioni attendibili sullo status lavorativo per i periodi che precedono l'avvio del progetto ma, soprattutto, per i periodi che seguono: con le COB è possibile rilevare la situazione lavorativa dei pazienti anche ad anni di distanza, senza doverli rintracciare e intervistare. Nella prospettiva di una robusta valutazione dell'efficacia di questo tipo di intervento, ciò è da considerarsi il vantaggio che compensa tutti gli svantaggi. La tabella 2.1 sintetizza quanto appena illustrato in relazione agli strumenti di rilevazione delle informazioni sugli esiti.

*Tabella 2.1 – Esiti considerati e relative fonti*

Esito	Informazione di dettaglio	Fonte
Attivazione (lavoro e tirocini)	lavoro retribuito e tirocinio al momento dell'intervista e nei sei mesi precedenti, limitatamente ai due anni post-randomizzazione, incluso il lavoro irregolare e ogni forma di tirocinio	Interviste semestrali
	lavoro retribuito e tirocinio orientato all'assunzione in qualsiasi momento prima e dopo la randomizzazione	COB
	Caratteristiche del lavoro retribuito o del tirocinio (reddito, tipo di contratto, tipo di azienda, media di ore lavorate mensilmente, soddisfazione, aiuto ricevuto nel trovare lavoro)	Interviste semestrali
Benessere e qualità della vita	Gravità dei sintomi di disagio psichico (BPRS)	Intervista iniziale e semestrali
	Funzionamento globale (GAF)	Intervista iniziale e semestrali
	Qualità della vita (WHOQOL)	Intervista iniziale e semestrali
	Numero di ricoveri in SPDC e giorni di ricovero	Questionario <i>ad hoc</i>

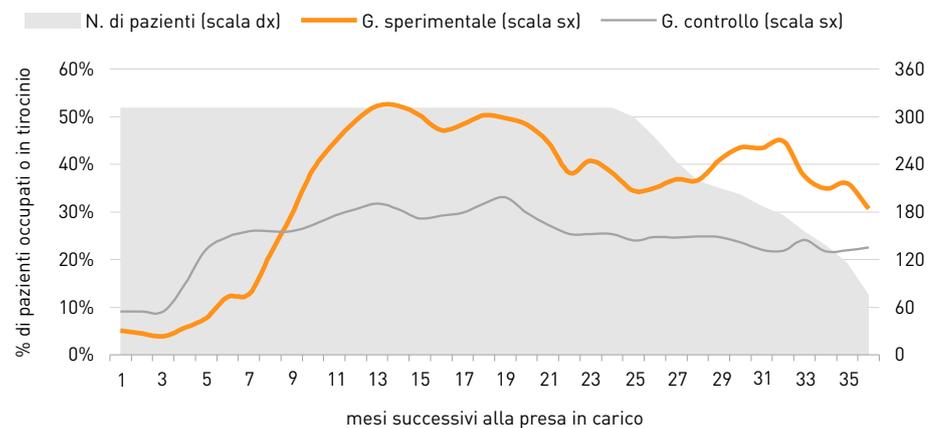
## 2.2 Sintesi dei risultati

La valutazione del progetto Lavoro e Psiche (L&P) non si può ricondurre, come detto, all'andamento di una sola variabile. Tra i diversi aspetti considerati, assumono infatti un ruolo molto importante tanto l'attivazione dei pazienti coinvolti

nel progetto, quanto la dimensione propriamente occupazionale di tale attivazione e il loro stato di benessere.

Per cominciare, i dati mostrati nella figura 2.1 — dove sull'asse verticale è rappresentata la percentuale di pazienti impegnati in un'attività lavorativa o in un tirocinio e sull'asse orizzontale i 36 mesi successivi al momento della presa in carico — permettono di analizzare il primo aspetto confrontando la linea continua (che rappresenta l'andamento del tasso di attivazione per i 157 pazienti seguiti da un *coach*) e la linea tratteggiata (che si riferisce ai 154 pazienti che non hanno goduto dei servizi del *coach*, ma solamente dai servizi ordinari già presenti sul territorio). Nella figura è inoltre evidenziato (area grigia) il numero complessivo di pazienti cui si riferiscono i dati<sup>20</sup>.

**Figura 2.1** – Tasso di attivazione dei 157 pazienti del gruppo sperimentale e dei 154 del gruppo di controllo affidati ai servizi ordinari



Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB

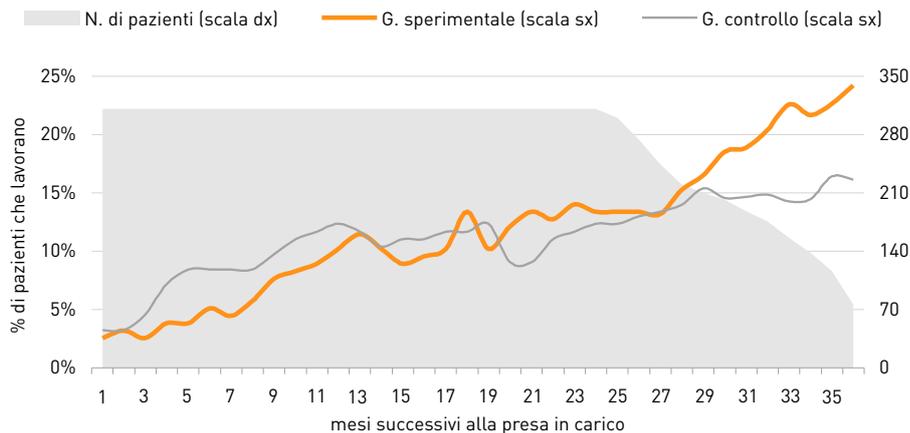
Il grafico mostra un andamento abbastanza chiaro: nel periodo più vicino all'arruolamento, il tasso di attivazione aumenta più rapidamente nei pazienti del gruppo di controllo che in quello degli sperimentali; dopo circa nove mesi il fenomeno s'inverte e gli sperimentali hanno un tasso di attivazione superiore ai controlli che mantengono, con un andamento irregolare, fino alla fine del periodo osservato.

L'effetto di L&P è attorno ai 20 punti percentuali – due terzi in più rispetto al tasso di attivazione dei controlli – al 12-esimo mese e, pur diminuendo nei mesi successivi, rimane intorno al 13% fino al 24-esimo mese (l'ultimo per cui l'analisi si riferisce al 100% dei pazienti coinvolti nell'esperimento). Il progetto Lavoro e Psiche ha dunque avuto un effetto positivo e statisticamente significativo sul tasso di attivazione dei pazienti presi in carico.

<sup>20</sup> Tale numero è pari a 311 (cioè al totale dei pazienti coinvolti nel progetto) fino al 24-esimo mese successivo all'arruolamento. A partire dal 25-esimo mese, il numero di pazienti diminuisce (fino a un valore di poco inferiore a 80 in considerazione della tempistica "sfasata" del processo di arruolamento al progetto).

Esaminiamo ora separatamente i due aspetti che compongono il tasso di attivazione (lavoro retribuito e tirocinio), iniziando dal lavoro. La figura 2.2 mostra quindi l'andamento del solo tasso di occupazione, al netto dei tirocini.

**Figura 2.2** – Occupazione dei 157 pazienti del gruppo sperimentale e dei 154 del gruppo di controllo affidati ai servizi ordinari



Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB

La differenza tra le due linee è talvolta di un segno, talvolta del segno opposto, ma è sempre molto ridotta in termini assoluti e non è mai statisticamente significativa. A partire, all'incirca, dal 30-esimo mese le due linee sembrano allontanarsi maggiormente evidenziando una differenza positiva a favore del gruppo sperimentale ma, a causa della riduzione del numero di pazienti cui si riferiscono i dati, nemmeno in questi mesi l'effetto è significativo. In sintesi, dunque, il confronto grafico evidenzia che l'attivazione dei *coach* e dei tavoli tecnici *non ha avuto un effetto statisticamente significativo sul volume degli inserimenti lavorativi* tra i pazienti presi in carico dal progetto Lavoro e Psiche.

Tuttavia, il semplice confronto tra due gruppi serve solo a quantificare un effetto (quello sul lavoro retribuito), o la sua mancanza, ma non a fornire spiegazioni. Per provare a capire le ragioni dell'esito del progetto occorre quindi attingere ad altre informazioni.

In primo luogo, la tabella 2.2 mostra come i soggetti coinvolti nel progetto partissero da una condizione particolarmente difficile; infatti, non solo essi erano privi di lavoro (condizione indispensabile per accedere al progetto), ma quasi 2/3 di loro (197 su 311) non aveva mai lavorato nei 24 mesi precedenti l'avvio di Lavoro e Psiche. Poiché possiamo ipotizzare che la probabilità di trovare un lavoro sia fortemente influenzata dal fatto di aver lavorato in precedenza, i numeri dei soggetti "potenzialmente occupabili" (trattati e controlli) era dunque particolarmente modesto e un effetto – per essere statisticamente significativo – avrebbe dovuto essere particolarmente massiccio. L'effetto benefico dell'aver svolto un lavoro nei 24 mesi precedenti il progetto è evidente nella tabella 2.2: dei 114 pazienti con una storia lavorativa precedente a Lavoro e Psiche, il 41% lavora anche dopo la presa in carico, mentre fa lo stesso solamente il 16% dei 197 senza lavoro nei due anni precedenti. Oltre la metà dei pazienti (166 su 311) non lavora invece né prima né dopo. Queste cifre suggeriscono una

*rigidità* del fenomeno occupazionale ben difficilmente scalfibile da interventi di integrazione lavorativa, siano essi tradizionali o innovativi.

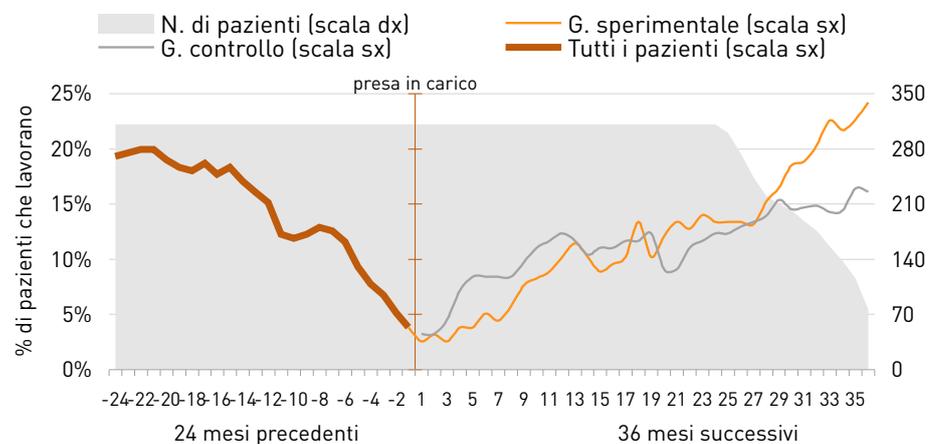
*Tabella 2.2 – Lavoro prima e dopo la presa in carico*

Nei 24 mesi precedenti alla presa in carico	Nei 24 mesi successivi alla presa in carico		Totale
	Ha lavorato	Non ha lavorato	
Lavorava	47	67	114
Non lavorava	31	166	197
Totale	78	233	311

*Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB*

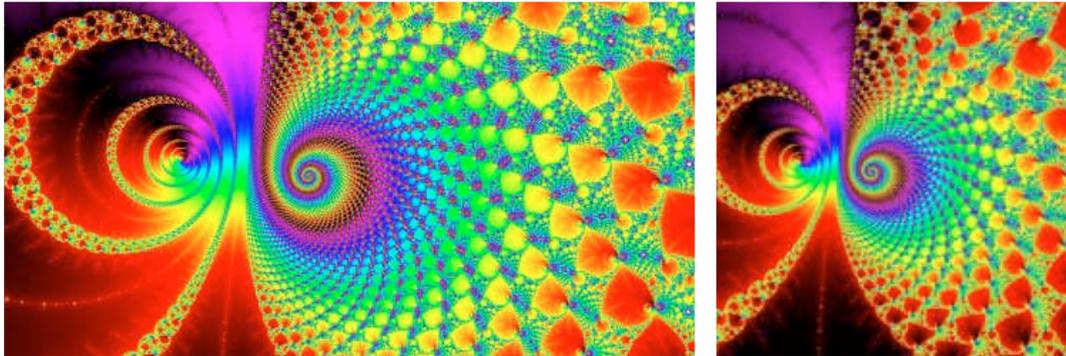
Oltre a ciò, la figura 2.3, che aggiunge a quanto già visto nella figura 2.2 l'andamento dell'occupazione nei 24 mesi precedenti alla presa in carico per l'insieme dei 311 reclutati, senza distinguere tra appartenenti al gruppo sperimentale e di controllo, mostra come il tasso di occupazione nel periodo precedente la presa in carico fosse comunque particolarmente basso, mai superiore al 20% del totale, a testimonianza della condizione di particolare difficoltà in cui si trovavano sia i soggetti trattati che i controlli.

*Figura 2.3 – Occupazione gruppo sperimentale e gruppo di controllo prima e dopo la presa in carico*

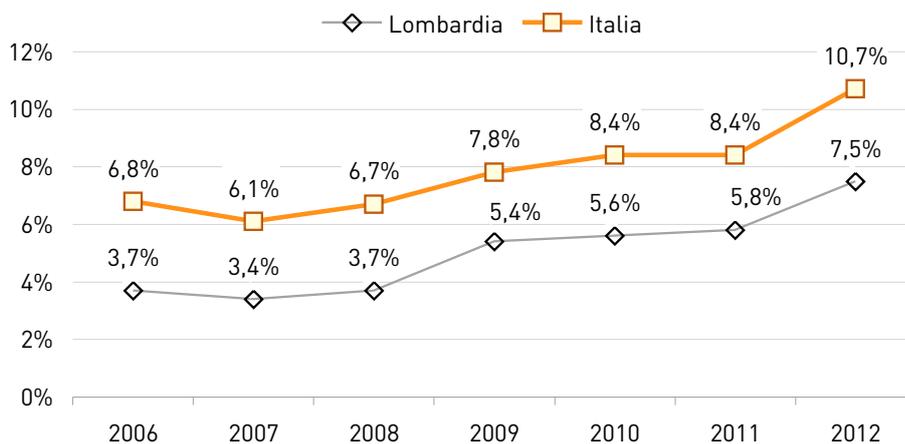


*Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB*

Alla rigidità contribuiscono molti fattori; ne ipotizziamo due, uno contingente e uno strutturale. Il primo ha a che fare con l'ovvia difficoltà di trovare posti di lavoro a persone affette da disagio psichico grave nel corso della più seria recessione dell'ultimo secolo (la figura 2.4 offre solo un accenno a tale aspetto mostrando l'andamento del tasso di disoccupazione italiano e lombardo nel periodo 2006–2012); l'altro è riconducibile a una ben nota caratteristica del mercato del lavoro italiano, nel quale molto frequentemente i posti di lavoro sono ottenuti mediante canali informali, come le reti parentali e amicali (Melicani e Radicchia, 2009).



*Figura 2.4 – Valore medio annuo del tasso di disoccupazione in Lombardia e in Italia – anni 2006–2012*



*Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro*

Stretti tra una recessione impietosa che riduce drasticamente i nuovi ingressi e una naturale diffidenza verso gli intermediari formali sul mercato del lavoro, è plausibile ipotizzare che i *coach* di Lavoro e Psiche abbiano avuto margini di azione e iniziativa molto ridotti sul fronte del lavoro retribuito.

Ogni ipotesi di “scarsa iniziativa da parte dei *coach*” è invece eliminata quando si analizza l'altra componente del tasso di attivazione, rappresentata dai tirocini finalizzati all'inserimento lavorativo. L'attivazione di tirocini a favore dei pazienti presi in carico è, infatti, stata notevole. La figura 2.5 non potrebbe essere più diversa dalla figura 2.3, con cui peraltro condivide la fonte dei dati. Prima di Lavoro e Psiche, il ricorso al tirocinio finalizzato all'inserimento lavorativo a favore dei 311 pazienti è stato del tutto marginale, tra il 5 e il 10 %, come indica la linea più spessa sul lato sinistro del grafico. Tutto ciò cambia rapidamente con l'inizio del progetto, *decuplicando* il ricorso ai tirocini nell'arco di pochi mesi per i pazienti affidati ai *coach*, ma sorprendentemente anche *quadruplicandoli* per i pazienti affidati ai servizi ordinari. Non essendo presenti altri mutamenti organizzativi e nuove direttive di *policy*, quest'ultimo incremento si spiega solo con un eccezionale attivismo da parte dei servizi ordinari innescato dalla presenza stessa del progetto.

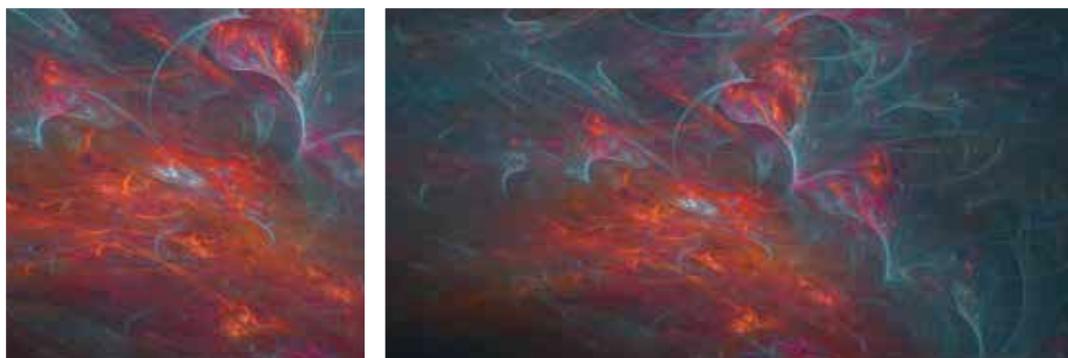
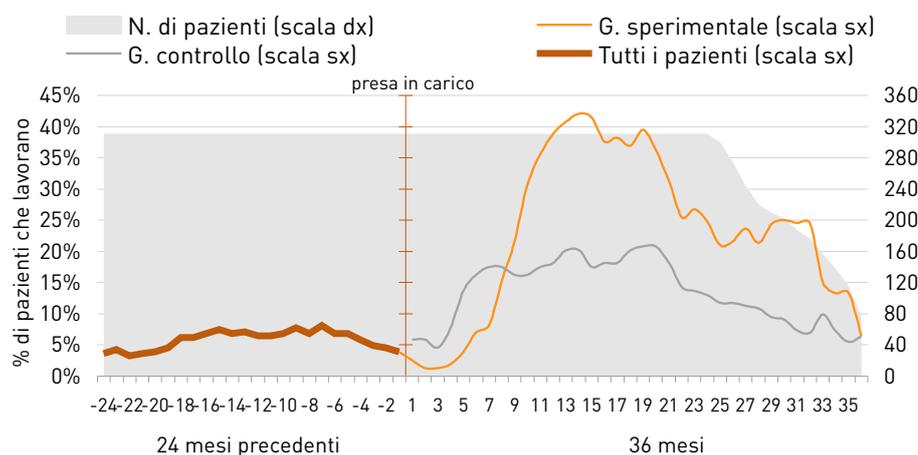


Figura 2.5 – Tirocini gruppo sperimentale e gruppo di controllo prima della presa in carico e dopo



Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB

Una possibile spiegazione per la mobilitazione temporanea dei servizi ordinari è il tentativo di compensare i pazienti appartenenti al gruppo di controllo del fatto di non aver avuto la “fortuna” d’essere inclusi nel gruppo sperimentale<sup>21</sup>; ciò può spiegare anche il maggiore coinvolgimento del gruppo di controllo nei tirocini all’inizio del progetto. Tale partenza accelerata si smorza presto, e l’attivazione dei tirocini da parte dei coach diventa prevalente dopo il 9° mese dalla presa in carico, arrivando a superare il 40% di pazienti coinvolti mensilmente in un tirocinio, per poi diminuire negli ultimi mesi considerati (in cui, si ricordi, le stime si riferiscono a un numero decrescente di pazienti) probabilmente anche perché, almeno in parte, trasformata in lavoro, come sembrerebbe suggerire la parte finale della già discussa figura 2.2.

<sup>21</sup> Tale fenomeno è noto in letteratura come “John Henry effect”, in relazione alla storia di un operaio statunitense che “sfidò” il martello pneumatico a vapore, riuscendo a ottenere risultati migliori in un test comparativo, ma al prezzo della propria vita persa a causa del tremendo sforzo compiuto. Tale effetto fu per la prima volta evidenziato e illustrato da Saretsky G., 1972.

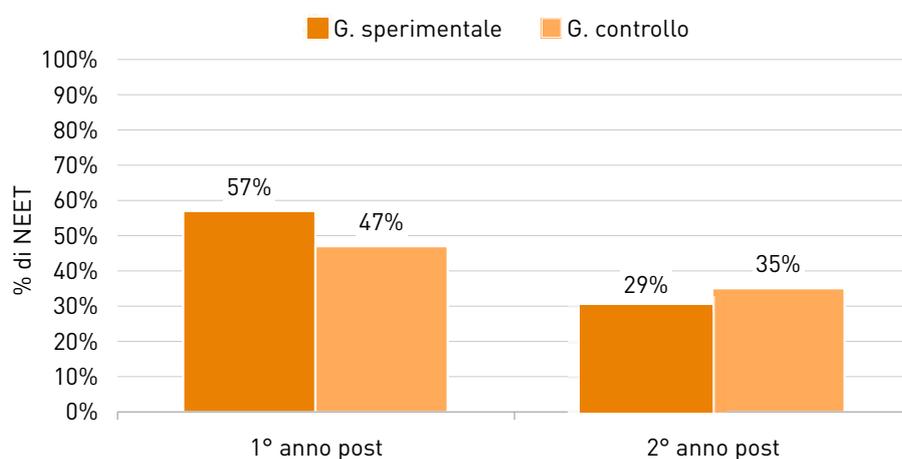


Accanto a questi risultati principali (effetto nullo sul lavoro retribuito, effetto così forte sui tirocini da contagiare anche i controlli) sono disponibili anche altri aspetti analitici, che riguardano, da un lato, le caratteristiche dei lavori e dei tirocini e, dall'altro, l'eterogeneità degli effetti in funzione delle tipologie di pazienti. Tali aspetti, che non evidenziano in nessun caso differenze statisticamente significative fra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, sono illustrati nel rapporto completo sull'analisi degli effetti a cui rimandiamo (Martini A. *et al.*, 2013). In questa sede, invece, ci soffermiamo brevemente su un'altra misura di "attivazione" dei pazienti coinvolti nel progetto, sul loro giudizio relativo all'aiuto ricevuto nella ricerca di un lavoro e su alcune misure del loro benessere.

Anzitutto, oltre a osservare lavoro e tirocinio è possibile porre l'attenzione anche su un *outcome* di segno opposto, il c.d. NEET (*Not in Employment, Education or Training*). Si tratta delle persone che non svolgono alcuna attività, neppure quella formativa. La figura 2.6 mostra la percentuale di NEET tra gli arruolati rilevata attraverso le interviste realizzate dopo un anno e a due anni dalla presa in carico. L'aspetto più evidente è la diminuzione, sia tra i controlli sia tra gli sperimentali, del numero di pazienti che non svolgono alcuna attività. Mentre nel primo anno circa il 50% degli arruolati era totalmente inattivo, dopo due anni dall'inizio del progetto la percentuale di pazienti inattivi è scesa al 30%. Le differenze tra sperimentali e controlli non sono mai statisticamente significative mentre lo sono le variazioni nel tempo: il fatto che i due gruppi si muovano in tandem suggerisce una dinamica spontanea molto più potente di qualsiasi intervento. Questo è un caso classico in cui l'assenza di un gruppo di controllo porterebbe ad attribuzioni di causalità totalmente infondate.

Al termine del progetto è stato poi chiesto alle persone coinvolte di ripensare ai due anni trascorsi e di dire se sono stati aiutati da qualcuno nella ricerca di lavoro (figura 2.7). La percentuale di persone che non sono state aiutate è più che doppia tra i controlli (31% vs 13%) la differenza è statisticamente signifi-

Figura 2.6 – Pazienti NEET (*Not in Employment, Education or Training*)

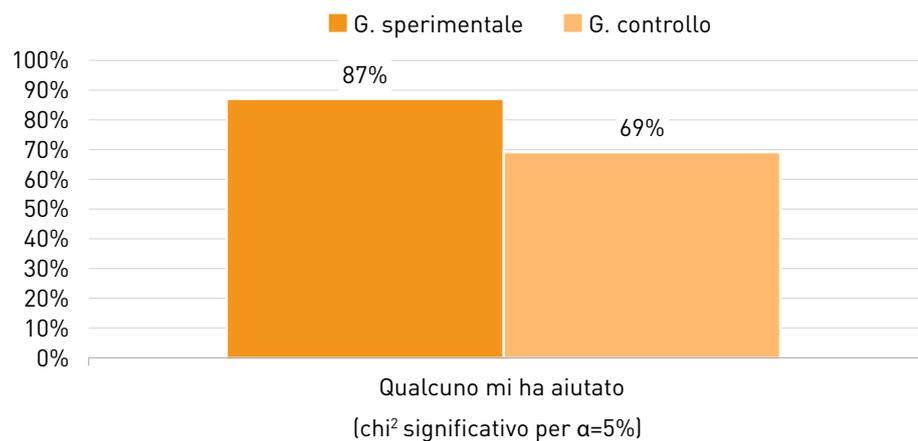


Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati SILEP

cativa. Tale differenza è proporzionale a quella rilevata tra i pazienti che non hanno svolto né un lavoro né un tirocinio (44% vs 27%).

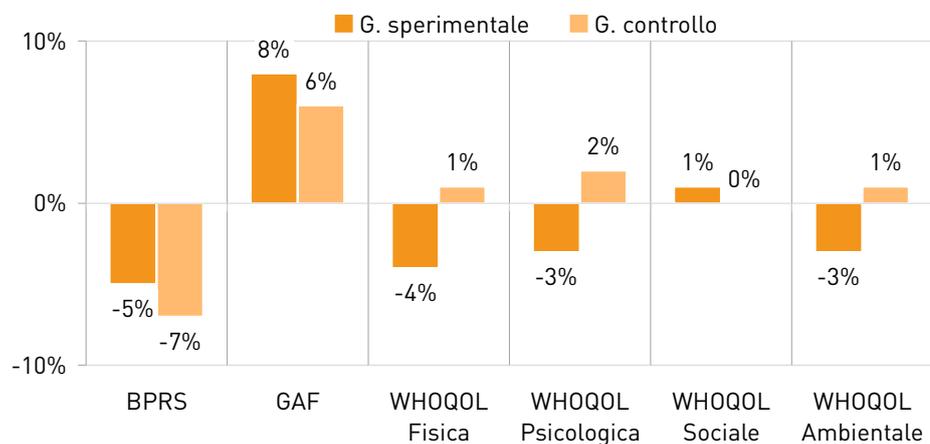
Come già accennato, la condizione di benessere psichico è stata rilevata grazie all'utilizzo di due scale: la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, uno strumento di valutazione dei cambiamenti della sintomatologia nei pazienti psichiatrici in grado di fornire una descrizione delle caratteristiche dei principali sintomi e la *Global Assessment of Functioning (GAF)* una scala numerica (da 0 a 100) usata per misurare la dimensione sociale, occupazionale e il funzionamento psicologico degli adulti. Infine, per misurare alla qualità della vita, è stata utilizzata la *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* nella sua versione breve, che esprime punteggi relativi alla dimensioni fisica, psicologica, delle relazioni sociali e dell'interazione con l'ambiente.

*Figura 2.7 – Percentuale di pazienti che dichiarano di essere stati aiutati nella ricerca di lavoro*



Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati SILEP

*Figura 2.8 – Differenze di benessere psichico nel tempo e tra gruppi*



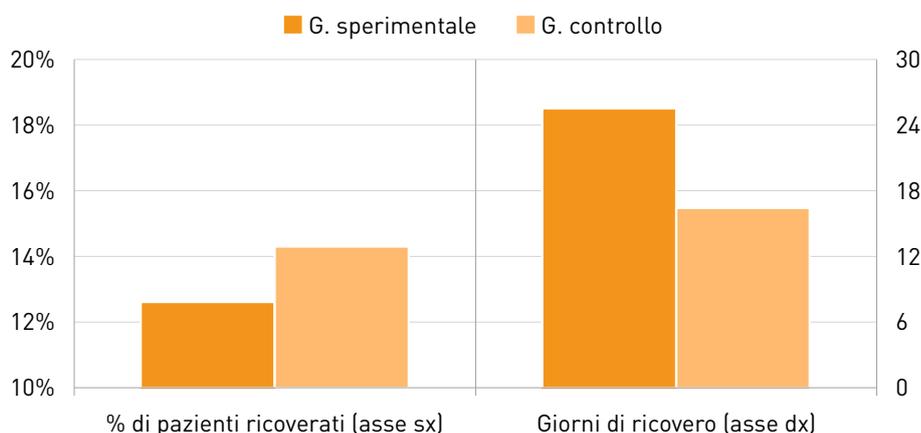
Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati SILEP

Le stime dell'impatto sono state calcolate prendendo i due punti estremi del periodo di osservazione, l'intervista di partenza e l'ultima intervista, in modo da consentire il massimo dispiegarsi degli effetti. L'effetto totale va, in questo caso, visto come la combinazione di due differenze: 1) la differenza tra il punteggio ottenuto al termine del percorso biennale e quello all'inizio, che rappresenta il miglioramento o peggioramento nel tempo; 2) la differenza tra la variazione nel tempo ottenuta dai due gruppi, quindi la stima dell'effetto. I grafici e le tabelle seguenti mostrano questa doppia differenza. Nella figura 2.8 la prima differenza è mostrata dalle barre verticali, la seconda dalla differenza tra le barre.

La figura ci dice, essenzialmente, che tutti i pazienti dello studio hanno avuto un miglioramento nella sintomatologia (la BRPS diminuisce) e un aumento del funzionamento sociale (la GAF aumenta). Il gruppo sperimentale appare funzionare meglio socialmente ma mostra un minor miglioramento nei sintomi rispetto al gruppo di controllo, il quale pare invece manifestare una minor sintomatologia psichiatrica, ma anche un minor funzionamento sociale. Nessuna di tali differenze è però significativa. Per quanto riguarda invece la percezione della qualità della vita, è da notare che i pazienti del gruppo sperimentale hanno una variazione negativa dei punteggi in 3 su 4 delle componenti della WHOQOL (nessuna significativa tranne la componente fisica che è al limite della significatività).

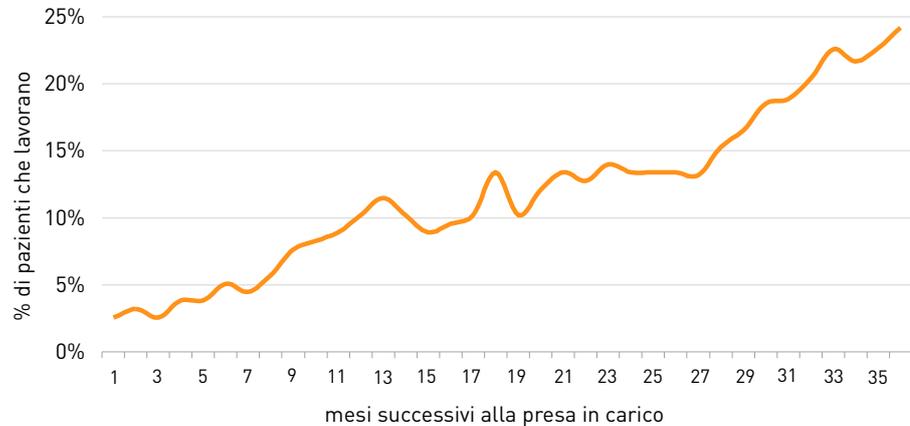
Un ulteriore esito sul benessere psichico è rappresentato dal numero di ricoveri dei pazienti nel corso dei due anni di progetto. Questo è rilevato attraverso le dichiarazioni nell'ultima intervista semestrale. La percentuale di pazienti che hanno subito almeno un ricovero (figura 2.9) è più bassa per il gruppo sperimentale, anche se la differenza non è statisticamente significativa. La parte destra della figura mostra invece i giorni medi di ricovero tra i pazienti con almeno un ricovero nei due anni e, anche in questo caso, la differenza non è statisticamente significativa. Alla luce di questa evidenza sembrerebbe ragionevole concludere che il progetto Lavoro e Psiche non abbia avuto effetti statisticamente significativi sul benessere dei pazienti.

*Figura 2.9 - Pazienti che dichiarano di aver subito almeno un ricovero e durata media dei ricoveri*



Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati SILEP

*Figura 2.10 – Occupazione mensile dei 157 pazienti seguiti dai coach di Lavoro & Psiche*



*Fonte: elaborazioni ASVAPP su dati COB*

### 2.3 Alcune riflessioni conclusive

La sperimentazione controllata ha consentito di interpretare gli esiti del progetto in maniera molto diversa da come si sarebbe fatto sulla base dei dati riferiti ai soli beneficiari. Se il progetto Lavoro e Psiche fosse stato condotto senza gruppo di controllo, infatti, i risultati avrebbero portato a concludere che il servizio dei *coach* e la mobilitazione di risorse da parte dei Tavoli Tecnici sono in grado di produrre un sensibile aumento nell'occupazione delle persone affette da disagio psichico. Analizzando solo i dati mostrati nella Figura 2.10 — dove sull'asse verticale è rappresentata la percentuale di occupati tra i 157 pazienti seguiti da un *coach* e sull'asse orizzontale i 36 mesi dal momento della presa in carico — si sarebbe portati a concludere che, l'intervento genera un aumento di 22 punti percentuali, dal 3% a quasi il 25%, del tasso di occupazione.

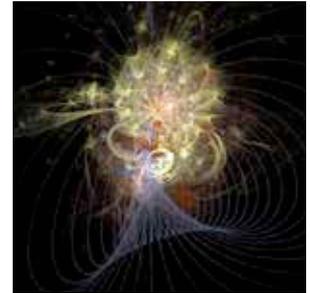
*Post hoc, ergo propter hoc?* Come abbiamo visto, la conclusione spontanea cui saremmo stati indotti — cioè che 24–36 mesi di supporto di un *coach* abbiano più che quintuplicato il tasso di occupazione iniziale dei 157 disabili psichici, si è rivelata semplicemente *sbagliata* alla luce dell'evidenza resa disponibile dalla presenza di un gruppo di controllo composto dai 154 pazienti, estratti a sorte come i 157 tra i 311 pazienti ritenuti ammissibili.

Abbiamo anche visto che la semplice affermazione sulla mancanza di effetto sul lavoro non ha esaurito la valutazione del progetto, qualificata e integrata con altra evidenza empirica; ciò nondimeno, pare opportuno sottolineare un'importante osservazione: *se questo progetto non avesse usato uno studio randomizzato, si sarebbero tratte conclusioni sbagliate su un aspetto cruciale della questione.*

Un'altra importante lezione che il progetto Lavoro e Psiche ci permette di apprendere si riferisce a quanto abbiamo rilevato in merito al lavoro. Il fatto che l'intervento sperimentato non abbia prodotto effetti significativi su tale dimensione deve essere trattato con pragmatismo: tale risultato non implica,



infatti, che il progetto sia stato inutile o abbia rappresentato un fallimento; non implica inoltre, (almeno non necessariamente), che il modo in cui il modello è stato implementato abbia impedito il manifestarsi della sua efficacia. Come per ogni altra politica pubblica, semplicemente, tale efficacia non può essere data per scontata a priori e non può essere considerata unicamente dipendente dalla buona volontà o buona fede degli attori coinvolti, né dall'uso di adeguate tecniche di gestione dell'iniziativa. Pur in presenza di tutte le migliori condizioni, la politica può comunque rivelare risultati diversi da quelli sperati quando testata in modo rigoroso<sup>22</sup>.



Concludiamo questa serie di riflessioni con un'osservazione relativa al disegno e all'implementazione della sperimentazione. La condizione necessaria per poter valutare correttamente gli effetti dell'intervento sperimentale è che sia possibile individuare un campione di soggetti non beneficiari che funga da gruppo di controllo e rappresenti credibilmente ciò che sarebbe successo ai beneficiari in assenza dell'intervento.

Come mostra l'abbondante letteratura scientifica sul tema, nel caso degli esperimenti in campo sociale, esiste una rilevante difficoltà nell'isolare i membri del gruppo sperimentale da quelli del gruppo di controllo all'interno delle stesse unità di trattamento (nel nostro caso i CPS); sicché talvolta ai secondi sono forniti servizi aggiuntivi e compensativi rispetto a quelli che sarebbero stati loro destinati nello *status quo*. Questa criticità – spesso presente negli esperimenti in campo sociale – prende solitamente il nome di *John Henry effect*. Nel nostro caso, essa si è probabilmente manifestata attraverso alcuni casi di erogazione di tirocini ai membri del gruppo di controllo. Questa problematica porta a sottostimare l'effetto dell'intervento sul tirocinio. Un disegno sperimentale alternativo, volto a minimizzare il *John Henry effect*, avrebbe potuto assegnare il trattamento a intere unità territoriali (i CPS) anziché a individui entro gli stessi CPS. Questa scelta, la cui efficacia pare comunque discutibile nel caso di CPS che dipendono gerarchicamente dallo stesso Dipartimento di salute mentale, avrebbe esposto la sperimentazione a criticità ancor più gravi di quelle derivanti dalla contaminazione. Ad esempio, i soggetti del gruppo sperimentale e di quello di controllo avrebbero potuto essere trattati da equipe differenti, introducendo delle diversità non casuali tra i due gruppi. Inoltre, le condizioni del mercato del lavoro locale avrebbero potuto essere diverse, disparità di opportunità.

22 Si vedano Martini, Sisti, 2009 e Martini, Trivellato, 2011.

Oltre a valutare l'efficacia del modello di intervento basato sui *coach*, il progetto Lavoro e Psiche (L&P) si è proposto anche di analizzare la sua possibile inclusione all'interno delle politiche regionali per l'inserimento socio-lavorativo dei disabili psichici. L'obiettivo era di contribuire a ridefinire le Linee d'indirizzo regionali a sostegno dell'inserimento socio-lavorativo di persone affette da patologie psichiatriche sulla base dei risultati della sperimentazione di Lavoro e Psiche.<sup>24</sup>

In particolare, lo studio si è articolato nelle seguenti attività:

1. analisi del modello Lavoro e Psiche e dei suoi costi (totali e medi per paziente);
2. ricostruzione dell'evoluzione del Sistema Dote per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e con disabilità psichica, oltre che dei costi medi per destinatario della *Dote lavoro – ambito persone con disabilità* e della *Dote lavoro – ambito persone con disabilità psichica* sperimentata dalla Regione Lombardia<sup>25</sup>;
3. analisi comparativa dei costi del modello Lavoro e Psiche e del sistema dotale;
4. elaborazione di una proposta di inclusione del modello Lavoro e Psiche all'interno delle future politiche regionali, salvaguardandone aspetti e principi ispiratori.

In questa sede ci soffermiamo, in particolare, sugli ultimi due aspetti, rimandando al rapporto completo per ulteriori approfondimenti.

### 3.1 I costi del modello Lavoro e Psiche e del Sistema Dote

A partire dalle sue specificità, è stata identificata e stimata una funzione di costo del modello per l'inserimento e il mantenimento al lavoro proposto da Lavoro e Psiche. L'analisi si basa sulle spese rendicontate alla Fondazione dai soggetti che lo hanno attuato, gestendone anche gli aspetti amministrativi: gli Enti Capofila dei Tavoli Tecnici, i Coordinatori dei *coach* e ALA Sacco.

Una volta identificata la funzione di costo del modello L&P, è stato possibile effettuare un confronto con il sistema dotale per l'inserimento e il mantenimento lavorativo delle persone con disabilità.

Il confronto riguarda, in particolare, i costi medi per l'inserimento e il mantenimento al lavoro dei pazienti psichiatrici di Lavoro e Psiche e i costi medi per l'inserimento lavorativo e il sostegno all'occupazione della Dote sperimentale della Regione Lombardia<sup>26</sup>, sia quella destinata alle persone con disabilità

<sup>24</sup> Questa parte del progetto è stata svolta dall'Istituto per la ricerca sociale; il rapporto completo è contenuto in Istituto per la Ricerca Sociale, 2013.

<sup>25</sup> Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro, 2009.

<sup>26</sup> Non si considera la *Dote lavoro – Ambito persone con disabilità psichica* (per il sostegno all'occupazione nelle cooperative sociali di tipo B) prevista dalle Linee di Indirizzo Regionali 2010–2012 e dai Piani Provinciali perchè questo dispositivo non prevede la fase d'inserimento e non è quindi direttamente confrontabile con Lavoro e Psiche che, invece, prevede sia l'inserimento sia il mantenimento al lavoro.



gravi (oltre il 79% e psichici), sia quella destinata alle persone con disabilità meno grave (fino al 79%), determinati, in entrambi i casi, sulla base dei dati rendicontati e del numero dei destinatari. Poiché il costo medio nasconde differenze anche elevate tra i trattamenti individuali e le aree territoriali, si presenta anche un'analisi della spesa massima (rendicontata e prevista) e delle singole voci che concorrono a formare il costo totale.

Nel confronto non sono incluse le attività che sono state necessarie per l'avviamento del progetto. Sono quindi stati esclusi: a) i costi di selezione, formazione e supervisione dei *coach* da parte di Ala Sacco, b) i compensi per i Tavoli Tecnici e gli operatori dei CPS; c) le spese dei progetti strategici locali. I costi dei punti a) e c), come vedremo più avanti, potranno essere sostenuti con le Azioni di Sistema per le quali nei piani Provinciali viene allocato un *budget ad hoc*, mentre i costi del punto b) sono stati strettamente funzionali alla sperimentazione e, quindi, non saranno necessari a regime.

Il costo medio di Lavoro e Psiche è quindi calcolato in due modi diversi, ovvero rispetto a un costo totale che include:

- a. il compenso dei *coach*, il valore dei servizi di formazione (individuale e collettiva) finanziati col Fondo *ad personam*, il valore degli ausili acquistati tramite il Fondo *ad personam* e le spese di gestione (costo medio "L&P1");
- b. oltre alle voci indicate in a), le quote di Fondo *ad personam* spese per i tirocini in azienda e/o in cooperativa<sup>27</sup> e il valore dei servizi fruiti tramite la Dote (da parte dei pazienti di Lavoro e Psiche) (costo medio "L&P2").

Il costo medio della Dote sperimentazione include la redazione del Piano d'Intervento Personalizzato (PIP), i servizi di formazione, gli ausili e gli altri servizi per l'inserimento lavorativo (ricerca attiva del lavoro, *scouting* aziendale, accompagnamento al lavoro), ma non le indennità e i contributi aggiuntivi (per

<sup>27</sup> Si ricorda che il Fondo *ad personam* finanzia, nel suo complesso, la fruizione di servizi di orientamento e di formazione, l'accesso a eventuali tirocini/stage, l'acquisizione dei necessari ausili e tutte le azioni di riabilitazione finalizzate a sostenere il percorso di integrazione lavorativa.

la partecipazione a tirocini e/o alla formazione, ecc.)<sup>28</sup>, previsti invece dal Fondo *ad personam*<sup>29</sup>.

Rispetto al numero dei destinatari, Lavoro e Psiche ha garantito in media un trattamento di 23 mesi (calcolato a marzo 2012, ovvero 9 mesi prima della conclusione del progetto) a un totale di 157 pazienti psichiatrici (42 a Bergamo e ASL Milano1, 41 a Como e 32 a Sondrio). La sperimentazione della Dote – Persone con disabilità della Regione Lombardia, sulla base dei dati aggiornati all'11 settembre 2012, ha garantito il "Sostegno all'occupazione l'anno", in aggiunta all'"Inserimento lavorativo" a 89 destinatari (54 con disabilità oltre il 79% e psichici) e, rispetto ai territori della sperimentazione di Lavoro e Psiche, ha raggiunto solo 6 destinatari a Bergamo (di cui 2 "gravi") e 48 a Milano (di cui "32 gravi").

I risultati del confronto fra i due modelli sono riportati nella tabella 3.1, dalla quale si evince che il costo medio per paziente di L&P (calcolato secondo la definizione "LP2", precedentemente specificata), pari a €3.886 dopo 12 mesi di trattamento, a €5.830 dopo 18 mesi e a €7.773 dopo 24 mesi, è inferiore al valore medio dei servizi d'inserimento lavorativo (€6.437) e al valore medio dei servizi d'inserimento lavorativo e di sostegno all'occupazione (considerati nel loro insieme) (€9.737) della sperimentazione della Dote.

Il concetto di costo medio non tiene, però, conto dell'eterogeneità dei trattamenti dei pazienti e delle sedi della sperimentazione. Per questa ragione, il confronto tra i costi di Lavoro e Psiche e del sistema dotale è stato condotto (Tabella 3.2) anche sulla spesa massima per l'inserimento e il mantenimento al lavoro dei pazienti psichiatrici di L&P (determinata sulla base dei dati rendicontati) e:

1. la spesa massima per l'inserimento lavorativo e il sostegno all'occupazione della Dote (determinata sulla base dei dati rendicontati);
2. i massimali previsti della Dote<sup>30</sup> per l'inserimento lavorativo e il sostegno all'occupazione delle persone con disabilità oltre il 79% e psichici e per le persone con disabilità fino al 79%;
3. i massimali per l'inserimento lavorativo e il sostegno all'occupazione delle persone con disabilità previsti dalle doti provinciali per il triennio 2010–2012<sup>31</sup>. Dall'esame della tabella 3.2 emerge, in particolare, che:

28 L'Avviso *Dote Lavoro – ambito persone con disabilità* e le relative "modalità di attuazione" per favorire l'inserimento lavorativo e il sostegno all'occupazione dei disabili prevedono esplicitamente anche gli ausili tra i servizi per l'intervento "inserimento lavorativo", ma non includono altri contributi e/o indennità aggiuntive. Di conseguenza, i dati amministrativi di Regione Lombardia relativi alla *Dote lavoro – ambito persone con disabilità* utilizzati per le analisi sui costi non comprendono le indennità e/o i contributi aggiuntivi. Non è comunque escluso che per l'assunzione di alcuni destinatari (ma non per tutti) della *Dote lavoro – ambito persone con disabilità*, le imprese abbiano potuto usufruire degli incentivi previsti dall'art. 13 della L. 68/1999 (finanziati col Fondo nazionale per il diritto al lavoro dei disabili) e/o di altri contributi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dall'art. 13 (finanziati col Fondo regionale per l'occupazione dei disabili, art. 14 L. 68/1999).

29 D.G.R. 25 novembre 2009 n.10603.

30 Come da avviso e modalità di attuazione – d.d.u.o. n. 2561 del 18 marzo 2009.

31 Così come specificati nelle Linee d'indirizzo regionali 2010–2012 e nei Piani Provinciali delle Province di Bergamo, Como, Milano e Sondrio per il medesimo triennio.

**Tabella 3.1 – Confronto dei costi medi tra Lavoro e Psiche e la dote sperimentale di Regione Lombardia. Dati rendicontati**

	Bergamo	Como	Milano	Sondrio	Bg Co Mi So	Regione
Lavoro e Psiche (1)						
Dopo 12 mesi di trattamento	2.969	3.136	3.284	2.919	3.087	-
Dopo 18 mesi di trattamento	4.454	4.704	4.926	4.379	4.630	-
Dopo 24 mesi di trattamento	5.938	6.271	6.568	5.838	6.173	-
Lavoro e Psiche (2)						
Dopo 12 mesi di trattamento	3.697	3.904	4.243	3.645	3.886	-
Dopo 18 mesi di trattamento	5.545	5.855	6.364	5.468	5.830	-
Dopo 24 mesi di trattamento	7.394	7.807	8.486	7.291	7.773	-
Dote Sperimentazione regionale (Persone con disabilità oltre il 79% e psichici) (3)						
Inserimento lavorativo	8.612	5.850	6.438	8.026	6.744	6.437
Sostegno I anno	3.240	-	3.793	-	3.760	3.361
Sostegno II anno	-	-	3.980	-	3.980	3.506
Ins + Sost I anno	11.280	-	10.235	-	10.296	9.737
Ins + Sost I anno + Sost II anno	-	-	14.230	-	14.230	13.213
Dote Sperimentazione regionale (Persone con disabilità fino al 79%) (3)						
Inserimento lavorativo	7.312	7.380	4.980	6.983	5.505	5.353
Sostegno I anno	2.475	-	2.006	-	2.100	1.983
Sostegno II anno	-	-	2.500	-	2.500	2.500
Ins + Sost I anno	9.596	-	7.178	-	7.662	7.619
Ins + Sost I anno + Sost II anno	-	-	12.975	-	12.975	12.975

**Note:** (1) Ai fini del calcolo del costo del modello di inserimento e mantenimento al lavoro di L&P sono stati considerati: Compensi dei coach, Spese di gestione, Valore della formazione (individuale e collettiva) e degli ausili finanziati col Fondo ad personam. (2) Ai fini del calcolo del costo del modello di inserimento e mantenimento al lavoro di L&P sono stati considerati: Compensi dei coach, Spese di gestione, Fondo ad personam, Dote. (3) Negli importi rendicontati da Regione Lombardia sono inclusi gli ausili (allegato A al decreto n.2651 del 18-03-2009). Non sono inclusi invece indennità e/o contributi aggiuntivi in quanto non previsti dal decreto n.2651 del 18-03-2009.

Fonte: elaborazioni IRS su dati rendicontazione del Progetto L&P e su dati amministrativi di Regione Lombardia



Linee di Indirizzo Regionali e Piani Provinciali 2010-2012	Servizi Dote Lavoro-Inserimento lavorativo	6.500 (1)	8.480 (2)	11.488	11.552	-	12.000
	Indennità di partecipazione	-	-	-	-	-	4.600
	Indennità di frequenza tirocini	-	-	3.600	2.500	-	-
	Indennità di partecipazione formativa	-	-	250	250	-	-
	Ausili	-	-	1.000	1.000	-	1.000
	Servizi Dote Lavoro - Sostegno all'occupazione	3.000	9.340 (3)	5.000	4.992	-	5.000
	Dote + Indennità e contributi aggiuntivi	9.500	17.820	213.800	20.294	-	22.600

**Note:** (\*) con riferimento ai Piani Provinciali, la Dote si riferisce a Borsa Lavoro e Orientamento e Formazione ; (a) Costo massimo per i pazienti di L&P determinato considerando il compenso dei coach, le spese di gestione e il valore della formazione e degli ausili finanziati col Fondo ad personam ed una "durata media di trattamento" per paziente pari a 23 mesi (a marzo 2012). Importi massimi delle voci di spesa da rendicontazione (a marzo 2012); (b) Costo massimo per i pazienti di L&P determinato considerando il compenso dei coach, le spese di gestione e il Fondo ad personam ed una "durata media di trattamento" per paziente pari a 23 mesi (a marzo 2012). Importi massimi delle voci di spesa da rendicontazione di L&P (a marzo 2012); (c) Costo massimo per i pazienti di L&P determinato considerando il compenso dei coach, le spese di gestione, il Fondo ad personam, la Dote ed una "durata media di trattamento" per paziente pari a 23 mesi (a marzo 2012). Importi massimi delle voci di spesa da rendicontazione di L&P (a marzo 2012); (d) Negli importi rendicontati da Regione Lombardia sono inclusi gli ausili (allegato A al decreto n.2651 del 18-03-2009). Non sono inclusi invece indennità e/o contributi aggiuntivi in quanto non previsti dal decreto n.2651 del 18-03-2009; (1) Inclusa la Borsa lavoro; (2) Inclusi €4.600 per Borsa lavoro - sussidio al partecipante e €1.000 per Ausili; (3) Inclusi €3.600 per Indennità di partecipazione a corsi o tirocini e €1.000 per Ausili

**Fonte:** elaborazioni IRS su dati rendicontazione del Progetto L&P, dati amministrativi di Regione Lombardia, dati decreto n.2651 del 18-03-2009 e relativo allegato A Regione Lombardia, dati Linee di indirizzo regionali 2010-2012 Regione Lombardia e Piani Provinciali (Bergamo, Como, Milano e Sondrio)





- la spesa massima di L&P (€17.117)<sup>32</sup> è sostanzialmente in linea con i massimali della sperimentazione della Regione Lombardia (€17.500)<sup>33</sup>, pur comprendendo le indennità aggiuntive (ad esempio, per la partecipazione a tirocini e alla formazione), non previste invece all'interno dei massimali di spesa dalla Dote sperimentale di Regione Lombardia<sup>34</sup>;
- in tutte le aree della sperimentazione L&P, il costo massimo rendicontato per i pazienti psichiatrici (variando dai €9.692 di Bergamo ai €17.117 di Como) è ampiamente compatibile con i massimali previsti per la Dote nei Piani Provinciali per il triennio 2010–2012 (€22.600, indennità e contributi aggiuntivi inclusi).

Si conferma dunque quanto già emerso dal precedente confronto sui costi medi, ovvero che *L&P è, dal punto di vista economico, sostenibile all'interno delle risorse complessivamente allocate dalla recente Programmazione Regionale al finanziamento del sistema dotale.*

### 3.2 Una proposta per l'inserimento del modello Lavoro e Psiche nelle politiche regionali

Lavoro e Psiche si dimostra quindi sostenibile dal punto di vista economico nel confronto con la sperimentazione della Dote della Regione Lombardia.

Anche dal confronto con le doti provinciali, non sembrano emergere problemi di sostenibilità economica del modello ai fini della sua integrazione nella Programmazione Regionale. Le criticità maggiori potrebbero invece riguardare la sua sostenibilità organizzativa nel sistema. A questo proposito, concludiamo l'analisi presentando un modello per l'inserimento di L&P all'interno della Programmazione Regionale e una sua possibile declinazione all'interno del sistema dotale.

<sup>32</sup> Incluso il valore dei servizi fruiti tramite Dote.

<sup>33</sup> Dato dalla somma dei massimali d'inserimento lavorativo, sostegno all'occupazione I anno e sostegno all'occupazione II anno.

<sup>34</sup> Queste indennità aggiuntive sono state però successivamente previste dalle Doti "provinciali", la cui gestione è stata appunto delegata dalla Regione – con le Linee di indirizzo regionali 2010–2012 – alle Province, per tramite dei Piani Provinciali.

Il modello proposto riprende tutti gli aspetti qualificanti della sperimentazione di L&P e, per tenerne conto opportunamente, prevede che:

1. il *coach* operi in stretto raccordo con i servizi psichiatrici e l'intera rete dei servizi territoriali, preferibilmente al di fuori di quelli d'inserimento al lavoro. Questa collocazione è volta a garantire autonomia e autorevolezza a una figura che, per poter esercitare appieno il suo ruolo, deve essere riconoscibile e riconosciuta *in primis* dal sistema sanitario, ma anche dagli altri attori della rete territoriale che, a vario titolo, intervengono o comunque entrano in contatto col paziente psichiatrico;
2. vengano attivati dei Tavoli Tecnici territoriali con i seguenti ruoli principali:
  - a. individuazione al proprio interno di un ente capofila, preferibilmente di natura pubblica, presso cui collocare i *coach*;
  - b. individuazione<sup>35</sup>, formazione<sup>36</sup> e collocazione dei *coach* a livello territoriale;
  - c. monitoraggio e supervisione<sup>37</sup> sulle attività dei *coach* e sui percorsi dei pazienti;
  - d. supporto ai *coach* nell'interazione con gli enti e i servizi rappresentati all'interno del Tavolo Tecnico;
  - e. mappatura di tutti i servizi socio-sanitari e per il lavoro (che nel territorio di riferimento, offrono supporto a persone con disabilità mentale e ai pazienti psichiatrici in genere) e attivazione di interventi di sensibilizzazione, informazione e sostegno alle realtà territoriali che si occupano d'inserimento lavorativo, lotta allo stigma, ecc. (sulla falsariga dei progetti strategici locali di Lavoro e Psiche);
3. i servizi d'inserimento lavorativo siano estesi anche a soggetti non certificati, prevedendo che il raccordo con i servizi per il lavoro possa avvenire in due diversi modi:
  - a. all'interno del sistema dotale, tramite gli enti accreditati, nel caso di pazienti psichiatrici con disabilità mentale certificata;

35 Le competenze personali e professionali richieste ai *coach* includono: esperienze professionali nel campo della psichiatria e/o dell'inserimento lavorativo di "fasce deboli"; conoscenza del contesto territoriale di riferimento; possesso di titoli di studio attinenti al percorso professionale proposto: terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale e similari.

36 Nella sperimentazione di L&P, ALA Sacco ha progettato ed erogato il percorso formativo "*Coach to Coach*". Il corso ha coinvolto i partecipanti in 8 giornate di formazione intensiva, due giorni la settimana per quattro settimane. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi di lavoro. Sono stati erogati complessivamente 15 moduli formativi: il sapere psichiatrico I; il sapere psichiatrico II; modelli di inserimento lavorativo I; modelli di inserimento lavorativo II; la riabilitazione in psichiatria I; la riabilitazione in psichiatria II; il ruolo del *coach* I; il ruolo del *coach* II; la valutazione in riabilitazione; la valutazione dell'utente; gli strumenti legislativi; il comparto aziendale; le reti territoriali; il disegno di valutazione randomizzato; mappatura dei territori di provenienza. Due moduli sono stati intergruppo (il disegno di valutazione randomizzato; mappatura dei territori di provenienza) e quattro moduli (gli strumenti legislativi; il comparto aziendale; le reti territoriali; il disegno di valutazione randomizzato) sono stati affidati a formatori e interlocutori esterni, di comprovata esperienza.

37 La supervisione dei percorsi di *coaching* erogati dai *coach*, che nella sperimentazione di L&P è stata svolta da ALA Sacco, nel modello proposto potrebbe essere svolta, a seconda dell'area territoriale di riferimento, da ALA Sacco o da altre agenzie con finalità e caratteristiche simili.

oppure

- b. al di fuori del sistema dotale, attraverso il collegamento con enti, accreditati o meno, nel caso di pazienti psichiatrici senza certificazione di disabilità<sup>38</sup>.

In particolare, si propone di introdurre una specifica dote (diversa dalle due già esistenti all'interno delle politiche regionali<sup>39</sup>) rivolta ai pazienti psichiatrici<sup>40</sup> che sia implementabile nell'attuale sistema dotale ed eventualmente anche al di fuori di esso, ricorrendo sia agli enti accreditati che ad altri servizi e/o enti che non rientrano nel sistema regionale di accreditamento e che si occupano d'inserimento lavorativo. Rispetto a questi ultimi, si pensi, ad esempio, alle cooperative sociali di tipo B nelle quali, ai sensi dell'art. 4 della L. n.381/91, vengono inserite al lavoro alcune categorie di persone svantaggiate, inclusi i soggetti in trattamento psichiatrico. Queste cooperative, qualora non fossero accreditate, potrebbero essere comunque in grado di sostenere l'inserimento lavorativo di un soggetto psichiatrico, chiedendo il supporto del *coach* che agirà in stretto raccordo con l'operatore della cooperativa all'uopo preposto (solitamente un tutor/educatore professionale).

In caso di utilizzo della dote, la persona con patologie psichiatriche certificate potrebbe seguire il seguente percorso:

- il servizio di cura (per esempio, il CPS), che ha in carico la persona, effettua una propria valutazione del potenziale lavorativo della persona e della possibilità di seguire un percorso specialistico (finalizzato al lavoro);
- se la persona sceglie di usufruire di questo percorso, il servizio di cura produce un documento specifico che attesta la valutazione positiva e indica il *coach* di riferimento all'interno dell'area territoriale di riferimento;
- il *coach* valuta la possibilità di attivare la dote, individua sul territorio l'ente accreditato e lo contatta per l'eventuale attivazione della dote;
- l'ente accreditato riceve sia la segnalazione che la richiesta di attivazione della dote attraverso una relazione proveniente dal servizio di cura e attiva la fase conoscitiva del paziente con servizi di cura e *coach*;
- la persona con disabilità e il *coach* si presentano presso l'ente accreditato individuato;
- l'ente accreditato, insieme al *coach* e alla persona con patologia psichiatrica certificata, stenderà il PIP per la scelta e l'individuazione dei servizi da erogare.

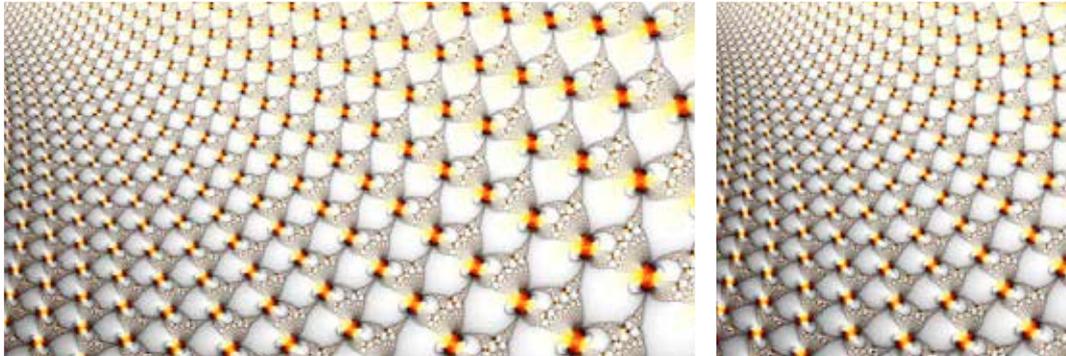
Nella dote proposta, gli enti accreditati, oltre ai requisiti *standard* dell'accREDITAMENTO, dovranno necessariamente:

- a. sviluppare una rete per l'erogazione dei servizi con alcuni dei soggetti già indicati nel DRG n. VIII/10603 e in particolare con l'ente capofila del Tavolo

38 Sarebbe comunque auspicabile che la dote psichiatrica venisse estesa anche alle persone prive di certificazione invalidante o almeno a coloro che hanno avviato il percorso di certificazione.

39 *Dote lavoro – ambito persone con disabilità – e Dote lavoro – ambito persone con disabilità per il sostegno all'occupazione nelle cooperative di tipo B.*

40 Per i requisiti di ammissibilità si rimanda al §1.2.



Tecnico (ASL, Distretto socio-sanitario, Centrale cooperativa, ecc.) in capo al quale sono collocati i *coach*;

- b. sviluppare una rete o contatti formalizzati (tramite per esempio protocolli di intesa) con i servizi di diagnosi e cura (quali ad esempio i CPS) che hanno in carico la persona con patologie psichiatriche (certificate). E' altresì ipotizzabile che le lettere di intenti o i protocolli di intesa siano definiti anche con imprese e/o cooperative sociali di tipo B.

Questi requisiti aggiuntivi potrebbero essere richiesti nel bando specifico di dote.

Sulla base dei costi sostenuti nel progetto Lavoro e Psiche e adottando alcune ipotesi semplificatorie, si possono immaginare costi e modalità di finanziamento del modello proposto.

Le attività dei Tavoli Tecnici potrebbero avere un costo complessivo di poco più di un milione (€1.053.844), articolato nelle seguenti voci:

- a. selezione e formazione di 39<sup>41</sup> *coach* per tutti gli OCSM lombardi: €141.333;
- b. monitoraggio e supervisione<sup>42</sup> affidata ad Ala Sacco (o ad altra agenzia territoriale similare delegata dal Tavolo Tecnico): €274.811;
- c. progetti locali di sensibilizzazione, informazione e sostegno all'inserimento lavorativo dei Tavoli Tecnici: €637.700.

Come evidenziato nella tabella 3.3, queste attività potrebbero essere finanziate attraverso un'azione di sistema su un progetto innovativo finanziato col Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità, considerati i riparti delle annualità 2011 e 2012 di competenza regionale e provinciale.

41 Tale valore si basa sull'ipotesi di attivare, come avvenuto in Lavoro e Psiche, gruppi di 4 *coach* nelle province più grandi e gruppi di tre in quelle più piccole (Lecco e Sondrio). Il totale dei *coach* sarebbe pari a 54 e, considerando i 15 già impegnati nella sperimentazione, i nuovi *coach* sarebbero 39.

42 Per l'elaborazione della stima si è considerato che tali attività siano relative a raffronti periodici tra i *coach*, con le equipe curanti (per un periodo di 6 mesi) e con servizi territoriali (per 12 mesi), oppure a incontri al bisogno (lungo un periodo di 24 mesi).

**Tabella 3.3** – Stima dei costi per le attività dei Tavoli Tecnici e quote del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili destinate alle azioni di sistema nelle annualità 2011 e 2012

Modello		
	Costo stimato per la selezione e formazione iniziale dei <i>coach</i>	141.333
	Costo stimato per le attività di monitoraggio e supervisione dei <i>coach</i>	274.811
	Costo stimato per la realizzazione dei progetti strategici locali	637.700
	<b>Totale</b>	<b>1.053.844</b>
Riparto fondo regionale per l'occupazione		
2011	Quota azioni di sistema di competenza regionale	1.204.311
	Quota azioni di sistema di competenza provinciale	4.817.245
2012	Quota azioni di sistema di competenza regionale	1.213.640
	Quota azioni di sistema di competenza provinciale	4.854.558

*Fonte: elaborazioni IRS su dati progetto L&P e dati "riparto fondo regionale per l'occupazione dei disabili" – Regione Lombardia (annualità 2011 e 2012)*

Assumendo inoltre che i 54 *coach* (39 nuovi e i 15 già esistenti) prendano in carico per 24 mesi 10 pazienti ciascuno, per un totale di 540 pazienti psichiatrici, nell'ipotesi di costo massimo della dote proposta (€18.468), il costo complessivo per il loro inserimento e mantenimento al lavoro (dato dalla somma dei costi dei *coach* e del Fondo *ad personam*) sarebbe pari a €9.972.720.

Se, invece, fossero presi in carico 810 pazienti psichiatrici (15 per ciascun *coach*) nell'ipotesi di costo medio della dote proposta (€5.783), il costo complessivo sarebbe pari a €4.684.230 (si veda oltre).

La dote proposta (tabella 3.4) è determinata sulla base dei costi e del numero medio ("ipotesi media") e massimo ("ipotesi massima") di ore di lavoro dei *coach* registrate durante l'esperienza di Lavoro e Psiche e di utilizzo medio e massimo del Fondo *ad personam*.

Anch'essa potrebbe essere finanziata tramite il Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità in due modi:

1. all'interno del sistema dotale, attraverso una ripartizione, sia nella fase di inserimento lavorativo che in quella di sostegno al lavoro, dei servizi – in cui si articola la dote proposta – tra *coach* e operatore dell'ente accreditato<sup>43</sup>, per un massimale di 145 ore a paziente (nel caso di ipotesi media) oppure di 374 ore a paziente (nel caso di ipotesi massima) alle quali si applica un costo orario di €32 (ovvero il costo *standard* riconosciuto dal sistema dotale regionale). Al valore dei servizi devono poi essere aggiunti, sempre sulla base dell'esperienza di Lavoro e Psiche integrata nel modello dotale, i valori (medi e massimi) delle relative indennità e degli ausili; oppure,

<sup>43</sup> Si rimanda al rapporto completo (Istituto per la Ricerca Sociale, 2013) per la ripartizione delle ore fra il *coach* e gli altri operatori degli enti accreditati.

**Tabella 3.4 – Confronto tra costi della dote proposta (nell'ipotesi di costo massimo e di costo medio) e i massimali della dote – persone con disabilità (Linee di indirizzo regionali 2010 – 2012)**

Servizi, Indennità e Contributi aggiuntivi	Dote proposta [1]		Linee di indirizzo regionale 2010-2012
	Costo massimo	Costo medio	
Servizi di inserimento lavorativo	7.872	3.264	12.000
Indennità di partecipazione (a tirocini lavorativi, formativi e di riabilitazione)	6.000	1.133	3.600
Ausili	500	10	1.000
Servizi di sostegno all'occupazione	4.096	1.376	5.000
<b>Totale</b>	<b>18.468</b>	<b>5.783</b>	<b>21.600</b>

*Note: [1] In caso di dote "media" il costo del lavoro del coach per due anni sarebbe garantito con la presa in carico di 15/16 pazienti certificati, mentre in caso di dote "massima" la copertura complessiva sarebbe garantita con la presa in carico di soli 5/6 pazienti certificati, ci sarebbero dunque i presupposti per un eventuale presa in carico anche di non certificati per i quali il coach potrebbe attivare la ricerca di risorse diverse da quelle del sistema dotale per sostenerli nel processo di inserimento lavorativo.*

*Fonte: elaborazioni IRS su dati rendicontazione del Progetto L&P e dati Linee di indirizzo regionali 2010-2012 Regione Lombardia*

2. al di fuori del sistema dotale, trasferendo delle risorse all'ente in capo al quale sono collocati i *coach* (al netto di quelle eventualmente destinate – nell'ambito della dote psichiatriche proposta – a finanziare i servizi erogati dall'ente accreditato). In questo secondo caso il costo per l'inserimento e il mantenimento al lavoro delle persone con patologie psichiatriche (anche non certificate) sarebbe pari a €14.308 (nell'ipotesi massima) e a €3.735 (nell'ipotesi media).

La tabella 3.5 mostra i dati relativi alle due alternative sopra descritte, evidenziando come, nel secondo caso, i costi complessivi risulterebbero inferiori sia nell'ipotesi media, sia nell'ipotesi massima.

La seconda modalità di finanziamento delineata presenta alcuni vantaggi rispetto alla prima:



**Tabella 3.5** – Confronto tra finanziamento attraverso dote psichiatriche oppure mediante trasferimento risorse all'Ente Capofila in capo al quale sono collocati i coach nel caso di un singolo destinatario (ipotesi media ed ipotesi massima)

	Finanziamento attraverso			
	Dote Psichiatriche (1)		Trasferimento risorse ad Ente capofila presso cui sono collocati i coach (2)	
	Ipotesi media	Ipotesi massima	Ipotesi media	Ipotesi massima
Inserimento Lavorativo	3.264	7.782	1.696	5.120
Contributi ed indennità aggiuntivi	1.143	6.500	1.143	6.500
Sostegno all'occupazione	1.376	4.096	896	2.688
<b>Totale</b>	<b>5.783</b>	<b>18.468</b>	<b>3.735</b>	<b>14.308</b>

**Note:** (1) Include le risorse destinate al finanziamento dei servizi erogati dall'Ente accreditato; (2) Esclude le risorse destinate al finanziamento dei servizi erogati dall'Ente accreditato

**Fonte:** elaborazioni IRS su dati rendicontazione del Progetto L&P

**Tabella 3.6** – Stima dei costi della dote psichiatriche – ambito persone con disabilità mentale e quote del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili destinate alle Province per la dote lavoro ambito disabilità e sostegno

Dote psichici – ambito persone con disabilità mentale		
Costo massimo stimato (ipotesi massima)(1)		9.972.720
Costo massimo stimato (ipotesi media)(2)		4.684.230
Riparto fondo regionale occupazione		
2010	Quota destinata alle Province per la dote ambito disabilità e sostegno	18.064.668
2011	Quota destinata alle Province per la dote ambito disabilità e sostegno	18.204.594

**Note:** (1) Si assume un numero di destinatari pari a 540, tutti che accedono a tutti i servizi di inserimento lavorativo, a tutti i servizi di sostegno all'occupazione e che ricevono tutte le indennità ed i contributi aggiuntivi; (2) Si assume un numero di destinatari pari a 810, tutti che accedono a tutti i servizi di inserimento lavorativo, a tutti i servizi di sostegno all'occupazione e che ricevono tutte le indennità ed i contributi aggiuntivi

**Fonte:** elaborazioni IRS su dati rendicontazione del progetto L&P e dati "riparto fondo regionale per l'occupazione dei disabili" – Regione Lombardia (annualità 2011 e 2012)



- a. è più semplice, in quanto distingue nettamente il ruolo dei *coach* da quello di altri operatori, servizi ed enti presenti nel territorio e non richiede di “dividere” le risorse tra il *coach* e l’operatore dei disabili dell’ente accreditato come nel caso della dote (la separazione avviene già a monte);
- b. consente di prendere in carico i pazienti psichiatrici, superando la questione della certificazione della disabilità. Nel caso specifico di quelli certificati, tra i diversi percorsi di integrazione lavorativa a disposizione, il *coach* potrà eventualmente anche individuare e contattare un ente accreditato per attivare il percorso dotale. Ma in generale potrà seguire anche i pazienti privi di certificazione di disabilità;
- c. garantisce una maggiore continuità nell’erogazione delle risorse non prevedendo la procedura di prenotazione delle doti da parte degli Enti accreditati attualmente utilizzata nelle singole province per assegnare le doti disponibili. Non è infatti necessario costituire il catalogo degli enti accreditati che possono accedere alle doti e si supera la principale criticità del sistema dotale rappresentata dal meccanismo di prenotazione (il cosiddetto *click-day*), che solitamente vede le doti messe a bando dalle province esaurirsi in pochi minuti.

Come evidenziato nella tabella 3.6, in entrambi i casi, i costi dei *coach* e del Fondo *ad personam* potrebbero dunque essere finanziati tramite il Fondo regionale per l’occupazione delle persone con disabilità, considerato che la Regione, per la dote lavoro ambito disabilità e sostegno, ha allocato alle province €18.064.667 nel 2011 e €18.204.594 nel 2012 e che il numero dei possibili destinatari (540 secondo l’ipotesi minima, 810 nell’ipotesi massima) e il costo complessivo (€4.684.230 nell’ipotesi minima e €9.972.720 nell’ipotesi massima) ipotizzati potrebbero essere anche sovradimensionati, viste le difficoltà incontrate, nel reclutare i pazienti da assegnare al trattamento, nelle 4 aree di sperimentazione di Lavoro e Psiche (1 anno e mezzo per il reclutamento).

Qualunque sia la modalità di finanziamento scelta, dunque, la dote psichiatrici – ambito persone con disabilità mentale – qui proposta risulta comunque economicamente sostenibile all’interno dell’attuale sistema previsto per le politiche regionali per l’inserimento e il mantenimento al lavoro delle persone con disabilità.

L'elemento che più contraddistingue il Progetto Lavoro e Psiche è probabilmente il fatto che tutto l'intervento sia stato disegnato fin dal principio con l'intento esplicito di approfondire e diffondere la conoscenza sul tema dell'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbi psichici. Appare quindi naturale interrogarsi, al termine del progetto, sulle lezioni apprese dalla sperimentazione.

Alcuni aspetti legati al disegno, all'implementazione e all'interpretazione dei risultati dello studio controllato randomizzato e dell'analisi dei costi del modello sono già stati discussi all'interno dei capitoli 1, 2 e 3 e sono quindi solamente ripresi, in estrema sintesi, in questa sede:

- il modello di intervento sperimentato con il Progetto Lavoro e Psiche evidenzia un risultato positivo (pari a circa il 15%, dopo 24 mesi di trattamento) e statisticamente significativo sul tasso di attivazione dei pazienti beneficiari. Tale risultato dipende dall'effetto positivo dell'intervento dei *coach* sulla probabilità di svolgere tirocini finalizzati all'inserimento lavorativo, mentre, a 24 mesi di distanza dall'arruolamento, non appare significativo l'effetto del trattamento sulla probabilità di trovare un lavoro retribuito;
- da un punto di vista economico, il modello risulta integrabile e sostenibile all'interno delle politiche regionali di promozione dell'inserimento lavorativo delle persone disabili, essendo le risorse necessarie al suo finanziamento inferiori a quelle complessivamente allocate dalla recente Programmazione Regionale per il finanziamento del Sistema *Dote lavoro*;
- la decisione di valutare gli effetti del progetto attraverso un vero e proprio esperimento sociale ha consentito di evitare un'interpretazione non corretta dei risultati del progetto;
- la complessità delle problematiche affrontate all'interno di un esperimento sociale e l'aspetto umano e soggettivo, insito in tale sperimentazione, devono essere prudenzialmente considerati e possibilmente limitati in un disegno dell'intervento il più possibile definito e "standardizzato". Se si intende orientare il *policy maker*, infatti, è indispensabile che il trattamento sperimentato sia innovativo, in linea con la normativa e le priorità di programmazione pubblica, compatibile con le risorse a disposizione, ma soprattutto ben identificato e definito;
- in un esperimento sociale controllato è possibile il verificarsi di un effetto compensativo a favore dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo che porta a sottostimare i risultati del progetto; anche nel nostro caso la randomizzazione degli individui all'interno di unità territoriali in cui convivono la condizione di soggetto "sperimentale" e quella di soggetto "di controllo" sembra aver generato una contaminazione fra i due gruppi, con un vantaggio a favore del gruppo di controllo soprattutto durante i primi mesi del progetto;
- l'implementazione di uno studio controllato randomizzato in campo sociale richiede inoltre il consenso e l'appoggio delle istituzioni sin dalla sua ideazione, pone questioni etiche da risolvere e da sottoporre agli organi competenti e richiede la disponibilità di evidenza empirica sufficiente per la corretta valutazione dei risultati.

Altri elementi di riflessione emersi dalla realizzazione e dai risultati del progetto riguardano tre aspetti strettamente legati al modello d'intervento: i destinatari, lo scopo e la durata del trattamento.



Per quanto riguarda i primi due aspetti, sin dal momento in cui si sono stabiliti i criteri di accesso al progetto è emerso un profondo dibattito sulla tipologia di pazienti per i quali era possibile realisticamente immaginare una concreta possibilità di inserimento nel mercato del lavoro. La decisione finale è stata quella di considerare ammissibili anche persone affette da disturbi molto gravi, purché in possesso di alcuni requisiti fra cui, non ultimo, la “motivazione e attitudine a intraprendere un percorso d’integrazione lavorativa”. I risultati hanno evidenziato in modo piuttosto chiaro che, fra i pazienti coinvolti nel progetto (sia trattati che controlli), è stata significativa la quota di quelli che, non avendo mai lavorato prima di essere “arruolati” nel progetto, non sono riusciti ad avviare un’esperienza lavorativa vera e propria nemmeno durante lo svolgimento dell’intervento (si tratta di 166 pazienti su 311 – circa il 53% del totale). Tra questi, tuttavia, è interessante notare come esista una fascia di persone che il modello Lavoro e Psiche sembra riuscire più efficacemente ad attivare e a inserire in un percorso di avvicinamento al lavoro attraverso il tirocinio. Seppure appaia ragionevole ipotizzare che la fase di profonda crisi economica manifestatasi proprio in concomitanza con la sperimentazione del progetto possa aver influito sui risultati, è altresì ragionevole (ri)proporre come spunto di riflessione per i soggetti (operatori sanitari, operatori sociali, *policy maker*, ecc.) che in futuro affronteranno il tema dell’integrazione lavorativa dei disabili psichici la seguente domanda: il lavoro retribuito può essere davvero l’obiettivo più realistico da perseguire per tutte le tipologie di pazienti considerate ammissibili all’interno del Progetto Lavoro e Psiche?

La durata del trattamento (due anni) era stata stabilita soprattutto in base all’esperienza sul campo dell’ente che ha sviluppato il modello (ALA Sacco), ma anche contemperando all’esigenza di contenere in uno specifico progetto (caratterizzato, per sua natura, da un orizzonte temporale necessariamente non troppo esteso) anche la sperimentazione del modello stesso. Non si è però forse tenuto sufficientemente in conto che l’operazione d’inserimento dei 15 *coach* all’interno del sistema dei servizi per l’inserimento lavorativo dei 4 territori in cui ha avuto luogo la sperimentazione avrebbe richiesto un certo tempo, non solo nella fase “preparatoria” del progetto, ma anche durante i primi mesi di attuazione concreta degli interventi sui pazienti.

Fatte le dovute premesse, ci sembra quindi ragionevole porre come argomento di riflessione alcune osservazioni e un interrogativo finale:

1. i dati che descrivono il tipo di trattamento ricevuto dai pazienti evidenziano che il modello di intervento sperimentato dal Progetto Lavoro e Psiche si caratterizza per una fase iniziale, a volte anche abbastanza lunga, in cui l'oggetto di lavoro dei *coach* è soprattutto la creazione di una doppia alleanza (con il paziente e con l'equipe sanitaria che lo ha in cura) sull'obiettivo esplicito del percorso di integrazione lavorativa;
2. i risultati del progetto sembrano mostrare che il trattamento di 2 anni, pur avendo innescato un percorso di attivazione del paziente caratterizzato da esperienze pre-lavorative (i tirocini) significativamente più frequenti di quanto si sarebbe registrato senza il trattamento, non abbia permesso di concludere tali percorsi in modo significativamente più frequente con un'occupazione;
3. la disponibilità di dati relativi a periodi di trattamento superiori a 2 anni (collegata allo sfasamento del processo di arruolamento dei pazienti) sembra evidenziare, seppur in modo statisticamente non significativo, che nei mesi successivi al 24-esimo si cominci ad assistere a una sorta di sostituzione dell'esperienza del tirocinio con quella del lavoro retribuito, quasi a lasciar intendere che una durata superiore del trattamento potrebbe generare effetti positivi anche sul tasso di occupazione (e non solo sul tasso di attivazione);
4. due anni sono davvero l'orizzonte temporale ottimale per un intervento volto all'inserimento lavorativo di un paziente affetto da un grave disturbo psichico?



## BIBLIOGRAFIA

- ALA Sacco (2011), *Il quadro logico di intervento nel Progetto Lavoro&Psiche*. Mimeo, disponibile presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Comitato di indirizzo del progetto Lavoro e Psiche (2008) *Linee Guida del Progetto Lavoro e Psiche*. Mimeo, disponibile su richiesta presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro (2009), *Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative in favore dell'inserimento socio-lavorativo delle persone disabili*. Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. VIII/10603 del 25 novembre 2009.
- Direzione Generale Sanità (2004), *Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale*. Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. VII/17513 del 17 maggio.
- Istat (anni vari), *Rilevazione sulle forze di lavoro*. Roma: Istat.
- Samek Lodovici M., Orlando N. (a cura di) (2013), *Il Modello Lavoro & Psiche all'interno delle politiche regionali per l'inserimento socio-lavorativo di disabili psichici*. Milano: IRS. Mimeo, disponibile su richiesta presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Martini A., Dusio F., Nava L., Sandrolini F. (2013), *Lavoro e Psiche: I risultati e le lezioni apprese dallo studio controllato randomizzato*. P=ASVAP. Mimeo, disponibile su richiesta presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Martini A., Dusio F., Nava L., Quarenghi A., Ciniselli G. (2009), *Istruzioni operative per l'arruolamento dei pazienti nello studio controllato randomizzato*. Mimeo, disponibile su richiesta presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Martini A., Sisti M. (2009), *Valutare il successo delle politiche pubbliche*. Bologna: il Mulino.
- Martini A., Trivellato U. (2011), *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*. Venezia: Marsilio.
- Meliciani V., Radicchia D. (2009), *L'intermediazione informale in Italia: è vantaggioso risparmiare sui costi di ricerca di un lavoro?*. Roma: Studi Isfol n.5.
- Meloni G. (a cura di) (2013), *Tavoli tecnici per la salute mentale. L'esperienza del Progetto Lavoro e Psiche nell'ambito degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale di 4 Asl di Regione Lombardia*. Mimeo, disponibile su richiesta presso la Fondazione Cariplo, filippopetrolati@fondazionecariplo.it.
- Project Management Institute (2012), *PMBOK® – Project Management Body Of Knowledge*. Newtown Square, PA: PMI.
- Saretsky G. (1972), The OEO P.C. Experiment and the John Henry Effect. *The Phi Delta Kappan*, 53, 9: 579-581.
- WHO (2008), *International Classification of Diseases – ICD 10*. Geneva: World Health Organization.



Nella Collana **QUADERNI DELL'OSSERVATORIO** sono stati pubblicati i seguenti titoli, scaricabili sul sito [www.fondazionecriplo.it/osservatorio](http://www.fondazionecriplo.it/osservatorio).

Quaderno N.1 – Periferie, cultura e inclusione sociale

Quaderno N.2 – Il valore potenziale dei lasciti alle istituzioni di beneficenza

Quaderno N.3 – Stranieri si nasce...e si rimane?

Quaderno N.4 – Oltre la famiglia: strumenti per l'autonomia dei disabili

Quaderno N.5 – L'educazione finanziaria per i giovani

Quaderno N.6 – Ricerca scientifica in ambito biomedico

Quaderno N.7 – Servizi per l'infanzia

Quaderno N.8 – Assicurazione per persone con disabilità e loro famiglie

Quaderno N.9 – Progetti e politiche per la mobilità urbana sostenibile

Quaderno N.10 – Le organizzazioni culturali di fronte alla crisi

Quaderno N.11 – I Social Impact Bond

Quaderno N.12 – Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici

LAVORO E PSICHE

Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici  
licensed under a Creative Commons Attribution Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.

doi: 10.4460/2013quaderno12





fondazione  
c a r i p l o