

Il reinserimento lavorativo del paziente psichiatrico: l'esperienza di San Raffaele Turro



Dott.ssa Federica Cocchi

Department of Clinical Neurosciences

San Raffaele University Scientific Hospital Milan, Italy

Schizofrenia e funzionamento

I deficit nelle abilità di adattamento e di funzionamento sono una caratteristica fondamentale della schizofrenia

DSM IV criterio B per la diagnosi di schizofrenia:

Disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia



Il concetto di qualità della vita

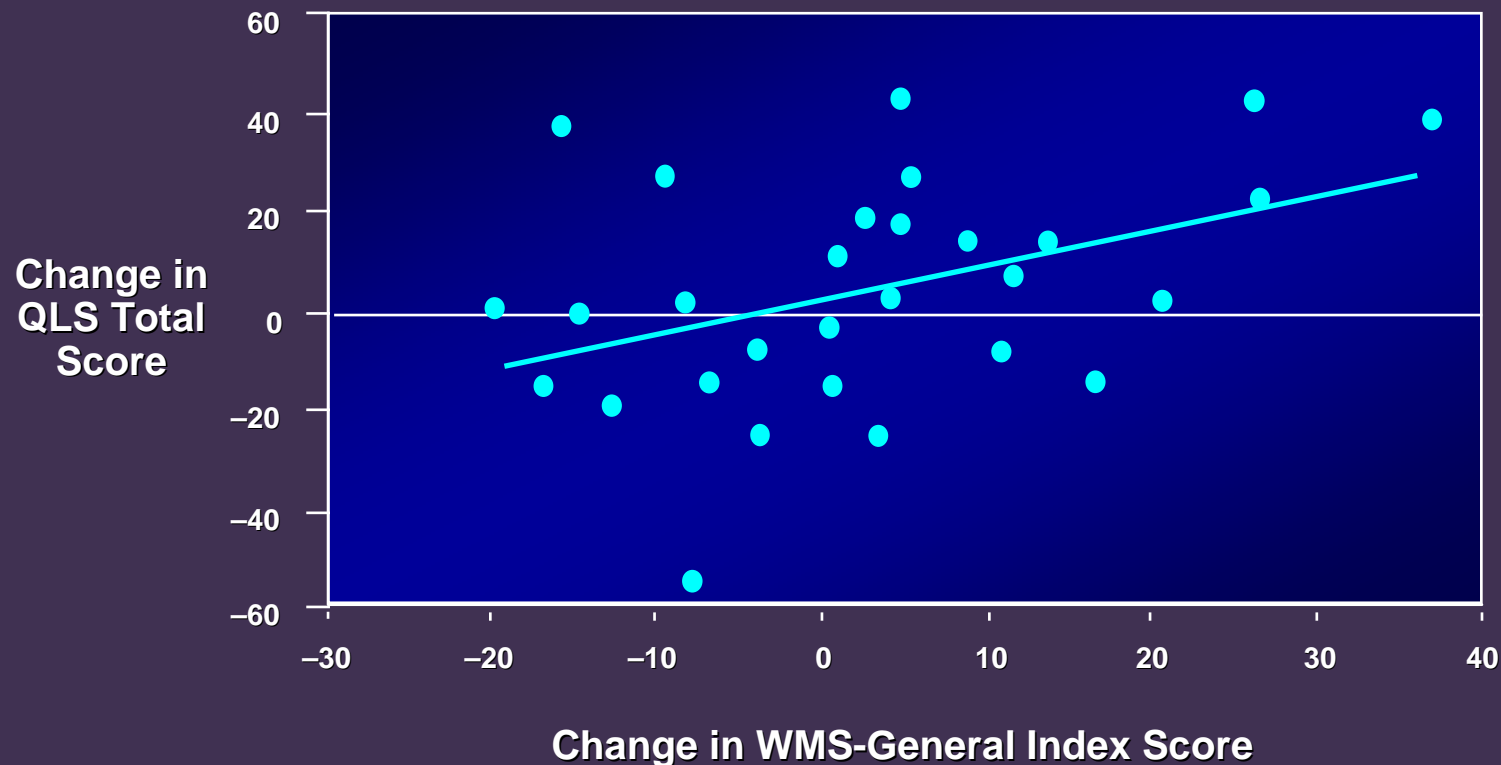
Molti autori ritengono che il concetto di “**qualità della vita**” sia multidimensionale e rappresentabile attraverso tre aspetti differenti:

- Il benessere soggettivo e la soddisfazione personale
- Il funzionamento nelle attività quotidiane giornaliere, ossia l'essere in grado di curare se stessi e il saper assumere i ruoli sociali in modo adeguato
- Le risorse esterne, ossia il sapere usufruire e disporre di risorse materiali e del supporto sociale da cui possono essere sostenuti.



Deficit cognitivo ed impairment funzionale

Change in QLS Total Score With Change in Memory Function



QLS = Quality of Life Scale; WMS = Wechsler Memory Scale.
Buchanan RW, et al. *Biol Psychiatry*. 1994;36:717-725.



Deficit cognitivo e schizofrenia

- Il deficit cognitivo è comune nella skz (85% dei malati) e coinvolge un ampio spettro di domini cognitivi come attenzione, memoria, funzioni esecutive, velocità-coordinazione
- Il deficit neuropsicologico è eterogeneo e specifico per ogni malato.
- Le caratteristiche cliniche, psicopatologiche e neuropsicologiche apportano contributi diversi ai diversi aspetti del funzionamento quotidiano dei pazienti schizofrenici, rendendo ogni soggetto unico anche nel suo profilo di funzionamento.

Plot a Icone - Facce di Chernoff - soggetti da 1 a 50

Rappresentazione del profilo neuropsicologico di ciascun paziente
in base ai vettori delle diverse caratteristiche di performance



LEGENDA: faccia/lar = % errori pers WCST, orec/liv = bersagli persi CPT, fronte/al = Fluenza verbale,
fronte/ecc = Fluenza semantica, p.inf/ecc = Memoria verbale, naso/lun = Working memory,
bocca/cent = Velocità psicom.,

Aree di funzionamento

- Autonomia /Cura del sé

- Lavoro



Attività quotidiane

- Relazioni sociali

Social problem solving

Acquisizione skills

Funzionamento lavorativo

- La capacità di lavorare è molto compromessa nei pazienti con schizofrenia, soprattutto nei paesi più sviluppati in cui i lavori sono più complessi.
- Circa il 70-85% dei pazienti schizofrenici è disoccupato.
- La maggior parte di coloro che hanno un'occupazione lavora part-time in ambienti di lavoro protetti
- La proporzione di pazienti che mostrano una mobilità ascensionale nell'occupazione a partire dai livelli premorbose è solo del 7%

Funzionamento lavorativo

- I deficit cognitivi sono considerati come “rate-limiting” factors per un outcome di successo sia nel dominio sociale che in quello occupazionale (Green 1996; Green et al. 2000)
- Un gran numero di studi ha trovato che il funzionamento cognitivo è un fattore determinante per la disoccupazione e gli outcome ad essa legati (Jaeger and Douglas 1992; Goldman et al. 1993; Hagger et al 1993; Meltzer and Mc Gurk 1999)



Fattori predittivi l'outcome lavorativo

- I numerosi studi disponibili in letteratura dimostrano come il funzionamento cognitivo sia un forte predittore dell'esito funzionale lavorativo
- I pz con miglior funzionamento cognitivo traggono maggiori benefici dalla riabilitazione lavorativa rispetto a quelli con funzionamento cognitivo peggiore
- Le funzioni cognitive più predittive di un buon outcome lavorativo sono le funzioni esecutive, working memory verbale, velocità psicomotoria e attenzione
- Anche i sintomi clinici sono correlati all'outcome lavorativo: una maggiore gravità dei sintomi negativi predice un più scarso funzionamento lavorativo; una maggiore gravità di sintomi positivi predice una maggiore necessità di supporto lavorativo e di sostegno da parte dei servizi psichiatrici

Misure di adattamento lavorativo

Stato del lavoro

- occupazione/disoccupazione
- mantenimento del lavoro
- ore di lavoro (part-time, full-time)

Comportamento sul lavoro

- qualità e quantità del lavoro
- puntualità
- cooperatività



Stato di lavoro

- I principali deficit che determinano lo stato lavorativo nei pazienti schizofrenici sono la **memoria** verbale secondaria e le **funzioni esecutive**
- Deficit di problem-solving (**funzioni esecutive**) e **memoria** sono associati alla disoccupazione indipendentemente dalla diagnosi di patologia psichiatrica
- I pazienti disoccupati mostrano un QI nella media ma deficit per quanto riguarda la **memoria** e il problem-solving (**funzioni esecutive**)
- Migliori prestazioni di apprendimento e **memoria** sono predittivi di misure oggettive di stato lavorativo (ore di lavoro, paga)



Stato di lavoro

Full-time



Disoccupati

Miglior funzionamento di **funzioni esecutive**, **attenzione** e **working memory**

Full time



Part-time

Miglior funzionamento **funzioni esecutive** e **attenzione**

Part-time



Disoccupati

Miglior funzionamento di **funzioni esecutive**, **working memory** e **memoria verbale**

(Mc Gurk et al., 2000)



Comportamento nel posto di lavoro

Un buon funzionamento di **memoria** verbale, **funzioni esecutive** e velocità di processazione sono predittive del comportamento sul lavoro (cooperatività e qualità del lavoro)

(Evans et al., 2004)

Uno studio di Bell e Bryson sugli effetti della Work Therapy ha mostrato che:

- aspetti dell'**attenzione** erano legati ad un miglioramento iniziale nelle prestazioni lavorative e nell'apprendimento
- la **memoria** era legata ad un successivo miglioramento nelle prestazioni lavorative

(Bell et al., 2001)

Principali domini cognitivi correlati con il funzionamento lavorativo nella schizofrenia

- Memoria secondaria
- Attenzione/Vigilanza
- Velocità-coordinazione psicomotoria
- Funzione esecutiva
- Fluenza
- Working memory

Attenzione sostenuta



Lavorare



studiare

La coordinazione psicomotoria



Lavori manuali

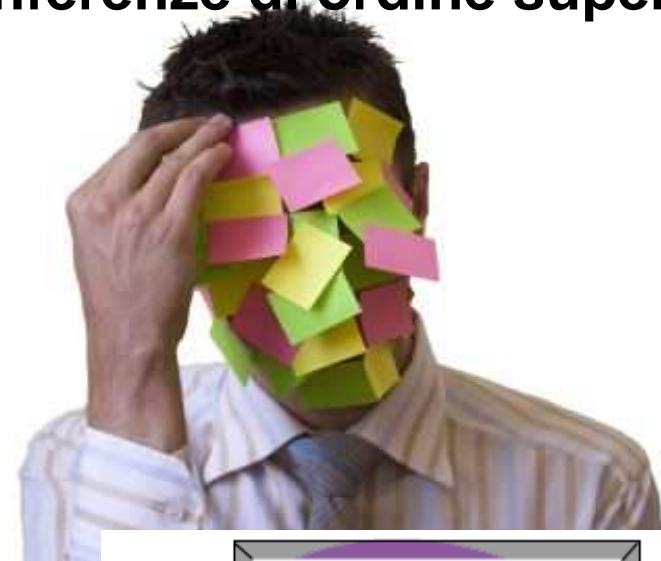
Le funzioni esecutive

Adattarsi all'ambiente

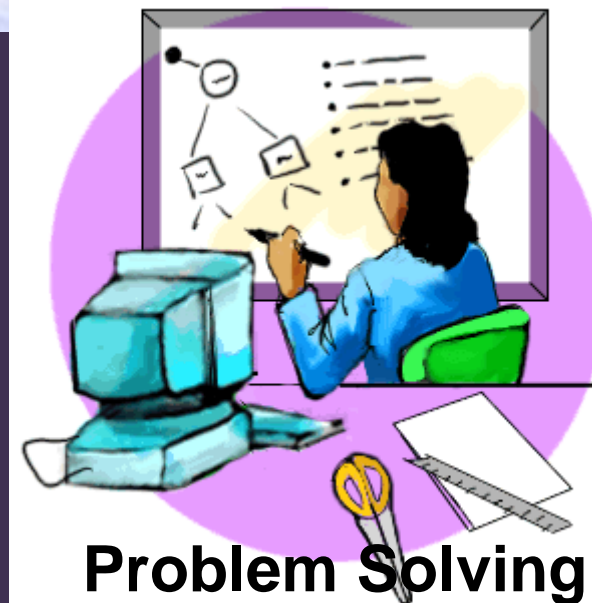


Flessibilità

Fare inferenze di ordine superiore



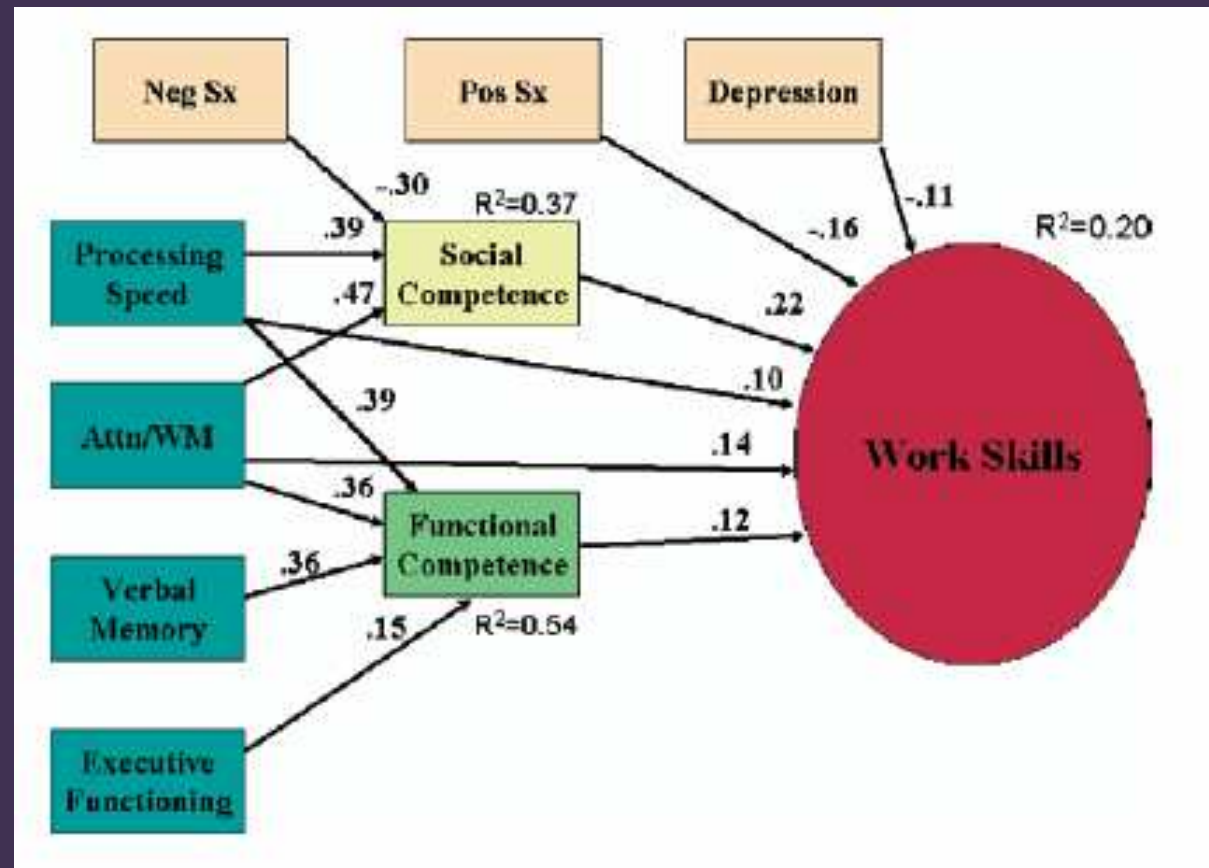
Pianificare



Problem Solving

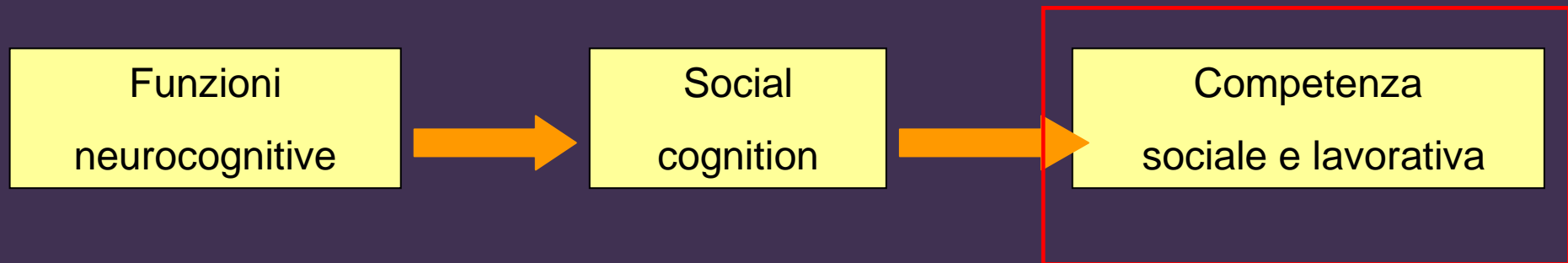
Predicting Schizophrenia Patients' Real-World Behavior with Specific Neuropsychological and Functional Capacity Measures

Christopher R. Bowie, Winnie W. Leung, Abraham Reichenberg, Margaret M. McClure, Thomas L. Patterson, Robert K. Heaton, and Philip D. Harvey



(Bowie et al 2008)

Social Cognition



(Green et al., 2000)

Lo studio della social cognition appare particolarmente utile per comprendere lo sviluppo del *social impairment* nella schizofrenia, e ha il potenziale di migliorare i correnti interventi riabilitativi per il dominio sociale, che hanno mostrato ottenere un outcome limitato. I trattamenti che si rivolgono al miglioramento della social cognition permettono il mantenimento e potenziamento delle relazioni sociali nella comunità e favoriscono la ricerca ed il mantenimento del **lavoro**.



Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 4 pp. 738–747, 2009
doi:10.1093/schbul/kbn169
Advance Access publication on January 31, 2008

Neurocognition, Social Cognition, Perceived Social Discomfort, and Vocational Outcomes in Schizophrenia

Morris Bell¹⁻³, Hector W. H. Tsang⁴, Tamazine C. Greig²,
and Gary J. Bryson^{2,3}

²Department of Psychiatry, School of Medicine, Yale University;

³Department of Veterans Affairs, Rehabilitation Research and Development Service, VACHS 116B, 950 Campbell Avenue, West Haven, CT 06516; ⁴Department of Rehabilitation Sciences, The

Key words: neurocognition/social cognition and discomfort/schizophrenia/work rehabilitation/vocational rehabilitation



Available online at www.sciencedirect.com



European Psychiatry xx (2008) 1–6

EUROPEAN
PSYCHIATRY

<http://france.elsevier.com/direct/EURPSY/>

Original article

Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective, and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia

Alex Hofer^{a,*}, Cord Benecke^b, Monika Edlinger^a, Regina Huber^a, Georg Kemmler^a,
Maria A. Rettenbacher^a, Gerald Schleich^{a,b}, W. Wolfgang Fleischhacker^a

^a *Department of Biological Psychiatry, Medical University Innsbruck, Anichstrasse 35, A-6020 Innsbruck, Austria*

^b *Institute for Psychology, University of Innsbruck, Innrain 52, A-6020 Innsbruck, Austria*

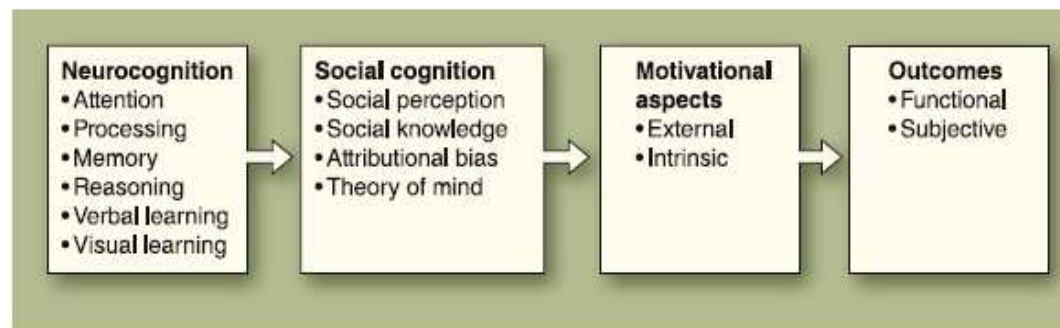
Received 29 January 2008; received in revised form 1 June 2008; accepted 21 June 2008

Vocational, Social, and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: A Review of Recent Research and Trends

Seth Kurzban • Lisa Davis • John S. Brekke

Published online: 24 June 2010
© Springer Science+Business Media, LLC 2010

Fig. 1 Components of psychosocial rehabilitation



INGRESSO PZ CON DIAGNOSI DI PSICOSI CRONICA

Psichiatra: VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA

Psicologo: VALUTAZIONE NEUROCOGNITIVA E METACOGNITIVA

Tecnico della riabilitazione: VALUTAZIONE FUNZIONAMENTO

RIUNIONE D'EQUIPE PER DISCUSSIONE CASO E PROGRAMMA RIABILITATIVO

TERAPIA NEUROCOGNITIVA

TERAPIA PER LA FAMIGLIA

COLLOQUI INDIVIDUALI

GRUPPI RIABILITATIVI CBT e OCCUPAZIONALI

RIVALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA, NEUROPSICOLOGICA, METACOGNITIVA E DEL FUNZIONAMENTO GLOBALE: discussione caso e mantenimento e/o cambiamento del programma riabilitativo

RIUNIONE D'EQUIPE PER DISCUSSIONE CASO: rivalutazione finale
Eventuale dimissione

Tempo max 1 anno



Valutazione generale del paziente

Aree deficitarie

Aree conservate

Attitudini personali

Motivazione

Risorse del paziente e sostegno esterno

Livello di funzionamento precedente



Obiettivi

Recupero delle abilità deficitarie

Sviluppo delle risorse dell'ambiente in direzione supportiva e facilitativa per il paziente

Sviluppo potenzialità del soggetto



Funzionamento più adeguato possibile nell'ambito sociale del paziente

Reinserimento nel mondo lavorativo



PROGRAMMA RIABILITATIVO

TERAPIA NEUROCOGNITIVA

COLLOQUI INDIVIDUALI

GRUPPI RIABILITATIVI



Terapia neurocognitiva

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION
0000, 00 (0), 1–17

 Psychology Press
Taylor & Francis Group

Computer-aided neurocognitive remediation in schizophrenia: Durability of rehabilitation outcomes in a follow up study

Sara Poletti^{1,2}, S. Anselmetti³, M. Bechi³, E. Ermoli³, M. Bosia³,
E. Smeraldi³, and R. Cavallaro³

¹*C.E.R.M.A.C. (Centro di Eccellenza Risonanza Magnetica ad Alto Campo), University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy;* ²*Dottorato in Neuroscienze e Disturbi del Comportamento, Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Università degli Studi di Palermo, Italy;* ³*Department of Clinical Neurosciences, Scientific Institute and University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy*

Cognitive deficits in patients with schizophrenia constitute a limiting factor to the chances of rehabilitation of daily living abilities, like personal and relational autonomy and working ability. Cognitive Remediation Therapy (CRT) is a rehabilitative technique that aims at the recovery of single cognitive functions through the execution of massive exercises of impaired cognitive domains. This study aims to establish if the results achieved through an intensive deficit-specific neurocognitive treatment of three months duration, were maintained over time. The sample consists in 100 patients diagnosed with schizophrenia according to the criteria of DSM IV. Patients were assessed on cognitive and daily functioning at baseline, after 3 months of either CRT or placebo training added to their standard rehabilitation treatment, at 6 month and 12-month follow-up. Results showed significant changes that were maintained at follow-up for executive function, attention and psychomotor coordination. Moreover the significant improvement in daily functioning was maintained at 6 and 12-month follow-up. In conclusion improvements in cognitive functions and daily functioning achieved through the association of CRT

GRUPPI RIABILITATIVI

Terapia Cognitivo-comportamentale

Gruppo cognitivo Tom

IPT (escluso modulo
neurocognitivo)

Gruppo lavoro

Gruppo Abilità sociali

Gruppo Problem Solving

Terapia Occupazionale

Laboratorio di cucina

Laboratorio di arte

Gruppo di cura del sè

Organizzazione del tempo
libero

Giornalino

Cineforum

Educazione Alimentare

Riabilitazione equestre

Terapia Cognitivo-comportamentale: gruppo lavoro

Obiettivi: migliorare o sviluppare le abilità sociali necessarie all'acquisizione di una buona competenza nell'area lavorativa

Durata e frequenza: Il gruppo si svolge con sedute a cadenza settimanale per circa sei mesi.

Programma: 1) orientamento cognitivo: formulazione di obiettivi realistici per le prospettive lavorative (analisi aspettative dei partecipanti, risorse e capacità attuali); strutturazione programmi individuali e pianificazione per step degli obiettivi da raggiungere per il reinserimento lavorativo sulla base del funzionamento premorbo, di quello attuale e dell'ambiente socio-familiare di provenienza

2) acquisizione di abilità specifiche: identificazione di abilità necessarie per realizzazione obiettivi formulati e acquisizione delle strategie per ricerca lavoro (ordinario/categorie protette): analisi annunci lavoro, compilazione domanda, stesura curriculum vitae; gestione difficoltà legate alla ricerca e colloqui di lavoro ed all'inserimento lavorativo

3) gestione di situazioni problematiche: valutazioni e proposte di strategie per risoluzione di problemi (come e quando si può verificare un'esperienza stressante: riconoscere i sintomi e strategie di gestione; situazioni problematiche sul lavoro: quali e come affrontarle)

Tecniche: Errorless learning, scaffolding

Terapia Cognitivo-comportamentale: gruppo lavoro **Follow-up**

- Contatti regolari tra operatore di riferimento e committente di lavoro per verifica di:-prestazione quali-quantitativa lavorativa(performance, tempi e orari lavoro, assenze);- rapporti con i colleghi;-motivazione e soddisfazione personale
- Incontri regolari con operatore e specialista inizialmente a frequenza settimanale o quindicinale, quindi mensili per verifica funzionamento, stabilità clinica, motivazione, gestione situazioni problematiche e stress
- Quando possibile prosecuzione dell'intervento riabilitativo in direzione supportiva e migliorativa il funzionamento lavorativo (esercizio neurocognitivo,metacognitivo)

Errorless Learning

Psychological Medicine, 2003, 33, 433–442. © 2003 Cambridge University Press
DOI: 10.1017/S0033291702007298 Printed in the United Kingdom

Does ‘errorless learning’ compensate for neurocognitive impairments in the work rehabilitation of persons with schizophrenia?

R. S. KERN,¹ M. F. GREEN, J. MINTZ AND R. P. LIBERMAN

*From UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences and Department of Veteran's Affairs
VISN 22 Mental Illness Research Education and Clinical Center (MIRECC), Los Angeles, CA, USA*

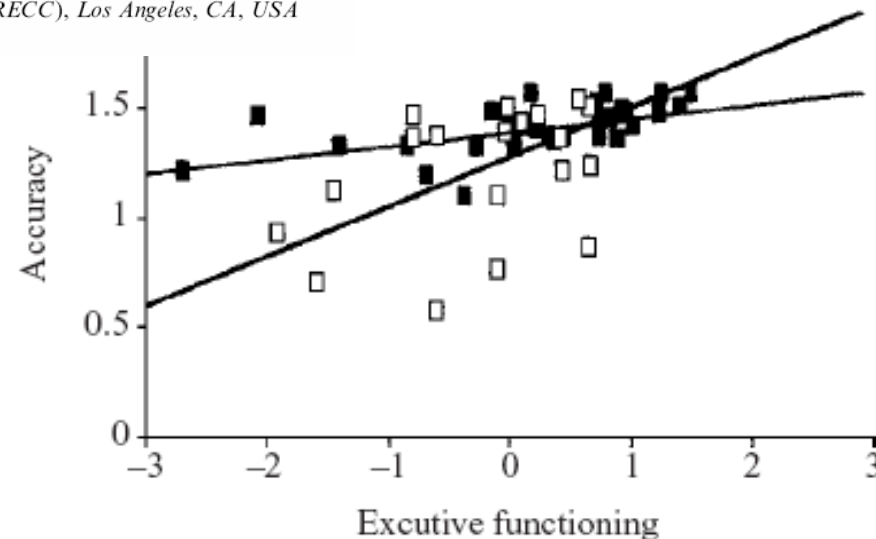


FIG. 2. Executive functioning and per cent accuracy scores on the tank assembly task for the two training groups. (■, Errorless learning; □, conventional instruction.)

Tecniche: Errorless Learning

- I soggetti sani hanno la capacità di auto-correggere la propria performance per utilizzare le azioni compiute per guidare il comportamento futuro
- Pz schizofrenici
 - deficit di memoria esplicita
 - deficit di attenzione
 - mancanza di flessibilità
 - deficit di self-monitoring

Errorless Learning

Article

Applications of Errorless Learning for Improving Work Performance in Persons With Schizophrenia

Robert S. Kern, Ph.D.

Robert P. Liberman, M.D.

Alex Kopelowicz, M.D.

Jim Mintz, Ph.D.

Michael F. Green, Ph.D.

Objective: Until recently, few training methods used in the psychosocial rehabilitation of persons with schizophrenia have taken into account the neurocognitive deficits common to this illness. The present study tested a training method called errorless learning (which theoretically compensates for neurocognitive impairments) for efficacy at teaching entry-level job tasks to persons with serious and persistent mental illness.

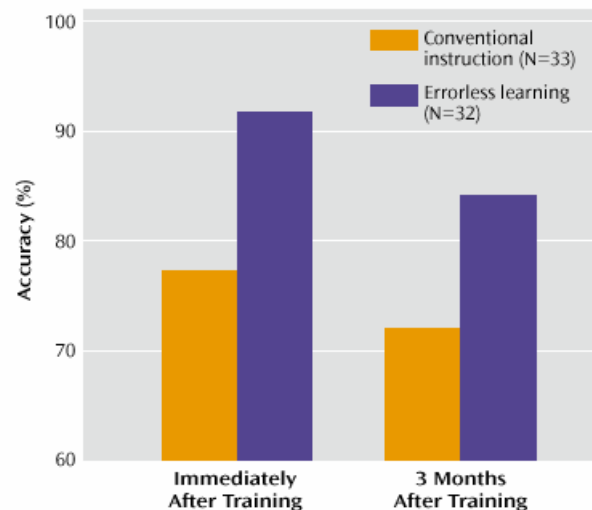
Method: Sixty-five unemployed, clinically stable outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder were randomly assigned to training by means of either errorless learning or conventional instruction for two entry-level job tasks (index card filing and toilet tank assembly). Training was conducted in small groups of four subjects for 90–120 minutes in a simulated workshop. Efficacy—as measured by accuracy, speed, and overall productivity—was assessed immediately after training and at a 3-month follow-up evaluation.

Results: Significant group differences in accuracy that favored errorless learning were found on both job tasks. In terms of productivity, the errorless learning group was superior to the conventional instruction group on the card filing task, and differences for the tank assembly task approached significance. There were no significant group differences in speed. Both groups showed significant drops in accuracy and productivity on the tank assembly task from immediately after training to the 3-month follow-up evaluation; performance levels were more stable for both groups on the card filing task.

Conclusions: Errorless learning appears to be a useful training method for establishing introductory high levels of performance in the work rehabilitation of persons with schizophrenia. Future studies may wish to test its long-term durability by embedding it within supported employment programs.

(Am J Psychiatry 2002; 159:1921–1926)

FIGURE 1. Card Filing Accuracy Among Outpatients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder Immediately After Being Trained Through Either Errorless Learning or Conventional Instruction and After 3 Months^a



^a Significant group effect ($F=4.92$, $df=1, 59$, $p=0.03$).



Errorless Learning

- a) il compito viene suddiviso in più parti e il training comincia dalla più semplice
- b) il compito comincia dal livello dove si presuppone che sia più alta la possibilità di successo
- c) il compito procede attraverso una serie di step a difficoltà crescente
- d) la performance ad ogni compito viene appresa attraverso la pratica massiva e ripetuta e abbondante rinforzo positivo



Tecniche: Scaffolding

“...Le strategie di intervento con le quali "un adulto o "esperto" aiuta qualcuno che è meno adulto o meno esperto [...] a risolvere un problema, effettuare un compito o raggiungere un obiettivo che è oltre le sue possibilità senza assistenza...”
(Wood, Bruner e Ross, 1976, 89-90).

“...l'azione di sostegno è associata ad un'attività costante di valutazione dei bisogni e dei livelli di competenza raggiunti di volta in volta in quanto lo scaffolding deve essere sempre adeguato e riadattato (adaptive) ai progressi, fino alla manifestazione della prestazione in piena autonomia.”
(Wood, Bruner e Ross, 1976, 89-90).



Scaffolding

- In caso di difficoltà l'operatore fornisce gli aiuti necessari per arrivare alla soluzione
- L'operatore deve comprendere con il paziente i motivi di eventuali insuccessi incoraggiandolo a migliorare
- L'operatore non deve assumere un atteggiamento giudicante ma di accoglimento e rispettare i tempi di apprendimento del paziente

Descrizione del campione

Campione: 80 pazienti schizofrenici afferenti alle strutture riabilitative dell'Ospedale San Raffaele Ville Turro

```
graph TD; A[80 pazienti] --> B[Gruppo lavoro : 20 pazienti]; A --> C[Gruppo CBT : 60 pazienti];
```

Gruppo lavoro : 20 pazienti

M= 12 F= 8

Gruppo CBT : 60 pazienti

M= 40 F= 20

Valutazioni: Demografiche

Funzionamento: Quality of life scale

Neuropsicologiche: BACS WCST CPT

Metacognitive: Picture of Sequencing Task

Fenigstein Paranoia Scale

GEOPTe- Social Cognition

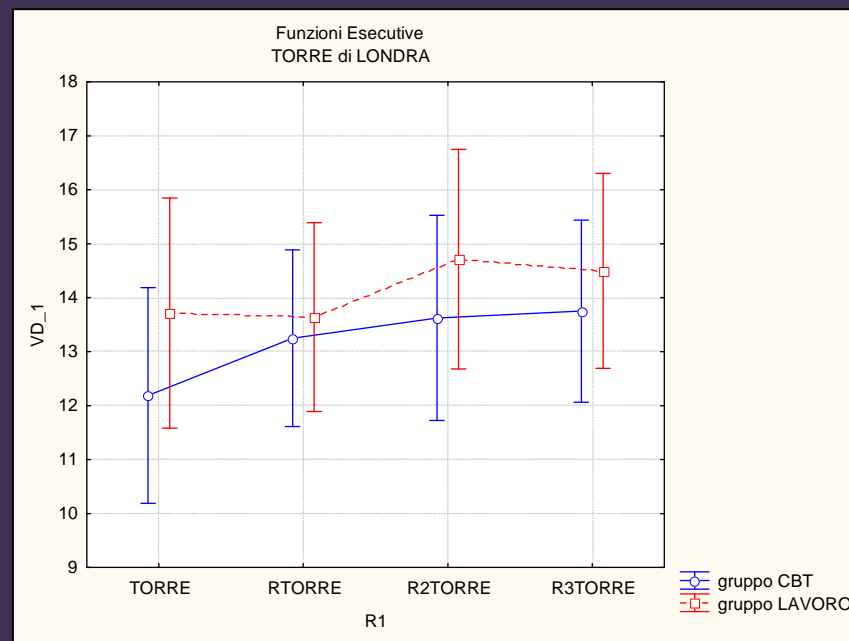
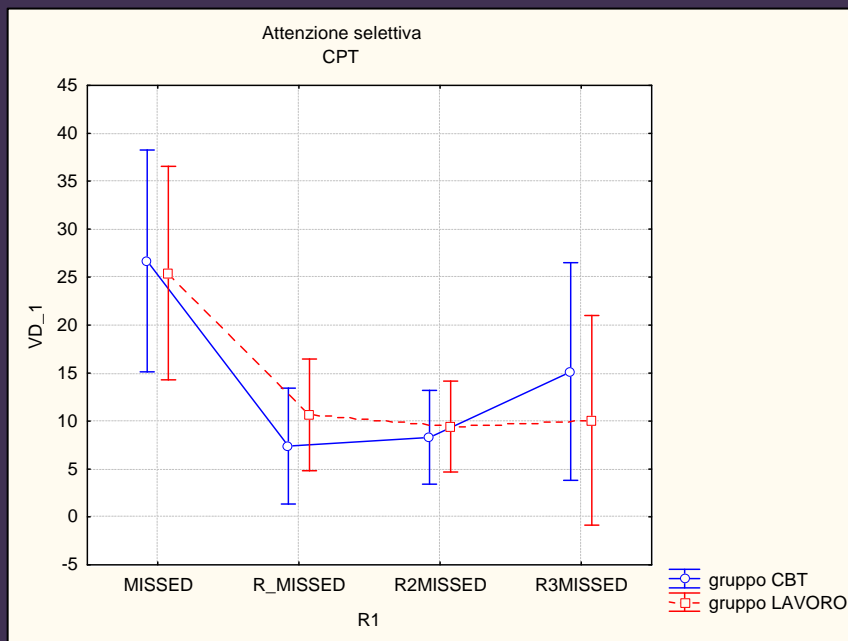
Analisi Descrittiva delle Caratteristiche Demografiche e di Funzionamento quotidiano del campione

	Gruppo CBT		Gruppo LAVORO		
	Media	Ds	Media	ds	ANOVA
Sex					
Eta'	36.2	10.6	31.3	5.8	N.S.
Onset	23.11	5.8	24.1	4.9	N.S.
Scolarità	11.8	2.7	11.6	3.1	N.S.
QLS (sociale)	18.5	9.02	23.2	4.9	N.S.
QLS (lavorativa)	5.5	6.3	6.3	7.02	N.S.
QLS (personale)	24.7	9.9	31.1	8.2	0.3
QLS (totale)	46.3	21.8	58.0	14.7	N.S.
QI level	83.3	12.8	85.2	12.9	N.S.

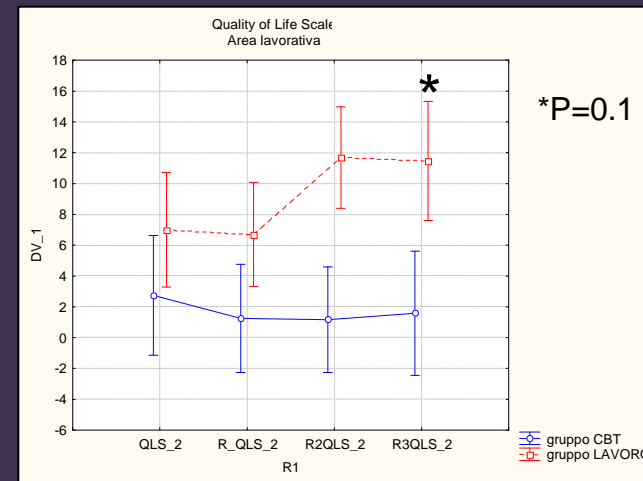
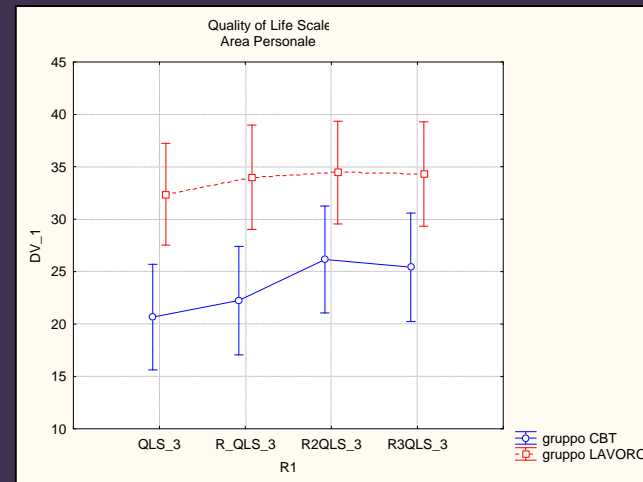
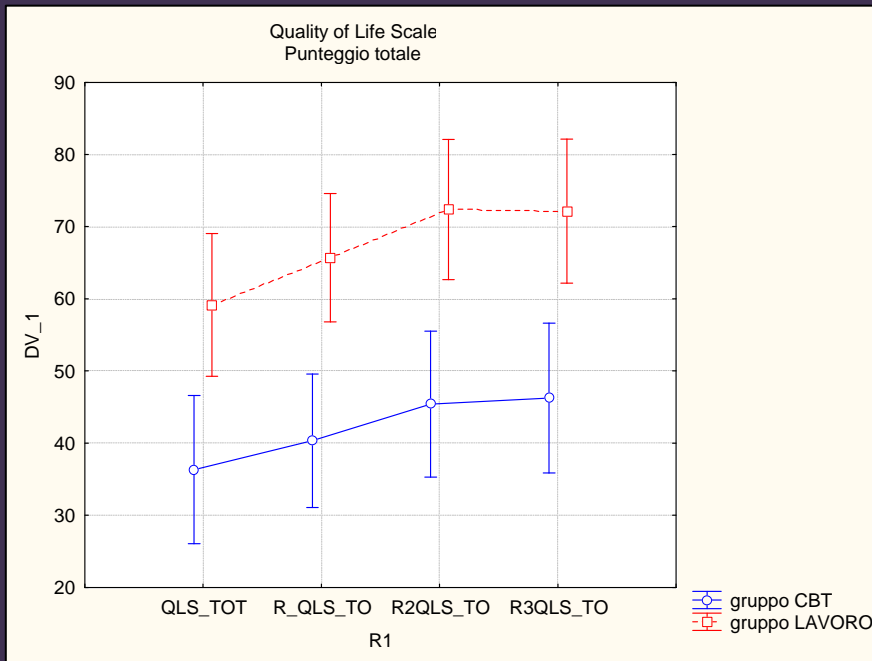
Analisi descrittiva delle Funzioni Neuropsicologiche e Metacognitive del campione

	Gruppo CBT		Gruppo LAVORO		
	Media	Ds	Media	Ds	ANOVA
Mem. Verbale*	34.6	10.7	35.7	8.5	Ns
Fluenza verbale*	55.4	7.9	58.3	7.5	Ns
Working Memory*	15.5	4.7	15.7	3.4	Ns
Coordinazione Ps.*	64.7	17.5	73.7	16.1	0.5
Attenzione selettiva*	35.6	10.9	40.2	8.0	Ns
Funz. Esecutive*	13.3	5.09	13.7	3.1	Ns
Attenzione prolun prolungata	30.2	30.3	23.7	17.8	Ns
Funz. Esecutive (WCST)	16,3	10,2	15,5	10,5	Ns
ToM test	38.6	12.3	45.7	9.1	0.3
Social Cognition Scale	36.5	12.3	37.3	13.3	Ns

Follow up : funzioni Neurocognitive



Follow up : Quality of Life Scale



Caso clinico1

- Maschio di 37 anni, affetto da skz paranoidea esordita a 24aa
- In anamnesi frequenti riacutizzazioni con ricoveri in TSO con aggressività verbale e fisica secondaria ad allucinazioni uditive e ideazione delirante di riferimento e persecutoria, in relazione a scarsa compliance farmacologica
- Dal novembre 2005 in terapia con zuclopentixolo lon-acting
- Ultima esperienza lavorativa nel 2005 in qualità di operaio semplice (assunzione tempo indeterminato)

Caso clinico1

- Inizio programma riabilitativo nel gennaio 2006 presso Centro Diurno Hsr
- Vengono effettuate le valutazioni del funzionamento clinico, neurocognitivo, sociale, personale e lavorativo
- Viene strutturato un programma riabilitativo deficit specifico ed individualizzato

Caso clinico1:valutazioni

- Psicopatologiche:Panss:82 (prevalente s.negativa)
- Neuropsicologiche:BACS,CPT,WCST:compromissione di memoria verbale, working memory,attenzione,funzioni esecutive nella sottocomponente di pianificazione e flessibilità cognitiva
- QI:82 (deterioramento superiore al 10%)
- Funzionamento metacognitivo:GEOPTE(competenza sociale), Feningstein (Paranoia)e test di Teoria della Mente(Comprensione di false credenze di primo e secondo ordine,Faux Pas test, Hinting Task, Test comprensione umoristica):globalmente compromesso
- Funzionamento generale:VADO e QLS:disfunzione lieve nell'area personale, marcata nell'area sociale e lavorativa

Caso clinico1: problemi individuati

- Rilevante deficit cognitivo
- Scarso funzionamento sociale
- Scarsa organizzazione della giornata ed uso del tempo libero
- Difficoltà nella cura di sé: eccesso ponderale e scarsa attività fisica condizionanti astenia e rallentamento motorio
- Disoccupazione

Caso clinico1:obiettivi riabilitativi

- Migliorare organizzazione della quotidianità e utilizzo più gratificante del tempo libero
- Miglioramento della abilità sociali
- Miglioramento delle abilità necessarie per la ricerca e la ripresa del lavoro
- Migliorare la cura di sé e ottenere calo ponderale

Caso clinico1:piano d'intervento

- Deficit funz. neurocognitivo:cognitive remediation
- Deficit funz. sociale:gruppo TOM e abilità sociali
- Deficit funz. lavorativo:gruppo lavoro (inizio maggio 2006)
- Deficit cura di sé: gruppo educazione alimentare,gruppo cucina, gruppo attività motoria
- Gruppi occupazionali, gestione tempo libero

Caso clinico1: outcome funzionale e rivalutazioni

- Psicopatologica: PANSS:74 con miglioramento s.negativa
- Neuropsicologica: miglioramento delle funzioni esecutive (pianificazione, flessibilità cognitiva)
- Metacognitiva: miglioramento nella TOM
- Funzionamento personale, sociale e lavorativo: migliorati significativamente items di relazioni interpersonali e lavoro

Caso clinico1:outcome lavorativo

- Inizio programma riabilitativo:gennaio 2006
- Inizio gruppo lavoro:maggio 2006
- Inserimento progetto Match Provincia di Milano nel luglio 2007
- Attivazione borsa lavoro nel settembre 2007 (part-time, presso cooperativa di manutenzione del verde)
- Assunzione a tempo indeterminato nell'aprile 2008 (SIL di competenza) come magazziniere, part-time (mantiene diritto alla pensione), categoria protetta
- Attualmente lavora con buon rendimento e soddisfazione personale.Mantiene i rapporti mensili con curante con buona stabilità clinica e compliance farmacologica

Caso clinico2

- Femmina di 34 anni, affetta da schizofrenia paranoidea
- Onset di malattia a 30 anni
- Personalità premorboza paranoide
- In trattamento farmacologico con olanzapina, successivamente sostituita su sua richiesta (incremento ponderale) con risperidone. Difficoltà ad incrementare la terapia antipsicotica per lamentazione soggettiva di effetti collaterali
- Buon livello di funzionamento premorbozo
- Ultima esperienza lavorativa 2 anni prima come grafica
- Ambiente familiare costituito solo dal fratello, poco supportivo e richiedente in termini prestazionali

Caso clinico2:valutazioni

- Psicopatologica: PANSS:80 con prevalente s.positiva
- Neuropsicopatologica: compromissione di funzione esecutiva (flessibilità cognitiva), attenzione
- QI:94 senza deterioramento
- Funzionamento cognitivo: globalmente compromesso
- Funzionamento : evidente disfunzione in ambito sociale e lavorativo

Caso clinico2:problemi individuati

- Scarso funzionamento sociale
- Disoccupazione ma discreta motivazione al lavoro
- Atteggiamento solo parzialmente collaborante
- Scarso insight di malattia con pretese lavorative
- Sintomatologia positiva residua
- Aspetti maladattativi di personalità (rigidità, pretenziosità con scarsa considerazione degli altri, marcata diffidenza)

Caso clinico2:piano d'intervento

- Cognitive remediation
- Gruppo abilità sociali e TOM
- Terapia cognitiva individuale per gestione tratti personologici disfunzionali, riduzione aspettative, miglioramento della collaborazione, incremento della compliance farmacologica
- Reinserimento lavorativo

Caso clinico2:intervento e outcome lavorativo

- Ingresso al Centro Diurno nel maggio2006
- Inizia gruppo lavoro nel giugno2006
- Primi contatti e colloqui con agenzia 'Scaldasole' nell'ottobre 2006
- Nel marzo 2007 prime due proposte di lavoro dall'agenzia territoriale, rifiutate entrambe, per orari e distanza dall'abitazione
- Maggio 2007 richiede ed ottiene l'assegno di invalidità
- Luglio 2007 rifiuta proposta di lavoro(estate...)
- Dicembre 2007 altra proposta di lavoro rifiutata(Natale...)
- Sospende il programma riabilitativo sino a maggio 2008 quando rientra e riprende i contatti con il SIL
- Chiede cambio di operatore del SIL per 'incompatibilità di carattere' nel dicembre 2008
- Aprile 2009 ultima proposta di lavoro che viene accettata
- Ad oggi è tutt'ora assunta presso gli uffici dell' ATM di Milano con buon rendimento

Conclusioni

Importanza del lavoro in skz in quanto: riduce la disabilità e stigma sociale; migliora l'autostima; permette le relazioni sociali; favorisce l'assunzione di responsabilità e l'autonomia; favorisce l'acquisizione di abilità per la gestione dello stress

Scarso outcome lavorativo nella schizofrenia (meno del 20%) , a cui contribuiscono fattori cognitivi (funzionamento neurocognitivo, abilità sociali) e non cognitivi (motivazione, sintomatologia negativa, attitudini e risorse individuali)

Necessità di interventi riabilitativi integrati rivolti al miglioramento dell'outcome lavorativo che tengano conto della complessità della patologia e dell'individualità specifica del soggetto

Conclusioni

- Il deficit cognitivo (working memory verbale e funzioni esecutive) è il più forte predittore del funzionamento lavorativo in soggetti skz
- Il deficit nella social cognition è associato al ridotto funzionamento sociale, lavorativo e ad una scarsa qualità di vita
- Programmi riabilitativi che comprendano la cognitive remediation e social cognition
- Prosecuzione dell'intervento terapeutico a lungo termine sul paziente e il proprio ambiente in direzione facilitativa e supportiva il mantenimento del ruolo lavorativo

Prospettive

- Collaborazione tra AfolMilano, Provincia di Milano e San Raffaele per il reinserimento lavorativo del paziente psichiatrico
- Attivazione di tirocini formativi e osservazionali con possibilità di reinserimento lavorativo successivi all'intervento riabilitativo cognitivo
- Possibilità di accompagnare il paziente nell'inserimento lavorativo da parte degli stessi operatori che si sono occupati dell'intervento riabilitativo
- Possibilità di verifica, monitoraggio, supporto dall'ente che ha in cura il paziente/lavoratore a maggior garanzia di successo lavorativo
- Possibilità di attivare progetti riabilitativi finalizzati al recupero e potenziamento del funzionamento lavorativo su segnalazione dei servizi di inserimento lavorativi stessi