- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Rivista di psichiatria 2026; 61: 226-235

Il Budget di Salute come modulatore nella mobilitazione delle reti sociali primarie: la sperimentazione di Regione Lombardia nell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

BENEDETTA RIVA[1], SERENA FERRARIO[1], SARAH CANDOTTI[2], ALESSANDRO GRECCHI[2], PAOLO MIRAGOLI[2], ARMANDO D'AGOSTINO[2,3]

[1]Cooperativa Sociale Seriana 2000; [2]Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano; [3]Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Milano.

Riassunto. Scopo. Lo studio valuta in che modo gli interventi del Budget di Salute (BdS), dispositivo di integrazione sociosanitaria rivolto a utenti con bisogni complessi, contribuiscano alla modulazione e all'ampliamento delle reti sociali in pazienti con grave disturbo mentale contrastando l'isolamento sociale associato a esiti prognostici sfavorevoli. **Metodi.** Studio osservazionale prospettico su 24 soggetti con diagnosi di grave disturbo mentale, inseriti in BdS per prevenire l'istituzionalizzazione. Il campione ha incluso pazienti dimessi da una comunità protetta e pazienti provenienti dal domicilio segnalati dai servizi territoriali. Per la valutazione delle reti sociali è stato utilizzato un questionario ad hoc, mutuato da strumenti validati, ai fini di misurarne quantitativamente l'ampiezza, in abbinamento alla Mappa di Todd. Le valutazioni sono state effettuate al baseline, a 3 mesi e a 6 mesi. **Risultati**. I dati raccolti hanno evidenziato un incremento dell'ampiezza delle reti sociali e della frequenza dei contatti, sia telefonici che di persona, particolarmente evidente nell'ambito territoriale e nelle relazioni con compagni di comunità, coinquilini e colleghi di lavoro. L'incremento è stato riscontrato in oltre il 49% dei casi, sia a 3 sia a 6 mesi. Le analisi per sottogruppo di provenienza non hanno rilevato differenze statisticamente significative. **Discussione e conclusioni**. I risultati dello studio suggeriscono come il BdS rappresenti un modello di intervento in grado di ampliare e diversificare le reti sociali dei soggetti con disturbo mentale grave. L'approccio sartorializzato e l'integrazione e collaborazione con la comunità e il Terzo Settore sono risultati cruciali nel promuovere processi di inclusione e recovery. Sono necessari studi longitudinali con campioni più ampi per confermare la stabilità degli effetti nel tempo.

Parole chiave. Budget di Salute, disturbo mentale grave, inclusione sociale, recovery, reti sociali.

Personal Health Budget as a modulator in the mobilization of primary social networks: the Lombardy Region's experiment at the ASST Santi Paolo e Carlo in Milan.

Summary. Purpose. This study evaluates how interventions based on Personal Health Budget (PHB), a social and health integration tool for users with complex needs, contribute to the modulation and expansion of social networks in patients with severe mental disorders, counteracting social isolation associated with unfavorable prognostic outcomes. **Methods**. The prospective observational study enrolled 24 subjects diagnosed with severe mental disorder, who were included in the PHB to prevent institutionalization. The sample included patients discharged from a protected community and users from their homes referred by local services. Social networks were assessed using a custom-designed questionnaire, derived from validated instruments, to quantitatively measure network size combined with Todd's Map. Assessments were conducted at baseline, 3 months, 6 months. Results. An increase in the size of participants' social networks and in the frequency of both phone and face-to-face contacts was observed, particularly within the local community and in relationships with community peers, cohabitants, and work colleagues. The increase was found in over 49% of cases, at both 3 and 6 months. No statistically significant differences were observed across subgroup of origin. **Discussion and conclusions**. The results of the study suggest that PHB is an effective intervention model for expanding and diversifying the social networks of individuals with severe mental disorders. The tailored approach and integration and collaboration with the community and the third sector were crucial in promoting inclusion and recovery processes. Longitudinal studies with larger samples are needed to confirm the stability of these effects over time.

Key words. Personal Health Budget, recovery, severe mental disorder, social inclusion, social networks.

Introduzione

Il concetto di salute mentale si è trasformato nel corso degli anni, passando dall'avere un focus quasi esclusivo sulla riduzione dei sintomi clinici a un'accezione più globale e centrata sul concetto di recovery[1,2]. In questo contesto, le reti sociali emergono come un fattore predittivo cruciale per il benessere psichico e il funzionamento psicosociale[3-5]. Numerosi studi hanno dimostrato che la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali non solo influenzano la resilienza allo stress, l'autostima e il senso di identità personale, ma giocano anche un ruolo fondamentale nell'outcome del paziente affetto da grave disturbo mentale[6].

È ampiamente documentato che gli individui affetti da patologie psichiatriche, in particolare la

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

schizofrenia e le psicosi, presentano reti sociali significativamente più ridotte e meno diversificate rispetto alla popolazione generale[7,8]. Queste reti tendono a essere composte spesso prevalentemente da familiari, mentre la presenza di amici, partner e colleghi di lavoro è di norma scarsa o assente[7,9]. La compromissione della rete sociale è strettamente associata a una peggiore prognosi, a una maggiore gravità dei sintomi e a una qualità di vita scadente[8,10]. L'interessante meta-analisi di Degnan et al. ha confermato questa correlazione, evidenziando come una rete sociale meno estesa sia un marker di sintomatologia psichiatrica più grave[8]. Le ragioni di questo deficit nelle relazioni sociali sono complesse e multifattoriali. Oltre ai sintomi stessi della malattia che possono ostacolare le interazioni (per esempio l'anedonia, l'apatia, la sospettosità), giocano un ruolo cruciale anche l'isolamento sociale e le esperienze di stigmatizzazione e di sconfitta sociale[11-13]. L'ipotesi della "sconfitta sociale"[12] è arrivata a suggerire che l'esposizione a ripetute esperienze di esclusione e rifiuto sociale possa contribuire all'insorgenza stessa della psicosi attraverso meccanismi neurofisiologici che inducono un costante stato di allerta e di vulnerabilità[12,13]. Similmente, il concetto di "deafferentazione sociale" propone che la mancanza di stimoli sociali possa favorire un'alterazione di connettività di circuiti cerebrali e perpetuare i sintomi psicotici[14,15].

Alla luce di queste ipotesi, gli interventi psicosociali che mirano a promuovere l'inclusione sociale e a rafforzare le reti sociali primarie (quelle cioè formate dai legami di famiglia, parentela, vicinato, amicizia e lavoro) sono considerati elementi essenziali dei percorsi di cura moderni. In Italia, lo sviluppo di strumenti innovativi come il Budget di Salute (BdS) si inserisce in questo contesto, proponendosi come una risposta concreta e flessibile per superare modelli di cura più istituzionalizzanti come le strutture residenziali. Lavorando direttamente sul territorio con la stessa presa in carico a 360 gradi si mira a evitare la cronicizzazione del disturbo, e anche di proporre modelli di intervento riproduttori di esclusione, deprivazione, passivizzazione e cronicizzazione[16-19]. Il BdS, nel realizzare il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), coinvolge attivamente la persona chiamando in causa una pluralità di soggetti sociali diversi: la famiglia, i servizi sanitari, gli enti locali e la comunità; prevede progetti altamente personalizzati organizzando gli interventi sulla base di 3 livelli di intensità differente (alta, media e bassa) a seconda che la compromissione nelle aree di funzionamento dell'utente sia severa, moderata o limitata.

Il presente studio si è proposto di descrivere e valutare, nell'arco di 6 mesi, se e come la sperimentazione del BdS attivata dall'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano abbia modulato l'ampiezza e la frequenza dei legami all'interno delle reti sociali primarie di persone con disturbo mentale grave.

Materiali e metodi

Il campione

La sperimentazione clinica, avviata a partire dal 2021, è stata autorizzata dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, in accordo con la DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018, in un'ottica finalizzata alla riconversione di parte degli interventi residenziali in favore di interventi di integrazione sociosanitaria attuati tramite BdS. Il progetto iniziale disponeva la chiusura di una comunità protetta a media intensità (la CPM "Casa Nuova" di Milano) entro il 31 dicembre 2022 con il contestuale inserimento dei suoi 14 ospiti (i cui invii erano già stati ragionati sulla base della potenziale candidabilità al futuro percorso di autonomia) all'interno della sperimentazione del BdS, ai fini di favorirne il reinserimento sul territorio, e parallelamente il reclutamento di 14 utenti in carico per un disturbo mentale grave e a forte rischio di istituzionalizzazione segnalati dai servizi territoriali (Centri Psico-Sociali o CPS, equivalenti ai Centri di Salute Mentale – CSM – presenti nelle altre regioni italiane) afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). La sperimentazione è stata gestita dall'ASST Santi Paolo e Carlo in partenariato con la cooperativa Seriana 2000, e in collaborazione con diverse realtà del Terzo Settore, creando una rete di supporto integrata e multidisciplinare.

I criteri di inclusione sono stati: diagnosi di disturbo mentale grave secondo ICD-10 (F20-30-60), quindi disturbo psicotico, disturbo dell'umore e disturbo di personalità, con funzionamento psicosociale compromesso; età compresa fra i 18 e i 65 anni; frequenti drop-out in precedenti progetti terapeutici o prossima dimissione da un percorso residenziale; motivazione al lavoro terapeutico-riabilitativo.

I criteri di esclusione sono stati: tentati o mancati suicidi nei 6 mesi precedenti l'inserimento; abuso attivo di sostanze; diagnosi di grave ritardo mentale; gravi comorbilità internistiche.

Considerazioni etiche

Questo studio è stato condotto in conformità ai principi delineati nella Dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa italiana sull'utilizzo dei dati della pratica clinica a fini di ricerca scientifica. Tutti i dati raccolti sono stati anonimizzati per garantire che i singoli partecipanti non potessero essere identificati. In linea con l'"Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali per scopi di ricerca scientifica" (https://short.do/xMOKvF), emanata dal Garante per la protezione dei dati personali in data

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

10 agosto 2018, lo studio soddisfaceva i seguenti criteri: (i) i dati erano anonimizzati e non potevano essere ricondotti ai singoli partecipanti; (ii) erano fornite garanzie sufficienti per assicurare l'anonimato e la riservatezza delle cartelle/registrazioni personali, senza includere nel dataset alcuna informazione identificativa; e (iii) lo studio è stato progettato e condotto in conformità agli standard qualitativi di buona pratica per la ricerca osservazionale. Tutte le procedure di gestione e analisi dei dati sono state svolte nel rispetto della normativa italiana applicabile in materia di privacy e protezione dei dati (Regolamento generale sulla protezione dei dati dell'Unione Europea [GDPR] 2016/679).

Non è stato fornito alcun compenso né incentivo ai partecipanti, poiché lo studio è stato condotto nell'ambito della normale pratica clinica.

Gli strumenti di valutazione

Nello studio ci si è focalizzati sull'ampiezza della rete, andando a misurare, tramite la Mappa di Todd in abbinamento a un questionario creato *ad hoc*, questi tre parametri: la quantità di risorse facenti parte della rete sociale primaria dell'utente, la quantità dei contatti telefonici e la quantità degli incontri avvenuti di persona nelle due settimane precedenti la compilazione. La Mappa di Todd, fondata sul "diagramma a torta"[20,21] fra gli strumenti di Network Analysis[20], ha la peculiarità di indagare le reti egoiche, quelle cioè che mettono al centro il soggetto individuando con chi è in relazione. Durante la sua compilazione il soggetto può vedere direttamente la portata dei suoi contatti. La scelta di tale strumento è dunque sembrata in linea con il quadro teorico e applicativo dello strumento del BdS che valorizza i processi di autonomizzazione e di empowerment. Ai fini dello studio, la Mappa è stata ripartita nelle 4 categorie: 1) famiglia, 2) amici/partner, 3) coinquilini/colleghi di lavoro e 4) territorio (intendendo per esempio il vicinato, gli esercenti del quartiere ecc.). Partendo dai 4 domini esplorati con la Mappa, si è suddiviso il questionario in altrettanti ambiti corrispondenti. Data l'eterogeneità degli strumenti disponibili in letteratura per la valutazione delle reti sociali[21], è stato sviluppato un questionario *ad hoc*. Tale strumento, pur non essendo formalmente validato, è stato creato mutuando e adattando i concetti e le metriche di strumenti riconosciuti come la Social Network Schedule (SNS)[22] e il Network Analysis Profile (NAP)[23]. Il questionario si è basato su tre domande principali, ripetute nei quattro ambiti investigativi, per standardizzare la somministrazione e garantire omogeneità nella raccolta dei dati, permettendo confronti quantitativi tra i segmenti. La prima domanda ha registrato il numero di amici/partner, familiari, colleghi/compagni di lavoro e contatti sul territorio, mediante l'elenco dei nominativi indicati nella Mappa di Todd. Le due domande successive hanno valutato la frequenza dei contatti con tali persone, indagando quante volte, nelle due settimane precedenti, siano state contattate telefonicamente (inclusi messaggi e comunicazioni tramite applicazioni di messaggistica) o incontrate di persona.

Tempi e modalità di somministrazione del questionario

Il disegno dello studio ha previsto la somministrazione del questionario (e Mappa di Todd) in 3 momenti successivi: al t0, prima dell'attuazione degli interventi del BdS, e cioè al momento dell'arruolamento dei 14 soggetti dimessi dalla CPM e dei primi 10 utenti reclutati provenienti dal domicilio man mano segnalati dai CPS; al t1, a distanza di 3 mesi dall'arruolamento; e al t2, a distanza di ulteriori 3 mesi, quindi a 6 mesi dalla prima somministrazione.

Le scale standardizzate somministrate in fase di assessment e per la valutazione degli esiti

Il protocollo di sperimentazione di ASST Santi Paolo e Carlo, nell'ottica di contribuire al progetto di ricerca regionale, ha previsto che gli utenti inclusi nel progetto fossero valutati al baseline e a distanza di 6 mesi tramite le seguenti rating scale: VADO (Valutazione Abilità e Definizione degli Obiettivi), HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), GAF (Global Assessment of Functioning), Recovery STAR e Recovery Assessment Scale – Domain and Stages (RAS-DS)[24-27].

Gli interventi del BdS attuati fra t0 e t2

Il percorso riabilitativo è stato personalizzato per ogni partecipante sulla base di una valutazione clinica multidimensionale che ha tenuto conto sia della classe di intensità dell'intervento sia del funzionamento del paziente sui tre assi del BdS (abitare, lavoro, socialità). Peculiarità del BdS è proprio il lavoro integrato di educatori e Terp sui tre assi potenziato dall'azione sinergica dell'équipe con psichiatri e una psicoterapeuta. Gli interventi accesi sull'asse abitare sono stati di natura individuale al domicilio dell'utente o gruppale in caso di appartamento condiviso, con azioni rivolte alla cura del sé e degli spazi abitativi, nonché all'apprendimento e al mantenimento delle abilità di base. Gli inserimenti lavorativi sono stati modulati in base a obiettivi stratificati, declinandosi come servizi: di primo livello, tramite volontariato e associazionismo o tramite processi di mutuo aiuto che hanno creato postazioni lavorative costruite *ad hoc*; di secondo livello, come integrazione lavorativa con aziende e soggetti del privato sociale.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Sull'asse della affettività e socialità, accanto al gruppo multifamiliare, ai colloqui con la psicoterapeuta, agli interventi individuali di gestione dell'emotività (DBT e training di assertività) e della sua espressione (arteterapia, teatroterapia, psicomotricità e tessuti aerei), sono stati attuati interventi di risocializzazione mirati ad ampliare gli spazi di condivisione e a favorire le relazioni interpersonali. Strategia metodologica degli interventi su quest'asse è stata quella di essere organizzati in luoghi diversi sul territorio, ai fini di favorire l'integrazione territoriale.

Endpoint

Le variazioni registrate dopo 6 mesi di intervento con BdS nelle 4 categorie sopracitate rappresentano gli endpoint dello studio. Come endpoint primari sono stati scelti gli ambiti legati al territorio – considerato che il nucleo innovativo del BdS risiede nella promozione dell'integrazione sociale e del coinvolgimento attivo degli utenti nelle dinamiche comunitarie locali – e alla famiglia, per valutare in che modo le dinamiche intrafamiliari potessero essere influenzate: in un caso, dall'eventuale incremento del carico emotivo legato alle dimissioni del familiare dopo anni di permanenza in comunità; nell'altro, dalla percezione di un maggiore supporto connesso al passaggio dello stesso dal contesto domiciliare a quello del BdS.

Metodo statistico

I dati raccolti nelle tre somministrazioni del questionario (t0, t1 e t2) hanno compreso, per ciascuna delle quattro aree investigate (territorio, familiari, amici/partner, compagni di comunità-coinquilini/colleghi di lavoro), la numerosità della rete sociale, il numero di contatti telefonici e il numero di incontri di persona nelle due settimane precedenti la rilevazione. Le analisi descrittive sono state effettuate mediante frequenze assolute, percentuali, media, deviazione standard, mediana e range interquartile.

Per descrivere l'evoluzione delle reti sociali nel corso del follow-up sono state analizzate le variazioni osservate tra baseline (t0) e a distanza di 3 (t1) e 6 mesi (t2) nelle diverse aree investigate, calcolando la quota di soggetti che presentavano un incremento anche di una sola unità dei contatti e delle relazioni sociali. Al fine di verificare la robustezza dei risultati osservati, è stata inoltre effettuata una *sensitivity analysis* utilizzando una soglia più restrittiva di miglioramento (>40%).

Come analisi complementare è stato utilizzato il test di McNemar per dati appaiati. Le variabili quantitative sono state preliminarmente dicotomizzate utilizzando come cut-off la mediana osservata al baseline (t0). I valori inferiori o uguali alla mediana sono stati classificati come "pochi contatti", mentre i valori superiori alla mediana sono stati classificati come "molti contatti".

Per ciascun endpoint sono state costruite tabelle di contingenza 2×2 confrontando la situazione al baseline (t0) con quella osservata dopo 6 mesi (t2). Le differenze sono state valutate mediante test di McNemar con correzione di continuità di Edwards. Poiché il test di McNemar richiede dati completi nei due tempi di confronto, tale analisi è stata effettuata esclusivamente sui 22 partecipanti che disponevano di valutazioni complete sia al baseline (t0) sia al follow-up a 6 mesi (t2).

Come misura della dimensione dell'effetto associata al test di McNemar è stato calcolato l'Odds Ratio (OR), definito come rapporto tra il numero di soggetti passati dalla categoria "pochi contatti" alla categoria "molti contatti" e il numero di soggetti che hanno effettuato il passaggio opposto. Nei casi in cui una delle celle discordanti risultasse pari a zero, è stata applicata la correzione di Anscombe (aggiunta di 0,5 a tutte le celle della tabella), al fine di ottenere una stima interpretabile dell'OR.

Risultati

Descrizione del campione

Nello studio sono stati arruolati 24 utenti attraverso due canali distinti: i 14 dimessi dalla CPM e i primi 10 segnalati dai CPS. Come mostrato in tabella 1, la mag-

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione.

	Campione (*n*=24) N (%)	CPM (*n*=14) N (%)	CPS (*n*=10) N (%)
Genere			
Maschio	14 (58,3)	9 (64,3)	5 (50,0)
Femmina	10 (41,7)	5 (35,7)	5 (50,0)
Età			
25-35	5 (20,8)	2 (14,3)	3 (30,0)
36-49	13 (54,2)	10 (71,4)	3 (30,0)
50-59	5 (20,8)	1 (7,1)	4 (40,0)
60-65	1 (4,2)	1 (7,1)	0 (0,0)
Diagnosi psichiatrica (ICD10)			
Disturbo psicotico (F20-F29)	17 (70,8)	11 (78,6)	6 (60,0)
Disturbo dell'umore (F30-F39)	4 (16,7)	1 (7,1)	1 (10,0)
Disturbo di personalità (F60-F69)	3 (12,5)	2 (14,3)	3 (30,0)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

gior parte dei soggetti inclusa nello studio è di sesso maschile (58,3%); la fascia d'età più rappresentata quella compresa tra i 36 e i 49 anni (54,2%), seguita da quelle comprese tra i 25 e i 35 anni (20,8%) e tra i 50 e i 59 (20,8%). Le diagnosi in base a ICD-10 sono: F20-F29 (schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti) nel 70,8% dei casi, F30-F39 (Sindromi affettive) nel 16,7% e F60-F69 (disturbi della personalità e del comportamento) nel 12,5%.

Dei 24 utenti inizialmente inclusi nel campione, 2 partecipanti (provenienti dal sottogruppo di invio dai CPS) non hanno completato la valutazione al tempo t2. Tali soggetti sono stati inseriti nel programma di BdS in una fase più tardiva e, al termine del periodo di raccolta dei dati, non era ancora trascorso l'intervallo temporale necessario per effettuare la valutazione prevista a 6 mesi. Pertanto, l'assenza dei dati al t2 di questi 2 utenti è riconducibile esclusivamente alla diversa tempistica di arruolamento e non a interruzioni del percorso o a perdita al follow-up.

Analisi degli endpoint

In tutti gli endpoint tranne 2 ("quantità coinquilini/colleghi di lavoro" e "quantità familiari") si è registrato sia al t1 che al t2 un incremento di almeno 1 unità sia in termini di quantità dei soggetti indicati dagli utenti come risorse della rete, che dei contatti telefonici e degli incontri di persona in almeno il 50% dei casi (tabella 2). Le percentuali di miglioramento più elevate, sia al t1 che al t2, si riscontrano nell'endpoint "territorio", mentre la famiglia è l'ambito in cui gli aumenti percentuali sono risultati più bassi.

Tabella 2. Percentuale di utenti con aumento dei contatti di almeno 1 unità al t1 e al t2 rispetto al t0.

	Utenti con aumento di almeno 1 unità al t_1 %	Utenti con aumento di almeno 1 unità al t_2 %
Territorio		
Quantità persone del quartiere/vicini di casa	75,0	81,8
Visti di persona	83,3	86,4
Familiari		
Quantità	29,2	27,3
Sentiti telefonicamente	50,0	63,6
Visti di persona	54,2	59,1
Compagni/colleghi		
Quantità	20,8	40,9
Sentiti telefonicamente	54,2	77,3
Visti di persona	70,8	72,7
Amici/partner		
Quantità	54,2	68,2
Sentiti telefonicamente	54,2	77,3
Visti di persona	50,0	72,7

Endpoint primari

I risultati relativi agli endpoint primari (tabella 3a) evidenziano un effetto particolarmente marcato nell'ambito territoriale. Per la numerosità della rete territoriale, 13 soggetti sono passati dalla categoria "pochi contatti" alla categoria "molti contatti", mentre nessun soggetto ha mostrato il passaggio opposto; tale variazione è risultata statisticamente significativa ($p<0,001$; OR=27,0; IC95%=1,60-454).

Analogamente, gli incontri di persona sul territorio mostrano un incremento statisticamente significativo, con 11 soggetti migliorati e 1 peggiorato ($p=0,009$; OR=7,67; IC95%=1,40-42,0).

Per quanto riguarda l'ambito familiare, non si osservano variazioni statisticamente significative nella numerosità della rete né nella frequenza dei contatti telefonici. Gli incontri di persona mostrano una tendenza favorevole all'incremento, pur senza raggiungere la soglia convenzionale di significatività statistica ($p=0,077$; OR=5,0; IC95%=0,87-28,9).

Endpoint secondari

Nell'ambito degli endpoint secondari, l'effetto dell'intervento appare particolarmente evidente nelle relazioni con compagni di comunità/coinquilini e colleghi di lavoro. I contatti telefonici mostrano un incremento statisticamente significativo, con 8 soggetti passati dalla categoria "pochi contatti" alla categoria "molti contatti" e nessun soggetto con andamento opposto ($p=0,013$; OR=17,0; IC95%=1,02-295). Anche gli incontri di persona risultano significativamente aumentati, con 10 soggetti migliorati e 1 peggiorato ($p=0,016$; OR=7,0; IC95%=1,27-38,7) (tabelle 3a e 3b). Nell'area delle amicizie si osservano OR favorevoli, compatibili con un ampliamento della rete relazionale, ma i risultati non raggiungono la significatività statistica. In particolare, gli incontri di persona mostrano una tendenza all'incremento, con 9 soggetti migliorati e 2 peggiorati ($p=0,070$; OR=3,8; IC95%=0,94-15,3).

Analisi di sensibilità

L'analisi di sensibilità basata sulla soglia >40% ha prodotto risultati sostanzialmente sovrapponibili a quelli dell'analisi principale, confermando la robustezza dei risultati osservati.

Gli aumenti percentuali calcolati sulla base dei due criteri di analisi sono risultati in gran parte sovrapponibili in tutti gli endpoint. Il più sensibile al criterio che

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Tabella 3a. Analisi mediante test di McNemar, frequenze di transizione, Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%) per gli endpoint primari.

Area	Variabile	Pochi→Molti	Molti→Pochi	p McNemar	OR (IC95%)
Territorio	Quantità rete	13	0	<0,001	27,0 (1,60-454)
Territorio	Incontri di persona	11	1	0,009	7,67 (1,40-42,0)
Familiari	Quantità rete	3	2	1,000	1,40 (0,28-7,10)
Familiari	Contatti telefonici	4	1	0,371	3,00 (0,47-19,0)
Familiari	Incontri di persona	7	1	0,077	5,00 (0,87-28,9)

Tabella 3b. Endpoint secondari: confronto fra i valori rilevati al to e al t2.

		t_0 (n= 24) N (%)	t_2 (n = 22) N (%)
Compagni/colleghi			
Quantità	0-3	12 (50,0)	9 (40,9)
	4-6	8 (33,3)	7 (31,8)
	>6	4 (16,7)	6 (27,3)
Sentiti telefonicamente	0-3	13 (54,2)	4 (18,2)
	4-15	6 (25,0)	9 (40,9)
	>15	5 (20,8)	9 (40,9)
Visti di persona	0-3	8 (33,3)	2 (9,1)
	4-10	8 (33,3)	3 (13,6)
	>10	8 (33,3)	17 (77,3)
Amici/partner			
Quantità	0-3	15 (62,5)	8 (36,4)
	4-6	6 (25,0)	6 (27,3)
	>6	3 (12,5)	8 (36,4)
Sentiti telefonicamente	0-10	12 (50,0)	10 (45,5)
	11-30	9 (37,5)	4 (18,2)
	>30	3 (12,5)	8 (36,4)
Visti di persona	0-3	13 (54,2)	5 (22,7)
	4-10	5 (20,8)	6 (27,3)
	>10	6 (25,0)	11 (50,0)

usa la soglia del 40% è risultato essere l'endpoint delle amicizie, soprattutto relativamente agli incrementi del numero di incontri di persona rispetto ai quali si è riscontrata una discrepanza di oltre 10 punti percentuali: il numero di incontri fra t0 e t1 è aumentato oltre i 40 punti percentuali nel 38% dei casi, mentre è aumentato anche di una sola unità nel 50% dei casi; fra t0 e t2 gli aumenti che hanno superato la soglia del 40% sono stati pari al 59% e al 73% senza tale restrizione.

Le analisi degli endpoint effettuate per sottogruppo di provenienza (comunità e domicilio) non hanno rilevato differenze statisticamente significative (tutti i p-value >0,05).

Esaminando i risultati (tabelle 4 e 5), tuttavia, emerge in alcuni casi una differenza consistente fra gli aumenti percentuali registrati in alcuni degli endpoint: nello specifico l'aumento della quantità dei luoghi conosciuti e frequentati abitualmente fra il t0 e il t2 è stato del 92,9% per il sottogruppo proveniente dalla comunità e del 62,5% per il sottogruppo proveniente dal domicilio: seppure il test esatto di Fisher è risultato non significativo (p=0,12), la differenza è pari a 30 punti percentuali.

Nell'ambito della famiglia, al t2 c'è stato un aumento degli incontri di persona nel 64,3% degli utenti del sottogruppo comunitario e nel 50% di quelli del sottogruppo del domicilio: tale differenza diventa ancora più consistente se si guarda ai dati che fanno riferimento a

Tabella 4. Confronto delle percentuali di incremento dei contatti di almeno 1 unità da t0 a t2 fra i 2 sottogruppi con *p* values.

	Comunità* (CPM) %	Domicilio* (CPS) %	T-Test (*p*)
Territorio			
Quantità persone del quartiere/vicini di casa	92,9	62,5	0,12
Visti di persona	85,7	87,5	1,00
Familiari			
Quantità	21,4	37,5	0,62
Sentiti telefonicamente	57,1	75,0	0,65
Visti di persona	64,3	50,0	0,66
Compagni/colleghi			
Quantità	35,7	50,0	0,66
Sentiti telefonicamente	71,4	87,5	0,61
Visti di persona	71,4	75,0	1,00
Amici/partner			
Quantità	64,3	75,0	1,00
Sentiti telefonicamente	71,4	87,5	0,61
Visti di persona	78,6	62,5	0,62

* incremento di almeno una unità di contatto.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Tabella 5. Confronto delle percentuali di incremento dei contatti >40% da t0 a t2 fra i 2 sottogruppi con p values.

	Comunità* (CPM) %	Domicilio* (CPS) %	T-Test (*p*)
Territorio			
Quantità persone del quartiere/vicini di casa	85,7	50,0	0,14
Visti di persona	85,7	87,5	1,00
Familiari			
Quantità	21,4	25,0	1,00
Sentiti telefonicamente	50,0	50,0	1,00
Visti di persona	64,3	25,0	0,18
Compagni/colleghi			
Quantità	28,6	50,0	0,39
Sentiti telefonicamente	64,3	75,0	1,00
Visti di persona	57,1	75,0	0,65
Amici/partner			
Quantità	57,1	62,5	1,00
Sentiti telefonicamente	57,1	75,0	0,65
Visti di persona	64,3	50,0	0,66

* incremento del numero di contatti >40%.

un incremento oltre il 40%: in questo caso all'aumento del 64,3% del sottogruppo comunitario si affianca un aumento del 25% di quello proveniente dal domicilio, con una discrepanza, seppur non statisticamente significativa, di circa il 40% (p=0,18).

Le analisi longitudinali intermedie relative ai confronti t0-t1 e t1-t2 sono riportate nel materiale supplementare (tabelle S1-S2). Tali analisi mostrano un andamento coerente con i risultati osservati nel confronto complessivo t0-t2, consentendo di descrivere l'evoluzione temporale dei cambiamenti osservati nelle diverse aree della rete sociale.

Valutazione mediante scale standardizzate

I punteggi ottenuti alle scale standardizzate somministrate al baseline (t0) e al follow-up a 6 mesi (t2) sono riportati in tabella 6. L'analisi mediante test dei ranghi con segno di Wilcoxon ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo del funzionamento globale misurato mediante GAF (W=17,0; p<0,001) e mediante la VADO, sia nel punteggio generale (W= -20,5; p<0,001) sia nei domini "Frequenza dei rapporti sociali" (W= -2,5; p=0,047) e "Relazioni di amicizia e aiuto" (W=0,0; p=0,016). Risultati significativi sono emersi anche per il dominio "Condizioni di vita" della HoNOS (W= -8,0; p=0,028). I trend di miglioramento osservati nei punteggi mediani della Recovery Star e della RAS-DS, nonché nei rispettivi domini relazionali, non hanno invece raggiunto la significatività statistica.

TABELLE MATERIALE SUPPLEMENTARE

Tabella S1. Analisi mediante test di McNemar, frequenze di transizione, Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%) per gli endpoint primari e secondari nel confronto tra baseline (t0) e follow-up a 3 mesi (t1).

Area	Variabile	Pochi→Molti	Molti→Pochi	p McNemar	OR (IC95%)
Territorio	Quantità rete	10	1	0,012	10,00 (1,15-86,6)
Territorio	Incontri di persona	11	0	0,001	23,00 (1,34-394)
Familiari	Quantità rete	2	2	1,000	1,00 (0,09-11,0)
Familiari	Contatti telefonici	4	2	0,687	2,00 (0,27-14,9)
Familiari	Incontri di persona	0	6	0,041	0,08 (0,003-0,87)
Amici	Quantità rete	3	3	1,000	1,00 (0,14-7,10)
Amici	Contatti telefonici	1	2	1,000	0,50 (0,03-8,00)
Amici	Incontri di persona	2	6	0,289	0,33 (0,05-1,95)
Compagni/colleghi	Quantità rete	0	6	0,041	0,08 (0,003-0,87)
Compagni/colleghi	Contatti telefonici	4	1	0,371	4,00 (0,37-43,3)
Compagni/colleghi	Incontri di persona	5	2	0,453	2,50 (0,40-15,6)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Tabella S2. Analisi mediante test di McNemar, frequenze di transizione e Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%) per gli endpoint primari e secondari nel confronto tra follow-up a 3 mesi (t1) e follow-up a 6 mesi (t2).

Area	Variabile	Pochi→Molti	Molti→Pochi	p McNemar	OR (IC95%)
Territorio	Quantità rete	3	0	0,248	7,00 (0,30-163)
Territorio	Incontri di persona	1	2	1,000	0,50 (0,03-8,00)
Familiari	Quantità rete	2	1	1,000	2,00 (0,12-32,3)
Familiari	Contatti telefonici	2	1	1,000	2,00 (0,12-32,3)
Familiari	Incontri di persona	7	1	0,077	5,00 (0,87-28,9)
Amici	Quantità rete	3	0	0,248	7,00 (0,30-163)
Amici	Contatti telefonici	1	0	1,000	3,00 (0,06-147)
Amici	Incontri di persona	7	0	0,023	15,00 (0,85-266)
Compagni/colleghi	Quantità rete	7	0	0,023	15,00 (0,85-266)
Compagni/colleghi	Contatti telefonici	4	0	0,134	9,00 (0,42-194)
Compagni/colleghi	Incontri di persona	5	0	0,074	11,00 (0,54-224)

Tabella 6. Outcome delle scale standardizzate tra baseline (t0) e 6 mesi (t2). I dati sono espressi come mediana [25° percentile; 75° percentile]. Valori di p calcolati mediante test dei ranghi con segno di Wilcoxon.

Scala	Media t_0	Media t_2	Mediana t_0 [IQR]	Mediana t_2 [IQR]	Wilcoxon (W)	*p*
HoNOS totale*	11,73	11,73	11,0 [8,25; 14]	12,0 [9; 14]	-125,0	0,968
HoNOS - Condizioni di vita*	0,91	0,36	1,0 [0; 1,75]	0,0 [0; 1]	-8,0	0,028
Recovery Star totale	55,09	56,45	53,0 [46,75; 63,75]	54,5 [47,25; 65,75]	77,0	0,109
Recovery Star - Relazioni personali	5,27	5,32	5,0 [4; 6,75]	5,0 [4; 7]	20,0	1,000
Recovery Star - Reti sociali	4,86	5,09	4,0 [4; 6]	5,0 [4; 6]	27,0	0,392
GAF	33,45	39,00	32,0 [24; 42]	39,0 [27,5; 50,75]	17,0	<0,001
VADO - Frequenza rapporti sociali*	2,27	1,86	2,0 [1; 3]	1,0 [1; 3]	-2,5	0,047
VADO - Relazioni di amicizia e aiuto*	1,59	1,27	1,5 [1; 2]	1,0 [0,25; 2]	0,0	0,016
VADO - Punteggio generale*	43,27	38,36	41 [33,25; 55,25]	37 [27,75; 47]	-20,5	<0,001
RAS-DS totale	116,05	121,00	121,0 [92,25; 132]	120,5 [101,75; 134]	71,5	0,359
RAS-DS - Collegamenti sociali	21,91	22,68	22,5 [18,25; 25,75]	23,5 [19,25; 25]	57,5	0,231

* scala a polarità negativa.

Discussione e conclusioni

Lo studio ha analizzato l'impatto del BdS sulle reti sociali di utenti con gravi disturbi psichici, in un periodo di sperimentazione di 6 mesi. I risultati indicano un incremento significativo dell'ampiezza delle reti sociali, in termini di contatti telefonici, incontri di persona e luoghi frequentati, pur con variazioni nei diversi ambiti considerati. I risultati ottenuti mediante le scale standardizzate appaiono coerenti con quanto osservato attraverso la valutazione delle reti sociali. In particolare, il miglioramento rilevato nei domini sociali della VADO e nel funzionamento globale misurato mediante GAF suggerisce che l'ampliamento delle opportunità relazionali favorito dal BdS si traduca in benefici concreti sul piano del funzionamento psicosociale[16-19]. Gli strumenti maggiormente orientati invece alla percezione soggettiva del percorso di recovery, quali la Recovery Star e la RAS-DS, pur mostrando variazioni favorevoli in linea con il trend

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

di miglioramento, non hanno raggiunto la significatività statistica. Tale discrepanza è verosimilmente riconducibile alla ridotta numerosità campionaria e al limitato periodo di osservazione (6 mesi), tempi che potrebbero essere insufficienti per consentire una piena interiorizzazione e stabilizzazione soggettiva del cambiamento da parte del paziente.

Tornando agli endpoint specifici dello studio, gli incrementi nelle reti risultano già apprezzabili dopo tre mesi, soprattutto nel contesto territoriale, dove oltre l'85% dei partecipanti ha ampliato la rete di conoscenze e frequentazioni. Tale esito sembra collegato alla mappatura preliminare del territorio che era stata effettuata dagli operatori e alla collaborazione con enti del Terzo Settore e realtà associative come i comitati di quartiere, che hanno favorito i processi di inclusione sociale. Nel sottogruppo dimesso dalla CPM, l'aumento dei luoghi frequentati è stato più marcato rispetto a quello degli utenti provenienti dal domicilio, verosimilmente a causa delle condizioni di più marcato ritiro sociale o di maggior contenimento caratteristico del contesto istituzionalizzato al momento del baseline. Per quanto riguarda l'ambito familiare, nella maggior parte dei casi il numero di figure di riferimento è rimasto stabile o si è ridotto, suggerendo una redistribuzione del carico di supporto affettivo e pratico verso altre componenti della rete (coinquilini, vicini di casa, operatori). Gli incontri di persona con i familiari sono aumentati soprattutto tra gli utenti dimessi dalla comunità: ciò potrebbe essere attribuibile da una parte alla partecipazione al Gruppo Multifamiliare, dall'altra a una maggiore frequentazione e presenza del nucleo familiare, favorita dalla più ampia libertà consentita nell'attuale condizione del BdS. L'ambito delle amicizie ha mostrato un incremento nel 68% dei casi, riflettendo sia la nascita di nuovi rapporti tra gli utenti stessi inclusi nel progetto sia l'ampliamento della rete sociale attraverso attività di gruppo e iniziative di risocializzazione sul territorio come pure il funzionamento stesso del BdS.

Il dominio relativo a compagni/coinquilini e colleghi di lavoro mostra un andamento apparentemente paradossale: se l'analisi descrittiva rileva una contrazione dell'ampiezza nominale della rete per la maggior parte dei casi (79% al t1 e 59% al t2), l'analisi inferenziale di McNemar evidenzia che le interazioni telefoniche e gli incontri di persona con tali figure aumentano in modo statisticamente significativo a 6 mesi. Clinicamente, questo fenomeno riflette la transizione vissuta dal sottocampione dimesso dalla CPM: il passaggio da una coabitazione "istituzionale" con 14 persone a nuclei abitativi sul territorio ristretti (2-3 persone) ha ridotto fisiologicamente l'estensione della rete "forzata". Tuttavia, l'attivazione dei progetti di BdS ha trasformato qualitativamente questi legami: i contatti con i compagni e con i nuovi colleghi (agevolati dall'aumento dell'occupazione al t2) sono divenuti scelti, intensi e focalizzati nella quotidianità, traducendosi in un incremento reale delle occasioni di scambio interpersonale. La ricollocazione di molti ex compagni di comunità nella categoria degli "amici" all'interno della Mappa di Todd conferma che il contesto istituzionale d'origine ha agito come incubatore riabilitativo.

Rispetto ai "colleghi di lavoro", si rileva una presenza inizialmente limitata di risorse all'interno della rete, sebbene gli interventi occupazionali siano passati dal 25% a 3 mesi al 66,7% dopo 6 mesi, registrando un incremento dell'occupazione in entrambi i sottogruppi. In generale è emerso come l'asse lavoro abbia generato il maggiore interesse spontaneo, agendo con un effetto di traino e favorendo strutturazione della quotidianità, ampliamento della rete sociale e maggiore autonomia[28].

L'analisi inferenziale ha confermato la robustezza dei trend descrittivi, evidenziando come i passaggi più significativi verso la categoria "molti contatti" avvengano nell'ambito territoriale e nelle relazioni con coinquilini e colleghi. Al contrario, l'area familiare ha mostrato una sostanziale stabilità nel tempo, confermandosi come una struttura relazionale meno modificabile rispetto ai contesti di socializzazione esterna.

Sebbene gli ampi intervalli di confidenza impongano cautela a causa del campione ridotto, i risultati inferenziali si mostrano coerenti con le analisi descrittive.

Il principale pregio del lavoro risiede nel focus longitudinale sulle reti sociali – aspetto spesso secondario negli outcome clinici, ma centrale nel mandato del BdS di Regione Lombardia – consentendo inoltre il confronto tra due sottopopolazioni con provenienza diversa.

Tra i limiti dello studio si annoverano la ridotta numerosità campionaria, l'assenza di un gruppo di controllo e il potenziale condizionamento da desiderabilità sociale o effetto Hawthorne dovuto alla consapevolezza dei partecipanti di essere valutati. Infine, della Mappa di Todd sono stati valorizzati solo gli aspetti quantitativi, non sfruttandone appieno le potenzialità qualitative[20,21].

In conclusione, i dati raccolti suggeriscono che il BdS possa rappresentare un modello di intervento in grado di favorire l'ampliamento e la diversificazione delle reti sociali dei soggetti con gravi disturbi mentali, promuovendo processi di inclusione e recovery[3,4,6,16-19]. I risultati osservati appaiono coerenti con il miglioramento registrato nei domini relazionali delle scale standardizzate utilizzate nello studio. Tuttavia, in considerazione della ridotta numerosità campionaria e dell'assenza di un gruppo di controllo, tali evidenze devono essere interpretate con cautela e confermate da studi longitudinali controllati e condotti su campioni più ampi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:25

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011; 199: 445-52.
2. Dell NA, Long C, Mancini MA. Models of mental health recovery: an overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. Psychiatr Rehabil J 2021; 44: 238-53.
3. Pearce E, Birken M, Pais S, et al. Associations between constructs related to social relationships and mental health conditions and symptoms: an umbrella review. BMC Psychiatry 2023; 23: 652.
4. Mann F, Wang J, Pearce E, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2022; 57: 2161-78.
5. Brooks H, Devereux-Fitzgerald A, Richmond L, et al. Exploring the use of social network interventions for adults with mental health difficulties: a systematic review and narrative synthesis. BMC Psychiatry 2023; 23: 486.
6. Harvey C, Zirnsak TM, Brasier C, et al. Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: a systematic review and narrative synthesis. Front Psychiatry 2023; 14: 1259944.
7. Palumbo C, Volpe U, Matanov A, et al. Social networks of patients with psychosis: a systematic review. BMC Res Notes 2015; 8: 560.
8. Degnan A, Berry K, Sweet D, et al. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2018; 53: 873-88.
9. Brooks H, Devereux-Fitzgerald A, Richmond L, et al. Assessing the effectiveness of social network interventions for adults with a diagnosis of mental health problems: a systematic review and narrative synthesis of impact. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2022; 57: 907-25.
10. Handest RD, Mølstrøm IM, Henriksen MG, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between psychopathology and social functioning in schizophrenia. Schizophr Bull 2023; 49: 1470-85.
11. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: a systematic review of frequency, correlates, and consequences. Schizophr Bull 2021; 47: 1261-87.
12. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? Br J Psychiatry 2005; 187: 101-2.
13. Selten JP, van der Ven E, Rutten BPF, et al. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. Schizophr Bull 2013; 39: 1180-6.
14. Hoffman RE. A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia. Schizophr Bull 2007; 33: 1066-70.
15. Brederoo SG, de Boer JN, Linszen MMJ, et al. Social deafferentation and the relation between loneliness and hallucinations. Schizophr Bull 2023; 49 (Suppl 1): S25-S32.
16. Sá-Fernandes L, Sacchetto B, Pires J, et al. Putting mental health deinstitutionalisation back on track: a scoping review of what empirically hinders and drives deinstitutionalisation of adults who experience mental illness. BMC Public Health 2025; 25: 4152.
17. Conferenza Unificata Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona". Repertorio atto n. 104/CU. Roma: 6 luglio 2022.
18. Starace F, editor. Il Budget di Salute nel sistema di welfare italiano. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2024.
19. Pelizza L, Leuci E, Landi G, et al. Personal Health Budget as a new rehabilitation model for severe mental illness within a caring community: an Italian evaluation study of beneficial effects. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55: 602-12.
20. Perry BL, Pescosolido BA, Borgatti SP. Egocentric network analysis: foundations, methods, and models. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
21. Todd D. Social network mapping. In: Curtis WR (ed). The future use of social networks in mental health. Boston: Social Matrix, 1979.
22. Dunn M, O'Driscoll C, Dayson D, et al. The TAPS Project. 4: an observational study of the social life of long-stay patients. Br J Psychiatry 1990; 157: 842-8.
23. Sokolovsky J, Cohen CI. Toward a resolution of methodological dilemmas in network mapping. Schizophr Bull 1981; 7: 109-16.
24. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. Br J Psychiatry 1998; 172: 11-8.
25. Placentino A, Lucchi F, Scarsato G, et al. La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. Riv Psichiatr 2017; 52: 247-54.
26. Hancock N, Scanlan JN, Honey A, et al. Recovery Assessment Scale - Domains and Stages (RAS-DS): its feasibility and outcome measurement capacity. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49: 624-33.
27. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. The Recovery Assessment Scale - Domains and Stages (RAS-DS): sensitivity to change over time and convergent validity with level of unmet need. Psychiatry Res 2018; 261: 560-4.
28. de Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, et al. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci 2022; 31: e50.

Indirizzo per la corrispondenza:
Benedetta Riva
E-mail: rivabenedetta79@gmail.com