Decision making e percorsi partecipativi in salute mentale dell'età evolutiva

Complessità, valutazione di esito e priorità negli interventi

Antonella Costantino, Stefano Benzoni, Alessandro Chinello, Anna Didoni, Antonella Di Troia, Francoise Peronace

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

DA DOVE SIAMO PARTITI

- Le situazioni in cui lavoriamo sono multiproblematiche e tale **complessità** influisce sulle modalità di **comunicare apertamente** e **prendere decisioni**
- Le situazioni sono complesse anche perchè tanti sono gli attori in campo, con ruoli e punti di vista diversi
- Come gestiamo le **informazioni** provenienti da diversi interlocutori e quale significato attribuiamo loro?
- Come **scegliere le priorità**?
- Cosa ci orienta nel **prendere decisioni**?

E ANCORA…

- come **comunicare/condividere efficacemente** tra tutti gli interlocutori **l'esito di una valutazione**, rendendo esplicito da dove siamo partiti, che strada abbiamo scelto e perché, verso dove stiamo andando, quando e come faremo insieme un punto e quali elementi ci aiuteranno a capire se siamo sulla strada giusta?

- È indispensabile disporre di una **strategia** che porti ad una **visione condivisa,** che consenta di far **convergere i diversi punti di vista,** quelli derivanti da una lettura accurata e complessa di ogni situazione clinica, in un **sistema di decisioni condivise circa gli interventi più utili.**

Quali criticità nella misurazione degli esiti?

- Il contemporaneo coinvolgimento di più ambiti richiede una **multidimensionalità nella valutazione**, con l'attenzione costante ad esplorare adeguatamente tutte le dimensioni coinvolte

- La maggior parte degli strumenti in uso **valuta un solo aspetto** o **cerca di risolvere il problema chiedendo separatamente il parere di ciascuno dei soggetti coinvolti** (utenti, genitori, insegnanti, clinici) e combinando le risposte in un secondo momento

Cosa bisogna tenere in considerazione?

approccio multidimensionale che consideri

- i sintomi clinici e loro gravità
- Il funzionamento sociale e generale
- I bisogni
- lo stato di salute e la disabilità,
- la qualità della vita
- il carico familiare della malattia
- la soddisfazione degli interessati
- la salute della comunità
- l'utilizzo dei Servizi,
- i costi
- l'organizzazione del sistema

importante mantenere un **livello multiplo di valutazione**

Cosa bisogna tenere in considerazione?

- **i diversi punti di vista**

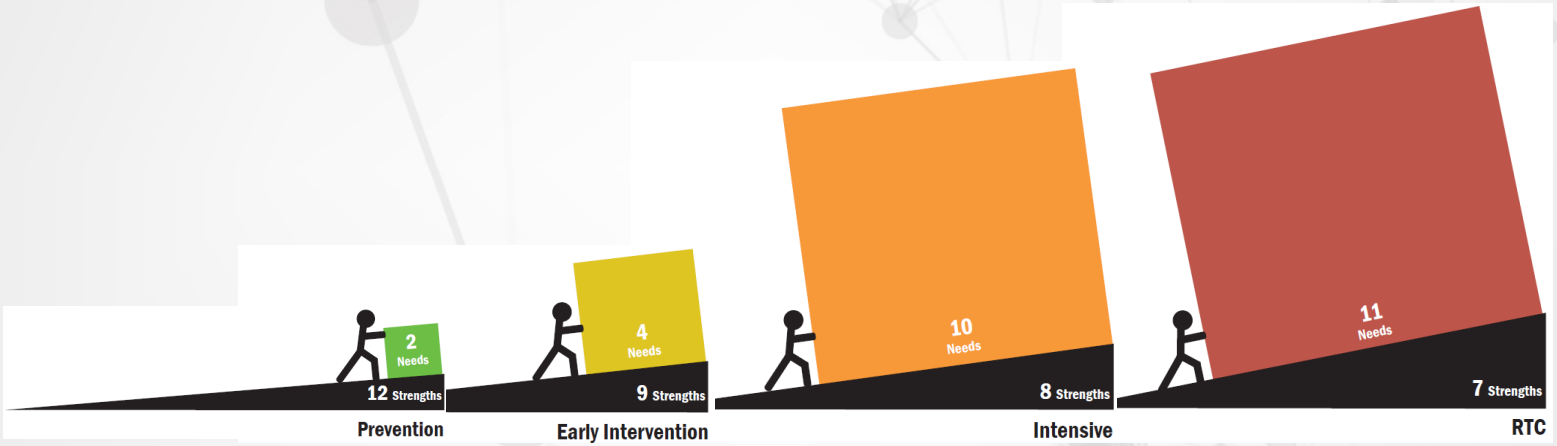
- **le interazioni (complesse) tra:**
  - famiglia
  - utente
  - servizi

- **i fattori**
  - sanitari
  - educativi
  - sociali

    che possono aver contribuito agli esiti stessi

- **la variabilità di esito "normale" nei bambini e nei ragazzi di differenti età e stadi di sviluppo**.

Cosa bisogna tenere in considerazione?



…i **punti di forza** sono elemento determinante dell'assessment, della definizione dell'intensità dell'intervento necessario e della valutazione degli esiti…

il ridotto numero di PdF, al crescere dei Bisogni, complessifica l'intervento necessario:

- Se diminuiscono i PDF… aumenta la salita!
- Ma i punti di forza non sono l'inverso dei bisogni….

PERCHE' LAVORARE CON CANS

The Child and Adolescent Needs and Strengths

- Affronta il problema della **multidimensionalità** e **multiassialità**
- tiene conto dei **punti di forza** degli utenti e del contesto e non solo dei bisogni
- Ha il sostegno di un gruppo internazionale altamente **collaborativo** in grado di reinterrogarsi
- Si **adatta** alle specifiche realtà, non solo in termini di traduzione, ed è **culturalmente sensibile**.
- È utilizzabile liberamente e **gratuitamente** previa **formazione abilitante**.
- È uno strumento **"comunimetrico"** che si basa su una formulazione teorica esplicita centrata sulla comunicazione/condivisione (**TCOM)**

THE CANS ASSESSMENT TOOL

CANS aiuta a:

- **guardare avanti** (valutazione prospettica) come efficace strumento di integrazione delle informazioni, per sviluppare piani di cura individuali
- **guardare indietro** (valutazione retrospettiva), basandosi sulla revisione dei dati esistenti, da utilizzare nella progettazione e pianificazione di sistemi di alta qualità dei Servizi.

Una nuova prospettiva

È indispensabile disporre di una **strategia** che consenta di far **convergere i diversi punti di vista** che derivano da una lettura accurata e complessa di ogni situazione clinica particolare, in un **sistema di decisioni condivise circa gli interventi più utili**

Costruire **concordanza** è già perseguire un esito. Disporre di un **metodo strutturato per la gestione della concordanza** significa già disporre di uno strumento per monitorare quell'esito

Transformational: Personal change is the reason for intervention.

Collaborative: A shared visioning approach is used – not one person's perspective.

Outcomes: Measures are relevant to decisions about approach or proposed impact of interventions.

Management: Information gathered is used in all aspects of managing the system from planning for individuals and families, to supervision, and program/system operations.

LA «FAMIGLIA» CANS

CANS 0-5 CANS 5-17 ANSA-T ANSA

THE ADULT NEEDS AND STRENGTHS ASSESSMENT

CAT

HEADS-ED

FAST

The Family Advocacy and Support Tool

- CANS-EI EDUCATIONAL SETTINGS
- CANS-DP-ASP Developmental Profile & Autism Spectrum Profile
- CANS-Trauma
- CANS-F FAMILY VERSION FOR IN-HOME SERVICES
- CANS-POC PRESCHOOL ONTARIO COMPREHENSIVE

Strumento **MULTIDIMENSIONALE**

Domini per il minore, i caregiver, il contesto di vita:

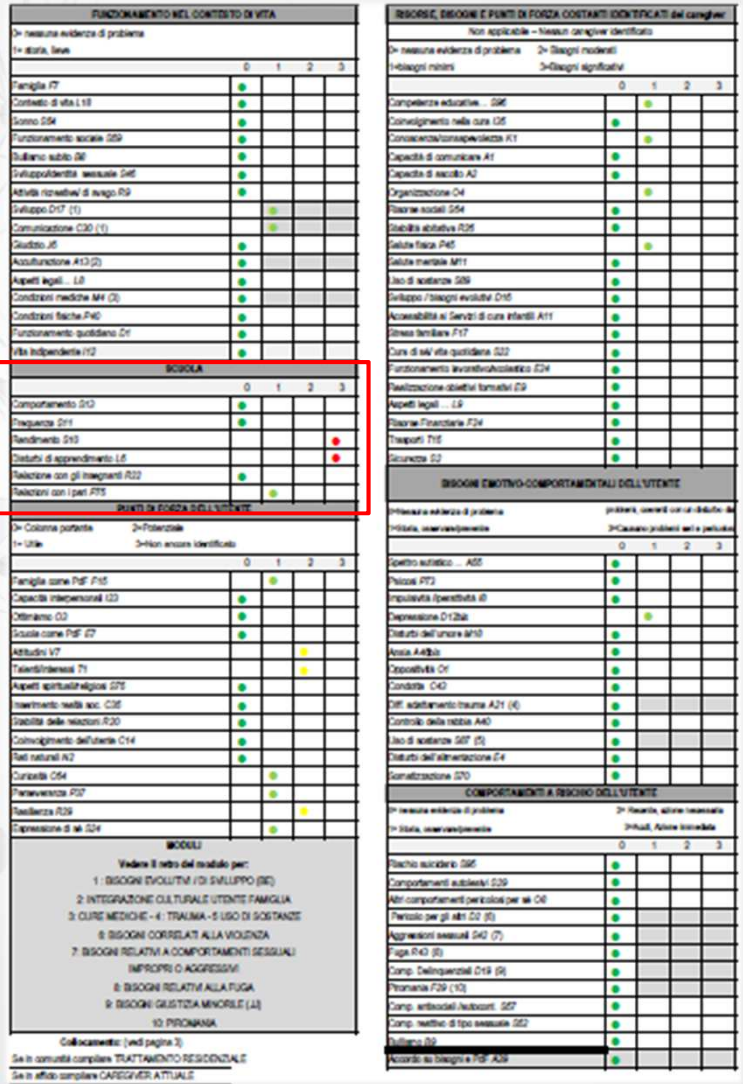
- FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VITA
- FATTORI DI RISCHIO (0-5)
- SCUOLA (5-17)
- **PUNTI DI FORZA** DELL'UTENTE
- RISORSE E BISOGNI del **CAREGIVER**
- BISOGNI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI DELL'UTENTE
- COMPORTAMENTI A RISCHIO DELL'UTENTE

Strumento **MULTIASSIALE**

È basato sulla costruzione di concordanza sugli items tra amiglia, servizi, contesto e sepossibile utente

Due Versioni : CANS 0-5, 5-17

Modalità: cartacea/online



LIVELLI DI AZIONE

(2. I LIVELLI DI PUNTEGGIO DEGLI ITEM SI TRADUCONO IMMEDIATAMENTE IN **LIVELLI DI AZIONE**)

bisogni	punti di forza PDF
0 – nessuna evidenza	**0** – colonna portante
1 – monitoraggio/prevenzione	**1** – PDF utile
2 – azione necessaria	**2** – PDF potenziale
3 – azione immediata/intensiva	**3** – nessun PDF identificato

PERCHE' USARE CANS?

- Concepisce il sistema dell'assistenza per il minore come un'"**impresa trasformativa" per un cambiamento personale.**

- CANS è uno strumento di **partecipazione, per la gestione della concordanza** (visione condivisa) tra tutti i soggetti coinvolti (tra gli operatori dell'equipe, tra il servizio e la famiglia).

-Strumento **AGNOSTICO**: riguarda il COSA e non il PERCHE' (descrizione vs. interpretazione)

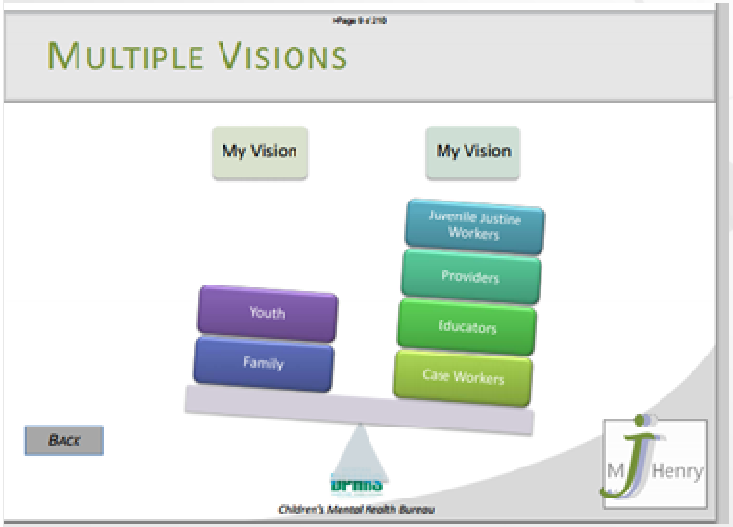
-Ogni item (costrutto) è stato scelto perché **RILEVANTE** per la pianificazione degli interventi, a livello degli utenti e del Servizio (Livelli → Azioni)

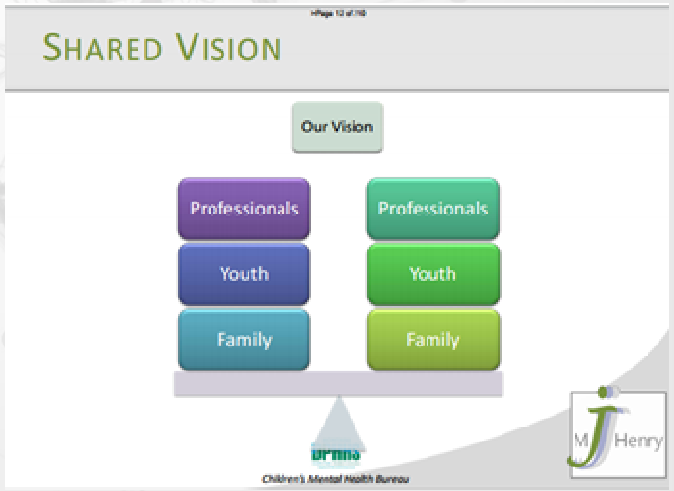
- Strumento POST-TRIANGOLAZIONE (Obeid & Lyons, 2011).

- Supporto alle **decisioni**, nel **monitoraggio degli esiti**, miglioramento di qualità del Servizio (gestione risorse, dimissioni, eleggibilità, fine trattamento)

La visione condivisa

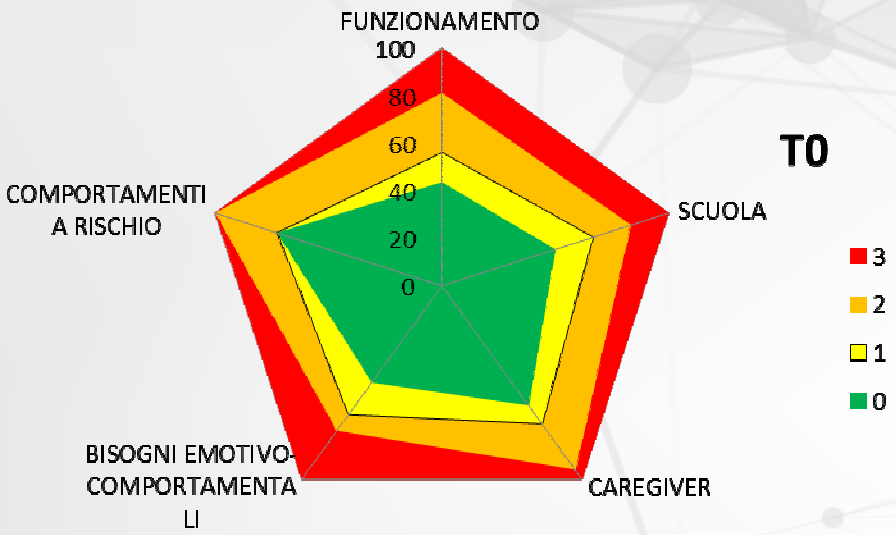
- La validità dello strumento si basa anche sulla capacità del gruppo di migliorare la qualità dello sguardo (gruppo come “oggettivante”)
- La visione tridimensionale (post-triangolazione) consente di integrare le prospettive dei clinici, attribuendo un punteggio pesato che è diverso dalla media dei punteggi dei singoli operatori

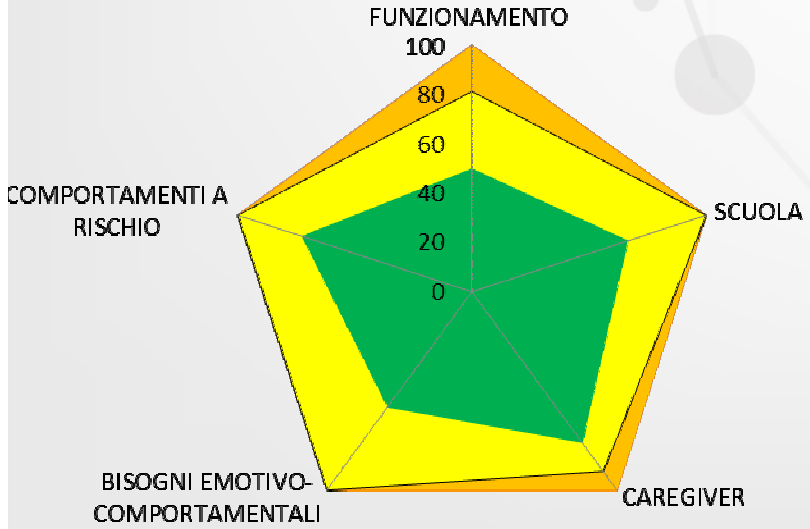




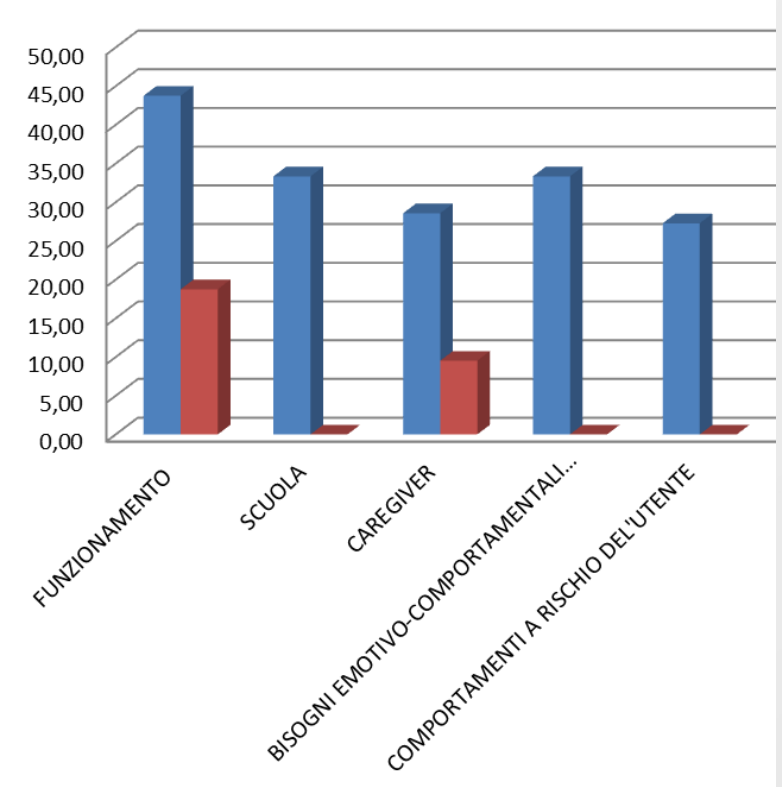
Centro Diurno Adolescenti: Michele
Confronto T0 (Ingresso) / T1 (+3 mesi)

VALUTAZ. ESITI





Bisogni di intervento (%) dell'utente



Il Centro Diurno Piccoli

è un progetto di lavoro con finalità di inquadramento diagnostico e terapeutico

per bambini di età compresa tra 2 e 5 anni

è strutturato in attività che si concentrano in settimane intensive di osservazione e interventi multipli su gruppi ristretti di bambini

si concentra sull'osservazione di aspetti di interazione e non solo individuali, e sulle risorse e i punti di forza dei bambini e dei contesti, e non solo i limiti

è allo stesso tempo un percorso

DIAGNOSTICO

osserva il funzionamento
del bambino e
la sua modificabilità

TERAPEUTICO/ TRASFORMATIVO

dal punto di vista degli interventi
messi in atto con il bambino e
della trasmissione
di competenze
alla famiglia e
al contesto di vita

CANS e COSTRUZIONE DELLA CONCORDANZA

GENITORI/INSEGNANTI/OPERATORI E BAMBINI INSIEME AL LAVORO CON UN OBIETTIVO COMUNE

Condividere con il genitore il motivo per cui si è pensato a un intervento specifico piuttosto che a un altro, significa comunicare non solo quale significato si è dato a un certo tipo di comportamento/o sintomo, ma anche in che modo quest'attribuzione di significato è stata collegata alla progettazione dell'intervento.

La partecipazione attiva del genitore diventa alleanza ɑpeutica./ Concordanza

La cornice della concordanza è il continuo passaggio da esperienza condivisa/ a setting osservativo/ a momenti di discussione e confronto di gruppo
Il focus della concordanza il “sistema bambino” delineato dai domini cans

CANS e COSTRUZIONE DELLA CONCORDANZA

SPECCHIO (GENITORI/INSEGNANTI/OPERATORI-OSSERVARE INSIEME)

ITEM FUNZIONAMENTO
(osservare con un operatore accanto e avendo condiviso cosa osservare)

T		0			
FUNZIONAMENTO					
0= nessuna evidenza di problema 1= storia, lieve				2=moderato 3=severo	
		0	1	2	3
DEL MINORE					
Sviluppo (1)	D17			●	
Sviluppo motorio	M22	●			
Comunicazione (1)	C30			●	
Sonno	S55			●	
Condizioni mediche (2)	M4	●			
Condizioni fisiche	P40	●			

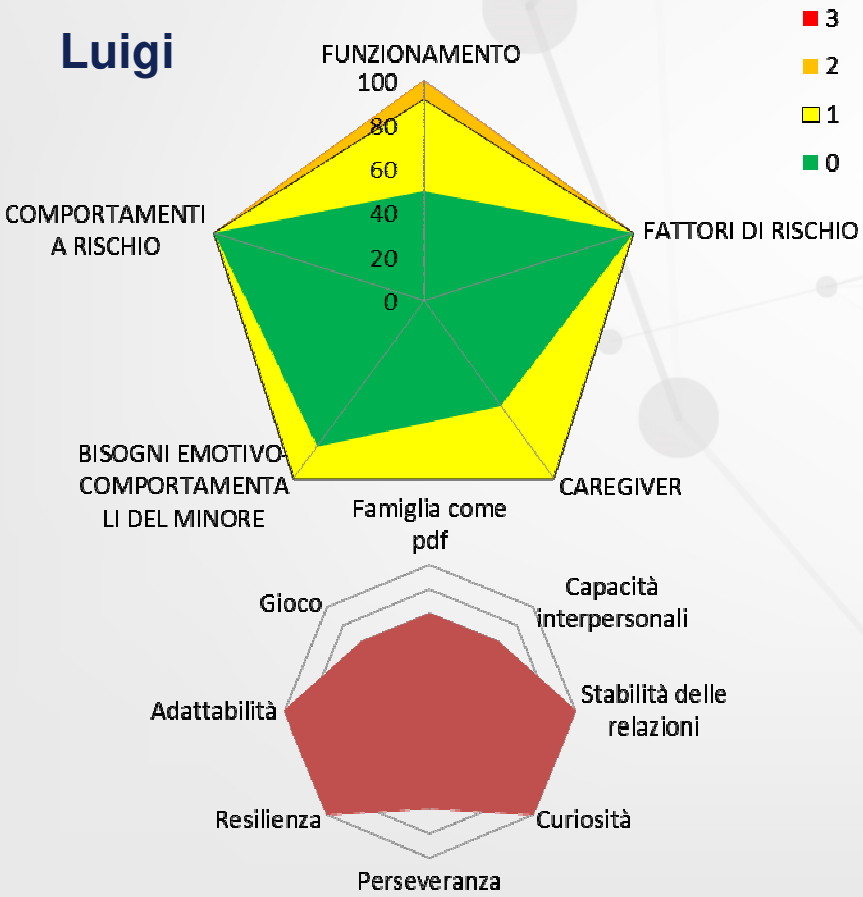
La presenza di una pluralità di soggetti (genitori, operatori, insegnanti.) con sguardi, valori, ruoli e responsabilità diversi, contribuiscono ciascuno alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento dei risultati attesi, la multidimensionalità si intreccia con la pluralità di diversi punti di vista per poter individuare e concordare adeguatamente le priorità, ma una componente ineludibile della strutturazione degli interventi e della valutazione degli esiti.

Centro diurno piccoli

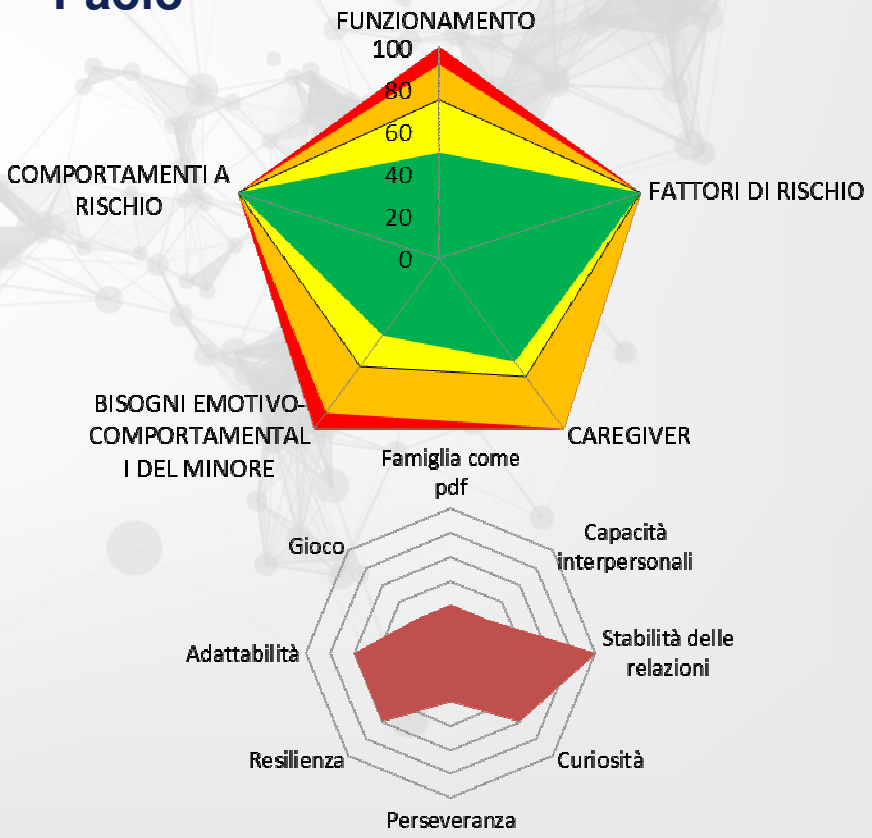
STESSA DIAGNOSI
DIVERSI PROFILI CANS
DIVERSE INDICAZIONI DI TRATTAMENTO

DECISIONE CLINICA

Luigi



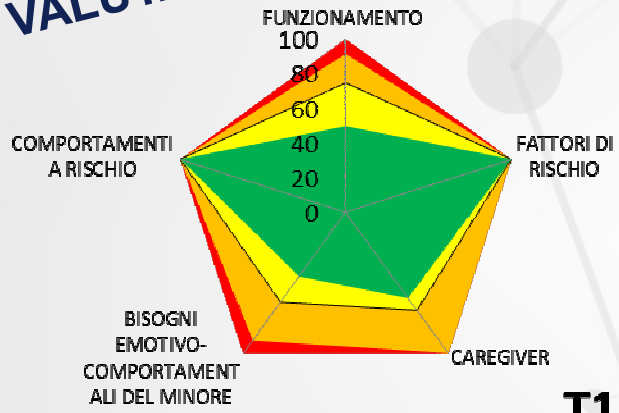
Paolo



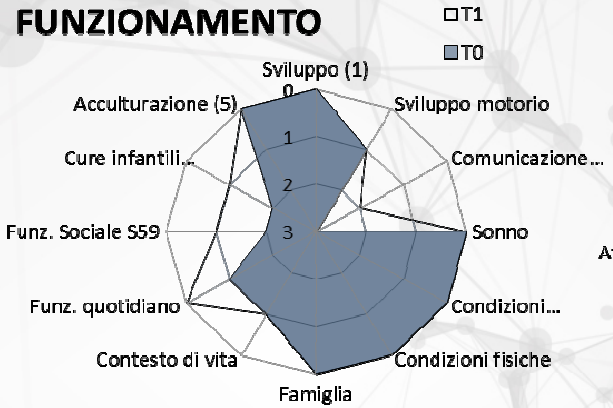
Diurno Piccoli (3-5 anni): CANST0/T1
Intervento terapeutico:
modulo psicomotorio-logopedico, intervento psicoeducativo con i genitori

T0

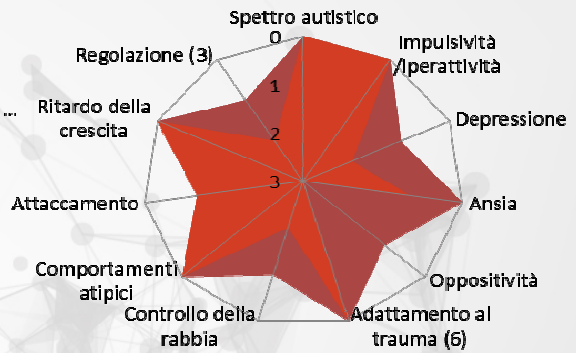
VALUTAZ. ESITI



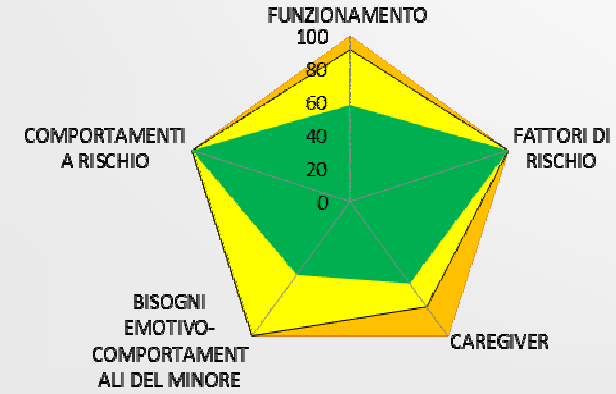
FUNZIONAMENTO

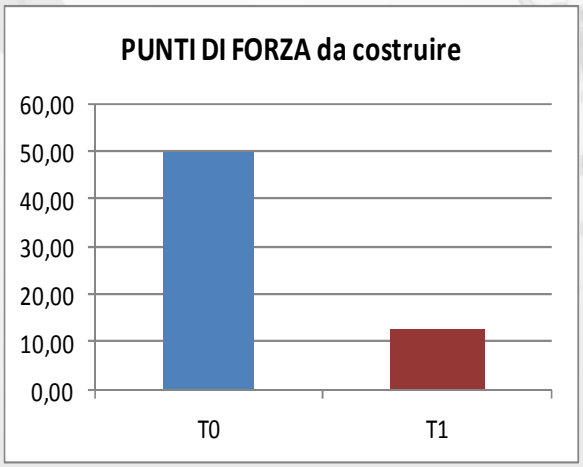


BISOGNI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI

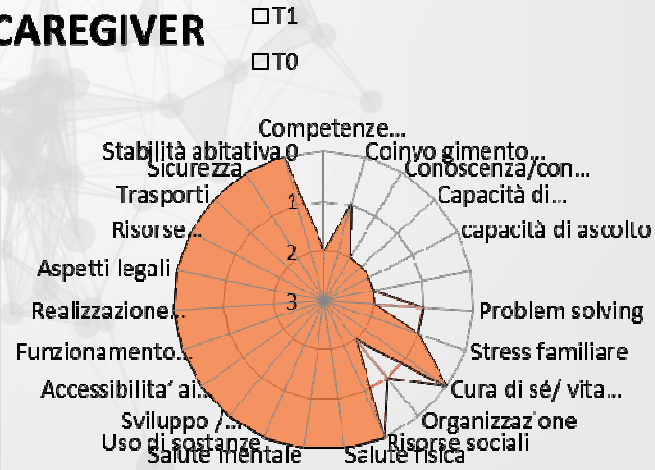


T1





CAREGIVER



Quali Item in CANS sono significativi e ci guidano nella definizione delle priorità e nell'organizzazione dell'intervento?

Area “relazione con il caregiver ” critica

Quali items di CANS pesano nella decisione ?

FUNZIONAMENTO

- Relazione bambino/caregiver

FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VI

- Famiglia

FATTORI DI RISCHIO

- Disponibilità materna

PUNTI DI FORZA

- Famiglia come pdf

CAREGIVER

- Competenze normative/educative, coinvolgimento nella cura, conoscenza/consapevolezza, capacità di comunicare, Capacità di ascolto, Empatia, Problem solving, Stress Familiare
- Salute mentale
- Uso di sostanze
- Risorse finanziarie

LINEE PREVALENTI DI INTERVENTO

Lavoro individuale con il genitore,
intervento educativo domiciliare ,
gruppo mamma-bambino?

Area “profilo funzionale” critica

Quali items di CANS pesano nella decisione ?

FUNZIONAMENTO

- sviluppo
- cognitivo
- motorio
- comunicazione
- regolazione
- socio-emotivo
- gioco

FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VITA:

- funzionamento quotidiano
- funzionamento sociale
- scuola

PUNTI DI FORZA:

- capacità interpersonali come pdf
- curiosità come pdf
- adattabilità come pdf

BISOGNI:

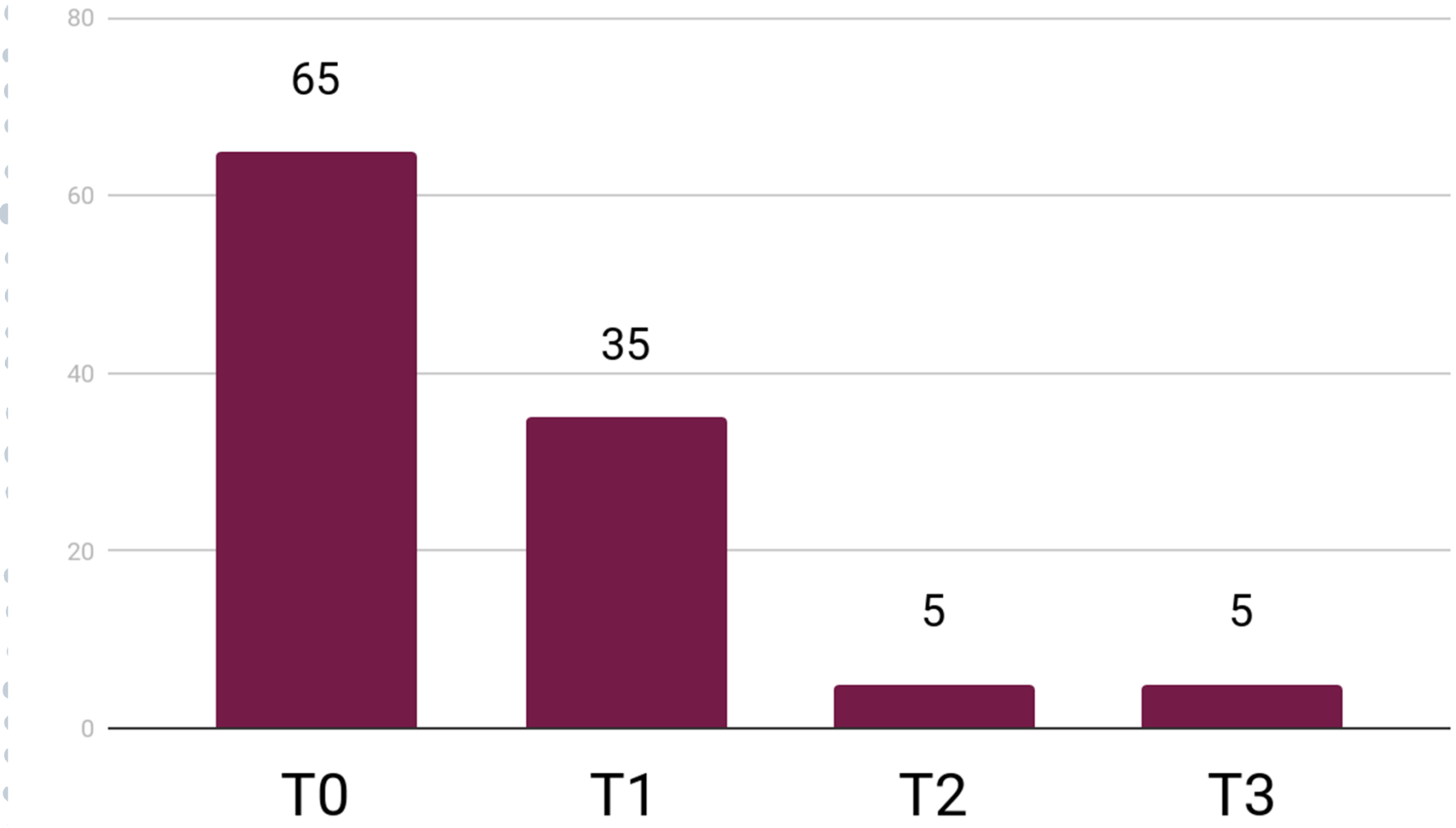
- spettro autistico
- comportamento

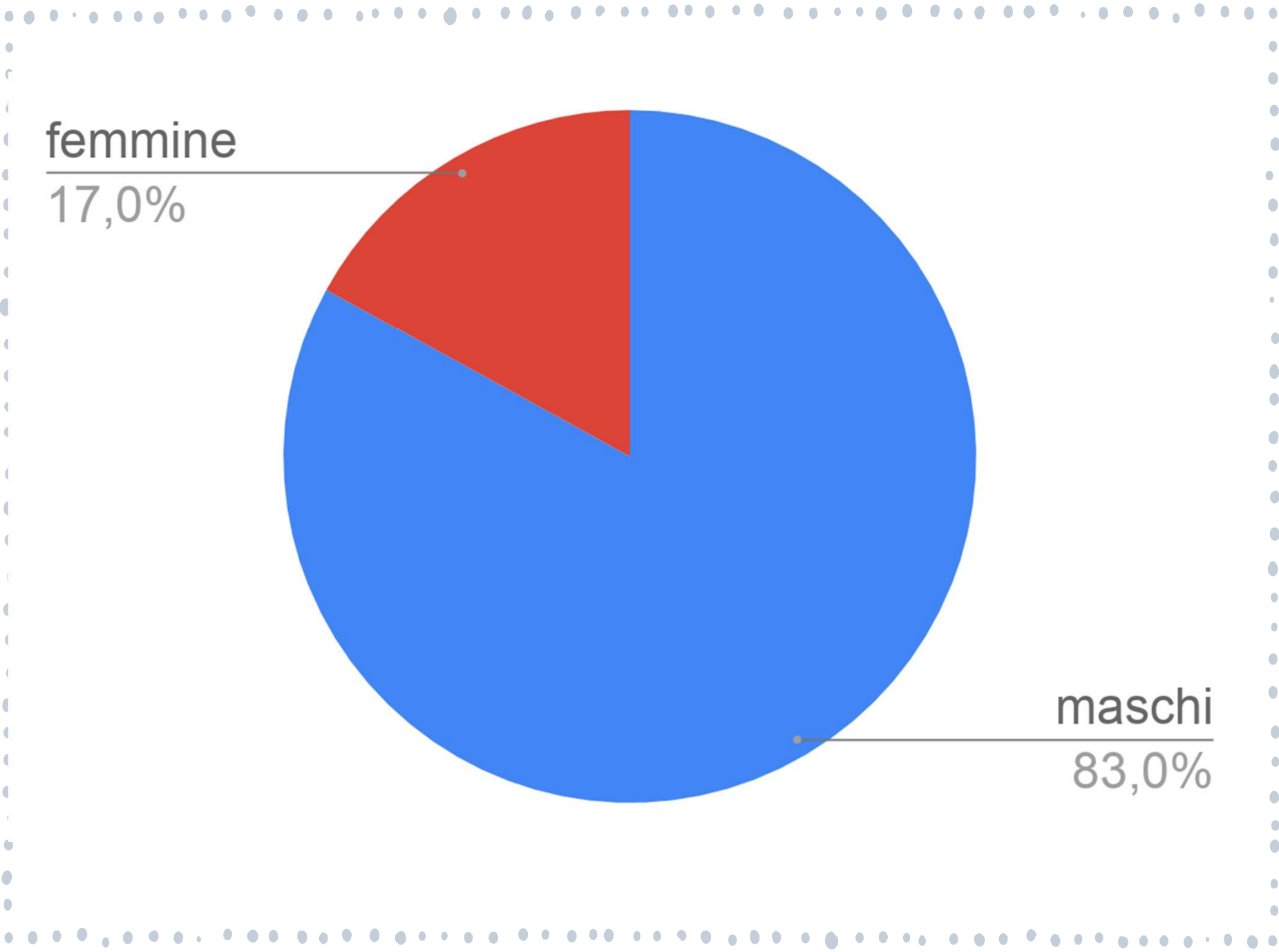
COMPORTAMENTI A RISCHIO:

- comportamento aggressivo

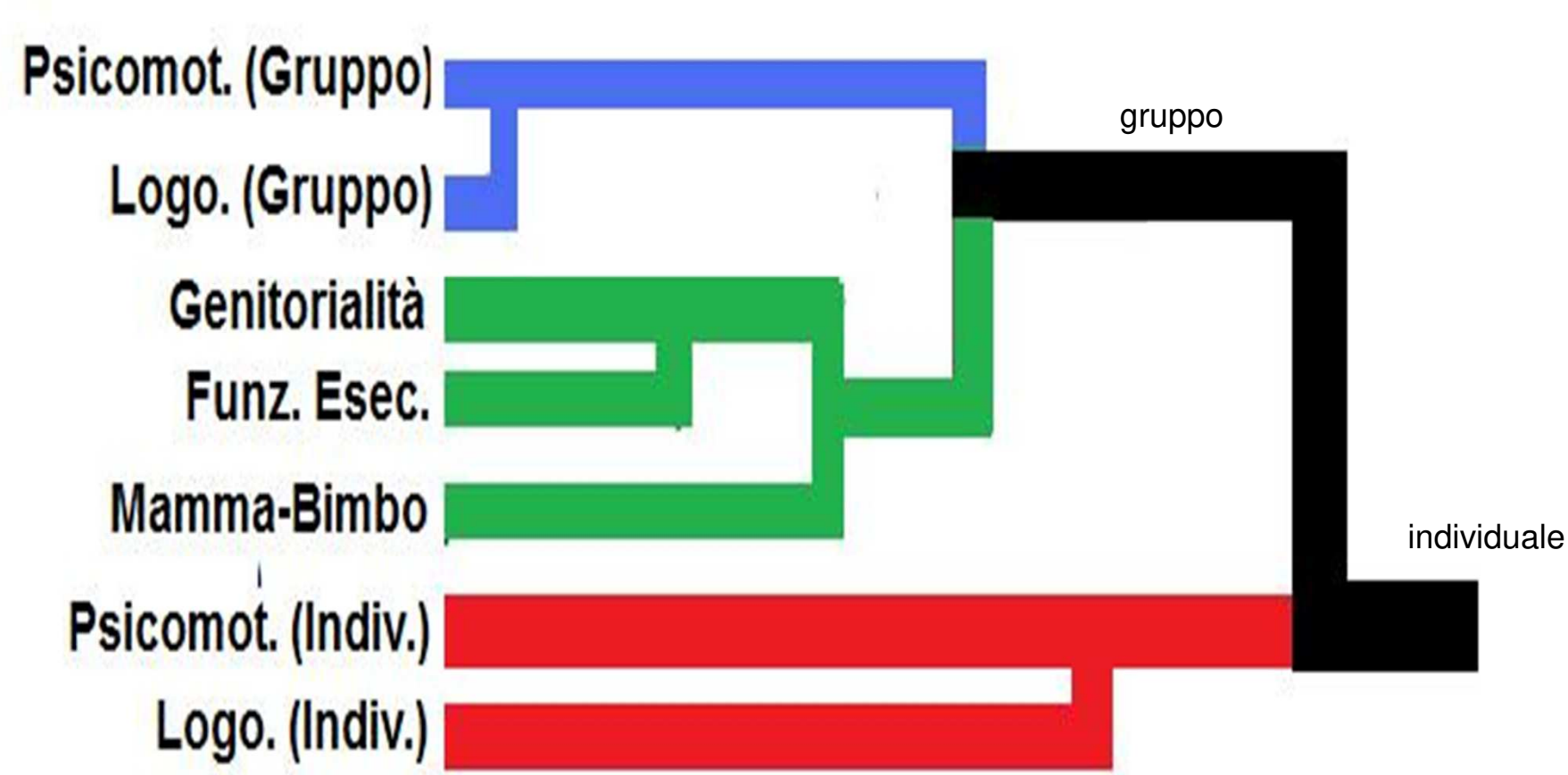
LINEE PREVALENTI DI INTERVENTO

Lavoro individuale logopedico, individuale neuropsicomotorio, individuale logo individuale neuropsicomotorio, gruppo logopedico-psicomotorio?

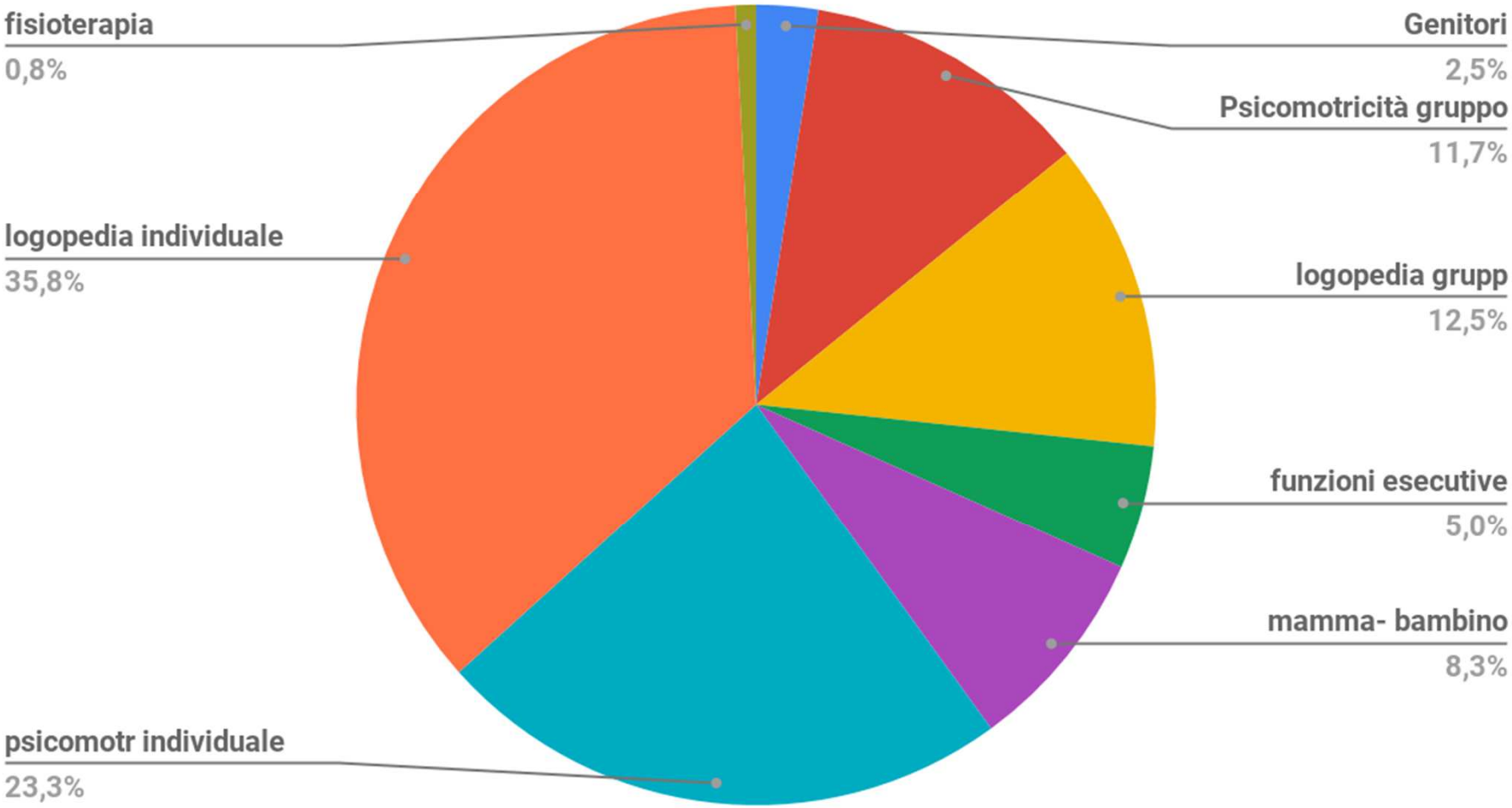

80
60
40
20
0
65
35
5
5
T0
T1
T2
T3


femmine
17,0%
maschi
83,0%

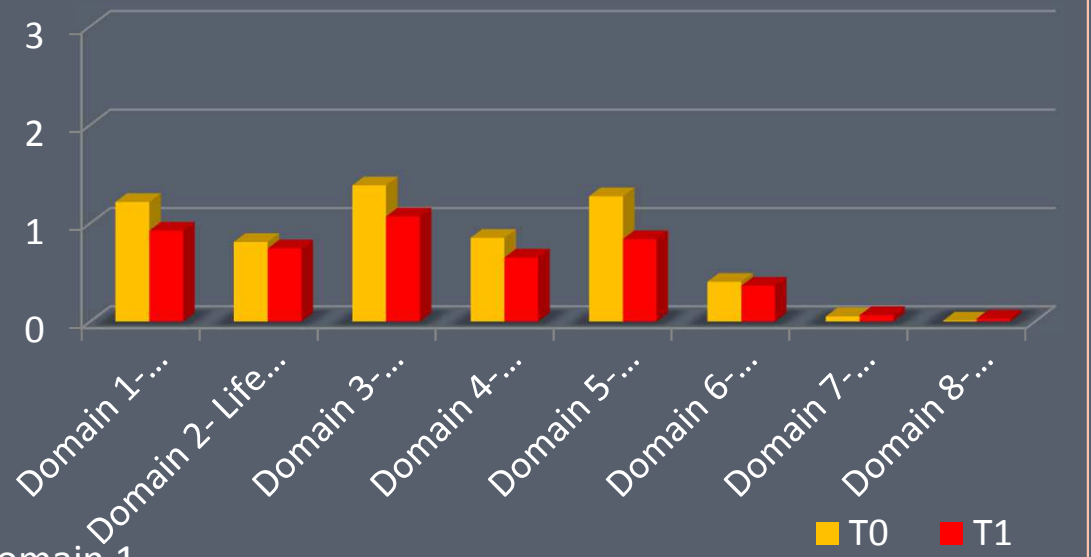
decisioni gerarchiche

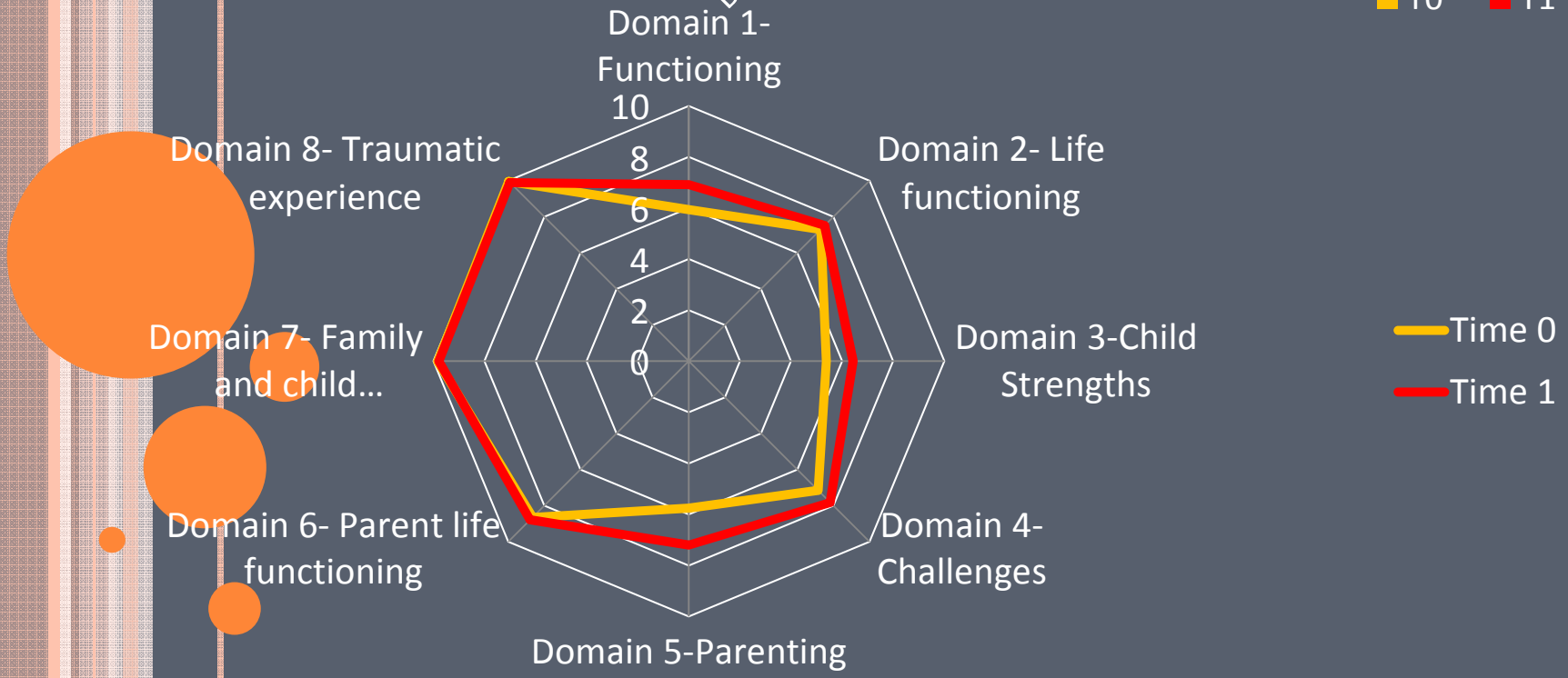


distribuzione interventi



Population: T0/T1



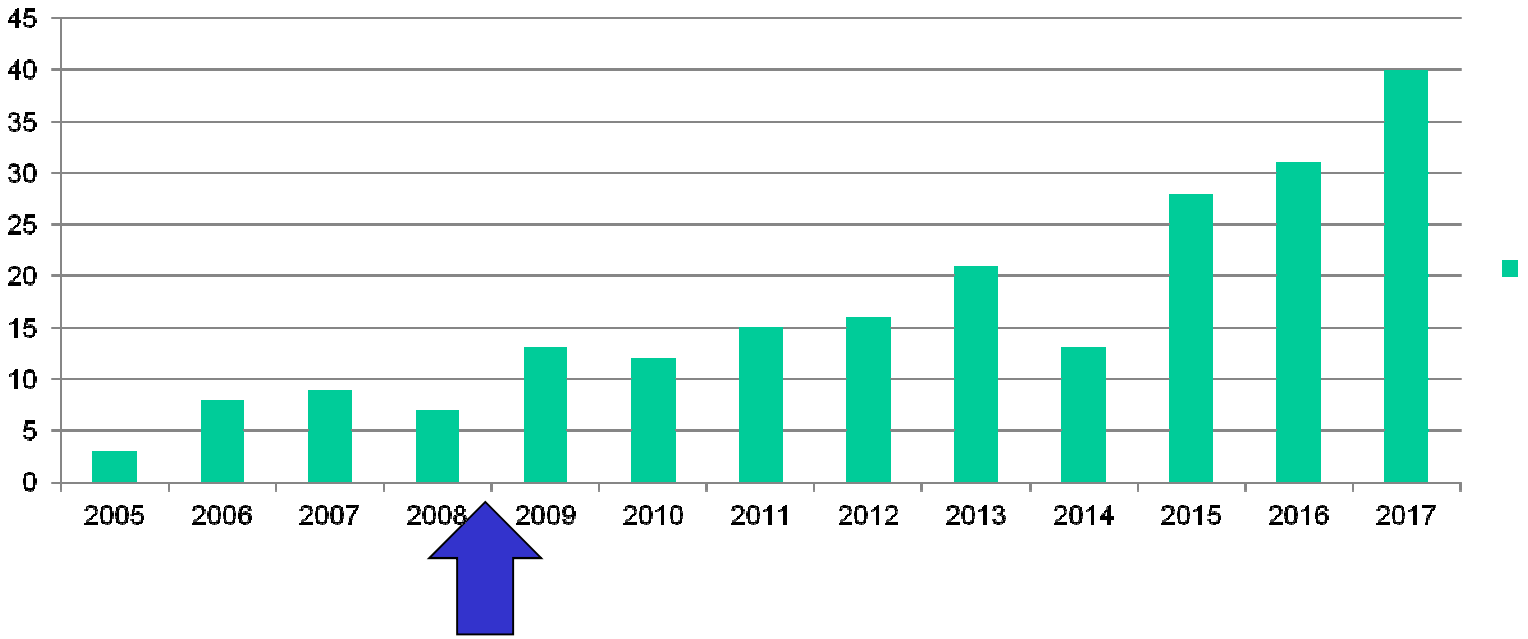


Minori Stranieri Non Accompagnati

"Minori che si trovano al di fuori del proprio paese d'origine, facente parte o meno dell'Unione europea, da soli, senza un parente entro il terzo grado di parentela"; sono, nella maggior parte dei casi, ragazzi maschi di età compresa tra i 13/14 e i 17 anni, provenienti da diversi paesi (più di 70 diverse nazionalità)

Nel 2017, il comune di Milano aveva in carico 863 MSNA (420 nuovi ingressi). Il 60% di questi ultimi proviene dall'Africa sub-sahariana con un inversione di tendenza rispetto al passato in cui la mobilità in età minorile si basava su una catena migratoria più strutturata dai paesi del Nord Africa

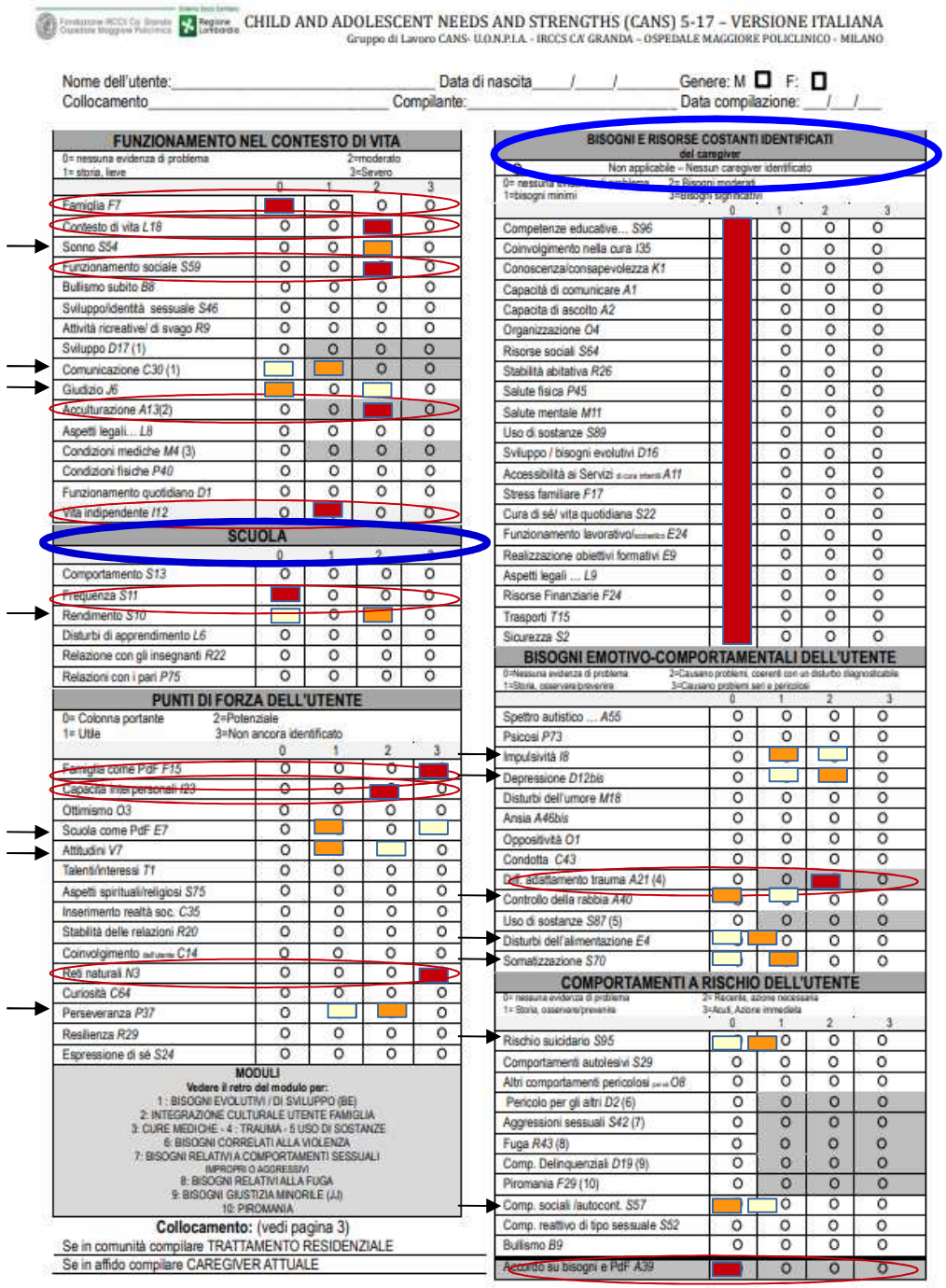
INVII di MSNA in UONPIA



Nasce équipe specialistica progetto “Migranti”

Dal 2005 a fine 2017 sono stati segnalati 240 MSNA. Nel 2017, circa il 30% delle nuove segnalazioni era urgente o in situazioni di emergenza (accessi in PS).

Negli ultimi due anni si è assistito ad un aumento esponenziale delle segnalazioni, in linea con i dati delle presenze di MSNA sul territorio milanese.



CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS (CANS) 5-17 – VERSIONE ITALIANA

Gruppo di Lavoro CANS- U.O.N.P.I.A. - IRCCS CA' GRANDA – OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO - MILANO

Nome dell'utente:_____ Data di nascita____/____/_____ Genere: M ☐ F: ☐

Collocamento_____ Compilante:_____ Data compilazione: ___/___/___

FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VITA

0= nessuna evidenza di problema; 1= storia, lieve; 2=moderato; 3=Severo

	0	1	2	3
Famiglia *F7*	■	O	O	O
Contesto di vita *L18*	O	O	■	O
Sonno *S54*	O	O	■	O
Funzionamento sociale *S59*	O	O	■	O
Bullismo subito *B8*	O	O	O	O
Sviluppo/identità sessuale *S46*	O	O	O	O
Attività ricreative/ di svago *R9*	O	O	O	O
Sviluppo *D17* (1)	O	O	O	O
Comunicazione *C30* (1)	☐	■	O	O
Giudizio *J6*	■	O	☐	O
Acculturazione *A13*(2)	O	O	■	O
Aspetti legali… *L8*	O	O	O	O
Condizioni mediche *M4* (3)	O	O	O	O
Condizioni fisiche *P40*	O	O	O	O
Funzionamento quotidiano *D1*	O	O	O	O
Vita indipendente *I12*	O	■	O	O

SCUOLA

	0	1	2	3
Comportamento *S13*	O	O	O	O
Frequenza *S11*	■	O	O	O
Rendimento *S10*	☐	O	■	O
Disturbi di apprendimento *L6*	O	O	O	O
Relazione con gli insegnanti *R22*	O	O	O	O
Relazioni con i pari *P75*	O	O	O	O

PUNTI DI FORZA DELL'UTENTE

0= Colonna portante; 1= Utile; 2=Potenziale; 3=Non ancora identificato

	0	1	2	3
Famiglia come PdF *F15*	O	O	O	■
Capacità interpersonali *I23*	O	O	■	O
Ottimismo *O3*	O	O	O	O
Scuola come PdF *E7*	O	■	O	☐
Attitudini *V7*	O	■	☐	O
Talenti/interessi *T1*	O	O	O	O
Aspetti spirituali/religiosi *S75*	O	O	O	O
Inserimento realtà soc. *C35*	O	O	O	O
Stabilità delle relazioni *R20*	O	O	O	O
Coinvolgimento *C14*	O	O	O	O
Reti naturali *N3*	O	O	O	■
Curiosità *C64*	O	O	O	O
Perseveranza *P37*	O	☐	■	O
Resilienza *R29*	O	O	O	O
Espressione di sé *S24*	O	O	O	O

MODULI

Vedere il retro del modulo per:

1 : BISOGNI EVOLUTIVI / DI SVILUPPO (BE)
2: INTEGRAZIONE CULTURALE UTENTE FAMIGLIA
3: CURE MEDICHE - 4 : TRAUMA - 5 USO DI SOSTANZE
6: BISOGNI CORRELATI ALLA VIOLENZA
7: BISOGNI RELATIVI A COMPORTAMENTI SESSUALI IMPROPRI O AGGRESSIVI
8: BISOGNI RELATIVI ALLA FUGA
9: BISOGNI GIUSTIZIA MINORILE (JJ)
10: PIROMANIA

Collocamento: (vedi pagina 3)

Se in comunità compilare TRATTAMENTO RESIDENZIALE

Se in affido compilare CAREGIVER ATTUALE

BISOGNI E RISORSE COSTANTI IDENTIFICATI del caregiver

Non applicabile – Nessun caregiver identificato

0= nessuna evidenza di problema; 1=bisogni minimi; 2= Bisogni moderati; 3=Bisogni significativi

	0	1	2	3
Competenze educative… *S96*	■	O	O	O
Coinvolgimento nella cura *I35*	■	O	O	O
Conoscenza/consapevolezza *K1*	■	O	O	O
Capacità di comunicare *A1*	■	O	O	O
Capacità di ascolto *A2*	■	O	O	O
Organizzazione *O4*	■	O	O	O
Risorse sociali *S64*	■	O	O	O
Stabilità abitativa *R26*	■	O	O	O
Salute fisica *P45*	■	O	O	O
Salute mentale *M11*	■	O	O	O
Uso di sostanze *S89*	■	O	O	O
Sviluppo / bisogni evolutivi *D16*	■	O	O	O
Accessibilità ai Servizi *A11*	■	O	O	O
Stress familiare *F17*	■	O	O	O
Cura di sé/ vita quotidiana *S22*	■	O	O	O
Funzionamento lavorativo *E24*	■	O	O	O
Realizzazione obiettivi formativi *E9*	■	O	O	O
Aspetti legali … *L9*	■	O	O	O
Risorse Finanziarie *F24*	■	O	O	O
Trasporti *T15*	■	O	O	O
Sicurezza *S2*	■	O	O	O

BISOGNI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI DELL'UTENTE

0=Nessuna evidenza di problema; 1=Storia, osservare/prevenire; 2=Causano problemi, coerenti con un disturbo diagnosticabile; 3=Causano problemi seri e pericolosi

	0	1	2	3
Spettro autistico … *A55*	O	O	O	O
Psicosi *P73*	O	O	O	O
Impulsività *I8*	O	■	☐	O
Depressione *D12bis*	O	☐	■	O
Disturbi dell'umore *M18*	O	O	O	O
Ansia *A46bis*	O	O	O	O
Oppositività *O1*	O	O	O	O
Condotta *C43*	O	O	O	O
Dell' adattamento trauma *A21* (4)	O	O	■	O
Controllo della rabbia *A40*	■	☐	O	O
Uso di sostanze *S87* (5)	O	O	O	O
Disturbi dell'alimentazione *E4*	☐	■	O	O
Somatizzazione *S70*	☐	■	O	O

COMPORTAMENTI A RISCHIO DELL'UTENTE

0= nessuna evidenza di problema; 1= Storia, osservare/prevenire; 2= Recente, azione necessaria; 3=Acuti, Azione immediata

	0	1	2	3
Rischio suicidario *S95*	☐	■	O	O
Comportamenti autolesivi *S29*	O	O	O	O
Altri comportamenti pericolosi *O8*	O	O	O	O
Pericolo per gli altri *D2* (6)	O	O	O	O
Aggressioni sessuali *S42* (7)	O	O	O	O
Fuga *R43* (8)	O	O	O	O
Comp. Delinquenziali *D19* (9)	O	O	O	O
Piromania *F29* (10)	O	O	O	O
Comp. sociali /autocont. *S57*	■	☐	O	O
Comp. reattivo di tipo sessuale *S52*	O	O	O	O
Bullismo *B9*	O	O	O	O
Accordo su bisogni e PdF *A39*	■	O	O	O

4

CANS

Totale 48 MSNA

Non quota 36 MSNA

Quota 12 MSNA

Gruppo di Lavoro CANS- U.O.N.

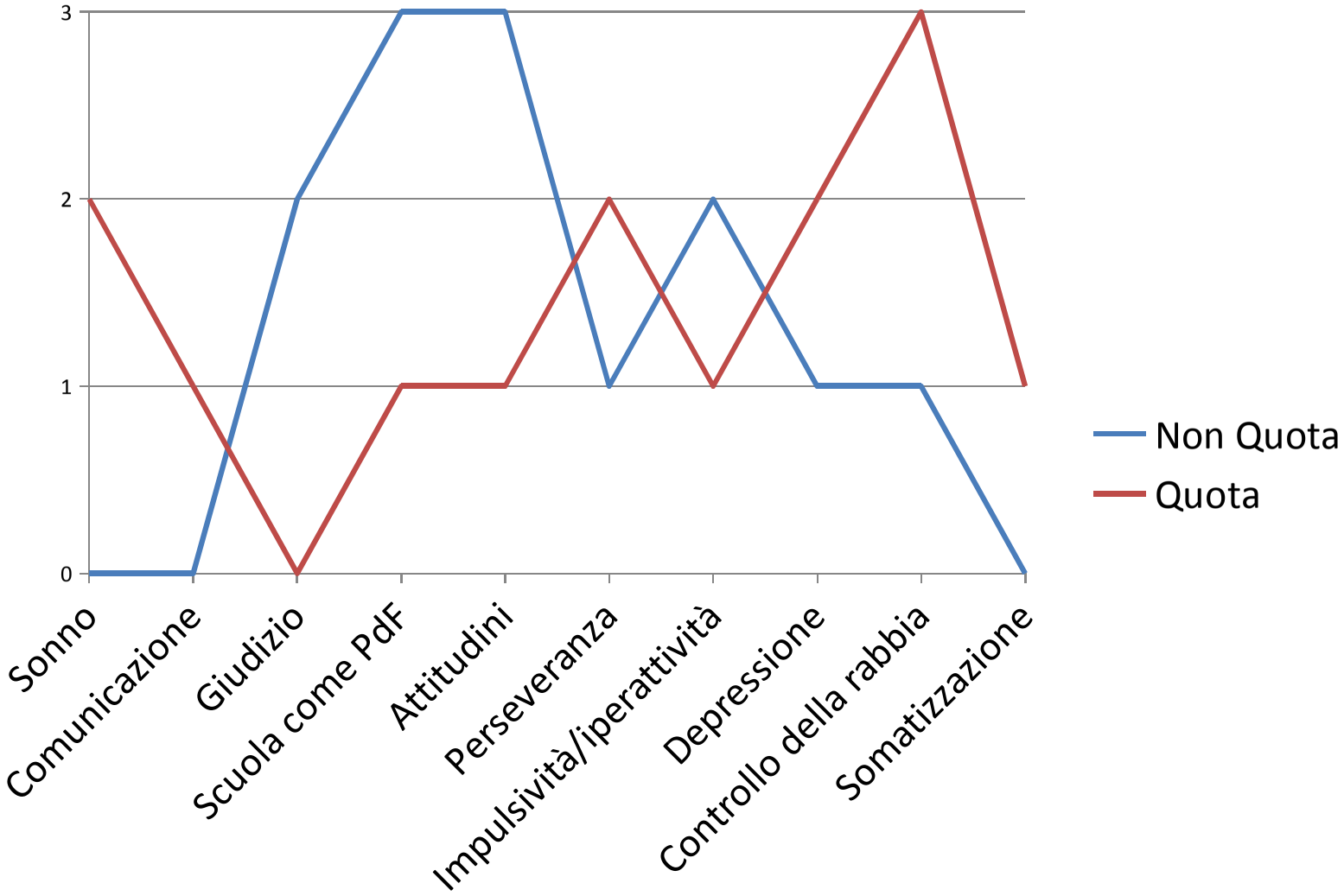
MODULO COLLOCAMENTO TRATTAMENTO RESIDENZIALE

	0	1	2	3
Investimento sul colloc.e sul tratt.*I29*	O	O	O	O
Comportamenti *C36*	O	O	O	O
Rientri a casa *H11*	O	O	O	O
Coinvolgimento del caregiver *C8*	☐	O	O	■
Interazione utente/caregiver *C4*	☐	O	O	■
Progressi raggiungimento obiettivi *P71*	O	O	O	O
Possibilità di dimissione *P61*	O	O	O	O

CAREGIVER ATTUALE

	0	1	2	3
Competenze educative… *S96*	O	O	O	O
Coinvolgimento nella cura *I35*	O	O	O	O
Conoscenza/consapevolezza *K1*	O	O	O	O
Organizzazione *O4*	O	O	O	O
Risorse sociali *S64*	O	O	O	O
Salute fisica *P45*	O	O	O	O
Stess familiare *F17*	O	O	O	O

Discrepanze quota non quota

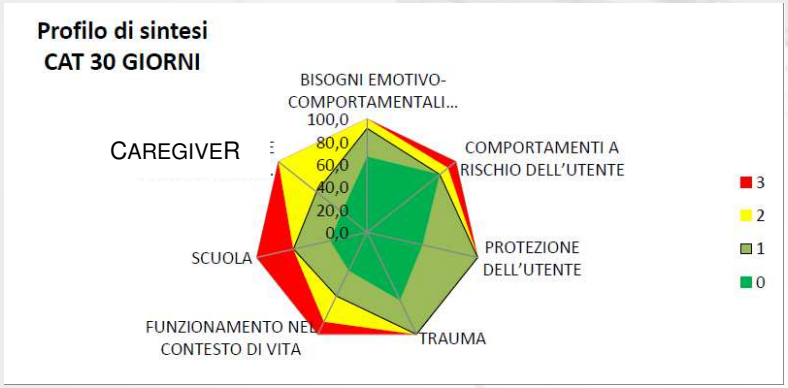


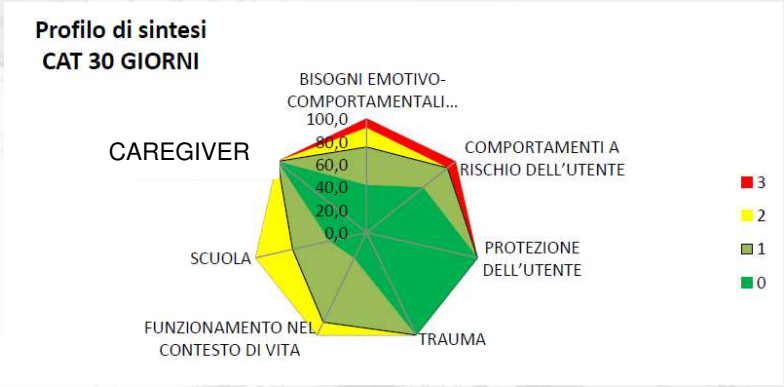
PROGETTO PER.C.I.VAL

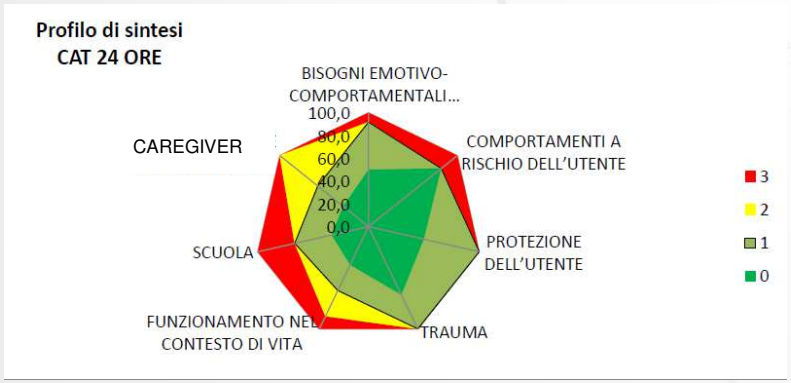
Intensive Outreach Team (IOT) Percival

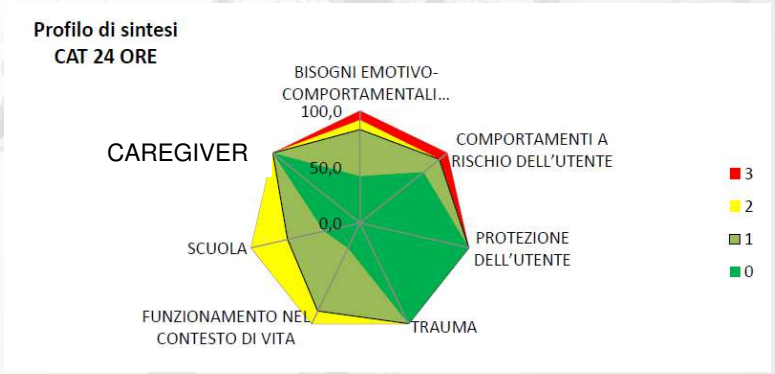
- Intervento intensivo
- Durata medio-breve (3-9 mesi)
- Team multidisciplinare (npi, psicologo, educatore, as)
- Opera in Contesti multipli:
  - Ambulatorio
  - Domicilio/contesto di vita
  - Ricovero quando necessario
    - PEDIATRIA
    - SPDC dai 16 aa con gravità IA
- In rete con i servizi territoriali

PROFILO AL T0 J S



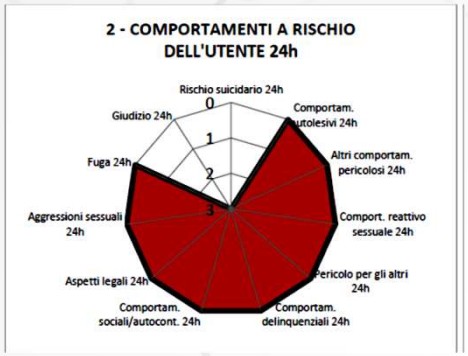


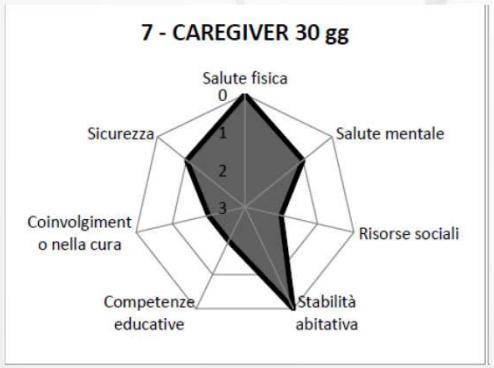




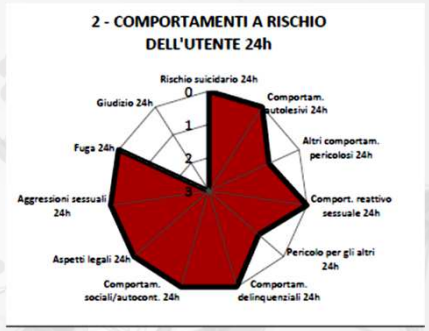
RISCHIO E CAREGIVER AL T0

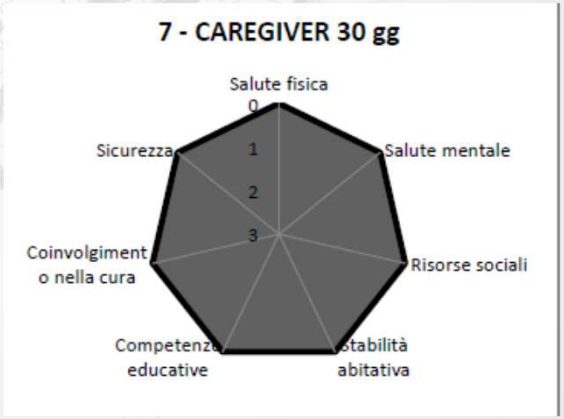
J



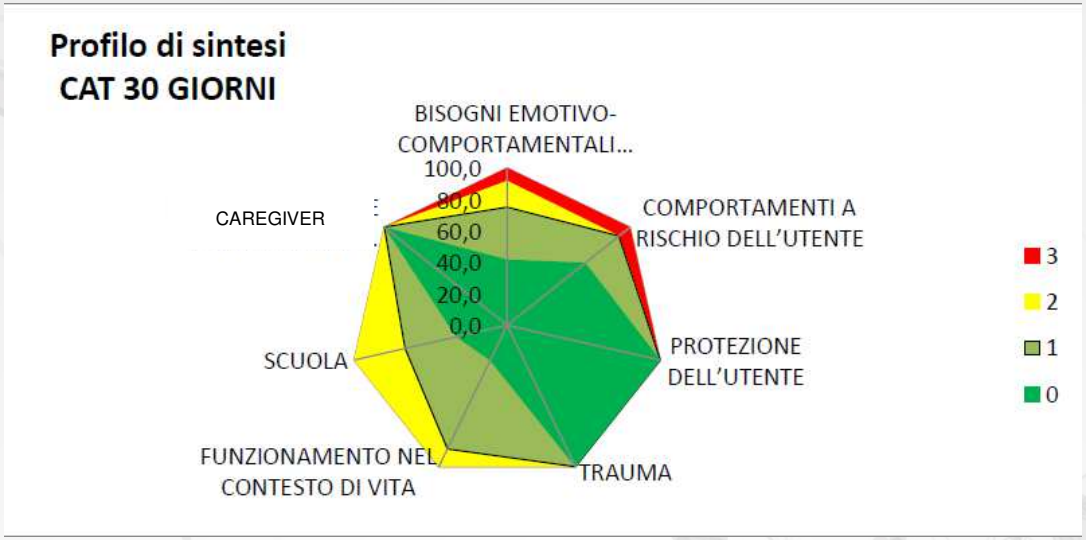


S

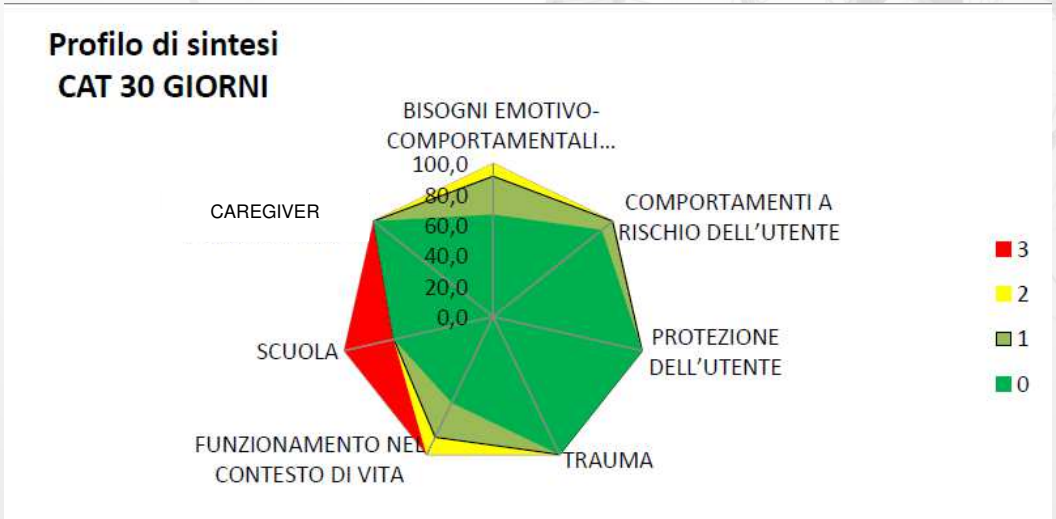




PROFILO AL T0

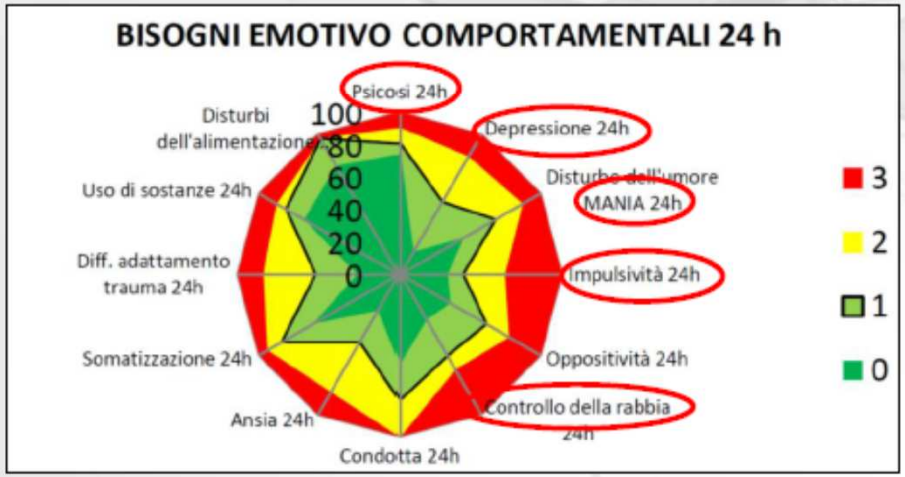


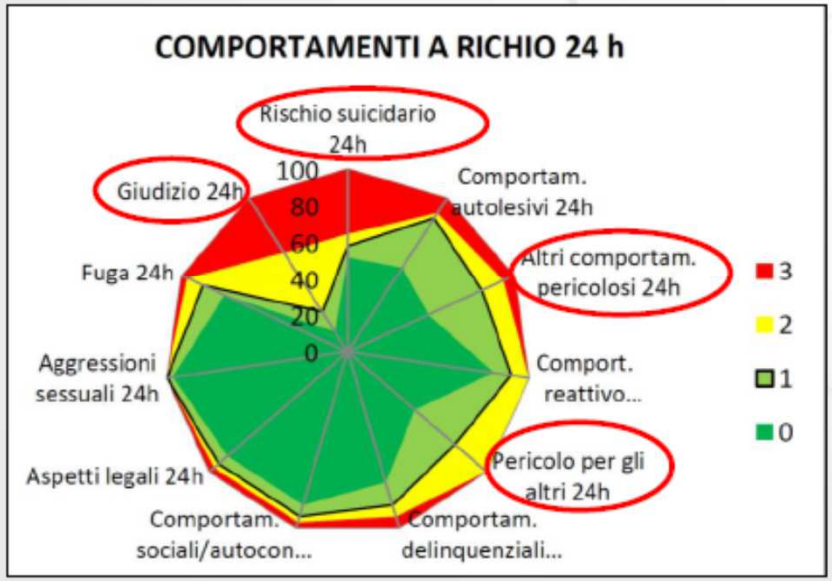
PROFILO AL T1



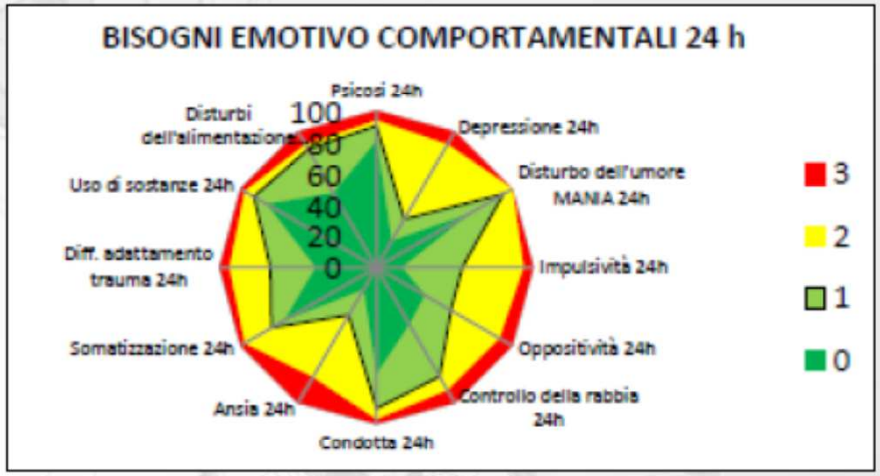
Confronto domini per pz ricovero

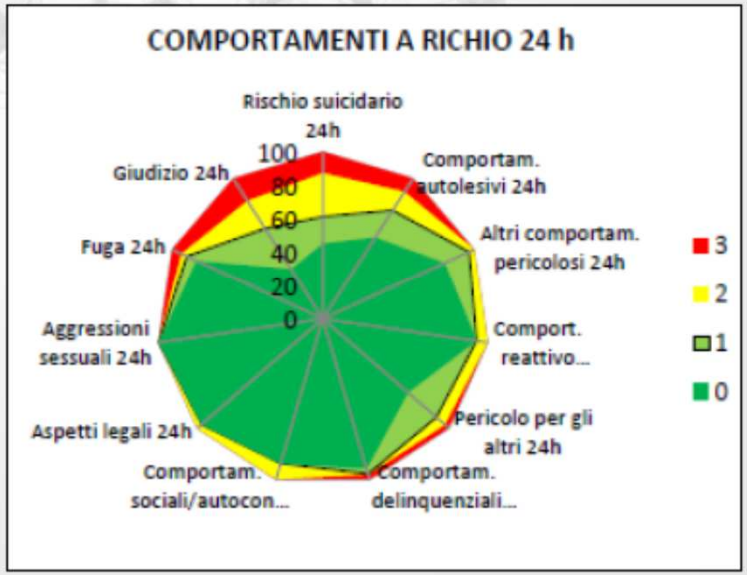
RICOVERO





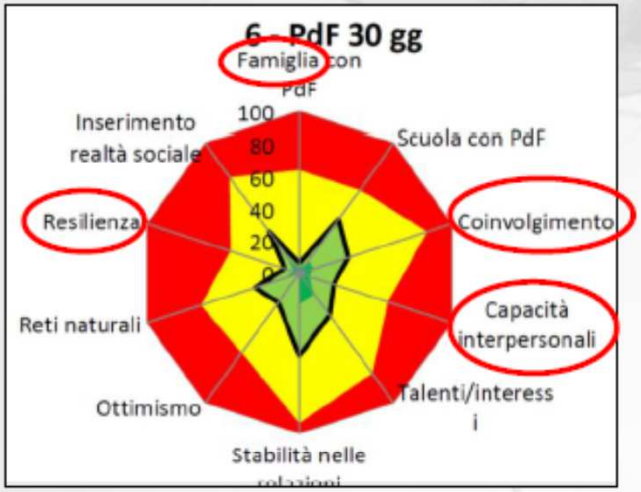
NO RICOVERO

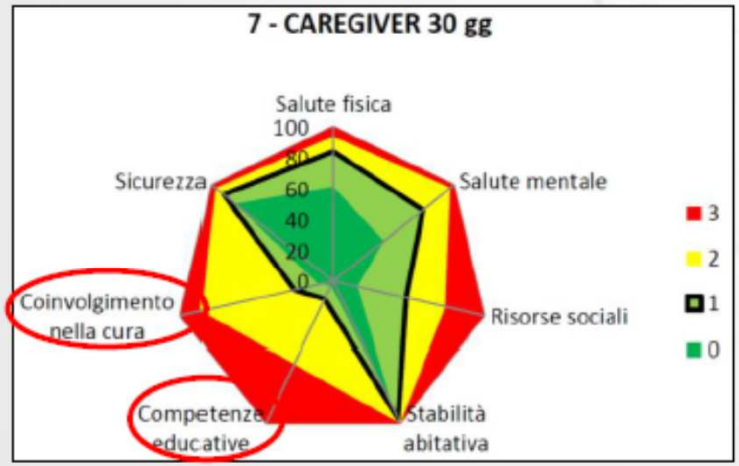




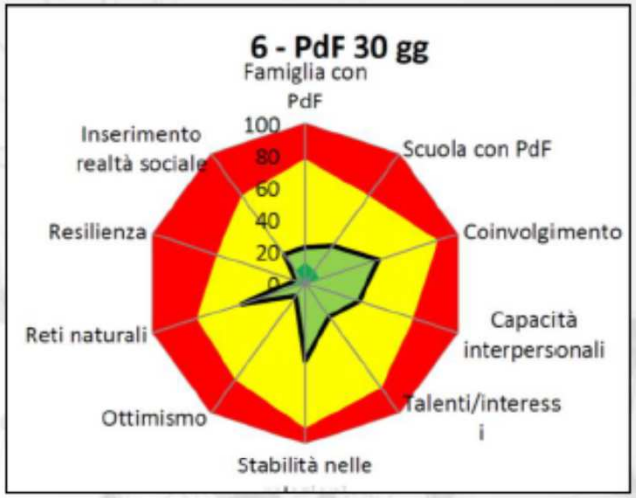
Confronto domini per pz ricovero

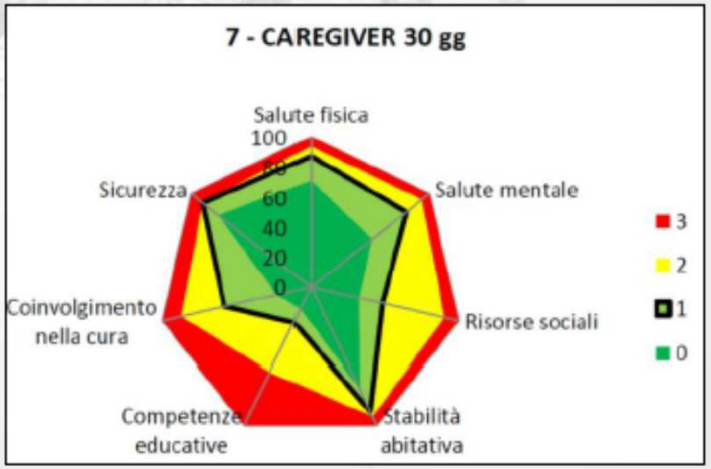
RICOVERO





NO RICOVERO



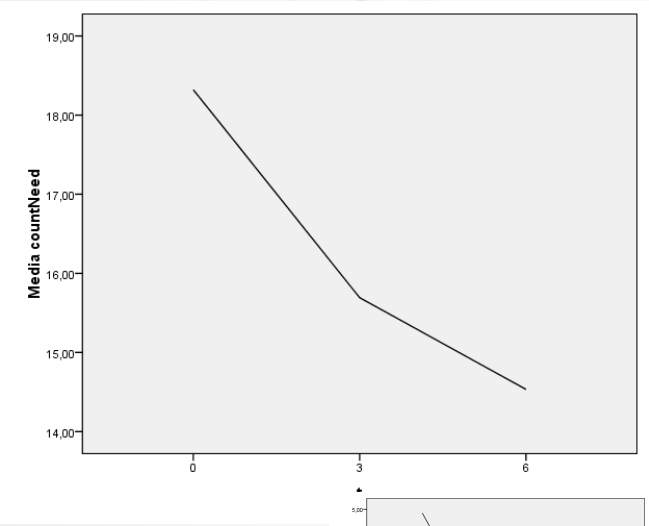


Longitudinale

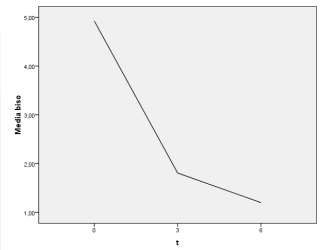
39 minori seguiti da To a TF

Livello bisogno globale
(**Count 2+3** – solo 30gg)

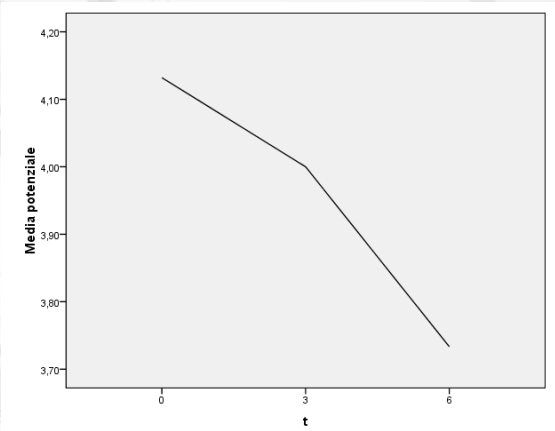
Medio



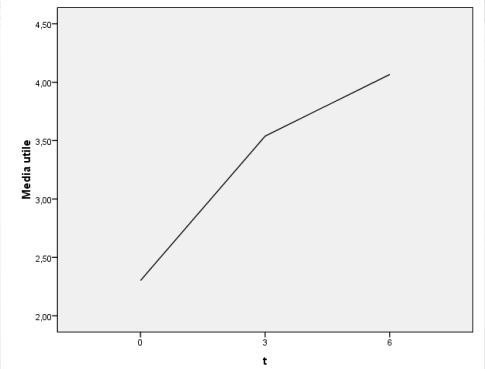
Solo punti 3



PdF totali (potenz vs utile)

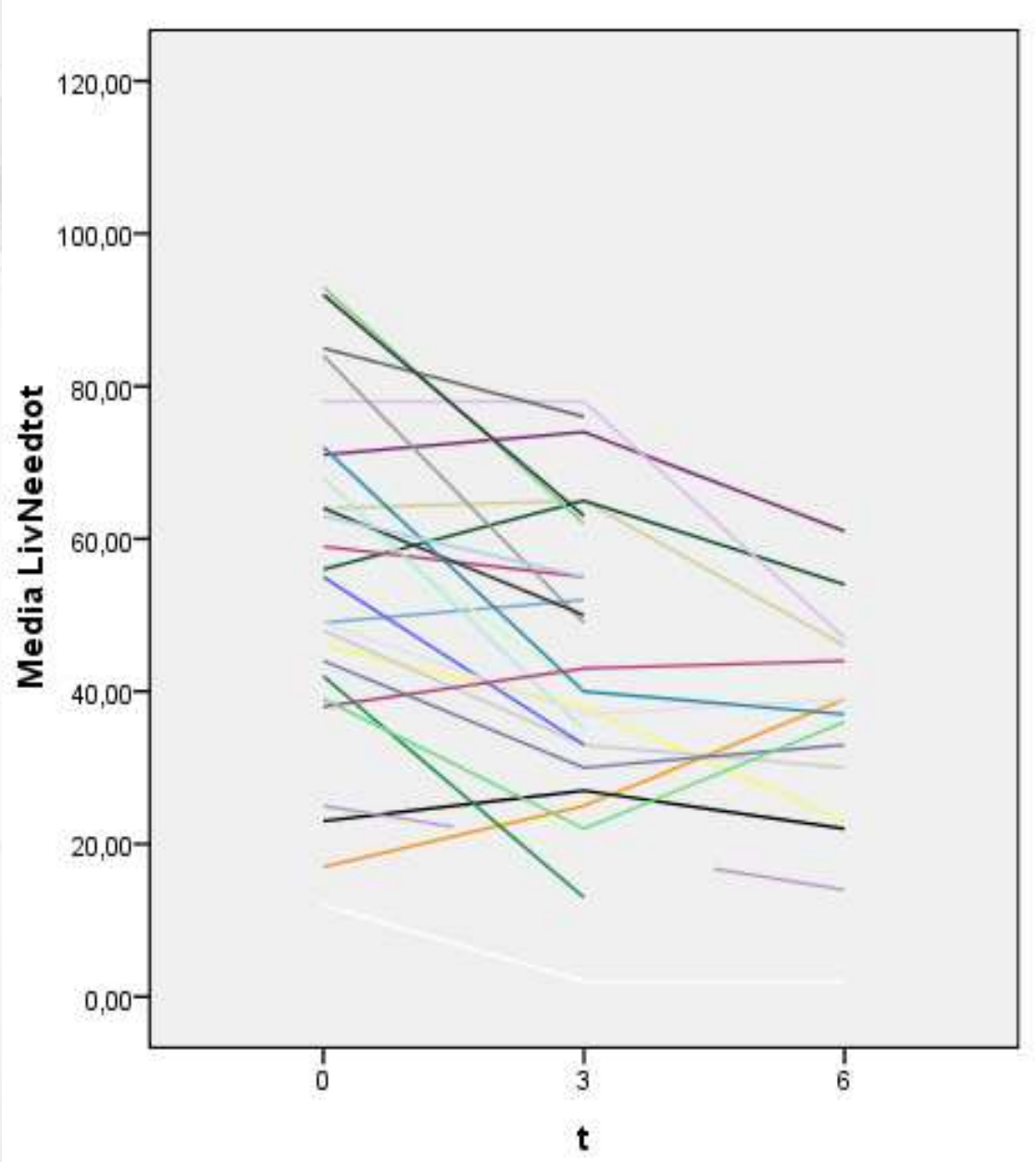


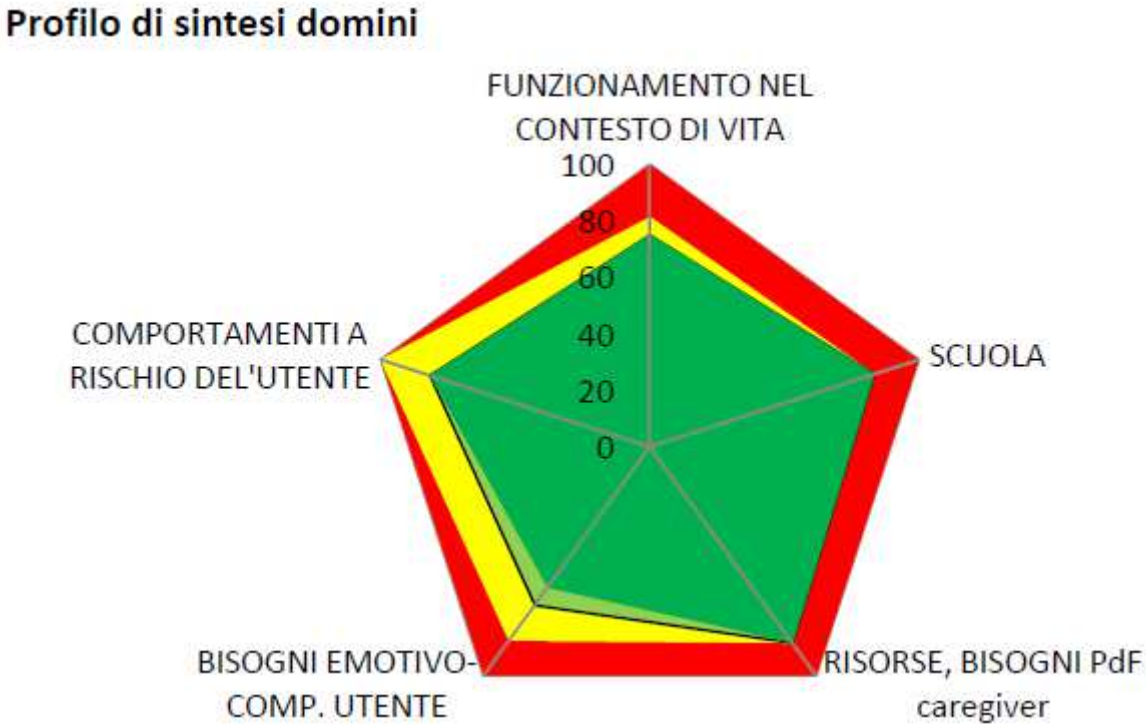
Pdf potenziali



Pdf utili

Longitudinale: livello di bisogni complessivo dei singoli utenti



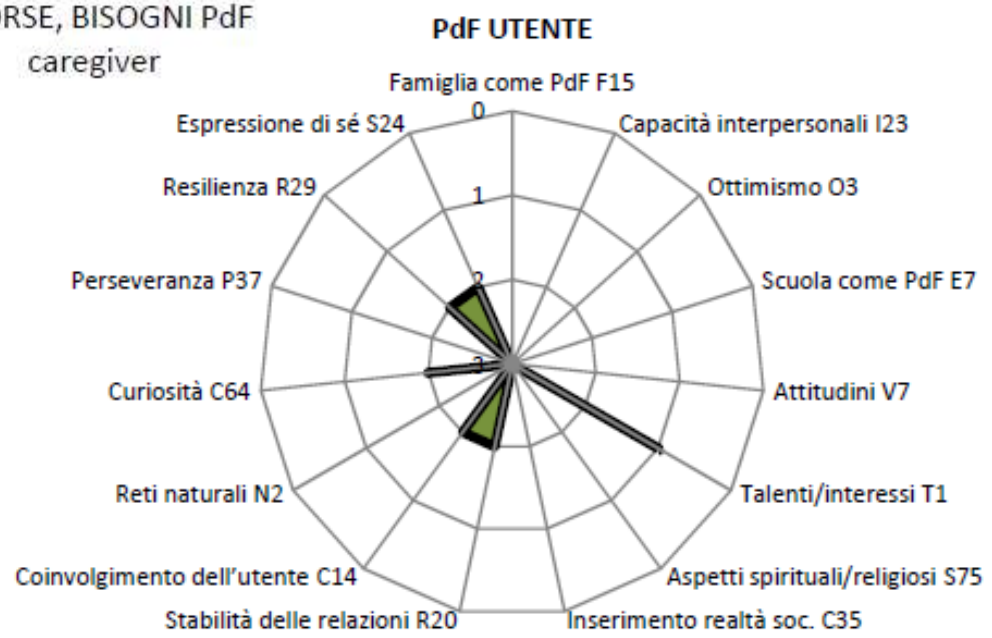


All'ingresso in SRT-UPA: popolazione con urgenza multidominio

Carenza di PdF

PdF da costruire (potenziali):

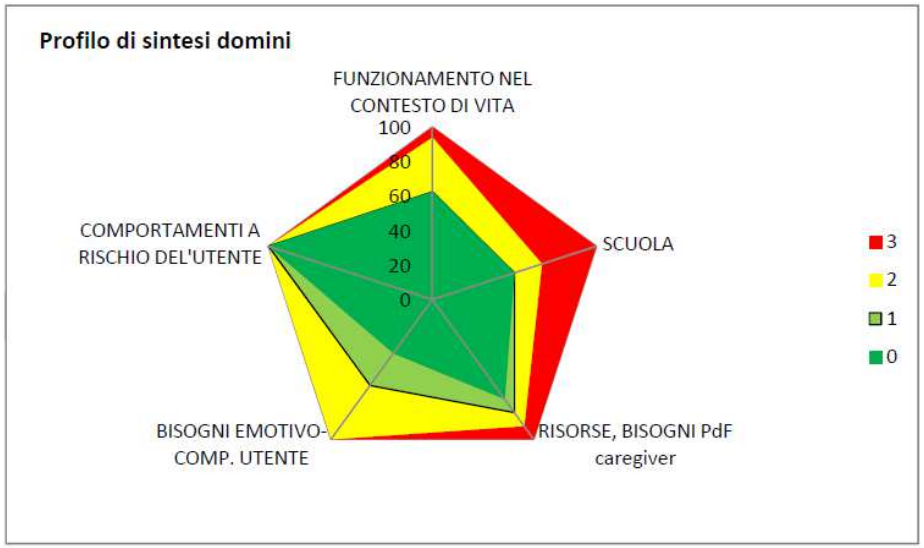
- -Stabilità nelle relazioni
- -Coinvolgimento dell'utente
- -Curiosità
- -Resilienza
- -Espressione di sè

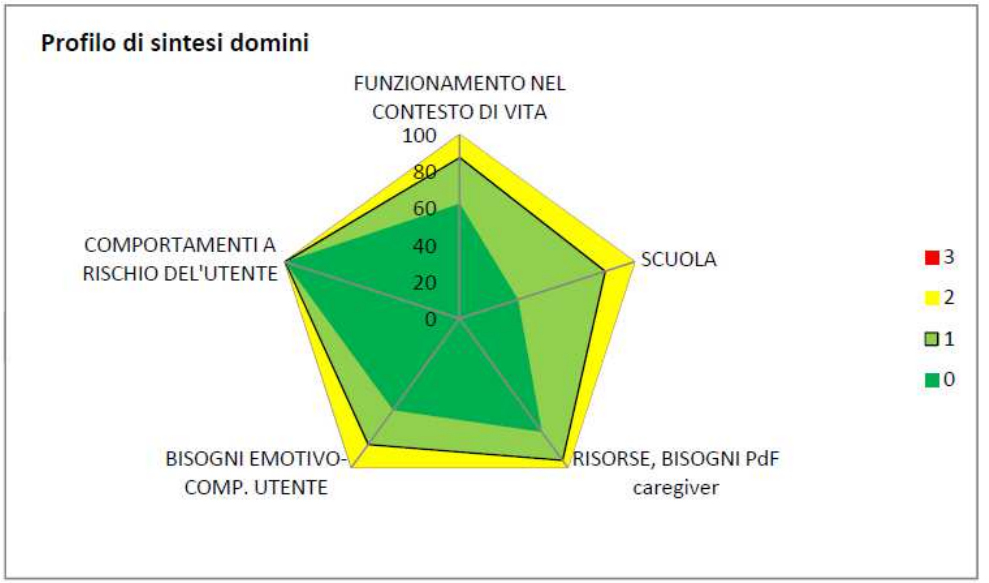


S.Bergonzi, convegno CANS for Italy 2017

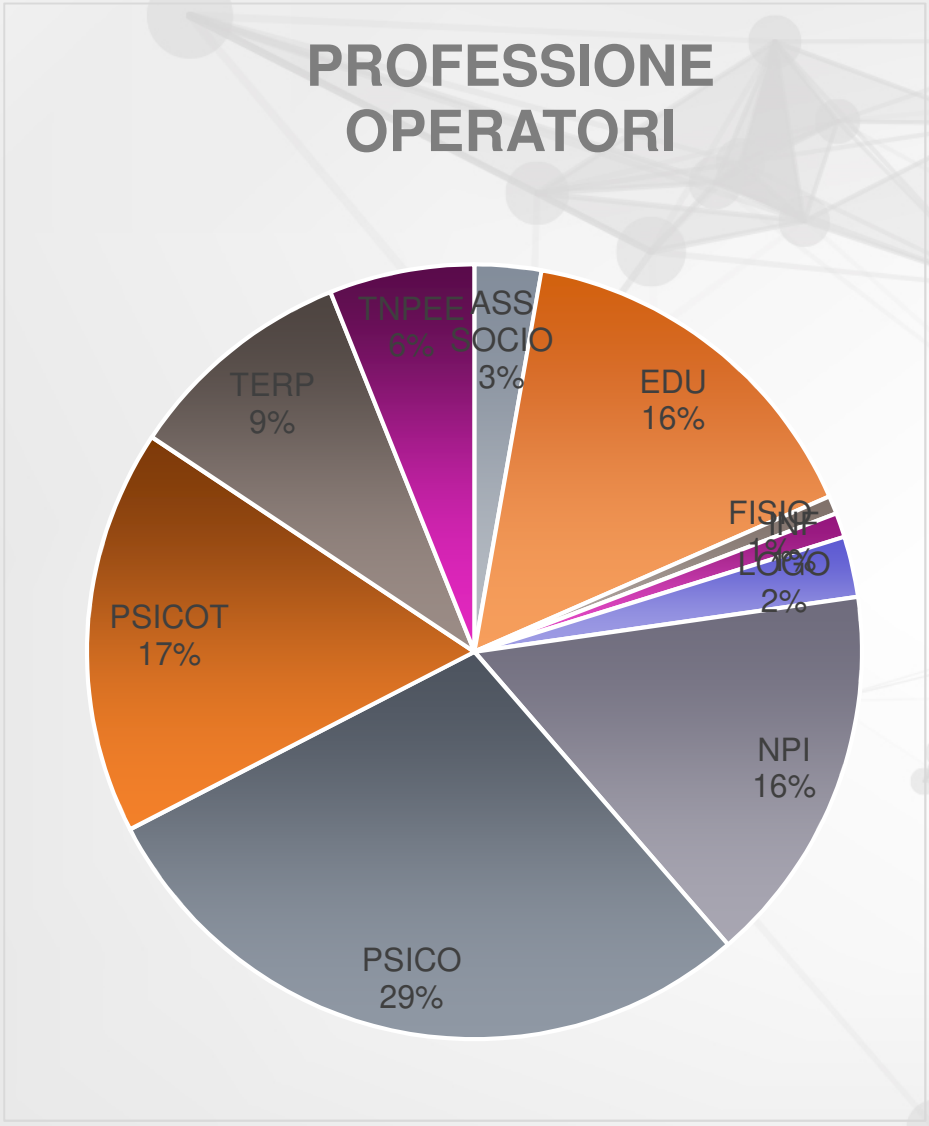
CANS: Confronto longitudinale

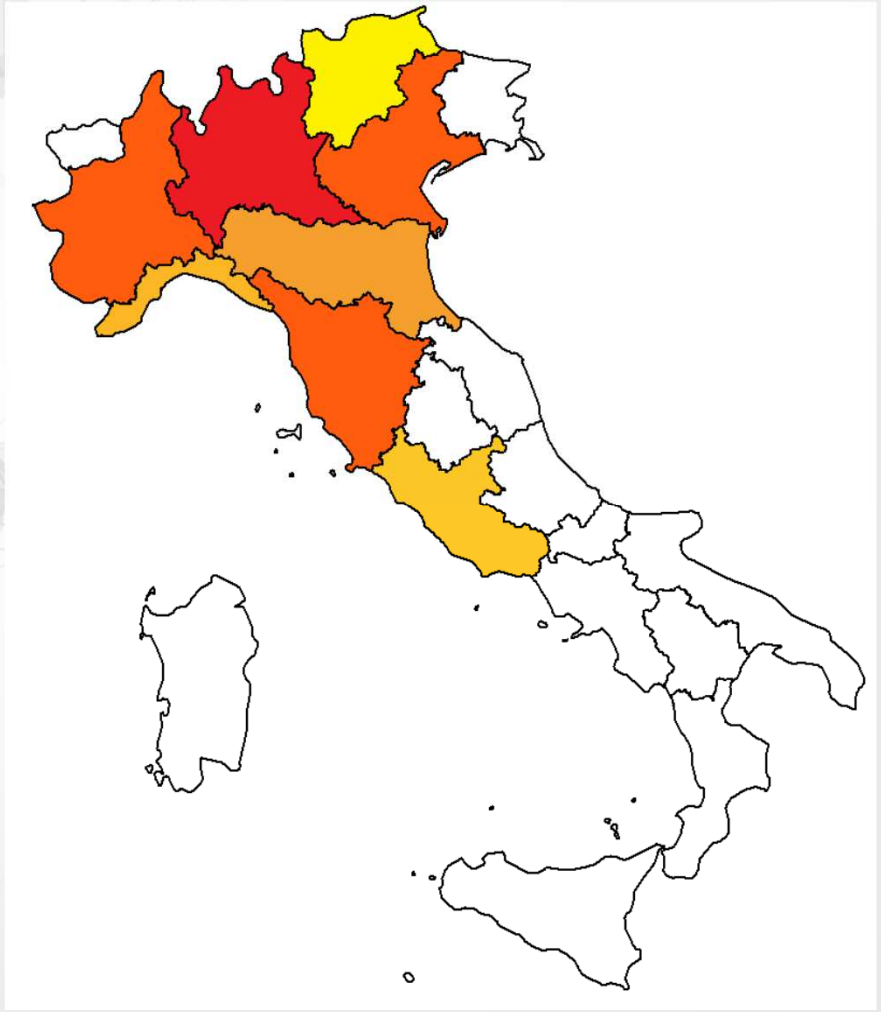
	punt. %	FUNZ. CONTESTO DI VITA	SCUOLA	RISORSE, BISOGNI caregiver	BISOGNI EMOTIVO-COMP. UTENTE	COMPORTAMENTI A RISCHIO DEL'UTENTE	TOTALE
T0	2-3	37,50	50,00	19,05	38,46	0,00	26,47
T1/TF	2-3	12,50	16,67	4,76	15,38	0,00	8,82

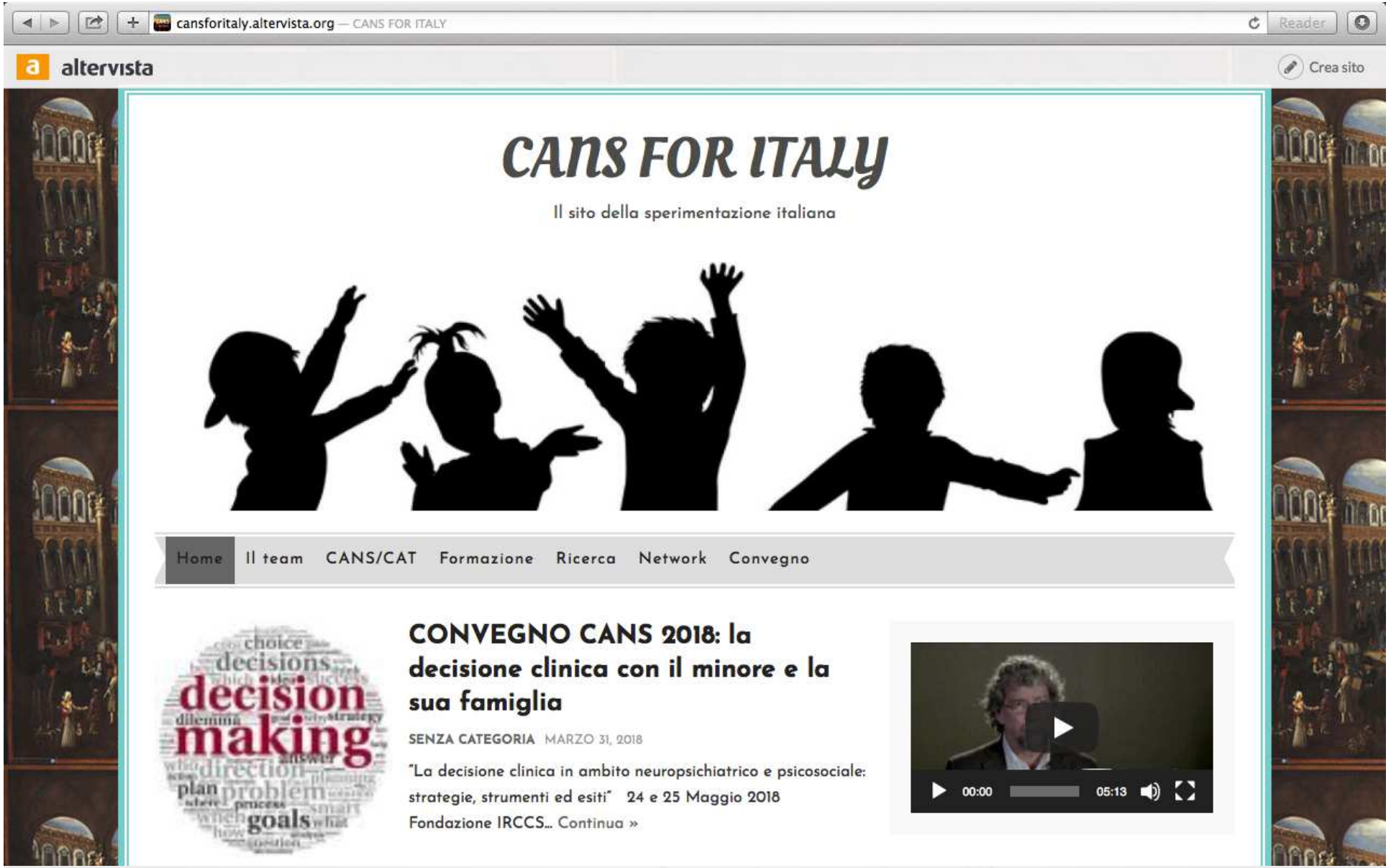




La formazione: chi, quanti, dove…






cansforitaly.altervista.org — CANS FOR ITALY
Reader
altervista
Crea sito
CANS FOR ITALY
Il sito della sperimentazione italiana
Home
Il team
CANS/CAT
Formazione
Ricerca
Network
Convegno
CONVEGNO CANS 2018: la decisione clinica con il minore e la sua famiglia
SENZA CATEGORIA MARZO 31, 2018
"La decisione clinica in ambito neuropsichiatrico e psicosociale: strategie, strumenti ed esiti" 24 e 25 Maggio 2018
Fondazione IRCCS... Continua »
00:00
05:13

THE WEB SITE

Coordinamento delle comunità terapeutiche di NPIA
20+ strutture residenziali terapeutiche nazionali

Strutture educative residenziali
(CASA DELLA CARITA') → TUTORE PER L'INFANZIA

Servizi Sociali del Comune di Milano
PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE (P.I.P.P.I)

IRCCS Medea
Struttura residenziale per utenti con disabilità complessa

Grazie!

formazione.cans@gmail.com