



Gli strumenti Cans come strategia per tradurre i mandati istituzionali in pratiche collaborative utili e sostenibili. Dalla delibera n. XI/7752 del 2022 di Regione Lombardia al Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato nella Comunità terapeutica per minori Omada, Gruppo Betania, Milano

di *Stefano Benzoni**, *Silvia Bianchi*****,
*Rosanna D'Arrezzo******, *Alessandro Chinello***,
*Anna Parascenzo***, *Antonella Di Troia***, *Anna Didoni***,
*Rosa Maria Tortorella****

La delibera n. XI/7752 del 2022 di Regione Lombardia dispone mutamenti cruciali per il sistema della residenzialità terapeutica di Npia. Ribadisce la centralità dei servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nel coordinamento dei percorsi di cura, richiama l'importanza che la voce di utenti e famiglie sia posta al centro della progettazione degli interventi, sollecita l'individuazione di obiettivi espliciti e di un orizzonte temporale finalizzato a dimissioni precoci, dispone che le strutture residenziali attivino pratiche collaborative e valutazioni sistematiche degli esiti dei percorsi. Tra gli strumenti collaborativi per la valutazione di esito, Cans – la cui sperimentazione, promossa dalla Uonpia della Fondazione Irccs Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, è attiva da alcuni anni nel territorio lombardo – costituiscono un dispositivo particolarmente promettente. Nell'articolo si descrive il modo con cui negli anni la Comunità terapeutica di Npia Omada ha implementato l'uso degli strumenti della famiglia Cans, e come essi oggi consentano di intercettare appieno i mandati della nuova delibera, nell'ottica di una gestione re-

* Neuropsichiatra infantile.

** Psicologo.

*** Educatore professionale, Unità operativa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, stefano.benzoni@policlinico.mi.it.

**** Neuropsichiatra infantile.

***** Psicologo, Comunità terapeutica Omada, Gruppo Betania, Milano.

sponsabile e responsiva dei percorsi residenziali, in collaborazione con utenti, famiglie e rete di cura¹.

Parole chiave: residenzialità terapeutica, bambini e adolescenti, Cans (Child and Adolescent Needs and Strengths), pratiche collaborative, valutazione di esito, Ptri (Progetto terapeutico e riabilitativo individualizzato).

Nuove linee di indirizzo per la semiresidenzialità e residenzialità terapeutica in Regione Lombardia

In un momento storico di fatica crescente per utenti e famiglie, di complessificazione dei bisogni, di aumento drammatico della sofferenza in ambito neuropsichico e di pressione estrema sul sistema di cura, è cruciale rivolgere grande attenzione al modo in cui definiamo le strategie collettive per affrontare le sfide che si presentano.

La DGR XI/7752 di Regione Lombardia del 2022² definisce il nuovo modello assistenziale di presa in carico nell'ambito della rete residenziale terapeutica di Npia, e costituisce un punto di svolta di particolare interesse non solo per il campo dei trattamenti residenziali, ma anche per tutti i percorsi clinici relativi alla salute neuropsichica di bambini e adolescenti.

L'intervento relativo al minorenni con disturbi neuropsichiatrici, afferma la Delibera, si connota per l'elevata complessità e l'alto livello di responsabilità. Ciò pone in prima istanza l'accento sulla natura critica del sistema di cura, e sulla natura multidisciplinare degli interventi rimandando all'esistenza di molti diversi punti di vista in campo, con mandati e priorità spesso confliggenti.

Delinea i livelli di intensità di cura ove si declinano gli interventi, affermando che essi devono operare in modo coordinato e congiunto, con un elevato livello di sinergia e collaborazione.

Indica che i poli territoriali di Npia sono garanti insostituibili di questo sistema, dal momento che sono gli invariati e i titolari del caso per ogni percorso semiresidenziale e residenziale, sono il perno dell'équipe multidisciplinare allargata, sono coinvolti nel coordinamento e nella condivisione delle priorità e degli obiettivi, nella definizione del Pti (Piano di trattamento individuale) e

1. Il presente articolo nasce da un evento formativo tenutosi online il 24 maggio 2023, organizzato dalla Uonpia della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Informazioni più dettagliate su questo evento e sul progetto TCOMitalia per la diffusione e implementazione degli strumenti Cans per la valutazione collaborativa degli esiti, possono essere trovati sul sito www.tcomitalia.com. Informazioni dettagliate sulla Comunità terapeutica Omada, sono accessibili al sito www.associazionebetania.org/comunita-neuropsichiatria-infantile.

2. www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-7752-legislatura-11.

nella coordinazione della formulazione del Ptri (Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato); nel supporto e nel raccordo collaborativo con la famiglia e in tutti i passaggi e le transizioni rilevanti.

Ancora, la delibera n. XI/7752, sottolinea la necessità che gli interventi in favore degli utenti siano ispirati a criteri di appropriatezza e a livelli di intensità di cura, e non siano solo basati sulle diagnosi categoriali, in una prospettiva centrata sulla complessità dei percorsi.

Inoltre, la delibera invita a stendere Ptri focalizzati su obiettivi espliciti e realistici, orientati a individuare, fin dall'inizio del percorso, l'orizzonte operativo della sua conclusione.

L'impegno collettivo a definire la dimissibilità dai percorsi di cura è dunque il segno tangibile dell'orientamento trasformativo dei percorsi stessi.

La delibera esplicita ancora che l'utente e la famiglia debbono essere coinvolti attivamente in ogni decisione rilevante di questi percorsi, in un'ottica di piena e trasparente collaborazione. Se vogliamo costruire un sistema di cura "che metta al centro" gli utenti e le famiglie, allora dobbiamo impegnarci a progettare e implementare pratiche partecipative.

Infine, la delibera sottolinea che le comunità terapeutiche debbono implementare misure sistematiche, multidisciplinari e collaborative degli esiti dei percorsi, indicando Cans come possibile famiglia di strumenti di riferimento.

Strategie per raccogliere la sfida dei mandati istituzionali

Sottolineare la natura complessa del campo clinico ha alcune implicazioni "radicali", di impatto molto concreto.

Non vi è dubbio che la qualità del nostro lavoro dipenda dalla qualità delle decisioni che siamo in grado di prendere, come singoli operatori e come agenzie. È chiaro anche che per poter prendere decisioni ottimali, i processi di conoscenza a livello clinico dovrebbero essere informati in modo ottimale.

Riconoscere la natura complessa del campo in cui operiamo significa delineare anche il tipo di strategie per sviluppare una conoscenza ottimale. In un sistema complesso, infatti, la migliore possibile conoscenza della storia di un utente e della sua famiglia (e dunque le migliori decisioni cliniche), è quella che scaturisce dalla composizione collaborativa del punto di vista di tutti gli interlocutori rilevanti. Questa conoscenza collaborativa è sempre migliore e più accurata della conoscenza che il più esperto degli operatori può avere individualmente sul caso.

La collaborazione aiuta a condividere obiettivi e priorità in relazione a mondi desiderabili, cioè a porre le nostre decisioni in relazione a obiettivi comuni, centrare le azioni sui valori degli utenti e a tenere conto del contesto. Inoltre, poiché nel campo dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, la cura

non è una cosa che ricevi passivamente ma una cosa che ti ingaggia, “che fai”, promuovere collaborazione significa di fatto promuovere esiti positivi.

Il mandato collaborativo costituisce dunque un imperativo metodologico fondamentale e un invito ad applicare strategie rigorose a livello di sistema. Per collaborare efficacemente infatti, non basta l'iniziativa individuale ma è necessario disporre di un linguaggio “di sistema”.

Se la sfida di una gestione responsabile (e responsiva) delle storie degli utenti si gioca attorno alla strutturazione di processi decisionali collaborativi, si comprende allora in che modo collaborazione e valutazione di esito debbano essere indissolubilmente legate.

In effetti, chiunque affermi che la residenzialità terapeutica debba avere una connotazione trasformativa³, dovrebbe forse anche ammettere che questo orizzonte etico è perseguibile solo a condizione di porre al centro del nostro operato strategie sistematiche per la valutazione dell'efficacia dei percorsi.

L'esperienza a livello dei sistemi di cura su molti diversi fronti insegna infatti che un sistema che non sia guidato dall'efficacia (cioè dall'etica della responsabilità, dell'accountability) è naturalmente orientato a rispondere all'etica dell'efficienza, che consiste nel chiedere agli operatori di fare sempre la stessa cosa, in tempi sempre più ridotti e con risorse sempre più limitate, che è esattamente quello che sta accadendo in modo fallimentare da molti anni nei nostri sistemi e nelle nostre organizzazioni⁴.

Ed è difficile sostenere che possiamo essere guidati dall'etica trasformativa se non misuriamo l'efficacia. Essere “guidati” infatti significa elaborare strategie per gestire problemi complessi. Ma a livello del sistema di cura non vi è modo di gestire ciò che non possiamo in qualche modo misurare.

È in questa cornice di metodo che si inserisce la proposta di diffusione e implementazione di Cans⁵, una famiglia di strumenti multiassiali e multidimensionali, specificamente concepiti per favorire i processi collaborativi e la valutazione di esito.

In estrema sintesi Cans⁶ è uno strumento progettato per facilitare i processi di composizione decisionale nel contesto di cura. Non si sostituisce al pro-

3. www.minori.gov.it/node/8466.

4. J.S. Lyons, *Transformational Collaborative Outcomes Management: Managing the Business of Personal Change*, Palgrave, US 2022.

5. R.L. Anderson, J.S. Lyons, D.M. Giles, J.A. Price, G. Estle, “Reliability of the Child and Adolescent Needs and Strengths-Mental Health (Cans-MH) scale”, in *Journal of Child and Family Studies*, 2003, 12(3), pp. 279-289. Cfr. anche M.A. Costantino, “La valutazione di esito nella pratica clinica in situazioni di complessità”, in *Ricerca & Pratica*, 2015, 31, pp. 14-21 e <https://praedfoundation.org>.

6. A. Chinello, S. Benzoni, A. Didoni, A. Di Troia, F. Peronace, A. Parascenzo, G. Michelini, J.S. Lyons, M.A. Costantino, “Cans (Child and Adolescent Needs and Strengths scale): validazione italiana di uno strumento per la valutazione multidimensionale e multiassiale di esito per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza”, in *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 2020, vol. 40, pp. 1-7.

cesso diagnostico del singolo professionista, non ci aiuta a formulare diagnosi più accurate e non ci chiede di alterare i processi di conoscenza e approfondimento clinico.

Potremmo immaginarlo come un linguaggio che faciliti una riunione di équipe o di rete, per generare una mappa dei bisogni e dei punti di forza dell'utente e dei suoi caregiver. Un linguaggio concepito per favorire lo sviluppo di concordanza tra punti di vista diversi e dunque la collaborazione tra utenti, famiglie e operatori. La "mappa" ha la forma di una storia suddivisa in temi (i domini dello strumento, quali per esempio i bisogni emotivo-comportamentali, il funzionamento scolastico, il funzionamento dei *caregiver*, i punti di forza, le esperienze traumatiche eccetera). Ognuno di questi domini si compone di item che descrivono nel dettaglio aspetti specifici del funzionamento.

Aspetto peculiare di questo strumento è che la punteggiatura per ogni item (cioè un bisogno o un punto di forza), avviene in modo collaborativo sulla base del criterio della *maggiore o minore urgenza di intervenire* (per quel bisogno o punto di forza). La punteggiatura è su quattro livelli. Per i bisogni: 0 indica nessuna necessità di intervento; 1 richiede monitoraggio; 2 necessita di un intervento non urgente; 3 azione necessaria intensiva o urgente. Per i punti di forza: 0 è un punto di forza abitualmente utilizzato dall'utente possibile colonna portante di un intervento; 1 è utilizzato, ma in modo incostante; 2 è identificato ma non utilizzato dall'utente; 3 è interamente da sviluppare.

Le potenzialità di un simile approccio sono molto significative, sia a livello della gestione del singolo caso, sia a livello dei processi di un'organizzazione, sia a livello del sistema di cura. Cans infatti deve essere immaginata come una narrazione che accompagna gli utenti all'interno del sistema di cura, indipendentemente dall'agenzia ove sono presi in carico. Una mappa dei bisogni e dei punti di forza e di come mutano nel tempo, attraverso i percorsi clinici⁷.

Dai mandati istituzionali alle pratiche collaborative con utenti e famiglie e con il sistema di cura

Omada è una comunità terapeutica del Gruppo Betania, in Milano, dedicata alle adolescenti di sesso femminile ed età compresa tra 12 e 18 anni. Con una capienza di 10 posti, ha fornito cure e assistenza per quasi 7 anni per un totale di circa 54 pazienti. Si tratta dunque di un'esperienza relativamente giovane e il processo di strutturazione delle pratiche di cura è andato rapida-

7. S. Benzoni, M.A. Costantino, J. Lyons, *Pratiche collaborative e valutazione di esito per la salute neuropsichica in età evolutiva*, Erickson, Trento 2020.

mente costruendosi e integrandosi, tenendo conto di una molteplicità di diversi fattori clinici, organizzativi, normativi e sistemici.

Come è noto, il campo della residenzialità terapeutica di Npia intercetta un tipo di domanda particolarmente complessa non solo per l'intrinseca severità delle storie cliniche, ma anche per le molte criticità dei percorsi degli utenti nel sistema di cura. Il trattamento residenziale è spesso l'ultimo di una serie di tentativi che non hanno dato gli esiti sperati, e la presa in carico comporta sempre sfide complesse e dai contorni di efficacia incerti.

Sin dal 2016 Omada ha adottato l'uso degli strumenti Cans, perché costituiva una proposta in grado di inserirsi nel modello clinico della struttura, istituendo un metodo trasparente e condiviso per assumere le decisioni in modo collaborativo e misurare periodicamente la gerarchia delle priorità che avrebbero guidato le azioni.

La tensione che animava questa scelta era di monitorare il miglioramento di qualità dell'organizzazione, tentando di comprendere su quali aspetti gli interventi clinici erano più o meno efficaci.

Cans può essere utilizzata se è un linguaggio conosciuto e condiviso prima di tutto all'interno dell'équipe e per queste ragioni tutti gli operatori di Omada hanno svolto il training di base. Come accade di routine, l'implementazione è stata graduale e progressiva ed è stata necessaria una fase di familiarizzazione di alcuni mesi, prima che divenisse possibile utilizzare lo strumento in modo fluido, nelle riunioni di équipe. Il processo è stato accompagnato da audit periodici con il team di TCOMItalia, che sono stati utili occasioni di confronto e rimodulazione delle strategie.

Nel complesso l'implementazione sistematica di Cans ha permesso di consolidare un modello collaborativo sia al livello "micro" del rapporto individuale con le utenti, sia al livello "meso" relativo alla programmazione e progettazione delle azioni nella comunità, sia al livello "macro" relativo alle interazioni tra la comunità e la rete di cura.

Ciò pone oggi Omada nella condizione di intercettare i mandati della nuova delibera regionale, senza che sostanzialmente sia necessario modificare ulteriormente l'impianto clinico organizzativo. Il Ptri è il punto focale attorno a cui tutti e tre questi livelli interagiscono, rendendo Cans uno strumento strategicamente cruciale.

A livello del singolo caso, Cans è punteggiata in équipe ogni 6 mesi. L'assessment preliminare, condotto anche con strumenti psicodiagnostici classici, è prevalentemente orientato a una descrizione funzionale più che categoriale, dal momento che gli aspetti categoriali di per sé non contribuiscono in modo decisivo né a definire la mappa di bisogni e punti di forza, né conseguentemente il tipo di strategie e percorsi clinici più indicati.

Quando le condizioni cliniche delle pazienti lo consentono, le utenti e se possibile anche i caregiver sono invitati in équipe a condividere con gli operatori la definizione delle priorità d'azione rispetto alle diverse aree di funzionamento.

Ciò contribuisce a rinforzare – sia nelle utenti sia negli operatori – lo spirito di collaborazione e a investire positivamente sulle azioni che definiranno gli obiettivi, generando migliore motivazione al cambiamento.

Questo aspetto, come si vede, recepisce in modo rigoroso il mandato della delibera n. XI/7752, circa il coinvolgimento attivo di utenti e famiglie nella definizione del percorso di cura.

Una questione chiave, sul piano operativo, è che attraverso il foglio automatizzato di punteggiatura Cans è possibile generare grafici polari che possono essere molto utili in una visualizzazione meno tecnica dell'andamento di bisogni e punti di forza e nella condivisione. Ciò è particolarmente utile per facilitare la comunicazione con alcune tipologie di utenti.

In qualunque forma avvenga, il passaggio di condivisione della punteggiatura è sempre molto ricco. Collaborare implica riconoscere che esistono molti bisogni, che non sarà possibile intervenire su tutti i fronti, che sarà necessario negoziare alcuni tra i più rilevanti per decidere collaborativamente quali azioni cliniche intraprendere. Inoltre, definire insieme obiettivi realistici e tempi per conseguirli è un buon modo di affrontare in modo trasparente e attivo con gli utenti il tema spinoso della durata dell'intervento e di quali risultati rendano possibile una dimissione.

La punteggiatura sistematica di Cans nell'équipe allargata consente dunque una ridefinizione periodica del Ptri, guidata in modo collaborativo da una ridefinizione aggiornata dei bisogni e dei punti di forza dell'utente e dei suoi caregiver.

Onde facilitare questa interazione tra il processo decisionale collaborativo e la comunicazione degli interventi con gli utenti, con l'équipe e nel sistema di cura, è stato nel tempo perfezionato un modello di Ptri costruito secondo i temi narrativi e le forme compatibili con la descrizione che scaturisce da Cans. Ciò consente di traslare direttamente – nella formulazione di questo passaggio documentale “ufficiale” – i processi collaborativi che lo informano.

L'esperienza con questo modello appare molto positiva, dal momento che il Ptri diviene uno strumento per raccontare in modo sistematico e trasparente “la storia” delle pazienti, condividerla nel sistema di cura e naturalmente con le ragazze e le loro famiglie, come traccia tangibile e chiara dell'impegno collettivo e dei traguardi effettivamente raggiunti.

Una breve descrizione, a titolo esemplificativo, del caso clinico di Federica (d'ora in poi F.) – utente accolta all'età 15 anni – permette di comprendere meglio come funziona questo processo.

F. è stata inserita su istanza del tribunale per i minorenni, e su invio della Uonpia territorialmente competente, con una diagnosi di disturbo schizoaffettivo e una composizione molto gravosa e complessa di bisogni sia sul fronte internalizzante sia esternalizzante, con aspetti antisociali, disturbo del pensiero, condotte autolesive e abuso di sostanze.

Nel corso della permanenza in comunità è stato steso un Ptri al tempo T0 dopo i primi tre mesi di inserimento e successivamente è stato riformulato il Ptri, aggiornandolo in base ai cambiamenti clinici, ogni 6 mesi.



Fig. 1 - Il processo di elaborazione successiva di Ptri in sincrono con la punteggiatura periodica di Cans

Nei prossimi passaggi è riportato il confronto tra i grafici polari per dominio, dei Ptri a T1 e a T3 e alcuni passaggi del Ptri corrispondente al T3. I punti di forza e i bisogni sono trattati come variabili indipendenti e collocati su grafici distinti.

Di seguito osserviamo il confronto tra i punti di forza di F. in tempi successivi. Intuitivamente il grafico si legge come se fosse una “torta”. Più è ampia la superficie colorata e migliore è la situazione, cioè maggiori i punti di forza o minori i bisogni⁸.

8. I grafici sono generati automaticamente dal file Excel automatizzato, fornito con la formazione Cans.

Gli strumenti Cans come strategia per tradurre i mandati istituzionali

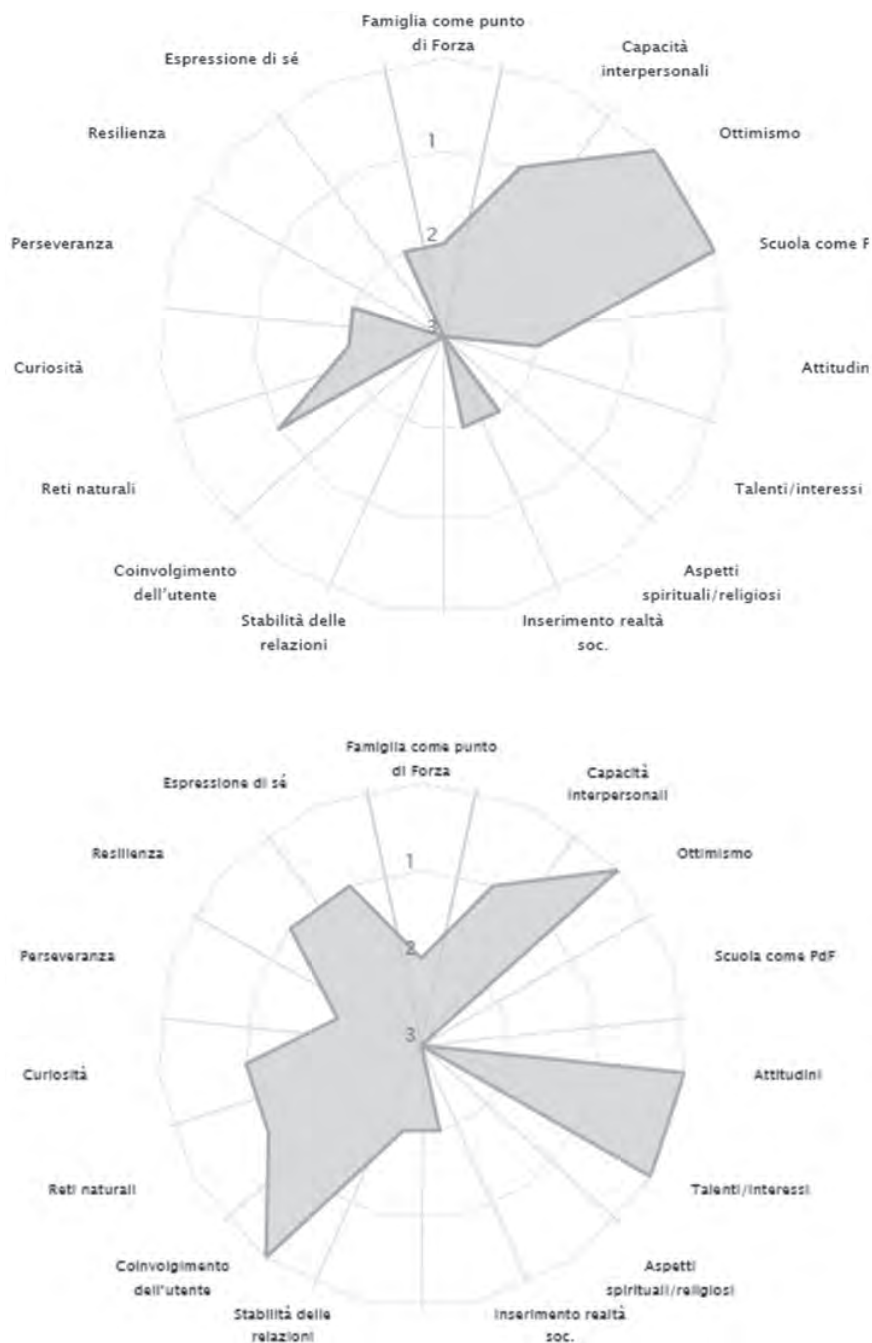


Fig. 2 - Punti di forza dell'utente (Pdf): confronto tra T1 e T3

È possibile apprezzare un aumento dei punti di forza tra i due tempi osservativi successivi (aumento dell'area colorata).

Di seguito, il modo in cui i punti di forza sono descritti analiticamente nel Ptri al T3:

	PDF (descrizione)	USI POSSIBILI
COLONNA PORTANTE punti di forza su cui basare il progetto riabilitativo. Punteggio ottenuto=0.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ottimismo</i> • <i>Coinvolgimento utente</i> • <i>Attitudini</i> • <i>Talenti ed interessi</i> 	Transizione e aggancio al CPS, accompagnando * nella costruzione di una alleanza terapeutica. Collaborazione sugli obiettivi di progetto. Stage Scuola Professionale Strategia di coping (cucina-relax)
ALTRI PDF POTENZIALI Punteggio ottenuto=1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Capacità interpersonali</i> • <i>Reti naturali</i> • <i>Curiosità</i> • <i>Espressione di sé</i> 	Stage Scuola Professionale Nonna come figura affettiva e di supporto in situazioni di conflitto con i genitori Funzionamento stato psichico Strategia di coping (musica, disegno)

Fig. 3 - Ptri al T3 relativo ai punti di forza dell'utente (Pdf)

In questa fase il coinvolgimento nel percorso di cura è stato fondamentale ed è stato individuato dall'équipe come colonna portante dell'intervento. L'utilizzo possibile di questa colonna portante è orientato a favorire il percorso di transizione al servizio degli adulti, dal momento che F. si appresta a divenire maggiorenne.

Si apprezzerà anche che Cans rende possibile un passaggio da una analisi sistematica e validata di bisogni e punti di forza, alla definizione di azioni specifiche con un forte carattere contestuale e individualizzato.

Nel prossimo grafico sono posti a confronto T0 e T1 per il dominio che descrive il funzionamento nel contesto di vita.

Gli strumenti Cans come strategia per tradurre i mandati istituzionali



Fig. 4 - Funzionamento nel contesto di vita: confronto tra T1 e T3

Anche qui è possibile evidenziare un chiaro aumento della superficie coperta dall'area colorata, a indicare una sensibile riduzione di alcuni bisogni chiave a distanza di un anno, tra cui il funzionamento quotidiano, ma anche un aumento dell'area del funzionamento rispetto al contesto familiare, segno che è possibile lavorare su un recupero della qualità delle interazioni familiari anche durante un collocamento in comunità terapeutica.

Si può osservare che al T3 si sono evidenziati miglioramenti nelle capacità di F. di essere autonoma per quanto riguarda la cura di sé e la capacità di comprendere e anticipare le conseguenze delle proprie azioni.

Segue la tabella che accompagnava il PTR 3, per lo stesso dominio:

BISOGNI DI BACKGROUND:		
BISOGNI (selezione degli item target)	OGGETTIVI	STRUMENTI
<u>Vita indipendente:</u>		
1.gestione economica	BT (3 mesi): definizione degli strumenti utili	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducazione • Tecniche comportamentali • Supporto educativo • Collaborazione con i familiari: condivisione del metodo educativo sulla programmazione e gestione del denaro con i genitori, tramite check mensili in occasione delle visite in comunità • Strumenti visivi (migliore utilizzo di quelli già esistenti)/creazione di nuovi)
	MT (6 mesi): implementazione degli strumenti e monitoraggio LT (>6 mesi): acquisizione autonomia	
2.gestione autonoma del tempo libero	BT (3 mesi): indagine precisa e concreta delle fatiche - acquisizione consapevolezza	
	MT (6 mesi): acquisizione strategie di gestione pratica ed emotiva	
	LT (>6 mesi): acquisizione autonomia	
<u>Famiglia:</u>		
3.gestione momenti di conflittualità	BT (3 mesi): incremento strategie di coping	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducazione pre/post rientro a casa • Supporto educativo da remoto al bisogno durante i rientri a casa • Tecniche comportamentali • Creazione di un ambiente strutturato • Planning delle attività • Problemizzazione delle difficoltà con *
	MT (6 mesi): capacità di individuare momenti critici e richiedere il supporto dell'adulto	
	LT (>6 mesi): acquisizione di una lettura delle dinamiche relazionali familiari meno conflittuali e della capacità di esportare in famiglia le strategie acquisite nelle relazioni con il gruppo delle ospiti in comunità	
2.tolleranza alla solitudine in alcuni momenti del giorno in ambiente familiare e domestico	BT (3 mesi): incremento strategie di coping	
	MT (6 mesi): diminuzione dell'attività afinalizzata	
	LT (>6 mesi): acquisizione di una gestione del tempo funzionale e autonomia	
<u>Funzionamento sociale:</u>		
ritiro sociale	BT (3 mesi): incremento della frequentazione degli amici di quartiere	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducazione • Supporto educativo • Collaborazione familiare
	MT (6 mesi): incremento della qualità dei rapporti interni ed esterni alla Ct	
	LT (>6 mesi): mantenimento dei rapporti e migliore organizzazione del tempo libero	

Fig. 5 - Ptri al T3: funzionamento nel contesto di vita

Nella colonna di sinistra sono state definite tre macro-categorie di bisogni su cui lavorare per i successivi 6 mesi fino alle dimissioni. All'interno di queste categorie sono stati individuati alcuni obiettivi a breve, medio e lungo termine e alcuni strumenti possibili per conseguirli.

Di seguito osserviamo i grafici di confronto tra T1 e T3 per il dominio scuola.

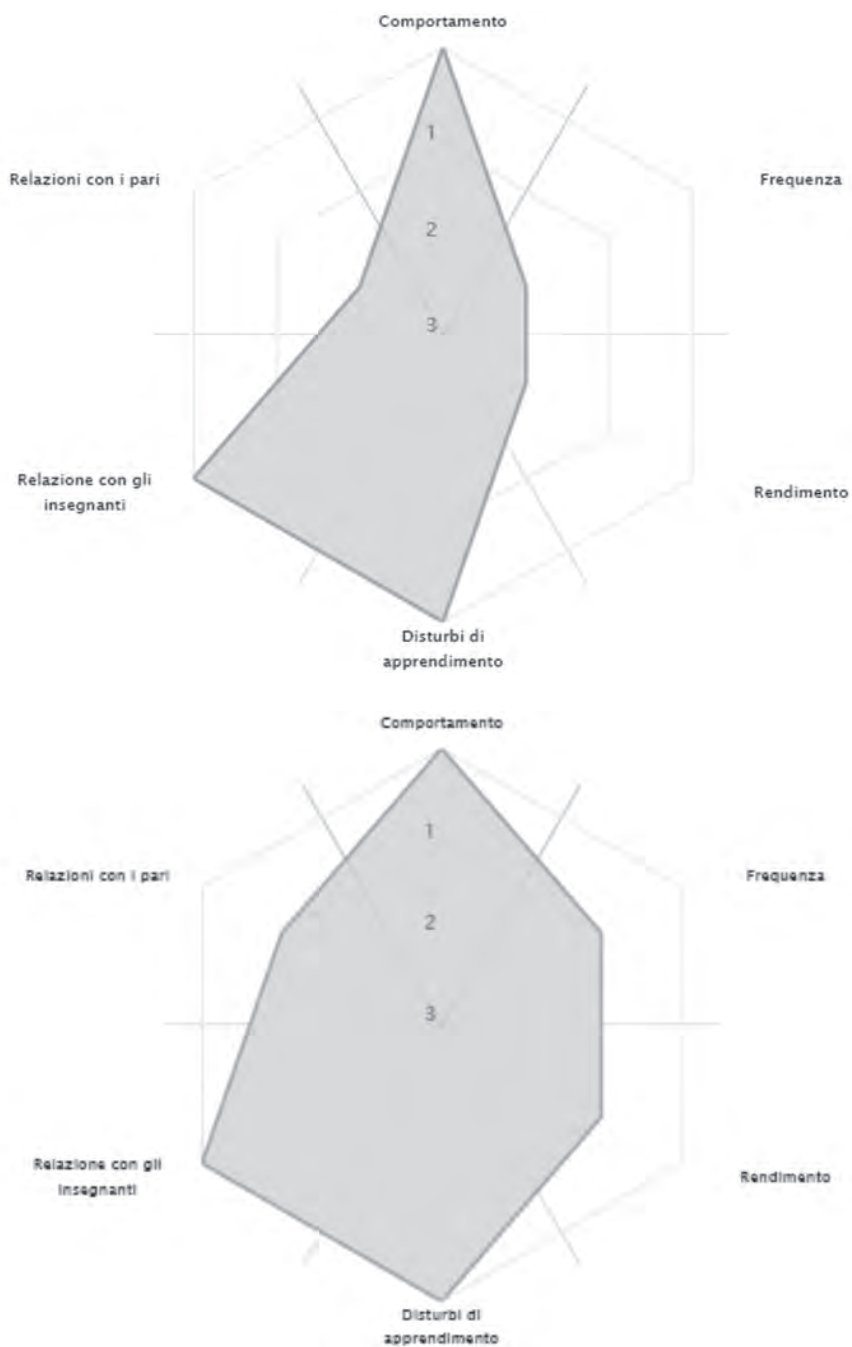


Fig. 6 - Scuola: confronto tra T1 e T3

F. partiva da due bocciature prima dell'inserimento e da un grave ritiro scolastico e qui è possibile apprezzare un lieve miglioramento su tutti i fronti del funzionamento scolastico. Nel piano di trattamento si era poi deciso di dare importanza all'aspetto delle relazioni con i pari, come bisogno in grado di catalizzare potenzialmente altri cambiamenti positivi nell'ambito scolastico:

BISOGNI DI BACKGROUND:		
BISOGNI <small>(selezione e argomentazione degli item target)</small>	OBIETTIVI	STRUMENTI
<p><u>Relazioni con i pari:</u></p> <p>1. ritiro sociale</p> <p>2. esame di realtà</p>	<p>BT (3 mesi): mantenimento ed approfondimento dell'attuale rapporto con una compagna di scuola</p> <p>MT (6 mesi): incremento della qualità oltre che della quantità delle relazioni</p> <p>LT (>6 mesi): mantenimento dei rapporti e migliore organizzazione del tempo libero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stimolo e Supporto educativo • Psicoeducazione tramite la condivisione con R. delle problematiche relazionali
<p><u>Frequenza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - monte ore ridotto - sostegno scolastico - project work (in sostituzione allo stage) - In Dad: importante fatica con facile affaticabilità, tendenza a non riconoscere i propri limiti 	<p>In presenza: mantenimento.</p> <p>Evitare l'utilizzo della Didattica a Distanza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di rete regolari con il corpo docenti
<p><u>Rendimento:</u></p> <p>obiettivi PEI:</p> <p>1° quadrimestre: parte teorica</p> <p>2° quadrimestre: parte pratica (stage)</p>	<p>Mantenimento basi teoriche, da verificare parte pratica</p> <p>BT (3 mesi): vedi Note</p> <p>MT (6 mesi): vedi Note</p> <p>LT (>6 mesi): acquisizione Diploma professionalizzante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PEI: monte ore ridotto sostegno educativo sostegno didattico • Incontri di rete regolari con il corpo docenti

Fig. 7 - Ptri al T3: scuola

Concludiamo questa breve descrizione del caso mostrando l'evoluzione del dominio "bisogni emotivo-comportamentali":

Gli strumenti Cans come strategia per tradurre i mandati istituzionali

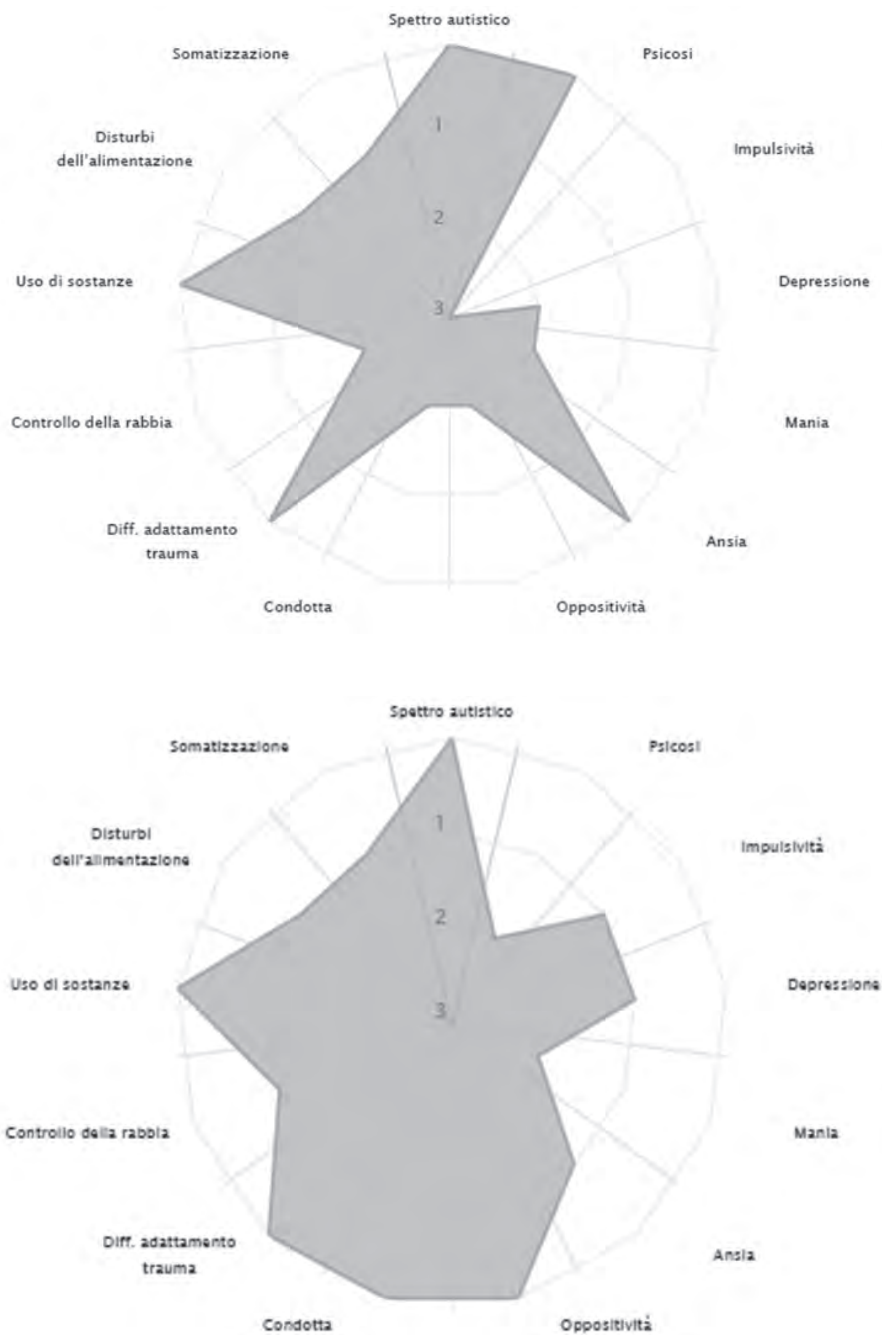


Fig. 8 - Bisogni emotivo comportamentali dell'utente: confronto tra T1 e T3

Anche in questo caso è possibile evidenziare un netto miglioramento in alcuni aspetti chiave, in particolare relativi al controllo della rabbia, dell'impulsività e del tono dell'umore.

In sintesi ciò che premeva evidenziare attraverso questo caso, è che gli strumenti Cans – anche grazie all'uso dei grafici polari – permettono non soltanto di monitorare in modo analitico bisogni e punti di forza nel tempo, ma di legare questa rappresentazione alla definizione collaborativa di priorità di azioni, che possono poi essere condivise formalmente sul Ptri, uno strumento cucito *ad hoc* sulle necessità della paziente.

Questo tipo di approccio ha poi notevoli ricadute a livello meso e a livello macro.

A livello della comunità terapeutica l'adozione sistematica di Cans ha consentito negli anni di maturare una conoscenza più sistematica e accurata della composizione prevalente di bisogni e punti di forza delle pazienti. Uno studio osservazionale su questo campione è in corso di elaborazione e i risultati saranno presentati a breve. Riflettere in modo sistematico su questi percorsi permette non solo di operare una valutazione degli esiti ma anche di rimodulare l'organizzazione interna e le strategie, in ragione dei percorsi più efficaci e della complessità effettiva degli utenti.

Inoltre, Cans si dimostra una strategia cruciale per intercettare i mandati della delibera n. XI/7752, e dunque governare con migliore trasparenza i criteri di inclusione/esclusione.

Infine, al livello macro Cans ha costituito nell'esperienza di Omada un dispositivo in grado di facilitare la comunicazione all'interno del sistema di cura. La definizione di *Ptri – informato da Cans*, consente di traslare a livello della rete di interlocutori istituzionali rilevanti le informazioni dell'utente relative alle priorità d'azione, così come emerse nell'ambito di una relazione collaborativa.

Su questo fronte non sfugge che, anche in ragione dei mandati disposti dalla delibera n. XI/7752, le Uonpia territoriali giocano un ruolo cruciale e sarebbe strategico condividessero il linguaggio Cans, per poter guidare in modo collaborativo le decisioni a tutti i livelli di cura, evitare la frammentazione dei percorsi e mantenere coerenti le nostre azioni condividendole in modo collaborativo e trasparente.