

<p>LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE INTEGRATA AL MINORE CON PATOLOGIA CRONICA</p>
--

## PREMESSA

L'assistenza alle malattie croniche, alle disabilità e alle malattie rare in età pediatrica rappresenta uno dei principali obiettivi del Piano Sanitario Nazionale '98-'00 e del Progetto Obiettivo Materno Infantile. Particolare enfasi è posta in specifico all'integrazione ("garantire l'integrazione delle varie competenze ospedaliere e territoriali nel percorso di diagnosi-cura-riabilitazione"). La consapevolezza che l'assistenza integrata al bambino con patologia cronica fosse uno dei punti "caldi" per i servizi sanitari e sociali viene però da lontano. Un contributo importante, infatti, alla crescita di tale consapevolezza fu portata dalla ricerca promossa dalla Associazione Culturale Pediatri (ACP), dall'Istituto Mario Negri e dalla Regione Emilia Romagna nel 1990 sui cosiddetti "Bisogni inevasi in pediatria".

Il presente documento, frutto di un gruppo di lavoro attivato dalla Associazione Pediatria di Comunità (APeC), vuole essere di stimolo e guida per coloro che devono, a livello distrettuale, organizzare l'assistenza integrata al bambino con malattia cronica. Come punto cardine di ogni progetto di assistenza integrata viene posto il pediatra/medico di base, la cui figura, grazie anche alla recente approvazione delle nuove convenzioni, può costituire, se convenientemente supportata dagli altri servizi territoriali e da quelli ospedalieri, il punto di riferimento più importante per i pazienti e le loro famiglie. Accanto a questa figura, per migliorare l'integrazione e di conseguenza l'assistenza ai bambini con patologia cronica, appare importante il ruolo che può svolgere la Pediatria di comunità.

L'assistenza ai minori con patologia cronica ha delle affinità ma anche delle notevolissime differenze rispetto alla assistenza all'adulto malato cronico; queste differenze hanno portato alla stesura di linee guida specifiche, pur partendo da finalità e strumenti simili a quelli dell'assistenza all'adulto. In particolare sono state tenute in considerazione le seguenti specificità del bambino malato cronico:

- ◆ La grave difficoltà, soprattutto nel bambino più piccolo, di definire livelli di autosufficienza
- ◆ La carenza di scale validate per definire la gravità delle patologie che colpiscono i minori e che permettano la confrontabilità di patologie diverse
- ◆ La necessità di tenere in costante considerazione le progressive "autonomie" legate allo sviluppo collegandole al grado di disabilità

- ◆ La imprescindibile priorità di favorire l'inserimento in comunità educative oltre che ludico-ricreative come tappa portante di ogni percorso assistenziale
- ◆ L'atteggiamento, le aspettative e "l'investimento" della famiglia nei confronti del minore malato

#### PREREQUISITI PER L'ATTIVAZIONE DELLA ASSISTENZA DISTRETTUALE INTEGRATA

Per poter attivare l'assistenza distrettuale integrata, nei suoi vari livelli di complessità assistenziale, sono necessari alcuni prerequisiti qui elencati in ordine di priorità:

- ◆ Presenza di un contesto organizzativo aziendale che tenga in considerazione la specificità dell'area dell'assistenza all'infanzia e all'adolescente (Dip. Materno Infantile) e che metta in collegamento strutturale o funzionale le varie figure professionali che ruotano attorno al bambino e alla sua famiglia sia in ambito ospedaliero che territoriale (Pediatria ospedaliera, Pediatria di base, Neuropsichiatria infantile, ecc.)
- ◆ Presenza di un progetto aziendale condiviso fornito di adeguato budget
- ◆ Livelli di responsabilità ben individuati
- ◆ Personale, soprattutto di area infermieristica e tecnico-professionale, in misura sufficiente o possibilità di attivare risorse esterne
- ◆ Conoscenza e possibilità di mettere in rete risorse non sanitarie della comunità di riferimento: scuola (scuola a domicilio, progetto sei, ecc.), enti locali, associazioni dei genitori, volontariato, ecc.
- ◆ Presenza di momenti formali di confronto e supervisione

#### OBIETTIVI DELLA ASSISTENZA DISTRETTUALE INTEGRATA

Gli interventi assistenziali devono essere garantiti a tutti coloro che ne hanno bisogno superando, in primo luogo, difficoltà di accesso alle cure legate a condizioni socio culturali o economiche svantaggiate, devono inoltre:

- ◆ mirare alla "autonomia" nella gestione della malattia aumentando e sostenendo le competenze genitoriali
- ◆ mirare alla limitazione delle ospedalizzazioni ai soli momenti di acuzie non gestibili a livello ambulatoriale e/o domiciliare in accordo con le famiglie

- ◆ favorire e sostenere l'inserimento e/o il mantenimento del minore in collettività educative e ludico-ricreative
- ◆ rispettare modalità di assistenza legate a tradizioni culturali e religiose diverse, garantendo nel contempo al minore i livelli massimi di cura possibili
- ◆ tendere al coinvolgimento del "capitale sociale" della comunità inserendolo nel processo assistenziale (volontariato, vicinato, ecc.) evitando nel contempo la delega a tali attori di funzioni professionali che devono essere chiaramente attribuite a operatori professionali

## GLI STRUMENTI

L'assistenza da erogare nei confronti dei minori con patologia cronica, disabilità o malattie rare è estremamente complessa. Tra le ragioni di questa complessità possiamo ritenere prioritarie:

- l'estrema varietà delle forme cliniche, molte delle quali mal definite dal punto di vista diagnostico o talmente poco frequenti da non poter trovare a livello distrettuale la presenza di competenze specifiche.
- l'estrema varietà delle situazioni familiari, socio-culturali, economiche, ambientali in cui le varie forme cliniche si manifestano (cosicché anche la gestione di una patologia frequente, nota e relativamente "semplice" può diventare complessa).

Questa complessità non deve però far perdere di vista che le esigenze assistenziali fondamentali sono relativamente comuni al di là dell'ampia diversità delle patologie croniche dell'infanzia. E' necessario superare la visione "nosologica" delle patologie che ha improntato e impronta la cultura medica per acquisire un'ottica "funzionale". Se ci avviciniamo alla cronicità con l'ottica del sostegno/miglioramento delle funzioni, accanto ad una corretta assistenza "medica", dovranno essere privilegiate azioni che tendano ad una efficace rimozione degli ostacoli disabilitanti che, a loro volta, sono legati in parte al tipo di malattia, in parte (spesso più rilevante) al contesto "socio-ambientale", pensiamo solo al superamento delle barriere architettoniche per tutti i disabili motori.

Da questo punto di vista quindi, soggetti affetti da malattie croniche differenti possono esprimere bisogni molto simili fra loro, mentre si avverte come soffermarsi soprattutto sulle caratteristiche cliniche delle loro patologie possa talvolta allontanare la soluzione delle loro reali esigenze.

Per questi motivi il cardine di una corretta assistenza deve essere il

- ◆ **PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)**

Il PAI è quel documento in cui il gruppo distrettuale per l'assistenza alle malattie croniche (Unità di Valutazione Pediatrica Distrettuale) integrato dagli operatori che direttamente forniscono assistenza a quel singolo caso delinea dettagliatamente per quel paziente e la sua famiglia gli obiettivi assistenziali sia quantitativi che qualitativi temporizzandone l'attuazione. Il Piano Assistenziale Individuale deve essere discusso con la famiglia e con essa "condiviso".

Perché un Piano Assistenziale Individuale sia applicabile sempre e in qualsiasi distretto, perché non sia basato sulla "emergenza" o sulla "buona volontà" dei singoli operatori e Servizi (il che potrebbe dare origine a diseguaglianze, a investimenti di risorse non corretti, a false promesse...), è indispensabile che esista, a monte, un

#### ◆ PROGETTO ASSISTENZIALE AZIENDALE

Si intende con questa definizione il documento in cui il gruppo di coordinamento aziendale per l'assistenza alle malattie croniche (Unità di Progetto Aziendale) delinea i bisogni, le risorse dedicate (o comunque reperibili in caso di necessità specifiche) e la conseguente offerta di servizi e prestazioni che il SSN e il privato sociale, in quella AUSL, può mettere in campo sia per le disabilità in genere, sia per le singole patologie. Esso dovrebbe, a nostro parere, garantire la possibilità di attuazione dei P.A.I. nei casi ad alta complessità e consentire una "gestione" molto semplificata delle situazioni a bassa e media complessità, dove possono essere sufficienti alcune garanzie generali (per es. iter burocratici chiari e semplici, "immediata" disponibilità di diete speciali nelle scuole...) e l'applicazione dei protocolli terapeutici (quando esistenti ed applicabili).

#### ◆ PROTOCOLLO TERAPEUTICO

E' quel documento in cui un gruppo di esperti o una società scientifica hanno stabilito quali siano le procedure diagnostiche terapeutiche ottimali per una certa malattia. Nati, solitamente, per ottimizzare aspetti prettamente diagnostico terapeutici, questi strumenti sono tecnici e poco flessibili e non tengono conto, a volte, delle reali capacità diagnostiche terapeutiche dei servizi sanitari locali. E' necessario pertanto che vengano rianalizzati in sede "locale" (Regione) per adattarli alle varie realtà assistenziali e integrarli, se non è stato fatto precedentemente, con l'ottica delle associazioni dei pazienti e con quella degli operatori sanitari che erogano l'assistenza in quella comunità. Possono avere valore soprattutto nelle patologie più diffuse e quando il "contesto" non aggrava la complessità del caso.

## GLI ATTORI

Gli "attori" sanitari e sociosanitari che ruotano attorno al bambino con patologia cronica, disabilità o malattie rare sono molteplici, si vogliono qui meglio caratterizzare

alcune figure e gruppi di lavoro che appaiono fondamentali in ogni progetto di assistenza integrata per meglio tracciare i loro differenti ruoli e compiti assistenziali.

### **LA UNITA' DI PROGETTO REGIONALE (UPR) PER L'ASSISTENZA AI MINORI CON PATOLOGIA CRONICA**

E' il gruppo di coordinamento regionale per la assistenza ai bambini con malattia cronica. Ha il compito di:

- ↪ sovrintendere al progetto regionale attivando un sistema informativo specifico per il monitoraggio e la valutazione degli interventi
- ↪ acquisire i protocolli terapeutici delle varie malattie, vagliarli e stendere il protocollo regionale ufficiale per ogni malattia in cui sia disponibile un ragionevole e validato protocollo "scientifico"
- ↪ tenere i contatti con le associazioni regionali e nazionali dei pazienti e delle loro famiglie
- ↪ essere di stimolo e di supporto al Consiglio regionale per la attuazione di politiche integrate di area per il superamento degli ostacoli disabilitanti (sostegno educativo, barriere architettoniche, inserimento lavorativo, ecc.)

Compito particolarmente importante della UPR è quello di attivare una "banca dati" per le patologie rare o non inquadrabili per le quali non esista protocollo terapeutico "scientifico". La raccolta, infatti, a livello regionale delle modalità assistenziali attuate a livello periferico e la loro valutazione congiunta tra gli operatori interessati ed eventuali specialisti può essere un valido strumento di miglioramento dell'assistenza proprio per i casi più complessi e rari.

### **LA UNITA' DI PROGETTO AZIENDALE (UPA) PER L'ASSISTENZA AI MINORI CON PATOLOGIA CRONICA**

E' il gruppo di coordinamento aziendale della assistenza ai bambini con malattia cronica. Ha il compito di redigere il progetto aziendale d'assistenza ai malati cronici in età pediatrica e i vari protocolli assistenziali, coordinare e valutare l'assistenza erogata, sollecitare azioni (non strettamente di pertinenza sanitaria) atte alla rimozione degli ostacoli disabilitanti (es. barriere architettoniche). Tiene inoltre i contatti con le associazioni locali dei pazienti e delle loro famiglie e gestisce il registro delle patologie croniche.

Ne fanno parte, di norma, un pediatra di comunità, un pediatra di base, un pediatra ospedaliero, un assistente sociale, uno psicologo, un neuropsichiatra infantile, un assistente sanitario e un referente del Servizio infermieristico. Di volta in volta la UPA può essere integrata da specialisti di patologia o organo. Dato il peso della prevalenza delle malattie psichiatriche e psicopatologiche il neuropsichiatra infantile, a questo livello di coordinamento, non può essere equiparato allo "specialista di patologia" ma è figura indispensabile nella progettazione aziendale.

### **LA UNITA' DI VALUTAZIONE PEDIATRICA DISTRETTUALE (UVP)**

E' il gruppo operativo distrettuale per l'assistenza ai bambini con malattia cronica è formato da un Pediatra di comunità, un assistente sociale, il pediatra di base del caso e si integra al bisogno con gli operatori necessari alla stesura del PAI.

In caso di PAI "complesso" deve essere sempre individuato il responsabile del PAI. La UVP distrettuale si riunisce periodicamente per la valutazione dei PAI "complessi" e per il loro adeguamento. Qualora il PAI richieda un aumento di risorse o una loro ricollocazione distrettuale o addirittura aziendale il responsabile del PAI dovrà rapportarsi al Direttore del Distretto e alla Unità di progetto aziendale per l'assistenza ai minori con patologia cronica.

## IL RESPONSABILE TERAPEUTICO DEL CASO

Il responsabile terapeutico del caso è quel professionista che segue il paziente in tutte le varie fasi dell'assistenza sanitaria, di norma è il medico o pediatra di base. Il responsabile terapeutico del caso è garante che il protocollo terapeutico sia seguito e opera, in contatto con gli specialisti e gli altri operatori territoriali, per superare le eventuali difficoltà sia diagnostico - terapeutiche che assistenziali.

## IL RESPONSABILE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Il responsabile del piano assistenziale individuale è quel professionista garante della attuazione dei vari interventi assistenziali contemplati nel PAI. Non esiste a priori un professionista più adatto a svolgere tale funzione, per cui deve essere individuato volta per volta all'interno della UVP "allargata" in colui che, in quel caso specifico, può meglio presidiare e gestire l'integrazione dei vari professionisti e servizi.

## L'INFERMIERE PROFESSIONALE

E' la figura che in prima persona svolge attività di assistenza infermieristica domiciliare e/o a livello di comunità educative. La sua collocazione funzionale è all'interno del pool infermieristico distrettuale coordinato e diretto dal responsabile dell'assistenza infermieristica. Può essere sia una figura dipendente sia una figura a contratto (libero professionale o dipendente da agenzia infermieristica), questo secondo caso è preferibile laddove non sia stata attivata da parte dell'Azienda USL una assistenza infermieristica distrettuale con turnistica sulle 12/24 ore per sette giorni settimana o si richiedano interventi particolarmente complessi dal punto di vista organizzativo (maggior flessibilità nell'utilizzo di personale non dipendente dal SSN).

## L'ASSISTENTE SANITARIO

E' la figura, di area infermieristica, di norma, del settore di pediatria di comunità, che coadiuva il responsabile del PAI (nel caso non lo sia l'assistente sanitario) nel coordinamento operativo-assistenziale e si fa carico direttamente dell'educazione sanitaria del paziente e della sua famiglia rispetto alla autogestione della malattia e ai percorsi assistenziali. Sovrintende inoltre all'inserimento in

comunità educative del minore pianificandone le necessità "speciali" (dieta, farmaci, ecc.) in stretto rapporto con la famiglia e il curante e mantenendo i contatti con la direzione delle comunità educative. Qualora il minore necessiti, per un valido inserimento in comunità, di assistenza infermieristica la attiva tramite il responsabile del PAI.

### **L'ASSISTENTE DI BASE (O FIGURA SIMILARE)**

Trattasi di una delle figure più importanti per l'assistenza domiciliare e/o in ambito di collettività educativa nei casi multiproblematici. Mentre è possibile tracciare i compiti e la relativa professionalità necessaria a svolgere questo incarico, non è possibile inscrivere tale figura in un preciso profilo professionale. L'assistente di base (ADB) deve svolgere sia funzioni di tipo assistenziale alla persona che possono andare dalla igiene alla nutrizione fino ad arrivare a semplici pratiche sanitarie (es. regolazione di una pompa per la nutrizione enterale) sia funzioni educativo-relazionali. Tale figura è spesso la più "ricercata" e gradita dalle famiglie perché rappresenta un supporto professionale "esperto" che bene si può inserire nella gestione quotidiana del bambino malato cronico multiproblematico. Un ventaglio tanto ampio di competenze però male si coniuga con i cosiddetti "mansionari" e i problemi di responsabilità medico legale. A causa di tali remore perciò si opta spesso per una pluralità di figure professionali che ruotano attorno al bambino e alla sua famiglia invece di privilegiare tale figura polifunzionale. Problema aperto rimane l'iter formativo di questa figura che, per ora, appare in gran parte affidato alla formazione esperienziale con scarsa supervisione professionale e altrettanto scarso appare l'iter formativo specifico più orientato a funzioni di "bassa assistenza"

<h3>CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA</h3>
--

Per la presa in carico integrata a livello distrettuale non possono essere indicati dei rigidi criteri di eleggibilità che potranno essere tracciati, in parte, solo all'interno dei vari livelli di complessità assistenziale (vedi oltre).

Per l'attivazione degli interventi assistenziali la figura cardine è il pediatra/medico di base. Per rendere la modalità di "ingresso nel circuito assistenziale" efficiente ed evitare il rischio che i soggetti più "deboli" possano rimanere esclusi è indispensabile però un buon livello di informazione sia dei professionisti sia delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie sia, infine, dei vari operatori che entrano in contatto con le famiglie (es. amministrativi dei centri di prenotazione, ecc.). Sono da programmare, periodicamente, anche campagne informative che utilizzino sia materiale promozionale (manifesti, locandine, ecc.) che i mass media. Il progetto di assistenza alle malattie croniche deve infine anche essere inserito nel sito internet della Azienda USL.

## GRADI DI COMPLESSITA' NELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA

La presa in carico integrata a livello distrettuale deve essere programmata tenendo in considerazione vari gradi di complessità assistenziale. Si può andare, infatti, da minori con malattie croniche che possono essere gestiti in toto dal "responsabile terapeutico" il quale, di volta in volta, può attivare gli altri servizi territoriali su esigenze specifiche e limitate nel tempo (es. inserimento in una comunità educativa in cui avvenga la consumazione del pasto di un minore affetto da celiachia) a casi multiproblematici, in cui è necessaria oltre la attivazione della UVP distrettuale, anche l'intervento della unità di progetto aziendale per l'assistenza ai minori con patologia cronica.

Per meglio sintetizzare i livelli di complessità assistenziale questi si possono schematizzare nel seguente modo:

BASSA COMPLESSITA'

MEDIA COMPLESSITA'

ALTA COMPLESSITA'

BASSA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Per questo livello di complessità assistenziale è attivata la UPA con il solo compito di coordinamento e valutazione complessiva della qualità della assistenza erogata. In questa categoria sono compresi i casi in cui è disponibile un protocollo assistenziale aziendale e, data la relativa semplicità assistenziale, è sufficiente la presenza del solo responsabile terapeutico il quale, al bisogno, può attivare gli altri operatori territoriali per interventi circoscritti e standardizzati.

MEDIA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Per questo livello di complessità assistenziale è sempre attivata la UPA, deve essere attivata la UVP distrettuale se sono richiesti interventi personalizzati. In questa categoria sono compresi i casi in cui è disponibile un protocollo assistenziale aziendale e non è richiesta una alta intensità assistenziale.

ALTA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Per questo livello di complessità assistenziale è sempre attivata la UVP distrettuale allargata, deve essere steso il Piano Assistenziale Individuale e deve esserne individuato il Responsabile.

In questa categoria di complessità ricadono tutti i casi multiproblematici in cui non sia disponibile un protocollo assistenziale aziendale o, se questo è disponibile, sia necessario attivare la assistenza infermieristica domiciliare e/o in comunità educativa e in cui la complessità della patologia di base richieda interventi continui e complessi. Fanno altresì parte di questa categoria i casi multiproblematici che richiedano, per la



precarietà del nucleo familiare o del livello socio-culturale, interventi continui e complessi anche di figure non sanitarie.

All'interno della assistenza integrata ad alta complessità assistenziale è compresa la Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che presenta delle peculiarità molto rilevanti rispetto all'ADI dell'adulto. Se, infatti, per essere attivata devono essere presenti alcuni prerequisiti simili all'ADI dell'adulto:

- ◆ Disponibilità e capacità dei genitori o della cerchia parentale ad acquisire alcune competenze specifiche necessarie alla continuità dell'assistenza (es. semplici tecniche infermieristiche) e a riconoscere alcuni semplici parametri vitali per la valutazione di eventuali situazioni di emergenza.
- ◆ Presenza di quei basilari canoni abitativi compatibili con una assistenza domiciliare priva di eccessivi rischi (presenza del telefono, standard abitativi minimi, ecc.).

Davanti al problema della scarsa "competenza" genitoriale o addirittura della carenza/mancaza di un nucleo genitoriale si apre invece una serie di difficoltà che poco hanno a che fare con l'area dell'adulto ove tali difficoltà parentali vengono spesso superate con il ricovero in strutture protette.

Tali scelte, in area pediatrica, devono essere tendenzialmente evitate per l'enorme impatto psico-relazionale che comportano per il minore ma, d'altra parte, attualmente le soluzioni non istituzionalizzanti appaiono carenti o episodiche. Appare urgente perciò pensare a soluzioni "familiari" per dare risposta a questi problemi che probabilmente in futuro saranno in aumento.

All'interno dell'ADI pediatrica si collocano anche casi che richiedono una assistenza di tipo intensivo o subintensivo (es. bambini con respiratore, assistenza h. 24, ecc.). Per tali casi è necessario che la UVP distrettuale sia supportata dall'Unità di Progetto Aziendale per la assistenza alle malattie croniche dell'infanzia (UPA) e possa, al bisogno, attivare risorse extradistrettuali. Per tali casi ad assistenza intensiva e/o super specialistica sono ipotizzabili due differenti schemi assistenziali:

- A) "Ospedale a domicilio"
- B) "ADI intensiva"

Nella prima tipologia vengono attivate risorse specialistiche ospedaliere (in genere del Centro specialistico di 2°/3° livello) che devono essere integrate con l'equipe distrettuale.

Nella seconda tipologia (ADI intensiva) si possono avere due possibilità alternative ma a volte complementari:

- ◆ Le risorse di personale professionale vengono reperite tramite agenzie esterne o addirittura si acquisisce, tramite sempre agenzie esterne, il servizio specialistico "completo" (es. servizio di nutrizione parenterale)

- ◆ Si formano, sul caso specifico, le risorse professionali presenti all'interno del Distretto e si acquisisce direttamente la eventuale strumentazione necessaria

Entrambi gli schemi hanno pregi e difetti e l'opzione dovrà tenere conto delle risorse presenti nel territorio aziendale (Centri Specialistici, preparazione "specialistica" del personale, risorse economiche) oltre che delle specifiche necessità dei singoli casi.

L'esperienza ci dice che questi casi ad altissima complessità, pur se numericamente scarsi, forse proprio per la loro rarità e imprevedibilità, assorbono una quota molto rilevante di risorse (professionali, economiche, gestionali e persino "ideative") col rischio di ridurre la capacità di dare risposta ai casi più semplici e certamente più frequenti. Per questo si ritiene di fondamentale importanza la stesura del progetto aziendale generale, ben definito e chiaro, che faciliti la gestione dei casi meno complessi e nel quale tuttavia i PAI ad alta complessità possano trovare supporti adeguati.

Ci sono ovviamente molti problemi aperti:

- ◆ la stessa definizione di cronicità
- ◆ il rapporto fra cronicità e disabilità
- ◆ la carenza di "scale" di valutazione
- ◆ l'effettiva capacità di coordinamento tra figure professionali diverse e tra aree diverse della Società (Servizi sanitari, S. Sociali, Enti Pubblici, Volontariato)
- ◆ il profilo professionale dell'Assistente di base
- ◆ le risorse dedicate o "dedicabili"
- ◆ il rischio di burocratizzazione...

Consapevole dei problemi esistenti, l'APeC propone questo documento, che esprime l'opinione di una delle parti interessate, confidando che una discussione franca e articolata contribuisca a sciogliere alcuni nodi e possa portare alla definizione di Linee Guida condivise.

aprile '01

# I VARI LIVELLI DI INTERVENTO E LE AZIONI CORRELATE

## UNITA' DI PROGETTO REGIONALE

- ↪ PROGETTO REGIONALE DI ASSISTENZA ALLE MALATTIE CRONICHE
- ↪ MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE "AZIONI AZIENDALI"
- ↪ PROTOCOLLI "REGIONALI" PER PATOLOGIA
- ↪ CONTATTI CON ASSOCIAZIONI DEGLI UTENTI
- ↪ BANCA DATI PER PATOLOGIE RARE
- ↪ RAPPORTI CON CONSIGLIO REGIONALE

## UNITA' DI PROGETTO AZIENDALE

- ↪ PROGETTO AZIENDALE DI ASSISTENZA ALLE MALATTIE CRONICHE
- ↪ PROTOCOLLI "AZIENDALI" PER PATOLOGIA
- ↪ REGISTRI PER PATOLOGIA
- ↪ MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE "AZIONI DISTRETTUALI"
- ↪ CONTATTI CON ASSOCIAZIONI DEGLI UTENTI
- ↪ RAPPORTI CON ENTI LOCALI E ISTITUZIONI
- ↪ RAPPORTI CON CENTRI SPECIALISTICI DI 2°/3° LIVELLO
- ↪ RAPPORTI PRIVATO SOCIALE E/O SOCIETA' DI SERVIZI

## UNITA' DI VALUTAZIONE PEDIATRICA DISTRETTUALE

- ↪ PIANI ASSISTENZIALI INDIVIDUALI
- ↪ CONTATTI CON FAMIGLIE DEGLI UTENTI
- ↪ MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI PAI "COMPLESSI"
- ↪ RAPPORTI CON OPERATORI DEGLI ENTI LOCALI E ISTITUZIONI
- ↪ RAPPORTI CON OPERATORI DEL PRIVATO SOCIALE O SOCIETA' DI SERVIZI
- ↪ RAPPORTI CON OPERATORI DI CENTRI SPECIALISTICI