

Al Direttore del Distretto Sanitario
di _____

PROGETTO OBIETTIVO CURE PRIMARIE PEDIATRICHE

SERVIZIO DI ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

Relativo a _____, nato il _____,
indirizzo _____

Codice Fiscale: _____

affetto da patologia di rilevante interesse sociale e di particolare impegno assistenziale:

- Asma grave
- Fibrosi cistica
- Malattia celiaca con complicanze
- Malattia cromosomica e o genetica invalidante (sindrome di Down, ecc.)
- Cardiopatia congenita a rischio di scompenso emodinamico
- Grave artropatia con grave limitazione funzionale
- Artrite reumatoide giovanile
- Patologia onco-ematologica
- Cerebropatia o cerebroleso
- Autismo e altre psicosi
- Epilessia
- Immunodeficienza congenita ed acquisita
- Diabete mellito con complicanze
- Malattia cronica intestinale (morbo di Crohn, colite ulcerosa, ecc.)
- Epatopatia grave (epatiti croniche, cirrosi, ecc.)
- Altre endocrinopatie (malattie della tiroide, ipofisi, surrene, ecc.)
- Nefropatia cronica grave
- Neonato a rischio di deficit neuro-sensoriali (fino al terzo anno di età);
- Bambino con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposto a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori;
- Malattie rare (in stretta collaborazione con i Centri regionali di riferimento)

Programma:

Cadenza interventi previsti: quadrimestrale semestrale annuale

_____, li _____

Distinti saluti