



Anffas In~forma

Percorso Presa in Carico
Rivarolo C. 29-30 Settembre 2006

**Dall'infanzia all'età senile :
il processo di presa in carico nelle fasi
della vita della persona con disabilità**

Introduzione

- *Dopo aver ragionato sui paradigmi fondamentali e sui concetti di persona, famiglia, disabilità e presa in carico dalla visione esistenziale all'organizzazione sociale (Mozzanica)*
- *e aver sviluppato competenze su come muoversi all'interno del quadro normativo vigente, il percorso formativo "presa in carico " (Nocera – Faini)*
- *il percorso formativo nazionale avanza andando ad analizzare i temi specifici della presa in carico riferiti all'età della vita cercando di rispondere ai seguenti quesiti*



- *Di chi parliamo ?*
- *Di quante persone parliamo ?*
- *Quali sono gli elementi problematici dal punto di vista del bambino, dell' adulto e dell' anziano ?*
- *Come ha luogo il processo di presa in carico nelle "tappe" della vita ? (normative – buone pratiche)*
- *Quali sono i "livelli essenziali" definiti dal pensiero Anffas ?*



Dall'infanzia all'età senile : il processo di presa in carico nelle fasi della vita della persona con disabilità

- Obiettivo : illustrare il percorso complessivo che una persona con disabilità intellettiva compie mediamente nel corso della sua vita soffermandosi sui passaggi cruciali e sugli snodi che caratterizzano il processo di presa in carico





Anffas In~forma

Rivarolo C. 29 -30 Settembre 2006

La Presa in Carico in Età Evolutiva

Michele Imperiali – anffas onlus

Obiettivo

Conoscere ed approfondire gli aspetti della presa in carico precoce, le prime azioni di sostegno alla famiglia, l'importanza della diagnosi e dei primi interventi, la cura nei passaggi di presa in carico tra neonatologia, pediatria , NPI e territorio, il possibile ruolo di una associazione



Definizione di bambino

Per convenzione internazionale sono bambini tutte le persone di età compresa tra 0 e 18 anni, o qualunque altro limite di età che la legislazione nazionale fissa quale limite per conseguire lo stato di adulto

L'interesse superiore dei bambini

Il primo quadro di riferimento degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza è costituito dai principi generali enunciati nella Convenzione sui diritti del fanciullo ed in particolare :

- 1) l'interesse superiore del bambino, della non discriminazione, della partecipazione, del diritto alla vita e allo sviluppo
- 2) Il diritto della famiglia, in quanto nucleo di base della società, di ricevere protezione e sostegno nelle responsabilità

Dalla parte dei bambini

“In ogni azione legislativa, provvedimento giuridico, iniziativa pubblica o privata che riguardi l’infanzia e l’adolescenza, l’interesse dei bambini deve prevalere su qualsiasi altro ordine di priorità”

(art.3 – Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia)



Tutti i bambini e le bambine hanno bisogno di misure di protezioni efficaci contro le molte vulnerabilità tipiche dell'età tra cui la condizione di salute e disabilità.



Anffas onlus ha scelto " l'interesse superiore del bambino " quale pilastro fondamentale del proprio pensiero associativo rivolto alle politiche per l'età evolutiva e le giovani famiglie



Le stime sui bambini con disabilità

- In Italia ci sono circa 42.460 bambini disabili tra 0 e 5 anni. (Il dato ricavato dal rapporto sul monitoraggio delle politiche sociali, presentato a Roma il 16 Settembre 2005 dal Ministero del Welfare)
- In realtà, tra la nascita e la scuola, non esistono dati certi sui bambini disabili;
- le statistiche ignorano il fenomeno fino a 6 anni, quando la certificazione per l'ingresso a scuola fa emergere la loro condizione.
- Il dato diffuso dal ministero è una stima ottenuta partendo dalla considerazione che esiste un'incidenza alla nascita pari all'1% e calcolando conseguentemente il trend con cui si sviluppa il fenomeno fino ai 6 anni
- L'Istat nella sua ultima indagine sullo stato di salute percepito in Italia si occupa di persone disabili con età superiore ai 6 anni
- I dati del MIUR stimano gli alunni con disabilità in 146.389 unità (a.s. 2002-2003 scuole statali). Circa il 2% dei frequentanti



La situazione "età" in anffas

- Da un campione di **2983** persone con disabilità iscritte all'anagrafe della nostra associazione si ricavano i seguenti dati:

> 50 anni	n. 485	16,26 %
30 – 50	n. 1134	38,02 %
18 – 30	n. 1025	31,37 %
0 – 18	n. 339	11,37 %
< 6 anni	n. 13	0,44 %



I concetti chiave delle politiche anffas per l'età evolutiva

- Diagnosi precoce e certa
- Qualità nel comunicare la diagnosi alla famiglia
- Presa in carico globale e continuativa
- Progetto riabilitativo individuale
- Coinvolgimento delle famiglie nelle decisioni
- Diritto di "scelta informata" del trattamento riabilitativo



Partire dalla culla

- Esiste un rapporto diretto tra il “tempismo” con cui ha luogo il processo di presa in carico (diagnosi e cura) ed il decorso della disabilità.
- I primi “mille giorni”, decisivi per lo sviluppo dei processi fondamentali di crescita di tutti i bambini, lo sono a maggior ragione per chi di loro parte dovendo da subito “recuperare”.
- “Dopo” si può fare ancora molto, ma più passa il tempo e meno è possibile incidere sulla condizione di salute del bambino, sulla sua qualità di vita e di riflesso su quella della sua famiglia.



Fornire da subito le informazioni ambientali corrette allo sviluppo del sistema nervoso

- Il processo di sviluppo non è legato solo al patrimonio genetico
- I fattori ambientali (nutritivi, sensoriali, affettivi, sociali, di apprendimento ecc.) possono incidere sull'attività neuronale
- Il ruolo delle "informazioni " è specifico per le varie funzioni e per le varie epoche della crescita, in particolare nei momenti chiave dello sviluppo.



- Per poter esprimere tutte le potenzialità i bambini hanno bisogno di " strumenti e di tempi personalizzati " (concetto di unicità della persona)
- Qualcuno di loro per raggiungere questo obiettivo necessita anche del supporto specialistico
- La riabilitazione ha un ruolo cruciale per dare al bambino quelle informazioni capaci di fornire strumenti funzionali alle prestazioni (abilità)



Servono precocità, tempestività, intensità e globalità

- **Precocità** nella diagnosi clinica e funzionale
- **Tempestività** nell'attuare il processo di presa in carico (progetto individuale)
- **Intensità e globalità** del trattamento riabilitativo (progetto integrato)



E ' fondamentale la diagnosi precoce

Saper cogliere la patologia

- dal suo **manifestarsi**
- nei suoi **aspetti eziologici**
- nei suoi **quadri funzionali**
- sfruttando i mezzi clinici e strumentali a disposizione della diagnostica moderna



Ci vuole "qualità" nel comunicare la diagnosi alla famiglia

La diagnosi precoce deve essere accompagnata non da una "sentenza di malattia" ma da una particolare attenzione alla **qualità della comunicazione** alla famiglia

Occorre per questo:

- informare "accogliendo" la coppia genitoriale
- orientarla, accompagnarla e sostenerla in un momento di grande disorientamento



La presa in carico del bambino e della sua famiglia deve essere tempestiva

- Vuol dire avere da subito interlocutori preparati sui diritti e sulle buone prassi da attuare per garantire “in tempo” il progetto individuale del bambino (es. conoscere le Linee guida sulla riabilitazione del Ministero della Sanità)
- I pediatri, ancor prima dei NPI , hanno in tal senso una grande responsabilità
- Bisogna individuare da subito l’equipe riabilitativa che con la famiglia definisce il progetto
- Bisogna individuare “ la regia” per garantire coordinamento e continuità del progetto



Caratteristiche del progetto riabilitativo

- Le caratteristiche del trattamento riabilitativo variano in rapporto al profilo funzionale del bambino e dei suoi bisogni rispetto alla fase dello sviluppo che sta vivendo
- Facendo riferimento alle “Linee guida sulla riabilitazione del Ministero della Sanità” potranno essere definiti l'**intensità** e la **durata** del trattamento
- L'equipe riabilitativa deve essere in grado di fornire **multidisciplinarietà**, **integrazione** e **globalità** dell'intervento.



Quale approccio trattamentale ?

- Non è possibile nell'ambito del trattamento della disabilità definire univocamente una precisa tipologia di intervento
- E' fondamentale per questo "il diritto di scelta informata" quale prerogativa dei genitori rispetto alla pluralità degli approcci trattamentali (riabilitazione funzionale, intervento educativo, cura degli aspetti adattativi ecc.)
- Per questa ragione la famiglia deve essere adeguatamente informata e formata sulle varie proposte terapeutiche e sui possibili obiettivi perseguibili.



La famiglia deve essere coinvolta in tutte le decisioni

- La famiglia deve essere coinvolta in tutte le decisioni che riguardano il progetto riabilitativo del bambino.
- E' riconosciuto come la partecipazione attiva dei famigliari al trattamento riabilitativo è necessaria ed indispensabile per dare qualità all'intervento.
- E' riconosciuto anche come il genitore che si pone in una posizione non collaborativa nella scelta riabilitativa può compromettere seriamente il decorso della disabilità.
- Anche (e soprattutto) in questi casi l'equipe deve essere vicina alla famiglia evitando il più possibile l'instaurarsi di inutili conflitti. La proposta formativa può aiutare.



Non dimenticare di pensare al bambino nel suo insieme e non come soggetto frammentato

- Può succedere che le esigenze degli adulti non coincidano con i bisogni del bambino.
- Può succedere che l'adulto cerchi di riparare ferite proprie scegliendo maldestramente soluzioni terapeutiche che alla fine servono più all'appagamento di convinzioni personali e professionali invece di incidere sul benessere del bambino.
- Il bambino deve essere difeso da questo tipo di adulto attraverso soluzioni terapeutiche coordinate.



E' decisiva l'integrazione multidisciplinare nella equipe riabilitativa

- Visto che il progetto riabilitativo richiede una polivalenza terapeutica-educativa-sociale con tutte una serie di competenze e di strumenti definiti a seconda del tipo di disabilità e della fase dello sviluppo adattati alle più aggiornate conoscenze delle neuroscienze....
- Si rende necessario (decisivo) l'impostazione multidisciplinare dell'equipe riabilitativa nella logica dei trattamenti integrati e coordinati
- Questo richiede una elevata sinergia e collaborazione tra tutti i componenti dell'equipe soprattutto se facenti parte di servizi diversificati (pediatra, NPI, strutture private, scuola ecc.)



Senza continuità non si arriva da nessuna parte

- La continuità degli interventi riabilitativi dipende in buona misura dalle politiche regionali sulla rete dei servizi
- Dall'ospedale, prevalentemente diagnostico, ai vari livelli dei servizi territoriali (ad iniziare da quelli medico-legali di accertamento dell'invalidità e dell'handicap) deve essere data la possibilità di un percorso efficiente ed efficace
- Troppo spesso l'efficacia dell'intervento riabilitativo dipende dall'efficienza della rete dei servizi.
- L'anello debole è in molti casi rappresentato dalla povertà della "comunicazione"



Ci vogliono “buone prassi”

- Il progetto di presa in carico deve per questo definire con chiarezza “ chi fa cosa ”
- Dove necessario deve far leva su strumenti di pianificazione delle intese tra i vari soggetti coinvolti nel programma trattamentale quali accordi di programma (es. tra servizi ospedalieri, strutture riabilitative, scuola ecc.) che unitamente ai protocolli operativa garantiscono il senso della progettualità, della continuità e della serietà dell'intervento riabilitativo.
- Con queste condizioni è certo un più favorevole decorso della disabilità e pertanto della qualità di vita del bambino e della sua famiglia.



Richiami legislativi sul diritto alla riabilitazione in età evolutiva



Legge 104/ 92

- **art.3** *“ la persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative ”* La stessa legge dedica particolare attenzione al capitolo delle cura, riabilitazione ed integrazione scolastica e sociale dei minori con disabilità attraverso *“ programmi che prevedono prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, in grado di valorizzare le abilità della persona disabile, coinvolgendo la famiglia e la comunità....”*
- Tra i principi generali della Legge 104/92 viene richiamata l'importanza di *“ garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicurino il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche disponibili, il mantenimento della persona disabile nell'ambiente familiare e sociale , la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale...”*
- **Nell'ambito del processo di riabilitazione globale , l'integrazione scolastica rappresenta, con la riabilitazione funzionale specialistica, un passaggio fondamentale del progetto integrato individualizzato che caratterizza l'età evolutiva della persona disabile**



Linee Guida sulla riabilitazione

(Decreto 7 maggio 1998)

- Le linee guida, adottate dal Ministero della Sanità con Decreto 7 maggio 1998 tracciano direttive che consentono alle Regioni ed alle ASL, nelle specifiche e rispettive responsabilità, di programmare e costruire una rete di servizi, anche ad alta specializzazione, sia territoriale che a domicilio, che affrontino le fasi acuta, intensiva ed estensiva, assicurando una serie complessa di interventi, dalla diagnosi alla riabilitazione precoce, agli interventi di mantenimento, ed integrata nel distretto con gli altri servizi sociali, educativi e formativi del territorio e con i servizi per l'accertamento dell'handicap.



- E' necessario che la riabilitazione in questa fascia di età sia mantenuta nell'ambito di servizi che integrino competenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per i disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, neuropsicologico e psicologico per l'età 0 - 18
- La presa in carico anche prolungata deve riferirsi alle patologie a maggiore complessità clinica in età evolutiva, nelle quali prevalgano condizioni di disabilità di origine congenita o neonatale e siano meno definibili le delimitazioni temporali delle diverse fasi dell'intervento (riabilitazione intensiva, estensiva, mantenimento);



- ***Fasi dell'intervento riabilitativo***

Le fasi dell'intervento riabilitativo possono essere così descritte:

- **fase della prevenzione** del danno secondario e delle conseguenti menomazioni. In ogni patologia, con maggiore o minore rischio si può sviluppare una condizione di disabilità e quindi l'intervento riabilitativo deve essere inserito (con modalità ed impegno diverso a seconda delle diverse situazioni) già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico.
- **fase della riabilitazione intensiva**. E' caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi ed è abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;
- fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione (**riabilitazione estensiva o intermedia**). Si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità ed è comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
- **fase di mantenimento** e/o di prevenzione della progressione della disabilità: si caratterizza e con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari abitualmente integrati con l'attività di riabilitazione sociale.



- Vanno previste strutture con caratteristiche logistiche ed operative in grado di garantire la peculiarità dei bisogni dei soggetti in età evolutiva;
- Ci deve essere la definizione del progetto riabilitativo individualizzato, al quale concorrono le diverse figure della équipe multiprofessionale, con il coinvolgimento della famiglia, con l'indicazione degli obiettivi e dei tempi dell'intervento, integrato negli aspetti educativi, e socio – assistenziali, e verificato a breve, medio e lungo termine.
- Le Unità Operative devono comunque garantire la presa in carico e gli interventi necessari agli utenti residenti nella ASL di appartenenza al fine di assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle loro scelte di vita.



Il Progetto obiettivo materno infantile

relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

(G.U. n. 89 del 7 Giugno 2000)

- Relativamente al capitolo " Riabilitazione in età evolutiva" investe la Neuropsichiatria Infantile delle competenze inerenti la prevenzione ,la diagnosi e il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche in età evolutiva con l'obiettivo generale di ridurre quanto più possibile l'handicap, inteso quale risultante del percorso diagnosi- cura-riabilitazione della disabilità. In tale ambito la progettualità integrata con la scuola risulta determinante



L'accordo su Livelli Essenziali di Assistenza sanciti nel corso della conferenza stato-regioni (22.11.2001) ratificato con il DPCM del 29.11.2001

- Vale a dire le prestazioni e i servizi che il SSN (quindi lo Stato) è tenuto a garantire a tutti i cittadini gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale, include tra le prestazioni di diritto, " *l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito dei programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali...* "specificando il livello di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori con patologie di interesse neuropsichiatrico .
- " *Le Regioni, attraverso le Unità Sanitarie Locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza (D.Lgs n.502/92)* "
- La riabilitazione è pertanto una delle prestazioni riconducibili ai LEA



L'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie

(DPCM 14 Febbraio 2001- G.U. n. 129 del 6 .06.2001)

- Chiarisce inequivocabilmente *come la riabilitazione a minori affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico (es. accoglienza in strutture terapeutiche) debbano essere a carico del 100% del SSN.*
- All'art 3 si legge " *sono da considerarsi prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria , tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap....."*
- **" Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie locali e sono a carico del fondo sanitario**



I servizi per l'età evolutiva



- Il sistema dei servizi di riabilitazione si è sviluppato nel nostro Paese in fasi successive attraverso un percorso non programmato.
- Vede quindi convivere in modo non sempre integrato servizi pubblici sia di tipo ospedaliero che territoriale, con centri privati convenzionati, ex articolo 26 legge 833/78, che assistono generalmente disabili con bisogni riabilitativi complessi, ma soprattutto presenta ritardi e forti squilibri rispetto la precocità dell'intervento



ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

- Nell'ambito della programmazione regionale, dovranno essere individuati modelli organizzativi per l'assistenza ai minori affetti da patologie neurologiche e psichiatriche, tenendo anche conto delle formule organizzative già adottate nel tempo dalle Regioni, nonché assicurando l'integrazione degli interventi e il collegamento funzionale tra tutte le Uo coinvolte nella continuità terapeutica nelle fasi di passaggio all'età adulta



Unità operative territoriali di neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)

Area di attività:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;



Unità Operative Ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O. - N.P.I.)

- Le U.O.O. devono essere consentire indagini diagnostiche e terapie per i casi più complessi, e la degenza ove indispensabile



Strutture semiresidenziali e residenziali

- Per quanto riguarda le esigenze di residenzialità e semiresidenzialità afferenti alle funzioni e compiti della neuropsichiatria dell'infanzia, esse possono essere assolte dalle strutture residenziali e semiresidenziali ricomprese nei circuiti assistenziali della cura e della riabilitazione
- Le esigenze di assistenza residenziale e semiresidenziale sono assolte dalle strutture a ciò deputate dalle citate linee-guida nazionali sulla riabilitazione (G.U. n. 124 del 30.05.98).
- Nell'ambito di tale strutture potranno essere funzionalmente garantite anche le funzioni di "comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale". Distretto.



- La comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale attua piani terapeutici per gravi disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza in soggetti che necessitano di ospitalità diurna a ciclo continuo per periodi di temporaneo soggiorno extradomiciliare, anche in coerenza con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute Mentale 1998-2000" che, negli interventi da compiere, per quanto riguarda l'età evolutiva, prevede espressamente "comunità diurne e residenziali per adolescenti il cui contesto psicologico ed educativo garantisce trattamenti prolungati " e ne definisce l'organizzazione.
- La comunità opera in continuità e in stretto collegamento con la rete dei servizi del



Politiche e strategie
Anffas per l'età evolutiva
e le giovani famiglie



Partire dalle politiche interne

- Informarsi / Formarsi
- Pianificare / Programmare
- Investire risorse
- Individuare strategie
- Mettere in rete



Sapersi muovere tra le
politiche Regionali per l'età
evolutiva :

**il possibile ruolo di
Anffas**



Tre possibili proposte ANFFAS alle Regioni



- 1-Promuovere un'indagine socio-demografica regionale per definire stime e bisogni dei bambini con disabilità in età 0-5 anni
- 2-Definire "livelli essenziali garantiti regionali " per la presa in carico in età evolutiva (Certezza della diagnosi precoce – Certezza del progetto riabilitativo individuale tempestivo, globale, intensivo e continuativo)
- 3-Promuovere un provvedimento regionale sulla presa in carico prendendo spunto dalla proposta di legge Anffas / Fish (Roma, Maggio 2003)



Spett.Le
Regione Lombardia
Via Pola, n. 9/11
20124 Milano

- c.a. *Assessore alla Sanità
Dr. Alessandro Cè*
- c.a. *Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale
Dr. Gian Carlo Abelli*

Oggetto: contributo alla bozza del PSSR 2006-2008

Gent.mi Assessori,

Anffas Regione Lombardia onlus nel prendere atto delle linee politico-programmatiche espresse dalla bozza del PSSR 2006-2008, apprezza la capacità di autocritica degli Assessori alla Sanità e alle Politiche della Famiglia riportate nell'analisi dei punti di debolezza del sistema ed incoraggia lo sforzo volto al miglioramento dello stesso attraverso l'individuazione di nuovi obiettivi da perseguire.

Coglie in particolare con favore l'aver indicato tra i punti di debolezza e conseguentemente tra gli obiettivi da perseguire, la " Presa in carico globale della persona con disabilità " nel suo percorso di vita.

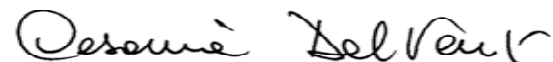
Riconosce alla Regione Lombardia, attraverso questo esplicito richiamo, la volontà di voler approfondire il capitolo fondamentale che caratterizza, dal punto di vista delle persone con disabilità, delle loro famiglie e delle Associazioni che le rappresentano, le politiche sanitarie e socio-sanitarie dall'età evolutiva al Dopo di Noi.

Raccomanda che, a prescindere dallo sviluppo del sistema socio-sanitario lombardo, il " Processo di presa in carico" possa rimanere saldamente in mano pubblica.

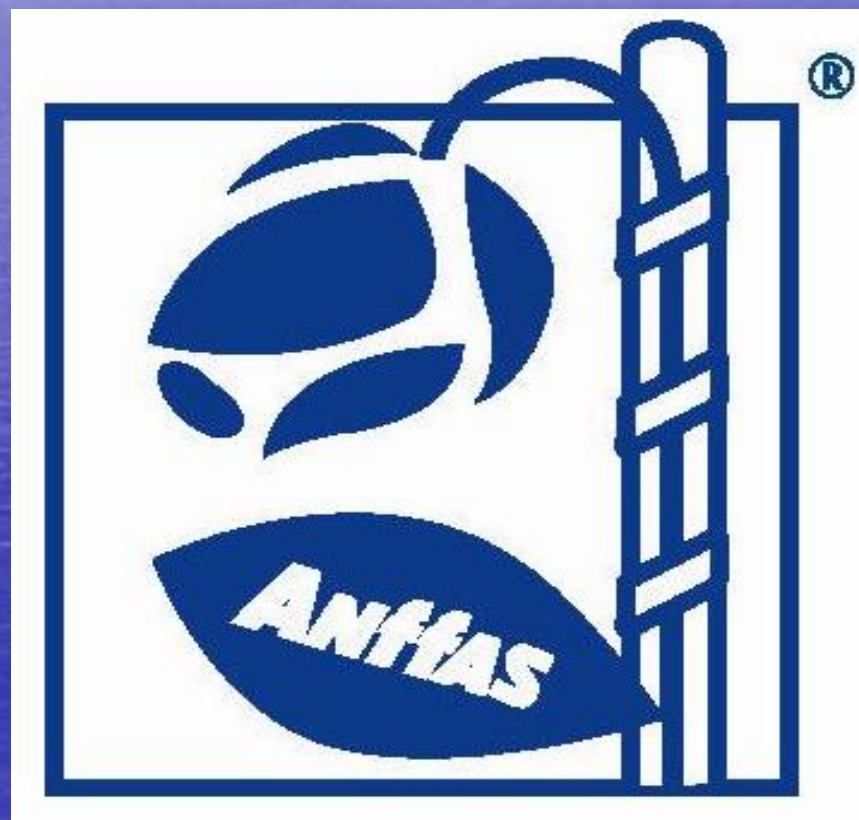
Si impegna a collaborare con i due assessorati interessati affinché la sperimentazione annunciata sia rapidamente progettata ed attuata, magari proprio a partire dai contenuti della proposta di legge ANFFAS – FISH sulla presa in carico delle persone con disabilità (Maggio 2003) che qui consegniamo in allegato quale stimolo orientativo.

Una sperimentazione che ci auguriamo possa essere la premessa per una complessiva revisione dei processi di presa in carico regionali stante le autonomie acquisite dopo le riforme costituzionali. In attesa di conoscere le Vostre decisioni in merito si porgono cordiali saluti

Anffas Regione Lombardia Onlus
Il Presidente
Cesarina Del Vecchio



Esercitazione



Si riproduca la seguente simulazione

- Consiglio Direttivo Nazionale allargato al comitato tecnico-scientifico (Gruppo A)
- Consiglio Direttivo Regionale allargato a tecnici collaboratori (Gruppo B)
- Consiglio Direttivo di una Associazione Locale (o a scelta ente gestore a marchio Anffas) allargato a tecnici collaboratori (Gruppo C)



Discussione del seguente OdG

- Definizione del documento di programmazione 2007 relativo al capitolo "Politiche e azioni a favore dell'età evolutiva e delle giovani famiglie "



Traccia indicativa

Deve trattarsi di un atto deliberativo con esplicitato :

- Obiettivi
- Strategie
- Azioni
- Risorse
- Tempi e modi
- Mandati per l'implementazione della delibera

