

1.2. notifica di estirpazione e/o notifica di reimpianto anticipato;

(Omissis).

La fase istruttoria si conclude entro 75 giorni dalla conclusione della fase precedente di "Ricevibilità". (Omissis) ".

G) Il punto 5 del Piano nella parte relativa alla Graduatoria delle istanze, è così modificato: "(Omissis)

A tal fine, gli ispettorati comunicano alla Direzione, entro 90 giorni dalla scadenza dei termini del bando (o entro 15 giorni nel caso del primo anno), l'elenco delle domande ammissibili, corredate degli elementi utili per la formazione della graduatoria regionale (punteggio), della superficie aziendale ammessa e del corrispondente fabbisogno finanziario.

(Omissis)

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di concessione del premio e comunque non oltre il 15 gennaio dell'anno successivo a quello della domanda, le aziende, le cui istanze risultano finanziabili e che hanno iniziato i lavori, fanno pervenire la documentazione relativa al pagamento anticipato dell'aiuto.

(Omissis)

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di concessione del premio e comunque non oltre il 30 aprile dell'anno successivo a quello della domanda, le aziende, che con detto meccanismo sono subentrate, le cui istanze risultano finanziabili e che hanno iniziato i lavori, producono la documentazione relativa al pagamento anticipato dell'aiuto. (Omissis)".

3. Di prorogare il termine ultimo di presentazione delle istanze relative alla seconda annualità del Piano regionale dal 31 marzo 2001 al 10 maggio 2001.

4. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero delle Politiche Agricole e Forestali per la verifica di conformità prevista dall'articolo 7 del Decreto ministeriale 27 luglio 2000.

5. Di prendere atto che il presente provvedimento, in quanto atto costituente adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea, viene inviato alla Commissione statale di controllo, ai sensi dell'art. 17, comma 32, legge 15 maggio 1997, n. 127.

## Sanità e igiene pubblica

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 marzo 2001, n. 702.

**Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo (SV). (DGRV 751/2000, punto 1.3.5).**

Il Vice Presidente, Assessore alle Politiche Sanitarie, Avv. Fabio Gava, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali, Sig. Antonio De Poli, riferisce quanto segue.

### 1. Premessa

Con la Deliberazione n. 751 del 10.3.2000 è stata definita la programmazione regionale in materia di assistenza residenziale extraospedaliera ai sensi della L.R. n. 5/96 art. 13 comma 3 e art. 17. Al punto 1.3.5 delle linee programmatiche approvate con detta deliberazione viene stabilito, in riferimento all'area della residenzialità con assistenza estensiva, che "andranno definiti e standardizzati gli approcci assistenziali ai pazienti in coma apallico e ai pazienti affetti da Malattia di Alzheimer o altra demenza, prevedendo inoltre l'eventuale ricorso anche a posti letto di residenzialità intensiva".

Per quanto riguarda la Malattia di Alzheimer e le altre demenze, va rilevato che ad esse potrà provvedersi nell'ambito delle procedure attuative dell'apposito atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende ULSS, approvato con DGR n.1404 del 4 aprile 2000.

Per quanto riguarda i pazienti in stato vegetativo (denominazione attualmente ritenuta più appropriata in luogo di coma apallico, coma vigile) si rappresenta quanto segue.

### 2. Inquadramento generale del problema e definizioni

Va ricordato che lo stato vegetativo (SV) è una sindrome clinica caratterizzata da assoluta non coscienza di sé e dell'ambiente, con parziale ripresa del ritmo sonno - veglia e delle funzioni autonome vegetative, cioè delle funzioni autonome ipotalamiche e del tronco encefalico.

I principali criteri diagnostici sono i seguenti:

- \* mancanza di coscienza di sé e dell'ambiente con incapacità ad interagire con altri
- \* occhi aperti spontaneamente o dopo stimolo
- \* vigilanza intermittente per parziale ripresa del ritmo sonno-veglia e delle funzioni autonome vegetative
- \* risposte autonome riflesse e riflessi motori arcaici
- \* attività motoria non finalizzata
- \* nessuna evidenza di espressione o comprensione del linguaggio
- \* nessuna evidenza di risposte comportamentali sostenute, riproducibili, finalizzate o volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o nocicettivi

Il passaggio dal coma (paziente privo di coscienza e vigilanza con assenza di cicli sonno-veglia e occhi sempre chiusi) allo stato vegetativo viene convenzionalmente individuato nel momento in cui il soggetto sviluppa le caratteristiche cliniche sopradescritte. Il paziente in SV respira autonomamente, è spesso provvisto di tracheostomia e viene nutrito per via parenterale e/o soprattutto enterale.

Lo Stato Vegetativo consegue sempre al coma e il paziente viene dichiarato in S. V. quando questa condizione persiste da almeno un mese.

Il concetto/definizione di stato vegetativo "persistente" e "permanente" ancora oggi spesso usati, non dovrebbero più essere usati in quanto, secondo gli esperti del settore (ad es. American Congress of Rehabilitation Medicine del 1995, Conferenza di Aspen 1995) non aggiungono nessuna informazione alla diagnosi clinica di stato vegetativo ed inoltre possono implicare un indirizzo prognostico sfavorevole, che nella grande maggioranza dei casi non è definibile con ragionevole certezza. Per di più l'aggettivo "persistente" non ha implicazioni prognostiche e non necessariamente indica che la condizione sia irreversibile, tant'è che il 50% dei pazienti in SV ad un mese dal trauma cranio encefalico recupera entro l'anno l'autonomia nelle attività della vita quotidiana. In realtà vale la regola che più lo stato vegetativo è protratto, meno è probabile che si modifichi:

\* per lo SV post-anossico, si considera che se esso si protrae oltre i 3 mesi, vi siano minime possibilità di recupero;

\* per lo SV post-traumatico si considera il limite di 12 mesi.

Pertanto, per gli scopi del presente provvedimento, in funzione di temporizzare i tempi di accoglienza e di assistenza in appropriate strutture, si farà ricorso alla definizione di:

\* Stato Vegetativo Persistente per gli SV di recente insorgenza (con il limite di persistenza fino a tre mesi per i post-anossici e fino ai 12 mesi per i post-traumatici, con possibili variazioni temporali a seconda del decorso clinico)

\* Stato Vegetativo Permanente per gli SV che non recuperano la coscienza o che mantengono una condizione di minima responsività (pazienti cosiddetti "minimal responder"), oltre i limiti temporali sopraindicati per la "persistenza".

Le più frequenti lesioni cerebrali che sono alla base dello stato vegetativo rientrano nei seguenti gruppi:

1. esiti di grave trauma cranio-encefalico
2. encefalopatie anossiche e ischemiche
3. gravi incidenti cerebro-vascolari
4. altre cause

### 3. L'epidemiologia

\* L'incidenza dello stato vegetativo è stimato in 0,7 - 1,1/100.000 abitanti.

\* La prevalenza invece è di 2 -3,5/100.000 abitanti.

\* Un terzo degli stati vegetativi è di origine traumatica (32%) e quasi 2/3 di origine non traumatica. Le anossie cerebrali rappresentano quasi la metà delle cause non traumatiche degli SV.

Per quanto riguarda la sopravvivenza, pur in assenza di studi specifici di follow-up oltre i 2-3 anni, l'aspettativa di vita varia dai 2 a 5 anni; la sopravvivenza oltre i 10 anni è rara.

### 4. La situazione attuale

Nella situazione attuale, i pazienti di questo tipo sono assistiti con varie modalità, parte rimangono ospitati anche per lungo tempo nei reparti ospedalieri per acuti, ivi inclusi i reparti di rianimazione. Ne consegue un utilizzo improprio di strutture e risorse. Parte viene assistita a domicilio dalla famiglia con il supporto della assistenza domiciliare ed un numero crescente viene ospitato dalle sezioni per pazienti non autosufficienti delle case di riposo o nelle RSA addossando a queste strutture un carico sanitario ed assistenziale che non è assolutamente ristorato dalle attuali tariffe.

### 5. Il nuovo assetto organizzativo

Risulta, dunque, razionale che il Servizio Sanitario regionale si doti di specifiche strutture di ricovero ed assistenza di questo tipo di pazienti che possano garantire un elevato livello di assistenza sanitaria ed infermieristica senza gravare le famiglie e le altre maglie della rete assistenziale di costi impropri.

Ogni ULSS provvederà, quindi, ad individuare e a proporre alla Amministrazione Regionale una o più strutture che possano ospitare delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo persistente e permanente, dando priorità per lo stato vegetativo permanente alle RSA da riconversione ospedaliera che possono utilizzare competenze, consulenze ed attrezzature proprie degli stabilimenti ospedalieri, nonché alle Grandi Strutture di cui alla DGR 2537/2000 ed alle strutture ospitanti almeno 2 NRSA. Per gli stati vegetativi di recente insorgenza (persistenti) al termine della fase acuta rianimatoria/neurochirurgica, una volta raggiunti i criteri di stabilità, in assenza di indicatori prognostici certi di non recupero, e data la complessità del fabbisogno valutativo, terapeutico ed assistenziale-riabilitativo di questi pazienti, si deve prevedere una collocazione in area ospedaliera afferente e strettamente integrata con una struttura di Riabilitazione intensiva di 3 livello (Unità Gravi Cerebrolesioni [UGC]).

Il numero massimo di posti letto per lo stato vegetativo persistente e permanente da attivare in tutta la Regione nell'anno 2001 è pari a 160 di cui 40 per gli stati vegetativi persistenti. Per le singole ULSS il numero dei posti letto

totali sarà determinato con successiva deliberazione di Giunta regionale sulla base delle proposte di attivazioni avanzate dalle stesse ULSS, stabilendo che in ogni caso nell'anno 2001 non potranno superarsi nelle singole realtà territoriali 5 posti letto per 100.000 abitanti.

Le sezioni proposte e attivate presso R.S.A. o N.R.S.A. (SV permanenti) dovranno ospitare almeno quattro e non più di 10 posti letto.

I posti letto eventualmente attivati rientrano nei limiti di accreditabilità di cui alle tabelle 2 e 3 della DGR 751/2000.

\* Le strutture destinate ad ospitare tali nuclei dovranno essere caratterizzate dalle seguenti caratteristiche strutturali e garantire le seguenti prestazioni assistenziali:

stanze da uno o due posti letto dotate di ossigeno ed impianto di aspirazione, con allestimento e con superficie adeguata anche a contenere i presidi necessari per pazienti di questo tipo (ad es. carrozzine attrezzate).

\* Le strutture in oggetto dovranno dimostrare di avere in uso una specifica procedura per la prevenzione e la cura delle piaghe da decubito, nonché un sistema di rilevamento periodico delle stesse i cui risultati dovranno essere comunicati annualmente alla ULSS di riferimento.

#### **6. Obiettivi delle sezioni di accoglienza e assistenza per SV Persistenti (afferenti alle UGC)**

Si sottolinea innanzi tutto che i progetti e programmi riabilitativi destinati a questi pazienti debbano essere connotati in modo specifico. Le modalità di trattamento di questi pazienti, nonché le modalità di presa in carico delle loro famiglie e dei care-givers, saranno diversificati in termini di "contenuti" più che di intensità di trattamento e dovranno tener conto della necessità di operare prevalentemente trattamenti che non comportano la partecipazione attiva del soggetto.

Si ritiene che a questa categoria di pazienti vada riservata una attenzione particolare, per i seguenti motivi:

\* Necessità di osservazione clinica dettagliata e ripetuta della responsività, effettuata da un team di diversi operatori, dotati di competenze specifiche in questo tipo di valutazione;

\* Necessità di elevato supporto medico-infermieristico, anche dopo la fase di stabilizzazione sul piano rianimatorio, poiché questi pazienti presentano in genere problematiche multiple e complesse, con elevato rischio del ripresentarsi di condizioni di instabilità clinica per periodi che possono variare da alcune settimane a diversi mesi;

\* Necessità di un piano di trattamento riabilitativo specifico per facilitare la ripresa del contatto con l'ambiente e per raggiungere le autonomie di base possibili (rieducazione respiratoria, della deglutizione, disallettamento, identificazione ausili necessari ecc.);

\* Necessità di riservare particolare attenzione alle azioni di supporto, informazione e training specifici ai

famigliari e care-givers, di predisporre piani individualizzati di dimissione dalle strutture sanitarie, e di assistenza a lungo termine. Tali interventi comportano il coinvolgimento, la preparazione e la informazione di diversi operatori, e includono, nel lungo termine, interventi periodici, longitudinali, di rivalutazione clinica da parte del team riabilitativo.

I requisiti di accreditamento di queste sezioni sono gli stessi previsti per le Unità Gravi Cerebrolesioni.

#### **7. Obiettivi delle sezioni di accoglienza e assistenza per SV Permanenti (attivate presso R.S.A./N.R.S.A.)**

Obiettivi di queste sezioni sono il mantenimento della stabilizzazione dello stato clinico generale, il mantenimento delle funzioni vitali, la prevenzione delle complicazioni, l'avvio e lo sviluppo, nei casi che conservano una minima responsività e contatto con l'ambiente, di un sistema individuale di comunicazione e di fornire un supporto alla famiglia.

Va mantenuta la possibilità di stimolazione del paziente e in tal senso la vita quotidiana e il nursing sono eccellenti mezzi di stimolo.

Va curata la riabilitazione sia come stimolo quotidiano, che come prevenzione e trattamento delle complicanze secondarie.

#### **8. Requisiti di accreditamento delle sezioni di accoglienza e assistenza per SV Permanenti (attivate presso R.S.A./N.R.S.A.)**

Per quanto attiene i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi, poiché l'attivazione delle sezioni di assistenza sopra descritte è prevista nell'ambito delle strutture assistenziali di cui alla tabella 2 - colonne L e Q ed alla tabella 3 - colonne F ed I, va previsto che detti requisiti siano, di base, quelli di cui al paragrafo 1 punto 1.3.3 delle citate linee programmatiche approvate con la DGR 751/2000. Quali requisiti aggiuntivi di specifico accreditamento alla funzione di assistenza ai pazienti in stato vegetativo vanno indicati i seguenti:

#### **ATTREZZATURE DI BASE per un nucleo di quattro posti letto.**

Disponibilità per ciascun posto letto:

- \* 1 presa per Ossigeno
- \* almeno 8 prese per la corrente elettrica
- \* 1 faro orientabile
- \* letto a postura variabile con sponde di contenimento
- \* materasso antidecubito
- \* aspiratore chirurgico
- \* 1 nebulizzatore
- \* 1 pompa per la alimentazione enterale
- \* carrozzina speciale a schienale alto abbattibile e pedana allungabile

Ogni nucleo di 4 o più posti letto deve disporre inoltre di:

\* 1 carrello per l'emergenza dotato di: defibrillatore con cardioscopio, pallone ambu, cannule tracheotomiche, sondini per broncoaspirazione, cateteri tracheali;

\* 1 aspiratore elettrico

\* 1-2 pompe per l'alimentazione parenterale

### PERSONALE

\* PERSONALE DI ASSISTENZA (da aggiungere a quello in servizio presso la struttura residenziale sanitaria che attiva la sezione).

Calcolando un tempo medio giornaliero complessivo di assistenza (I.P. + operatori di assistenza + fisioterapista) di 4 ore al giorno per paziente per sette giorni/letto.

\* PERSONALE MEDICO (da aggiungere a quello in servizio presso la struttura residenziale sanitaria che attiva la sezione).

Per ogni nucleo di 4 posti letto deve essere prevista la presenza di un medico per 6 ore alla settimana, che copra le necessità mediche correnti durante il giorno e fino a 2 ore settimanali di un medico fisiatra per sovrintendere al progetto/programma riabilitativo.

\* PERSONALE PSICOLOGO (da aggiungere a quello in servizio presso la struttura residenziale sanitaria che attiva la sezione).

Per ogni nucleo di 4 posti letto deve essere prevista la presenza di uno psicologo per 3 ore alla settimana, con funzioni di valutazione neuropsicologica del soggetto e di sostegno psicoterapeutico alla famiglia.

Anche in queste strutture deve essere prevista una sistematica registrazione (diaria) di quanto accadde clinicamente al paziente in stato vegetativo, che verterà conservata a cura della struttura.

### COLLEGAMENTO FUNZIONALE CON L'OSPEDALE DI RIFERIMENTO

Per i nuclei dedicati agli stati vegetativi permanenti, deve esservi un protocollo scritto di collaborazione con un ospedale di riferimento territoriale pubblico o accreditato.

### AMMISSIONE ALLE STRUTTURE

Ai nuclei per gli stati vegetati persistenti accedono pazienti che:

\* non necessitano di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non in crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica;

\* respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con O2 terapia) con con SaO2 maggiore di 95%, PO2 maggiore 60mmHg, CO2 non superiore 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO2 maggiore 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione;

\* non segni clinici di neuro-imaging che facciano sospettare ipertensione endocranica con eventuale indicazione al monitoraggio della pressione intracranica.;

non insufficienza acuta d'organo o multiorgano;

assenza di stato settico

superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni, mantenimento di adeguati parametri idroelettrici e metabolici con nutrizione enterale.

Non costituiscono controindicazioni al trasferimento pazienti che presentano cannula tracheotomica, nutrizione parenterale con catetere venoso, sondino nasogastrico o PEG, crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

L'ammissione ai nuclei per gli stati vegetativi permanenti è riservata a pazienti in SV permanente o a pazienti a minima responsabilità, clinicamente stabilizzati ma con rischio di complicazioni varie, che richiedono una assistenza infermieristica intensiva. Il ricovero sarà previsto a distanza di almeno tre mesi dal fatto acuto.

Per gli SV permanenti o per i pazienti a minima responsabilità, ancora clinicamente instabili (ad es. infezioni in atto, cannula tracheostomica non ben gestibile) e per i quali si preveda una difficoltà di stabilizzazione è opportuno l'invio in un ambiente di Lungodegenza post-acuzie (riabilitazione estensiva).

Per l'ammissione alle strutture per gli stati vegetativi permanenti si prevede che la valutazione dei pazienti sia svolta dalla Unità Operativa Distrettuale, su proposta del medico dimettente ospedaliero o del medico di medicina generale in accordo con il responsabile della struttura di accoglienza.

Il medico della struttura di accoglienza dovrà semestralmente inviare all'Unità Operativa Distrettuale un breve rapporto nel quale vengono confermati o meno i motivi che rendono consigliabili la presenza del paziente nella struttura di accoglienza e assistenza.

Per le altre strutture destinante agli stati vegetativi persistenti le modalità di ammissione avvengono mediante dimissione dalla struttura di degenza per acuti e riaccolte come nuovo ricovero.

### 9. Aspetti tariffari

A) Strutture ospedaliere per pazienti in stato vegetativo persistente

La tariffa per il ricovero ospedaliero viene fissata in lire 650.000 per giornata.

B) Strutture di accoglienza per pazienti in stato vegetativo permanente

In attesa della definizione da parte della Regione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies comma 2 e 3 del D.lgs. 502/92 così come modificato ed integrato dal D.lgs 229/99, per la remunerazione delle prestazioni assi-

stenziali di cui al presente provvedimento andrà prevista una tariffa giornaliera onnicomprensiva di Lire 350.000, da corrispondersi per ogni giornata di effettiva assistenza in regime di residenzialità con oneri a carico della ULSS di residenza dell'assistito, che provvede ad autorizzare nell'ambito delle procedure di ammissione ai trattamenti di residenzialità ai sensi del paragrafo 1, punto 1.3.3 delle linee programmatiche approvate con la DGR 751/2000. Alla liquidazione della tariffa sopra richiamata a favore della struttura erogante provvede la ULSS di ubicazione della struttura con recupero sulla ULSS di residenza autorizzante, secondo le procedure di compensazione intraregionale della mobilità sanitaria. Poiché la prestazione assistenziale di trattamento residenziale viene fatta rientrare tra quelle di residenzialità con assistenza estensiva, al termine dei primi 6 mesi di ospitalità nei quali può ritenersi del tutto predominante l'aspetto assistenziale di tipo sanitario, va previsto per la copertura per le spese di residenzialità il pagamento da parte dell'assistito della quota giornaliera di Lire 45.000 di cui alla DGR 3056/1995 da versarsi alla ULSS di residenza autorizzante.

#### 10. Proposte

Alla luce di quanto sopra esposto si propone:

10.1 Approvare le linee guida per la definizione e standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo (SV) persistente e permanente di cui ai precedenti punti 1-8;

10.2 Fissare in 30 giorni dalla data di pubblicazione in BUR del presente provvedimento, il termine entro cui le ULSS debbono avanzare proposta di attivazione delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo persistente e permanente di cui al punto 5

10.3 Stabilire che la effettiva attivazione dei nuclei per gli stati vegetativi persistenti e permanenti resta subordinata alla emanazione del Decreto del Dirigente Regionale competente di specifico accreditamento alla funzione di assistenza ai pazienti in stato vegetativo persistente e permanente.

10.4 Approvare le tariffe di cui al precedente punto 9, lettere A) e B).

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Sig. Antonio De Poli - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

La Giunta regionale

- Udito il relatore Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Sig. Antonio De Poli - incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2 comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità

con la legislazione regionale e statale.

- Visto il D.P.R. 14.1.1997;

- Visto il D.lgs 502/92 così come modificato dal D.lgs. 517/93 e dal D.lgs. 229/99;

- Vista la DGRV 751/2000;

- Vista la DGRV 447/2000;

delibera

1. Approvare le linee guida per la definizione e standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo (SV) persistente e permanente di cui ai precedenti punti 1-8 in parte narrativa.

2. Fissare in 30 giorni dalla data di pubblicazione in BUR del presente provvedimento, il termine entro cui le ULSS debbono avanzare proposta di attivazione delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo persistente e permanente di cui al punto 5 in parte narrativa.

3. Stabilire che la effettiva attivazione dei nuclei per gli stati vegetativi persistenti e permanenti resta subordinata alla emanazione del Decreto del Dirigente Regionale competente di specifico accreditamento alla funzione di assistenza ai pazienti in stato vegetativo persistente e permanente.

4. Approvare le tariffe di cui al precedente punto 9, lettere A) e B) in parte narrativa.

#### Servizi sociali

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 marzo 2001, n. 713.

**L.R. 5.7.1994 N. 24: Cooperazione sociale. Criteri di ammissione dei contributi regionali per l'anno 2001 e modalità per la presentazione delle domande.**

La Giunta regionale

(omissis)

delibera

1. di approvare i criteri per la ripartizione dei fondi disponibili per gli interventi di cui al secondo comma dell'art. 10, lett. A, B, D ed E della L.R. 5.7.1994, n. 24, contenuti nel documento n. 1 allegato al presente atto;

2. di approvare il facsimile della domanda da presentare alla competente Direzione regionale di cui all'allegato documento n. 2, della scheda di liquidazione beneficiario di cui all'allegato documento n.3 e della scheda riassuntiva di rendicontazione di cui all'allegato documento n. 4;

3. di demandare al Dirigente regionale Direz. Servizi sociali gli atti conseguenti, ivi compreso l'impegno della