

LA GIUNTA REGIONALE

- vista la legge 23 dicembre 1993, n. 584 “Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica” che prevede tra l’altro, l’obbligo delle Regioni di predisporre, nell’ambito dei rispetti piani sanitari, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre iniziative per agevolare l’inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo dei malati di fibrosi cistica;
- richiamato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 luglio 1999 (pubblicato su G.U.R.I. n. 170 del 22 luglio 1999) che prevede tra l’altro, per la Fibrosi cistica, l’individuazione di portatori asintomatici;
- richiamata la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 concernente l’approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013, che ha confermato nella programmazione socio-sanitaria, sia nella parte riservata all’attuazione della pianificazione precedente sia nello sviluppo della parte volta a promuovere la salute, l’importanza della collaborazione con il volontariato in qualità di interlocutore strategico tra istituzione, servizi e cittadini;
- preso atto che, in tale ottica, la Regione Autonoma Valle d’Aosta/Vallée d’Aoste intende promuovere e sostenere, mediante propria adesione diretta, iniziative che perseguono le finalità sopra riportate, nella prospettiva di garantire una giusta qualità della vita, di promuovere un principio di solidarietà diffusa, tramite iniziative e azioni specifiche di interesse regionale volte a favorire interventi di prevenzione, sensibilizzazione e formazione dei cittadini valdostani;
- tenuto conto, altresì, che la Regione Autonoma Valle d’Aosta/Vallée d’Aoste ha adottato precise strategie d’intervento in materia di prevenzione e promozione della salute;
- vista la nota, acquisita al prot. con n. 26474/ass del 30 giugno 2011, firmata dal Presidente della Lega Italiana Fibrosi Cistica VdA Onlus, di trasmissione del Progetto “ARIA: Screening delle malattie ostruttive polmonari secondarie a malattie genetiche”, con la proposta della realizzazione in Aosta, nel corso dell’anno scolastico 2011-2012, del progetto pilota che prevede il coinvolgimento di quattro classi di studenti volontari e maggiorenni dell’ultimo anno delle scuole secondarie di II grado;
- vista la nota prot. n. 33983 del 30 marzo 2011 con cui il Direttore Generale dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta ha concesso patrocinio morale alla realizzazione del Progetto;
- vista la nota prot. n. 11772/SS del 21 marzo 2011 con cui l’Assessore all’Istruzione e Cultura ha concesso patrocinio morale alla realizzazione del Progetto;
- considerato che il Progetto “ARIA: Screening delle malattie ostruttive polmonari secondarie a malattie genetiche”, proposto con la nota succitata, risponde a quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3580 del 23 dicembre 2010 concernente l’approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2011/2013 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l’anno 2011 e di disposizioni applicative;
- precisato che la presente proposta di deliberazione è da ritenersi correlata all’obiettivo 171302 “Interventi per il servizio sanitario regionale 1.9.1.11.”;

- visto il parere favorevole di legittimità sulla presente proposta di deliberazione rilasciato dal Dirigente del Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Albert LANIECE, di concerto con l'Assessore all'istruzione e cultura, Laurent VIERIN;
- ad unanimità di voti favorevoli,

D E L I B E R A

1. di approvare la realizzazione Progetto “ARIA: Screening delle malattie ostruttive polmonari secondarie a malattie genetiche”, in collaborazione con la Lega Italiana Fibrosi Cistica VdA Onlus - Associazione Valle d'Aosta Fraz. Ferrière, 17 – 11010 Aymavilles - Codice Fiscale 91053120076, come da programma d'intervento allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, per una spesa complessiva di euro 4.500,00 IVA inclusa;
2. di impegnare a tale scopo la spesa complessiva di euro 4.500,00 (quattromilacinquecento/00) IVA inclusa, per l'anno 2011 sul Capitolo 59920 “Spese a carico della Regione per l'esercizio di funzioni sanitarie attribuite al S.S.N.”, richiesta 09975 “Iniziative di educazione alla salute e prevenzione”, del Bilancio di gestione della Regione per il triennio 2011/2013 che presenta la necessaria disponibilità;
3. di stabilire che il Dirigente del Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute, in quanto responsabile amministrativo del Progetto di cui trattasi, sovrintenda all'attuazione del Progetto “ARIA: Screening delle malattie ostruttive polmonari secondarie a malattie genetiche”.

GF/gp

ARIA: PROGETTO DI SCREENING DELLE MALATTIE OSTRUTTIVE POLMONARI SECONDARIE A MALATTIE GENETICHE.

PREMESSA.

Il presente progetto nasce dall'esigenza di sviluppare un percorso articolato di azioni programmate ed altre iniziative per agevolare l'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo dei malati di Fibrosi cistica partendo dalle esperienze avviate a partire dal 2008.

La fibrosi cistica è una grave malattia genetica, colpisce un bambino su 2500 nati e, in Italia, sono circa 4500 i pazienti, sia bambini sia adulti. La caratteristica della malattia è la modificazione del gene CFTR, che regola l'equilibrio del sodio e del cloro nelle cellule e negli epitelii. I danni fisici, causati da questa anomalia, riguardano i polmoni, il pancreas, il fegato e le vie biliari. I pazienti sono costretti a sottoporsi a pesanti cure mediche, eseguono cicli di terapie con dosi massicce di antibiotici e cortisone. La fisioterapia respiratoria è indispensabile, così come il mantenimento di un buon tono muscolare, ma nelle fasi avanzate della malattia, quando l'insufficienza respiratoria diventa importante, si rende necessario ricorrere al trapianto di polmoni, o cuore/polmoni, e/o di fegato.

Le malattie ostruttive dell'apparato respiratorio comprendono patologie croniche ed acute, caratterizzate da una ostruzione al flusso aereo; la caratteristica funzionale comune a queste patologie è la riduzione più o meno accentuata del flusso aereo durante l'espirazione; tale limitazione è dovuta a situazioni anatomiche e funzionali differenti, ma che concorrono insieme nel causare le patologie ostruttive.

L'ostruzione bronchiale è evidenziabile precocemente con una spirometria (curva flusso/volume) e viene definita dalla presenza di un rapporto FEV1/FVC < 0.7 (volume espiratorio massimo al 1° secondo/capacità vitale forzata < 0.7).

Le malattie ostruttive più frequenti sono rappresentate da:

1. BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (Enfisema polmonare acquisito e congenito)
2. Asma Bronchiale
3. Bronchiectasie e Fibrosi Cistica

La **BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)** è una malattia respiratoria cronica prevenibile e trattabile, associata a significativi effetti e comorbilità extrapolmonari che possono contribuire alla sua gravità. Le alterazioni broncopolmonari sono costituite da un'ostruzione al flusso persistente ed evolutiva legata al rimodellamento delle vie aeree periferiche ed enfisema. L'ostruzione, il rimodellamento delle vie aeree periferiche e l'enfisema sono dovuti ad una abnorme risposta infiammatoria delle vie aeree, del parenchima polmonare e sistemica all'inalazione di fumo di sigaretta o di altri inquinanti come polveri, gas, vapori irritanti e infezioni ricorrenti.

La BPCO colpisce tutte le popolazioni ma è maggiore nei paesi industrializzati rispetto a quelli in via di sviluppo ed è in continuo aumento nei Paesi industrializzati. Interessa entrambi i sessi ed è in aumento nel sesso femminile. Il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante; la prevalenza dei sintomi aumenta con l'età e interessa più del 50% dei maschi fumatori di età superiore ai 60 anni. In Italia le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte (dopo malattie cardiovascolari e neoplasie); la BPCO è la causa di circa il 50% delle morti per malattie dell'apparato respiratorio.

L'**Enfisema polmonare centrolobulare** è un'alterazione anatomica irreversibile, associata alla BPCO, caratterizzata da una distensione permanente e distruttiva degli spazi aerei distali ai bronchioli terminali con fibrosi delle pareti bronchiolari, riduzione del ritorno elastico polmonare e distruzione del supporto alveolare.

L'Enfisema polmonare panlobulare è un enfisema congenito che si associa alla carenza genetica di α 1-Antitripsina (α 1AT), proteina ad attività anti-proteasica la cui sintesi avviene a livello epatico e riveste un ruolo fondamentale nel proteggere il polmone dagli ossidanti prodotti dai leucociti indotti dal fumo di sigaretta o in corso di processi infiammatori polmonari. Il deficit congenito di α 1AT è una malattia genetica, autosomica recessiva, responsabile dello sviluppo di Enfisema in età giovanile. Il genotipo omozigote difettoso responsabile di malattia viene indicato come PiZZ e si associa a bassi livelli di α 1AT, circa 10% della norma. Il genotipo eterozigote (PiMZ) si associa a livelli di α 1AT pari a circa il 60% della norma (portatore sano).

Il deficit di α 1AT porta allo sviluppo di pneumopatia a carattere enfisematoso nel giovane adulto ed in alcuni casi anche di cirrosi epatica.

Viene stimato che il genotipo PiZZ sia presente in Europa con una frequenza compresa tra 1:2000 e 1:7000 mentre si manifesta più raramente nelle popolazioni orientali ed africane.

Attualmente in Valle d'Aosta è accertato un solo caso di Enfisema Congenito.

Il sospetto diagnostico si basa su bassi livelli sierici di α 1-antitripsina ed in assenza del picco delle α 1-globuline al quadro proteico elettroforetico e viene confermato dall'analisi genetica.

L'**Asma Bronchiale** è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale in parte accessionale, solitamente reversibile spontaneamente o in seguito alla terapia, da ipereattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può evolvere in alcuni casi in un'ostruzione irreversibile delle vie aeree. Nella patogenesi di queste alterazioni partecipano numerosi meccanismi quali l'infiltrazione di cellule infiammatorie, il rilascio di mediatori e il rimodellamento delle vie aeree. Clinicamente, l'asma si manifesta con dispnea, respiro sibilante, tosse, sensazione di costrizione toracica, la cui intensità varia in rapporto all'entità dell'ostruzione bronchiale e al grado della sua percezione da parte del paziente. Infatti, la gravità delle manifestazioni cliniche dell'asma è in genere correlata all'entità dell'ostruzione bronchiale, ma questa può essere percepita in modo differente da diversi individui o nelle varie fasi della malattia.

L'asma è una delle patologie più diffuse nel mondo; è presente in tutti i Paesi, ma varia in modo considerevole da nazione a nazione e può mostrare variazioni anche all'interno della stessa nazione. La variazione geografica è confermata anche dalla distribuzione dell'atopia e dell'ipereattività bronchiale, ed è simile per bambini ed adulti. Recenti studi epidemiologici mostrano in Italia una prevalenza della malattia nei giovani adulti di circa il 3.6%. Le regioni a clima mediterraneo presentano una prevalenza di attacchi di asma maggiore rispetto alle regioni a clima subcontinentale. Per 20 anni, fino agli anni 90 la prevalenza di asma è aumentata considerevolmente in molti Paesi soprattutto nei bambini; nell'infanzia si osserva una maggiore prevalenza nei maschi, ma questa differenza si riduce nell'adolescenza.

Le **Bronchiectasie** sono una dilatazione anormale e permanente dei bronchi, localizzata o diffusa; sebbene questa definizione si basi sulle alterazioni anatomo-patologiche dei bronchi, la diagnosi è spesso suggerita dalle conseguenze cliniche dell'infezione cronica o ricorrente delle vie aeree dilatate e dalle secrezioni che vi si accumulano nel loro interno. Le bronchiectasie sono una conseguenza dell'infiammazione cronica e della distruzione delle componenti strutturali delle pareti bronchiali, riconoscono cause infettive (batteriche e virali) e non infettive secondarie all'esposizione a sostanze tossiche che stimolano una risposta infiammatoria cronica; funzionalmente mostrano un danno ostruttivo alla spirometria.

Le bronchiectasie sono tipiche della **Fibrosi Cistica**, ove vi è una stretta interazione tra l'azione lesiva dei batteri che colonizzano precocemente le vie aeree, dei soggetti che ne sono affetti, e la risposta infiammatoria dell'ospite.

La Fibrosi Cistica (FC) è una malattia genetica, multiorganica, a trasmissione autosomica recessiva, caratterizzata essenzialmente da turbe delle funzioni di trasporto ionico degli epitelii, cui conseguono anomalie delle secrezioni esocrine. La FC è la malattia genetica più

frequente della razza caucasica, con un'incidenza alla nascita di circa 1:2000 e 1:2500, la frequenza dei portatori nella razza bianca è stimabile tra 1:20 e 1:30. In Italia l'incidenza di FC si aggira su 1:2700 e 1:3000 e con un'incidenza di portatori sani pari a 1:27, 1:28.

Il gene della fibrosi cistica, situato nel cromosoma 7, codifica per una proteina di membrana responsabile del trasporto di Na e Cl degli epitelii. Le secrezioni mucose che interessano l'intestino, il pancreas, le vie biliari, il tratto respiratorio, i vasi deferenti sono disidratate, dense e poco scorrevoli; esse tendono pertanto a ristagnare e ad ostruire canali e dotti, compromettendo progressivamente funzioni e struttura degli organi interessati. L'ostruzione delle vie respiratorie è evidenziabile con la spirometria.

Le secrezioni sierose sono caratterizzate da un'alta concentrazione salina: il sudore ha una concentrazione di sodio cloruro cinque volte il normale, per questo l'esame del sudore è test diagnostico di altissima sensibilità; la conferma della diagnosi si ha con l'analisi genetica.

Il difetto genetico comporta una grande variabilità di quadri clinici, inoltre si conoscono più di 1000-1500 mutazioni genetiche in grado di indurre la malattia che in ogni caso è da considerarsi a prognosi severa.

In Valle d'Aosta dal 2000, anno in cui è stato introdotto lo screening neonatale per la diagnosi di Fibrosi Cistica alla nascita, l'incidenza di malattia è di 1: 2200; per contro nel trentennio dal 1969 al 1999 si è osservato in Valle un'incidenza di 1:11500, questo significa che vi sono ancora un gran numero di casi di malattia non diagnosticati.

Inoltre con una popolazione in Valle stimata di circa 126.000 abitanti e considerata la prevalenza europea di Enfisema Congenito è possibile affermare, con una ragionevole certezza, che esistono casi di malattia non ancora diagnosticati.

Pertanto una diagnosi precoce ed un corretto approccio terapeutico sono in grado di rallentare l'evoluzione e la progressione del danno funzionale polmonare, migliorando la qualità di vita, riducendo il numero delle riacutizzazioni bronchitiche ed i ricoveri ospedalieri dei soggetti che ne sono affetti. Infine le nuove diagnosi di malattie genetiche sono in grado di evidenziare i portatori sani (omozigoti) potendo così ridurre la diffusione delle malattie stesse con ricadute rilevanti sulla salute pubblica.

OBIETTIVI

1. Identificazione di soggetti (ed eventualmente famiglie) affetti da Fibrosi Cistica ed Enfisema Congenito al fine di poter evidenziare precocemente le alterazioni funzionali polmonari e degli altri organi colpiti per poterle trattare con le terapie mediche e chirurgiche, e nei casi più gravi anche con l'ausilio del trapianto d'organo.
2. Valutazione di sintomi respiratori in una popolazione di giovani.
3. Creazione di un database spirometrico e laboratoristico per uno studio epidemiologico di prevalenza di queste patologie genetiche: la particolare realtà geografica chiusa di questa regione favorisce studi epidemiologici statisticamente attendibili.

DESTINATARI

Ragazzi appena maggiorenni che frequentano le scuole superiori della città di Aosta e in seguito di tutta la Valle d'Aosta.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Le Linee Guida Internazionali definiscono ostruzione bronchiale la presenza di un rapporto FEV1/FVC < 0.7 misurabile con una spirometria (curva flusso/volume); la spirometria, essendo un esame di facile e rapida esecuzione, di basso costo, non invasivo, privo di rischi ed in grado di fornire dei dati riproducibili, è un test che si adatta alle caratteristiche dello screening di massa.

Il progetto si propone di effettuare uno screening spirometrico e di laboratorio in una popolazione di studenti volontari maggiorenni dell'ultimo anno delle scuole superiori della Valle d'Aosta a partire dall'anno scolastico 2011/2012 attraverso l'esecuzione di:

1. UNA SPIROMETRIA (CURVA FLUSSO/VOLUME)

2. UN PRELIEVO DI SANGUE VENOSO PER IL DOSAGGIO DELL' α 1AT (alfa-uno-antitripsina).

In accordo con l'Assessorato all'Istruzione e Cultura si concorderà un incontro informativo con i Dirigenti scolastici.

- Sarà inviato a tutte le scuole un opuscolo informativo circa gli obiettivi e le modalità di attuazione del progetto
- Sarà consegnata a tutti gli interessati, nel corso di un incontro preliminare al progetto, una lettera informativa, un questionario per la raccolta di dati anamnestici (**Allegato A**) ed il consenso informato all'esecuzione del prelievo venoso (**Allegato B**)
- Le spirometrie e i prelievi venosi saranno acquisiti nelle scuole (con modalità da concordare insieme ai Dirigenti scolastici)
- I prelievi venosi saranno eseguiti da Infermieri operanti presso l'Ospedale "U. Parini" di Aosta (infermieri che sono volontari dell'Associazione proponente, assicurati e che operano a titolo gratuito)
- I dati raccolti saranno archiviati in modalità elettronica su PC protetto da password per permettere il rispetto della privacy
- La lettura e la refertazione delle spirometrie saranno eseguite da un medico specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio operante nell'ambito dell'U.O. di pneumotisiologia dell'Ospedale "U. Parini" di Aosta (medico che è volontario dell'Associazione proponente, assicurato e che opera a titolo gratuito)
- La spirometria corredata di referto e l'esito del prelievo venoso saranno consegnati all'interessato (se del caso accompagnato dalle raccomandazioni sull'opportunità di eseguire ulteriori accertamenti)
- In caso di evidenza di Sindrome Ostruttiva, fortemente sospetta per malattia genetica, il soggetto (ed i familiari di primo grado) saranno inviati per ulteriori accertamenti genetici presso un centro di riferimento per l'eventuale conferma genetica
- I dati raccolti verranno poi elaborati a scopo scientifico e trattati in forma anonima

SISTEMA DI MONITORAGGIO

1) La spirometria sarà eseguita mediante spirometro portatile con supporto di stampante.

La spirometria consiste in un'inspirazione massimale seguita da un'espirazione forzata massimale all'interno di un boccaglio di cartone, monouso, collegato a un trasduttore di pressione di uno spirometro.

2) Il prelievo venoso, da vena periferica degli arti superiori, sarà eseguito con materiale sterile mono-uso del tipo butterfly; la lettura del prelievo sarà eseguita presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale "U. Parini" di Aosta.

INDICATORI DELLO STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO.

1. La percentuale di soggetti che aderiranno al progetto (aderenti/totali).

2. La percentuale di spirometrie e prelievi effettuati (effettuati/totali).
3. La restituzione ai destinatari del 100% delle spirometrie refertate e dell'esito del prelievo venoso.
4. La creazione di un database epidemiologico.

PROGRAMMA E DURATA

Si prevede di avviare il progetto inizialmente nelle classi quinte del Liceo Scientifico di Aosta, anche per poter correttamente stimare i relativi costi e la tempistica. Tale progetto pilota sarà realizzato dal mese di gennaio 2012 e nel corso dell'anno si auspica di poter estendere lo screening alle classi quinte di tutti gli Istituti di Aosta.

Dall'anno scolastico 2013/2014 lo screening sarà ripetuto per tutti gli Istituti aventi sedi nel territorio regionale, fino a raggiungere gli alunni nati entro giugno 2000 (poiché da luglio 2000 all'Ospedale Beauregard si esegue lo screening neonatale per la fibrosi cistica).

PROFESSIONISTI IMPEGNATI NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Medico Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Medico Specialista in Chirurgia Toracica

Infermieri

Tutti i professionisti sopracitati sono Volontari dell'Associazione Fibrosi Cistica Valle d'Aosta onlus, operano a titolo gratuito e sono assicurati mediante apposita polizza ai sensi della Legge 266/91 presso ALPHA BROKERS SRL di Biella.

REFERENTI DEL PROGETTO

Dr. Paolo BADERNA (Pneumologo e membro del comitato scientifico della Lega Italiana Fibrosi Cistica, Associazione Valle d'Aosta Onlus).

Sara DEMATTEIS (Infermiera professionale e Presidente della Lega Italiana Fibrosi Cistica, Associazione Valle d'Aosta Onlus).

Rossana OLZER (Rappresentante dei pazienti e delegata ai rapporti con le Istituzioni e le Associazioni di donazione e trapianto).

PIANO DI SPESA GENERALE

Il progetto pilota, che sarà realizzato nel corso dell'anno scolastico 2011-2012 in quattro classi (ca. 70 studenti), consentirà di avere una stima reale dei costi prima di estendere lo screening agli altri interi istituti scolastici.

Il costo del personale che realizza il prelievo e il costo dell'interpretazione dei risultati da parte dello pneumologo sono nulli poiché i professionisti coinvolti operano a titolo volontario e gratuito.

Spirometro	€ 2.112,00
Boccagli di cartone	€ 170,00
Materiale monouso per ogni singolo prelievo venoso (garza, ago butterfly, raccordo per prelievo, provette, lacci emostatici e septobox per smaltimento ago butterfly) a studente	€ 175,00
Lettura del campione venoso	€ 672,00
Materiale informativo (per i ragazzi e i docenti), manifesti di divulgazione dell'iniziativa e cancelleria	€ 800,00
Spese postali per il recapito dei referti	€ 300,00
Eventuali trasferte (indennità km pari a 0,30€/km) e spese di vitto per il personale volontario (12 € per ciascun volontario al giorno)	€ 271,00
Totale	€ 4.500,00

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DEI SINTOMI RESPIRATORI

	SI	NO
1. Hai tosse cronica con espettorazione frequente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hai spesso episodi bronchitici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hai mai avuto polmoniti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hai mancanza di fiato quando fai ginnastica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENSO INFORMATO

Il deficit congenito di $\alpha 1$ -antitripsina è una malattia genetica, autosomica recessiva, responsabile dello sviluppo di Enfisema in età giovanile. Il genotipo omozigote difettoso responsabile di malattia viene indicato come PiZZ e si associa a bassi livelli di $\alpha 1$ -antitripsina circa 10% della norma. L' $\alpha 1$ -antitripsina è una proteina prodotta dal fegato con caratteristiche anti-proteasiche e riveste un ruolo fondamentale nel difendere il polmone dalla produzione di ossidanti da parte di leucociti indotti dal fumo di sigaretta o in corso di processi infettivi polmonari. Il deficit di $\alpha 1$ -antitripsina porta allo sviluppo di pneumopatia a carattere enfisematoso nel giovane adulto ed in alcuni casi anche di cirrosi epatica.

Il sottoscritto nato ad Il

Acconsento a sottopormi al prelievo di sangue venoso al fine di dosare il livello sierico di $\alpha 1$ -antitripsina.

Dopo aver letto e compreso quanto sopra scritto esprimo il mio consenso.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma:

Firma del responsabile del progetto:

Aosta,