

PROPOSTA DI PROGETTO

IL NETWORK SANITARIO E SOCIO SANITARIO PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA: SVILUPPO DI UN MODELO DI COLLABORAZIONE PERMANENTE TRA CENTRO DI DECADIMENTO COGNITIVO – MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

PREMESSA

Le demenze e in particolare la malattia di Alzheimer, la più frequente forma di demenza, per la dimensione epidemiologica e la lunga durata della malattia, rappresentano un'importante sfida per la società, la famiglia, il sistema sanitario e il sistema assistenziale socio-sanitario.

La Regione Veneto per fronteggiare il problema “demenze” ha ridefinito l’assetto strutturale della rete dei servizi sanitari con la DRG n. 1404/2000 e la successiva DRG n. 3542 del 2007.

Un importante aspetto della DRG n. 3542/07 è la *“semplificazione delle "strutture" e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari con la definizione dell'assetto organizzativo, delle competenze di cura e dei sistemi d'offerta, seguendo la storia naturale del malato e la necessità di aiuto della famiglia”*.

L’epidemiologia indica che circa 65 mila sono le persone affette da demenza nel Veneto (casi prevalenti) di cui più di 50 mila i casi di malattia di Alzheimer; di questi come riportato dalla Letteratura internazionale circa *l'80% delle persone ammalate è curato a casa, tuttavia i dati reali sul numero e sulla gravità degli ammalati assistiti a domicilio, in Italia, non sono noti, anche se è presumibile che siano assistiti a casa ammalati con demenza di gravità sia moderata sia severa*. Il dato di “per sé” è significativo di quanto il problema “demenza” pesi sulle famiglie e sul sistema sanitario e socio-sanitario. Molte sono le attività avviate nella Regione Veneto che vedono coinvolte le Aziende Ulss, privati ed associazioni. In particolare ci si riferisce al Progetto Alzheimer Verona che vede tra i promotori la Fondazione Cariverona, il Comune di Verona, l’Azienda Ulss 20, l’Azienda Ospedaliera di Verona e la Fondazione Pia Opera Ciccarelli, o altri progetti che vedono coinvolte le aziende Ulss 3, 5, 14 e 17.

Tuttavia, l’assetto strutturale della rete dei servizi sanitari previsti dalla DGR 3542/07 mostra dei limiti, in parte dovuti alla parziale applicazione della delibera, in parte insiti nel disegno assistenziale proposto e in particolare l’assenza di modelli di sviluppo del network per collegare i diversi nodi della rete assistenziale.

Sulla base delle premesse esposte, e di seguito approfondite, ci si pone l’obiettivo di elaborare una proposta di progetto finalizzato allo *sviluppo un modello di collaborazione permanente tra CDC,*

MMG e Distretto socio-sanitario per fornire la migliore assistenza possibile alla persona affetta da demenza con un ottimale utilizzo delle risorse sanitarie e socio-sanitarie oggi disponibili.

IL “SISTEMA ALZHEIMER” NELLA REGIONE VENETO ALLA LUCE DELLA DGR 3542/07, LA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE E LE CRITICITÀ DA SUPERARE

Nonostante siano trascorsi più di tre anni dalla delibera regionale, emergono delle criticità nell’organizzazione sanitaria e sociale dell’assistenza alla persona affetta da demenza.

Come è emerso da una recente indagine del Tavolo Alzheimer della Regione Veneto, non tutte le Aziende Sanitarie hanno applicato quanto previsto dalla DGR 3542/07 e, di fatto, non hanno organizzato un piano di assistenza per la persona affetta da demenza. Questo si traduce, in realtà, in un’estrema variabilità nella costituzione dei servizi e nelle rappresentazioni delle competenze, e il ricorso diffuso all’utilizzo del volontariato.

I punti cardine su cui poggia la rete dei servizi sanitari della DGR 3542/07 sono il *Centro Decadimento Cognitivo (CDC)*, il *medico di medicina generale (MMG)*, il *Distretto socio-sanitario* e la *famiglia*.

I dati della letteratura internazionale, come sopra ricordato, indicano che circa l’80% delle persone ammalate è curata a casa. Questo dato epidemiologico è di particolare rilevanza perché pone alcuni problemi sostanziali affinché il “sistema demenze” possa raggiungere importanti obiettivi, quali la permanenza il più a lungo possibile del malato nel proprio domicilio ed impedire i ricoveri impropri. Il primo tra questi è la costruzione di procedure che portino i vari nodi della rete allo sviluppo di percorsi di “*presa in carico*”, ognuno per la sua parte, in modo adeguato e fattivo.

Ciò comporta che:

- *il MMG e il CDC siano posti nelle condizioni per un’effettiva presa in carico del paziente affetto da demenza;*
- *sia predisposto un Piano assistenziale individuale (PAI), elaborato attraverso il Distretto e il CDC. Il Centro di Decadimento Cognitivo deve svolgere, inoltre, la funzione di coordinamento clinico – organizzativo per assicurare le condizioni per la continuità dell’assistenza;*
- *la RETE assistenziale sia adeguata alla complessità delle cure per la persona affetta da demenza;*
- *vi sia un raccordo operativo con i Servizi sociali dei Comuni;*
- *vi sia un’azione di supporto a sostegno dei familiari dei malati.*

CENTRO DECADIMENTO COGNITIVO

All'interno delle linee guida contenute nella DGR 3542/07 vengono definiti i *livelli minimi uniformi* di cura da prestare ai pazienti affetti da demenza, ispirati alla *presa in carico globale del paziente con un approccio per problemi*, al fine di realizzare una continuità di cura, nell'ottica di una semplificazione dei percorsi dell'utente. Da queste linee guida ha preso avvio la realizzazione dei Centri di Decadimento Cognitivo (CDC), previsti uno ogni 100 mila abitanti, che in quest'approccio rappresentano la chiave di volta tecnico-organizzativa, fungendo essi non solo da centri di diagnosi, cura e monitoraggio del malato, ma anche da elemento di collegamento tra Medico di Medicina Generale, Servizio Sociale e Famiglia. Appare quindi cruciale una precisa attenzione all'organizzazione e alle risorse impegnate per l'attività dei CDC, la cui composizione multidisciplinare predispone all'approccio tecnico di tipo multidimensionale. Al fine di fornire un servizio adeguato nell'ottica della globalità, essi devono essere inseriti all'interno di una rete clinico-assistenziale che coinvolga le diverse interfacce, facilitando ed integrando il percorso del paziente e dei suoi familiari sia nel contesto sanitario, sia nell'ambito della fruizione dei servizi assistenziali socio-sanitari. *Il rapido scambio ed il continuo flusso di informazioni diventa il mezzo di realizzazione del modello di integrazione dei diversi nodi della rete (CDC, MMG, Distretto, Servizio sociale, Famiglia, Associazioni di volontariato).*

Dall'indagine del Tavolo Alzheimer svolta alla fine dello scorso anno (Report in progress) sull'applicazione della DGR 3542/07 e sulle risorse umane impiegate nei CDC emerge, nella maggior parte dei casi, una situazione di instabilità, dovuta al precariato di molte professionalità operanti nei CDC.

Le recenti raccomandazioni diagnostiche internazionali richiedono, invece, CDC con alte e stabili professionalità da cui ne consegue la necessità di una sede ospedaliera e ospedaliera universitaria dei CDC per un corretto impiego delle nuove tecnologie e delle risorse e lo sviluppo del network con gli altri nodi della rete assistenziale fondamentale perché il malato sia assistito in modo ottimale con conseguente riduzione dei ricoveri impropri e rinvio dell'istituzionalizzazione nelle fasi molto avanzate della malattia.

Una corretta e tempestiva diagnosi costituisce il passaggio fondamentale per l'intero processo assistenziale. La Letteratura sia internazionale sia nazionale evidenzia chiaramente i vantaggi che una diagnosi formulata nelle fasi iniziali della malattia (*diagnosi tempestiva*) porta al malato e alla famiglia. Per citarne alcuni, per esempio permette al malato di usufruire della terapia (farmacologica e non farmacologica) quando ancora può ricavarne il massimo beneficio, oppure gli

permette di pianificare il proprio futuro, ed ancora consente alla famiglia di organizzare al meglio l'assistenza del malato (sanitaria, finanziaria e medico legale).

Le cure di cui abbisogna il malato sono molteplici e complesse, anche se ad oggi non esiste ancora una terapia farmacologica in grado di guarire o perlomeno di bloccare l'evoluzione della malattia di Alzheimer. Tuttavia, come detto sopra, il bisogno di "cure" del malato è notevole ed impegna pesantemente il sistema sanitario e sociale oltre che le famiglie. Pertanto è essenziale disporre di un "sistema Alzheimer" ben organizzato che permetta di legare in un "unicum" assistenziale i vari passaggi che vanno dalla *diagnosi*, al *monitoraggio* della malattia nelle varie fasi di gravità, all'*assistenza* sanitaria e sociale del malato, al *supporto* alle famiglie per una presa in carico del malato "consapevole" ed "efficace".

RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE: descrizione

La realizzazione di una reale integrazione fra i vari nodi assistenziali presuppone anche l'organizzazione dei vari sistemi socio-sanitari per situazioni di particolare complessità, finalizzate ad evitare il ricovero ospedaliero o a riaccogliere il paziente a domicilio al momento della dimissione e a ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Le cure primarie rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle comunità rispetto alla richiesta di avvicinare, il più possibile, l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora.

I mutamenti demografici di questi ultimi anni evidenziano una sempre maggiore crescita delle classi anziane della popolazione. Questo fenomeno, associato all'incremento della prevalenza di patologie cronico - degenerative, che interessano un sempre maggiore numero di persone, e ad un diverso ruolo attribuito all'ospedale rispetto ai livelli assistenziali erogati, ha imposto un radicale mutamento delle politiche sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio ed allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio.

Il domicilio, infatti, è considerato il luogo di cura elettivo dove la persona può recuperare in modo totale o parziale la propria autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita totale o parziale dell'autonomia, le cure domiciliari rappresentano sostegno al superamento della malattia ed al massimo recupero delle proprie potenzialità.

Le Cure Domiciliari rappresentano una risposta assistenziale nei confronti di persone appartenenti a ogni fascia di età da considerarsi fragili (a elevato rischio di non autosufficienza) e/o divenute disabili per forme morbose acute o croniche.

Per fragilità s'intende la concomitanza di alcune delle seguenti condizioni (per alcune sono indicate le scale attraverso le quali si propone la valutazione):

- *età molto avanzata* (rischio cronologico),
- *elevata comorbidità* (rischio clinico per la presenza di 2/3 patologie croniche la cui stabilizzazione/compenso è determinato dall'assunzione della terapia farmacologia - possibile misura tramite scala CIRS),
- *politerapia* (rischio iatrogeno per l'assunzione di almeno 5 o più farmaci continuativamente),
- *grave ipocinesia e non autosufficienza* (rischio di istituzionalizzazione per i soggetti con deficit da moderato a grave nelle BADL e nelle capacità motorie - possibile misura tramite Indice di Barthel),
- *stato alimentare scadente* (rischio nutrizionale con possibile monitoraggio attraverso la verifica del peso, del BMI e/o la somministrazione del Mini Nutritional Assessment),
- *disagio psichico* (soggetti affetti da demenza con/senza disturbi del comportamento, valutabile attraverso SPMSQ, NPI, GDS),
- *condizione abitativa/logistica disagiata* (rischio ambientale, presenza di barriere architettoniche nell'abitazione),
- *condizione economica* (rischio economico, povertà),
- *condizione sociale* (anziani soli o pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, se praticabili a domicilio).

Una risposta assistenziale adeguata che tenga in considerazione tutti questi aspetti consentirebbe di migliorare la qualità di vita del paziente assistito, offrendogli la possibilità di rimanere al proprio domicilio. Ciò consentirebbe inoltre di evitare o ritardare l'inserimento in strutture assistenziali residenziali, ridurre ricoveri ospedalieri impropri (in particolar modo per quelli ripetuti quando non richiedono particolare necessità diagnostiche e/o terapeutiche intensive).

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

È la forma di assistenza domiciliare che richiede un intervento integrato composto da diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse (persone che si trovano in condizioni di evidente fragilità con non autosufficienza parziale o totale) e che necessitano di un'assistenza continuativa di tipo sanitario o sociosanitario.

Lo scopo è offrire all'utente l'assistenza e la cura di cui necessita presso il proprio domicilio con la finalità di favorire in tempi rapidi la dimissione dall'ospedale e/o lungodegenza/riabilitazione/RSA, e con lo scopo di evitare, quando possibile, ricoveri ospedalieri ripetuti, così come per ritardare e non attivare l'istituzionalizzazione stabile in struttura residenziale.

L'ADI si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate che possono essere solo sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) o abbinate a prestazioni socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.

La responsabilità clinica è attribuita sempre al medico di medicina generale, mentre l'organizzazione operativa globale dell'approccio assistenziale sarà di competenza del Responsabile del Caso, che viene definito sulla base delle evidenze e di bisogni emersi a seguito del lavoro di équipe.

Il Distretto e le sue varie articolazioni più periferiche rappresentano la sede organizzativa. In alternativa, le Regioni possono affidare tali compiti organizzativi a soggetti privati o del terzo settore, comprese le società di servizio dei professionisti.

Per attivare l'ADI sono necessarie la presa in carico della persona da parte dell'équipe di cura e assistenza, la valutazione multidimensionale del bisogno (realizzata per mezzo della collaborazione tra diversi professionisti quali MMG, Infermiere, Terapista della riabilitazione, Assistente sociale, Operatore Socio Sanitario e, se necessario, lo Specialista di riferimento dell'Azienda Sanitaria), la definizione di un piano personalizzato di assistenza, l'individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

In relazione al bisogno sanitario individuato e della concomitante complessità sanitaria e socio-assistenziale, l'assistenza domiciliare integrata è distinta in tre livelli:

- Livello 1 (bassa intensità sanitaria),
- Livello 2 (media intensità sanitaria),
- Livello 3 (alta intensità sanitaria).

Il Responsabile Clinico è sempre il Medico di Medicina Generale che può, se lo ritiene necessario, integrarsi con lo specialista di riferimento. Il Responsabile del Caso coordina i componenti dell'équipe per la conduzione e la realizzazione del programma assistenziale individuale (PAI), sulla base della prevalenza della tipologia di assistenza.

CURE INTERMEDIE

L'organizzazione di strutture territoriali per "*cure intermedie*" offre un'adeguata risposta assistenziale a pazienti che diversamente potrebbero subire ricoveri inappropriati in reparti per acuti o ricoveri tardivi.

Nelle strutture di cure intermedie territoriali (Centri cure progressive, lungodegenze riabilitative e internistiche, Hospice), dove l'attività assistenziale è caratterizzata da un basso profilo tecnologico e da un elevato contenuto assistenziale relazionale, possono essere previsti:

- letti affidati direttamente alla responsabilità clinica dei MMG con il supporto di un'équipe multiprofessionale composta di specialisti, psicologi, volontari, con la finalità di cogliere sia i bisogni sanitari sia quelli della sfera psicologica e sociale;

- gestione della struttura e dell'assistenza non medica affidata alla responsabilità infermieristica.

Nelle lungodegenze ospedaliere riabilitative/internistiche possono essere previsti:

- alcuni letti gestiti direttamente da MMG per pazienti che necessitano di

- cure a bassa e media intensità,
- percorsi diagnostico-terapeutici complessi (DH),
- dimessi dai reparti per acuti che non possono rientrare al domicilio;

- gestione della struttura e dell'assistenza non medica affidata alla responsabilità infermieristica.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Nel Veneto rappresentano un nodo fondamentale della rete socio-sanitaria: da un lato interagiscono con il sistema ospedaliero e dall'altro integrano il sistema della domiciliarità.

Nello specifico le strutture residenziali possono essere raggruppate in due macro-categorie.

Strutture a ciclo continuativo a carattere temporaneo

Sono caratterizzate da un obiettivo assistenziale che deve trovare compimento in un arco temporale definito, prevedendo quindi, oltre all'ingresso in struttura, anche l'uscita verso il domicilio o verso un'altra struttura a carattere definitivo. Afferiscono a questa macro-categoria: le RSA riabilitative, l'Hospice, la Sezione Alta Protezione Alzheimer, l'Ospedale di comunità (o struttura intermedia), i posti temporanei o di modulo sollievo. Tali strutture si collocano prevalentemente nei percorsi di sostegno della domiciliarità, richiedendo una forte interazione con il medico di famiglia e con i servizi domiciliari distrettuali.

Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo)

Sono caratterizzate da obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, risultando di fatto impossibile un rientro a domicilio del paziente; in queste strutture il progetto assistenziale richiede un monitoraggio costante e la ridefinizione degli interventi sulla base della evoluzione naturale del quadro clinico. Afferiscono a questa macro-categoria: le RSA di minima e media intensità, le Sezioni di Stato Vegetativo Permanente, i Nuclei di protezione Alzheimer. Tali strutture si collocano nei servizi residenziali per la non-autosufficienza e rappresentano un livello di assistenza alternativo alla domiciliarità.

RETI CLINICHE INTEGRATE PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Rappresentano un momento d'importante sinergia tra l'area dell'Assistenza Primaria e Ospedaliera finalizzata alla definizione di percorsi assistenziali per evitare ospedalizzazioni

ripetute, spesso in differenti strutture, con variazione degli schemi terapeutici che rendono difficile una continuità assistenziale.

Le principali reti cliniche da organizzare in prima istanza sono quelle per il diabete, per l'insufficienza respiratoria, per la nutrizione artificiale domiciliare, per la cardiologia, per le demenze e per la SLA.

PROPOSTA DI PROGETTO OBIETTIVO

Dall'analisi di alcuni nodi della rete clinico-assistenziale sopra descritta emergono alcune criticità da superare. Tra queste:

1. la necessità che la delibera 3542/07 venga applicata e resa operativa, di fatto, in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto;
2. la necessità di facilitare, attraverso percorsi e modelli definiti, l'integrazione tra i vari nodi della rete clinico-assistenziale.

Pertanto con il seguente progetto in particolare si intende sperimentare un modello di collaborazione permanente tra CDC, Medici di Medicina Generale e Distretto, finalizzato a facilitare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, definire un programma di Monitoraggio dell'assistenza al paziente con Demenza sul territorio, avviare un Osservatorio epidemiologico regionale sul problema demenza.

In particolare si intende:

- *analizzare la rete assistenziale* oggi disponibile a livello delle singole Aziende ULLS del Veneto;
- *individuare uno strumento di rilevazione dei bisogni del paziente con demenza* per definire il carico assistenziale (concetto di "gravosità");
- *definire un percorso di integrazione dell'attività istituzionale del CDC con l'attività del MMG* per la presa in carico dei pazienti con demenza;
- *istituire nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in cui sono presenti i CDC delle unità funzionali che comprendano MMG, Specialista, Infermiere, assistente sociale*, che fungano da gruppo di consulenza permanente a livello delle Aziende ULSS per i problemi organizzativi e assistenziali dei soggetti con demenza;
- *analizzare le criticità dei caregiver* per trovare soluzioni condivise all'interno del percorso assistenziale;
- *analizzare le criticità del volontariato* per trovare soluzioni condivise all'interno del percorso assistenziale;
- *avviare un sistema di monitoraggio permanente sull'assistenza al paziente con demenza*;

- *favorire l'empowerment della famiglia.*

Gli obiettivi sopra enunciati potranno essere raggiunti attraverso alcune **azioni** specifiche volte alla:

1) Creazione di un network sanitario e socio-sanitario tra CDC, MMG, Distretti, Territorio mediante:

- Integrazione tra i CDC mediante lo sviluppo di attività coordinata tra gli stessi, per la razionalizzazione delle risorse, un miglior utilizzo delle competenze delle diverse professionalità ed un accesso razionale alle risorse disponibili. È possibile pertanto prevedere la creazione di un organismo di coordinamento dei CDC per area di ULSS eventualmente estendibile anche per area provinciale;
- Attivazione di un CUP per area di ULSS;
- Sviluppo di strumenti elettronici di condivisione del percorso del paziente in tempo reale (ad esempio mediante fascicolo sanitario elettronico oppure chiavetta personale).

2) Integrazione tra CDC, MMG, Distretti e Territorio

La realizzazione di canali di comunicazione tra CDC, MMG e Distretti socio-sanitari, attraverso percorsi privilegiati e specializzati negli specifici problemi dei pazienti con demenza, non di tipo formale e burocratizzato, necessita di:

- fruizione all'interno di tutti i nodi della rete degli stessi strumenti elettronici finalizzati alla condivisione del percorso del paziente in tempo reale (fascicolo sanitario elettronico, chiavetta personale);
- attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA);
- ricomposizione della separazione tra sistema clinico ed assistenziale;
- apertura di uno sportello informatico di colloquio diretto tra CDC, MMG e Distretto (per esempio: posta elettronica, forum, e-learning).

Gli strumenti informatici serviranno alla facilitazione nella progettazione e realizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attraverso una collaborazione tra UVMD e CDC, valutando i bisogni presenti e quelli futuri prevedibili, per indirizzare e programmare le future azioni sociali, in modo che possano essere realizzate tempestivamente nello stato di necessità. Il PAI, in questo modo potrebbe essere attivo e condiviso in tutti i nodi della rete ed integrato nelle diverse sedi (es: CDC, MMG, UVMD).

3) Definizione e utilizzo di alcuni strumenti operativi per il rilevamento dei bisogni di pazienti e famiglia attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori ed in particolare le associazioni dei familiari;

- 4) *Formazione specifica dei MMG* attraverso un pacchetto didattico modulare che permetta l'adattamento alla formazione multidisciplinare;
- 5) *Selezione di MMG* che abbiano competenze sul problema delle demenze che, adeguatamente formati, potranno fungere da tutor a livello di ASL;
- 6) *Definizione di uno strumento agile di monitoraggio dei servizi offerti* al paziente con demenza e alla sua famiglia;
- 7) *Organizzazione di un servizio di teleconsulto* per i MMG, familiari ed operatori sanitari, associazioni;
- 8) *Eventuale collaborazione nella formazione continua* in medicina generale.

IL MODELLO

Articolato su tre livelli:

1. MMG
2. CDC
3. Centro regionale sul decadimento cognitivo
e con la partecipazione della Consulta regionale Associazioni Alzheimer.

STRATEGIE

Si ritiene indispensabile affermare i seguenti principi:

- approccio per problemi con la misura del loro impatto sulla qualità di vita del malato e dei familiari, secondo criteri valutativi estesi e validati, tempestivamente utilizzabili, per soddisfare il diritto alla diagnosi e alla cura;
- continuità e rapidità di cura, con l'esplicita descrizione e dimensionamento della presa in carico integrata, sanitaria e sociale.

LE NUOVE SFIDE

*Da quanto sopra esposto la realizzazione della rete assistenziale per le demenze è necessaria e non più eludibile e rappresenta, alla luce della riorganizzazione dell'assistenza, una nuova sfida della sanità pubblica che può avvenire solamente attraverso la costituzione di un **PROGETTO OBIETTIVO** come già realizzato per il **DIABETE**. Come primo atto, la Giunta regionale dovrebbe costituire la **COMMISSIONE REGIONALE ALZHEIMER** con il compito di predisporre il relativo Progetto obiettivo.*