



Regione
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Deliberazione Giunta regionale 28 dicembre 2012 - n. IX/4610
Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". 2

Deliberazione Giunta regionale 28 dicembre 2012 - n. IX/4612
Determinazioni in ordine all'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale - Recepimento dell'accordo Stato - Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR) 43

Deliberazione Giunta regionale 28 dicembre 2012 - n. IX/4626
Determinazione delle tariffe da applicare alle istruttorie e ai controlli in materia di autorizzazione integrata ambientale, ai sensi dell'art. 9 c. 4 del d.m. 24 aprile 2008 (revoca della d.g.r. n. 10124/2009 e smi) 55

D) ATTI DIRIGENZIALI
Giunta regionale

D.G. Ambiente, energia e reti

Decreto dirigente unità organizzativa 20 dicembre 2012 - n. 12481
Approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del "Progetto operativo di bonifica degli areali 8A e 8B" e della ripermimetrazione del comparto 8, delle aree che ospiteranno l'esposizione universale 2015, ubicate nei comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e autorizzazione alla realizzazione degli interventi in esso previsti 67

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

D.g.r. 28 dicembre 2012 - n. IX/4610

Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che Regione Lombardia negli ultimi trent'anni si è contraddistinta per l'istituzione e lo sviluppo di numerosi Centri per l'erogazione di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, attraverso l'emanazione di numerosi atti amministrativi a valenza e tipologia differente orientati a garantire lo sviluppo delle reti;

Vista la legge 38 del 15 marzo 2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» che al fine di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, assicura il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;

Visti i seguenti Accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi della sopra citata l. n. 38/2010:

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010 (rep. Atti. n. 188/CSR), in cui viene approvato il documento concernente la «Proposta di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato «Ospedale-Territorio senza dolore» di cui al comma 1, dell'articolo 6 della legge 15 marzo 2010 n. 38.»;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (rep. Atti. n. 239/CSR), in cui viene approvato il documento concernente le «Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali» nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese;

Richiamati i seguenti provvedimenti regionali che, nel tempo, hanno determinato lo sviluppo dell'organizzazione sul territorio regionale in ambito di Cure Palliative e di Terapia del Dolore:

- d.g.r. n. VI/39990 del 30 novembre 1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative»;
- d.g.r. n. VII/1884 del 31 ottobre 2000 «Adempimenti conseguenti all'attuazione del «Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative» da proporre al Ministero alla Sanità ai sensi del d.m. 28 settembre 1999.» e successive integrazioni;
- d.g.r. n. VII/12619 del 7 aprile 2003 «Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice»;
- d.d.g. Sanità n. 23454 del 30 dicembre 2004 «Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSP) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e l'adozione del «Manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore»;
- d.g.r. n. VIII/6410 del 27 dicembre 2007 «Determinazioni per l'attivazione di un modello di ospedalizzazione domiciliare per le Cure Palliative oncologiche a partire dall'anno 2008»;
- d.g.r. n. VIII/7180 del 24 aprile 2008 «Determinazioni in merito alle Nuove Reti Sanitarie per l'anno 2008 e ampliamento delle stesse con il modello di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche e conseguenti indicazioni alle strutture»;
- d.g.r. n. VIII/11085 del 27 gennaio 2010 «Determinazioni in merito alla Rete delle Cure Palliative Pediatriche della Regione Lombardia»;
- d.g.r. n. IX/1963 del 6 luglio 2011 «Servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie: prosecuzione attività per l'anno 2011» e successive modifiche;
- d.g.r. n. IX/3541 del 30 maggio 2012 «Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata» e successiva rettifica con d.g.r. n. IX/3584 del 6 giugno 2012;

Richiamata la d.c.r. IX/88 del 17 novembre 2010 «Piano Socio Sanitario Regionale 2010 - 2014» (PSSR) ed in particolare il para-

grafo «Rete delle cure palliative e rete della terapia del dolore», laddove:

- evidenzia, nell'arco della IX legislatura, l'impegno di Regione Lombardia a portare a conclusione il percorso normativo intrapreso sin dal 1998 per l'implementazione della Rete delle Cure Palliative, nonché ad avviare l'implementazione della Rete della Terapia del Dolore;
- prevede, per il raggiungimento degli obiettivi ivi individuati, l'istituzione di un gruppo di lavoro inter-assessorile con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della Rete delle Cure Palliative e della Rete della Terapia del Dolore, sulla base delle disposizioni regionali di settore e della legge 38/2010, informando annualmente la Giunta e il Consiglio regionale;

Richiamata la d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012» ed in particolare l'allegato 6 «Piani e Programmi di sviluppo» che, nell'evidenziare che le reti rappresentano un meccanismo di forte integrazione per migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza organizzativa e gestionale, con riferimento alle Cure Palliative e Terapia del Dolore, recita «Le principali linee d'azione si svilupperanno nell'ottica di favorire l'attuazione della l. 38/2010 tenendo conto dei lavori degli specifici gruppi di approfondimento tecnico regionali al fine di individuare proposte operative con particolare riferimento alla definizione di criteri e livelli di articolazione delle specifiche reti, la definizione, condivisione e monitoraggio dei percorsi e la promozione di specifici programmi regionali di formazione rivolti a professionisti e volontariato»;

Richiamata la d.g.r. n. IX/4334 del 26 ottobre 2012 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013» ed in particolare l'allegato 3 «Indirizzi di Programmazione socio sanitaria per l'anno 2013» al capitolo «Programmazione e sviluppo piani», laddove si dichiara conclusa la fase sperimentale delle Nuove Reti Sanitarie, le cui specifiche attività saranno gestite all'interno del budget assegnato alle singole strutture e declinate secondo percorsi di diagnosi e cura delle singole patologie fruendo al meglio dell'applicazione delle tecnologie informatiche (ICT) in ambito sanitario;

Vista l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 (rep. Atti. n. 152/CSR), che approva il «Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore»;

Dato atto che il documento tecnico di cui alla citata Intesa, definisce criteri, requisiti e modalità organizzative in ordine alla Rete di Cure Palliative, alla Rete di Terapia del Dolore, nonché alla Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatrica, al fine di garantire equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure, sull'intero territorio nazionale, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza;

Ritenuto, pertanto, di recepire la citata Intesa del 25 luglio 2012 recante il «Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore» - Allegato 1) parte integrante del presente provvedimento;

Dato atto che con note della Direzione generale Sanità, prot. n. H1.2011.6989 del 3 marzo 2011 e n. H1.2011.7072 del 4 marzo 2011 e successive integrazioni, sono stati costituiti, rispettivamente, il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) di Cure Palliative e il GAT di terapia del Dolore composti da professionisti esperti dei due settori, con il compito di sviluppare proposte tecniche secondo quanto indicato nel citato PSSR 2010-2014;

Dato atto, altresì, che tra gli obiettivi primari affidati ai succitati tavoli tecnici risultano i seguenti:

- condurre la stima del bisogno assistenziale, nonché la tipologia dei malati eleggibili alle rispettive reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore;
- definire indicazioni per la definizione di procedure organizzative/gestionali e di percorsi diagnostico terapeutici;
- definire un modello organizzativo di coordinamento locale della rete per le Cure Palliative;
- partecipare, per quanto di competenza, allo sviluppo del «Progetto per l'Ospedale-territorio senza Dolore» di cui all'art. 6, l. 38/2010;
- condurre, per quanto di competenza, un monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica, ai sensi

dell'art. 7, l. 38/2010 e valutazione dello stato di attuazione dell'obbligo stesso;

Visti e acquisiti i documenti tecnici, elaborati dai citati Gruppi, che sviluppano gli obiettivi loro affidati e declinano, in una dimensione regionale volta a favorirne l'applicazione, i contenuti dell'Intesa e degli Accordi sopra richiamati, stipulati a livello nazionale in attuazione della l. n. 38/2010;

Vista la nota prot. H1.2012.32326 del 9 novembre 2012 del Direttore generale Sanità con la quale sono state trasmesse, ai Direttori generali delle Aziende Ospedaliere e delle ASL della Regione Lombardia, le bozze avanzate dei due Documenti tecnici sullo sviluppo della Rete per le Cure Palliative e della Rete della Terapia del Dolore in Lombardia, per acquisire eventuali osservazioni;

Rilevato che il documento tecnico elaborato dal GAT di Cure Palliative «Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia» individua, tra l'altro:

- gli elementi costitutivi della rete e la loro organizzazione;
- la tipologia del paziente eleggibile alla rete delle Cure palliative;
- le indicazioni per la definizione di procedure organizzative/gestionali e di percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza;
- i requisiti di accreditamento;
- la qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni;
- formazione;
- comunicazione;
- la partecipazione allo sviluppo del progetto Ospedale Territorio Senza Dolore, di cui all'art. 6, l. n. 38/2010;
- il monitoraggio rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell'art. 7, l. n. 38/2010.

Rilevato che il documento tecnico «Rete Terapia del Dolore Regione Lombardia» elaborato dal GAT di Terapia del Dolore individua, tra l'altro:

- gli elementi costitutivi della rete e la loro organizzazione;
- la tipologia dei pazienti e i criteri di eleggibilità;
- la tabella di sintesi dei requisiti;
- i Piani Diagnostico - Terapeutici Assistenziali;
- la Tabella PDTA;
- la qualità e l'appropriatezza di servizi e prestazioni;
- comunicazione;
- formazione;
- la partecipazione allo sviluppo del progetto Ospedale Territorio Senza Dolore, di cui all'art. 6, l. n. 38/2010;
- il monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell'art. 7, l. n. 38/2010.

Considerato che i predetti documenti tecnici costituiscono indicazioni di riferimento per le Aziende Ospedaliere e le Strutture sanitarie operanti nei settori delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore;

Ritenuto pertanto, di approvare il «Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia» e il documento «Rete Terapia del Dolore Regione Lombardia», rispettivamente, allegati 2) e 3), parti integranti del presente provvedimento;

Evidenziato, che, al fine di garantire lo sviluppo omogeneo delle reti per le Cure Palliative e della Terapia del Dolore, presso la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia, è istituita la Struttura organizzativa regionale di coordinamento che promuove e coordina lo sviluppo delle Reti, ne monitora l'attività in ottemperanza all'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni il 16 dicembre 2010 e dall'Intesa del 25 luglio 2012 sopra richiamata;

Ritenuto che la citata Struttura organizzativa regionale di coordinamento si avvarrà di specifici Gruppi tecnici di approfondimento, con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore e redigere la relazione informativa annuale alla Giunta e al Consiglio regionale sullo stato di applicazione della legge n. 38/2010;

Evidenziata, per quanto sopra esposto, la necessità che la Direzione generale Sanità istituisca specifici Gruppi di Approfondimento Tecnico in materia di Cure Palliative e di Terapia del Dolore che abbiano i seguenti compiti ed obiettivi:

- Concorrere al Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la Terapia del Dolore ai sensi dell'art. 9 comma 1, l. n. 38/2010;

- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete di Cure Palliative e della rete di Terapia del Dolore;
- Controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della l. n. 38/10;
- Definizione e realizzazione dei percorsi formativi per i MMG e per il personale ospedaliero;
- Definizione e realizzazione dei programmi di informazione alla popolazione sulla Terapia del Dolore e sulle Cure Palliative, anche in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore.

Considerato che, nell'ambito della rete di Terapia del Dolore, l'attività erogata in regime di Degenza Ordinaria, in Day Hospital o MAC (Macroattività ambulatoriale ad Alta Complessità assistenziale), può essere espletata in Strutture autonome e dedicate oppure all'interno di altri ambiti di degenza e che le prestazioni erogate per pazienti degenti in altre UU.OO., sono comunque da considerare erogate dal Centro ospedaliero di Terapia del dolore, ai fini della determinazione dei volumi di attività del Centro;

Ritenuto di dare mandato alla Direzione generale Sanità:

- di definire un Codice identificativo specifico di individuazione dell'attività effettuata dai Centri accreditati in ambito di Terapia del dolore;
- di dare attuazione, con successivi provvedimenti, agli indirizzi contenuti nei Documenti di cui ai punti 1 e 2, nonché nell'Intesa di cui al punto 5;

Ritenuto di pubblicare il presente provvedimento sul BURL e sul sito web della Regione Lombardia - Direzione generale Sanità (www.sanita.regione.lombardia.it) ai fini della diffusione di tale atto;

Vagliate ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il «Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia», Allegato 2) parte integrante del presente provvedimento;

2. di approvare il documento «Rete Terapia del Dolore Regione Lombardia», Allegato 3) parte integrante del presente provvedimento;

3. di recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (rep. Atti. n. 152/CSR) recante «Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore» - Allegato 1) parte integrante del presente provvedimento (*omissis*);

4. di istituire, presso la Direzione generale Sanità, la Struttura organizzativa regionale di coordinamento con compiti di coordinamento e promozione dello sviluppo delle Reti di monitoraggio delle loro attività, in coerenza con quanto indicato dall'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni il 16 dicembre 2010 e dall'Intesa del 25 luglio 2012;

5. di dare mandato alla Direzione generale Sanità di istituire specifici Gruppi di Approfondimento Tecnico, in materia di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, con compiti di:

- concorrere al Monitoraggio ministeriale per le Cure Palliative e per la Terapia del Dolore ai sensi dell'art. 9 comma 1, l. n. 38/2010;
- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete regionale di Cure Palliative e della rete di Terapia del Dolore;
- Controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge 38/10;
- Definizione e realizzazione dei percorsi formativi per i MMG e per il personale ospedaliero;
- Definizione e realizzazione dei programmi di informazione alla popolazione sulla Terapia del Dolore e sulle Cure Palliative, anche in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore;

6. di dare mandato alla Direzione generale Sanità:

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

- di definire un Codice identificativo specifico di individuazione dell'attività effettuata dai Centri accreditati in ambito di Terapia del dolore;
- di dare attuazione, con successivi provvedimenti, agli indirizzi contenuti nei Documenti di cui ai punti 1 e 2, nonché nell'Intesa di cui al punto 5;

7. di pubblicare il presente provvedimento sul BURL e sul sito web della Regione Lombardia - Direzione generale Sanità (www.sanita.regione.lombardia.it) ai fini della diffusione dell'atto.

Il segretario: Marco Pilloni

_____ • _____

DOCUMENTO PER LO SVILUPPO
DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA

Premessa

Gli elementi costitutivi della Rete

Organizzazione della Rete delle Cure Palliative in Regione Lombardia

La tipologia del paziente eleggibile alla Rete delle Cure Palliative

Diagramma di flusso di attivazione/presa in carico da parte della Rete Cure Palliative

Indicazioni per la definizione di procedure organizzative/gestionali e di percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza

Requisiti di accreditamento di cui all'Intesa in Conferenza Stato -Regioni del 25 luglio 2012

Qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni

Formazione

Comunicazione

Partecipazione allo sviluppo del progetto ospedale/territorio senza dolore

Monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell'art. 7 della legge 38/2010

Gruppo di Approfondimento Tecnico
Cure Palliative 2012

1 - PREMESSA

L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della famiglia. Perseguire tale obiettivo significa dare centralità al soggetto malato e renderlo capace di orientare la risposta ai suoi molteplici bisogni nella costruzione del proprio percorso di cura.

Il malato ha diritto a richiedere forme di tutela e di sostegno che valorizzino le risorse di cura della famiglia e consentano anche ai cittadini più fragili di rimanere al domicilio e nel proprio contesto di vita, evitando istituzionalizzazioni precoci e inappropriate, con la conseguenza di una migliore qualità di vita e la riduzione dei costi complessivi.

La Lombardia si caratterizza per una Rete assistenziale di cure palliative tra le più complesse e maggiormente sviluppate a livello nazionale, sia sul versante dell'Assistenza residenziale - Hospice in ambito socio-sanitari e Unità di degenza delle Unità Operative di Cure Palliative ora Hospice sanitari - sia su quello dell'Assistenza domiciliare - Assistenza Domiciliare Integrata-ADI CP e Ospedalizzazione Domiciliare di Cure Palliative nei malati oncologici-ODCP.

Lo sviluppo dell'attuale rete assistenziale lombarda per le Cure palliative risale alla metà degli anni '70, anni in cui presso l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori si diede avvio in maniera pionieristica a quelle che sono divenute le cure palliative odierne, sviluppo avutosi grazie anche al supporto indispensabile delle Organizzazioni Non Profit (ONP) attive nel settore delle cure palliative.

Dal 1998 con la d.g.r. n. VII/39990/98 *"Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative"* Regione Lombardia ha dato avvio a numerosi atti amministrativi, a valenza e tipologia differente, orientati a garantire lo sviluppo della rete delle cure palliative.

In attuazione della legge n. 39/99, Regione Lombardia ha emanato successivi provvedimenti di Giunta regionale - d.g.r. n. VII/1884 del 31 ottobre 2000; dd.g.r. n. 9691/2002 e n. 16574/2004 - per l'approvazione del programma regionale *"Programma per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative"*, nonché, complessivamente, di 30 progetti per la realizzazione di Strutture residenziali per le cure palliative. Ciò ha dato notevole impulso allo sviluppo del livello strutturale della Rete di Cure palliative che ad oggi conta 51 Strutture residenziali dedicate alle cure palliative con oltre 600 posti.

Sul versante dell'erogazione delle Cure Palliative a domicilio, nel 2007 con d.g.r. VIII/6410 del 27 dicembre 2007 *"Determinazioni per l'attivazione di un modello di ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative oncologiche a partire dall'anno 2008"* e con successivi provvedimenti di Giunta regionale si è esteso su base regionale il servizio sperimentale di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche, dopo una esperienza iniziata nel 2005 nella città di Milano, nell'ambito del Piano Urbano.

In ambito pediatrico con d.g.r. n. VIII/11085 del 27 gennaio 2010 *"Determinazioni in merito alla rete delle Cure Palliative pediatriche della Regione Lombardia"* sono stati individuati i centri di riferimento regionale per le Cure Palliative pediatriche (CPP), approvato il *"Documento tecnico sulle CPP, percorsi organizzativi"*, in coerenza all'Accordo sancito in Conferenza Stato Regioni in materia di *Cure palliative pediatriche* del 27 giugno 2007 e al *"Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche"* di cui all'Accordo CSR del 20 marzo 2008. Tali disposizioni sono integrate, per quanto specificamente indicato, dal documento tecnico di cui all'Intesa sancita in Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012.

Sul territorio regionale sono attivi Soggetti erogatori di cure palliative, pubblici e privati, soprattutto non profit, attivi sia in ambito residenziale sia in ambito domiciliare.

Il modello assistenziale regionale si sostanzia in quattro modalità organizzative, due Residenziali (Hospice in ambito socio-sanitario e Unità di degenza delle Unità Operative di Cure Palliative ospedaliere o Hospice sanitari) e due territoriali (assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (STCP) già definita Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative - ODCP in ambito oncologico e Assistenza Do-

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

miciliare ADI-Voucher Cure Palliative). Le equipe che erogano assistenza al domicilio garantiscono sia interventi di base, sia interventi specialistici in funzione della complessità clinica del malato. A queste attività si integrano quelle erogate in ambito di day hospital, di specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica.

Il Sistema delle Cure Palliative si raccorda con le Reti di patologia e garantisce la continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità. Ciò al fine di assicurare le specificità assistenziali che caratterizzano la Rete delle Cure Palliative, così come definita dalla legge n.38/2010 e dal Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 di cui alla d.c.r. IX/88/2010, creando però un continuum con quell' "approccio palliativo" che deve essere comunque presente in tutte le fasi assistenziali dei malati cronici presi in carico dalle equipe curanti durante i lunghi periodi di "fragilità".

Il presente documento definisce indirizzi per lo sviluppo della rete delle cure palliative in Regione Lombardia in coerenza all'Intesa in CSR del 25 luglio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano che approva il "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore" e all'Accordo del 16 dicembre 2010 in Conferenza Stato Regioni su "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore".

2 - GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA RETE

Elementi costitutivi della Rete di Cure palliative sono:

- A. Struttura organizzativa Regionale di coordinamento della Rete di Cure palliative: garantisce l'opportuna sinergia delle Reti locali ed è istituita presso la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia.
- B. Struttura organizzativa interaziendale di coordinamento Locale della Rete di Cure palliative: Dipartimento interaziendale funzionale che garantisce l'operatività della rete locale di CP.
- C. Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) di cui alla d.g.r. n. VI/39990/98 - assicurano la necessaria continuità terapeutica garantendo l'integrazione dei diversi livelli di assistenza, in particolare:
 - assistenza residenziale (Hospice sanitario)
 - assistenza specialistica ambulatoriale
 - assistenza di day hospital (o day hospice) o comunque erogata in modalità alternative previste all'interno del sistema organizzativo regionale
 - cure domiciliari

A queste si integrano e concorrono ad erogare Cure Palliative nell'ambito della Rete, le Unità di Cure Palliative, Strutture semplici o a valenza dipartimentale, previste nei Piani di Organizzazione Aziendali approvati a livello regionale.

- D. Hospice sanitario e Hospice socio-sanitario: garantiscono il livello di assistenza residenziale, ossia l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari (art. 2, comma 1, lett. e) l. 38/2010).
- E. Day hospital (o day hospice): articolazione organizzativa che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenza a ciclo diurno non eseguibili a domicilio (art. 2, comma 1, lett. g) l. 38/2010).
- F. Assistenza domiciliare di base e specialistica: MMG e Soggetti privati accreditati per l'erogazione di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata-ADI CP; Unità di Cure Palliative domiciliari specialistiche accreditate per l'erogazione di assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (STCP).

Il MMG è, di norma, il Referente clinico soprattutto per le cure palliative "di base". E', comunque, garantito il suo coinvolgimento in caso di presa in carico da parte di equipe specialistiche di CP, quando il Referente è il medico della struttura/ equipe specialistica eroganti cure palliative a domicilio. In tal caso, l'assistenza del malato e il supporto alla famiglia da parte di equipe specialistiche dedicate alle cure palliative è motivato dai bisogni del malato e della famiglia.

3 - ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN REGIONE LOMBARDIA

La Rete delle Cure Palliative in Lombardia, come in precedenza definita nei suoi elementi costitutivi, si articola sui seguenti livelli assistenziali erogativi:

- **residenziale:** Hospice in ambito socio-sanitario e Unità di degenza delle Unità Operative di Cure Palliative - UOCP (ora Hospice sanitario)
- **assistenza a ciclo diurno:** day hospital (o day hospice) o comunque erogata in modalità alternative previste all'interno del sistema organizzativo regionale
- **domiciliare:** equipe ospedaliere di assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (STCP) e MMG con equipe di Assistenza Domiciliare Integrata-ADI CP
- **specialistico ambulatoriale**

Il coordinamento della Rete delle Cure palliative si struttura su due livelli funzionali: uno Regionale e uno Locale.

a. Rete Regionale e Struttura di Coordinamento

La Rete Regionale di Cure palliative operante in Lombardia è una aggregazione funzionale e integrata delle diverse Reti locali. Per garantire l'opportuna sinergia delle Reti locali la Struttura organizzativa regionale di coordinamento è istituita presso la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia.

La Struttura funzionale organizzativa coordina e promuove lo sviluppo della Rete regionale di Cure Palliative, ne monitora l'attività, in aderenza a quanto indicato dall'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni il 16 dicembre 2010 e dall'Intesa 25 luglio 2012.

La Struttura organizzativa regionale di coordinamento si avvale di uno specifico Gruppo di lavoro inter-assessorile costituito da professionisti esperti e dai referenti delle reti locali di Cure palliative, con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della rete delle cure palliative e redigere la relazione informativa annuale sullo stato di applicazione della legge 38/2010 alla Giunta ed al Consiglio regionale.

La Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete delle Cure Palliative si integra con quella, analoga, per la Rete della terapia del dolore e le Reti di patologia.

La Rete regionale, in coerenza ai contenuti dell'Intesa CSR del 25 luglio 2012, assolve alle funzioni di cui all'Accordo 16 dicembre 2010 in Conferenza Stato Regioni:

- Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle Cure Palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali
- Sviluppo del sistema regionale sulle Cure Palliative
- Definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi di Cure Palliative, ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007, n. 43
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in Cure Palliative ai sensi dell'art. 2 c. 1
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in Cure Palliative coerentemente a quanto previsto dall'art. 8 c. 2 della l. 38/2010
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in Cure Palliative.

b. Rete Locale di cure palliative e Struttura di coordinamento

La Rete Locale di Cure palliative è una aggregazione funzionale ed integrata dei Soggetti erogatori delle attività di cure palliative garantite nei diversi *setting* assistenziali (Hospice – sanitari e socio sanitario - Ospedale, Strutture Socio-Sanitarie e Domicilio), in ciascun ambito territoriale definito a livello regionale e corrispondente in Regione Lombardia a quello afferente a ciascuna ASL.

La Rete Locale, per il proprio funzionamento, dispone di un Dipartimento Interaziendale di coordinamento che ne garantisce l'operatività.

La ASL è parte integrante del Dipartimento Interaziendale di coordinamento e ne promuove la costituzione a livello locale. Il coordinamento del Dipartimento interaziendale è posto in capo alla ASL o ad una delle Aziende sanitarie pubbliche; è previsto comunque che entrambe operino in modo integrato.

La responsabilità del coordinamento della Rete Locale è affidata ad un Dirigente di struttura con esperienza specifica di almeno cinque anni nelle cure palliative.

Ciascuna Rete Locale di Cure palliative, in accordo con la Struttura Regionale di Coordinamento, si dota di uno specifico Regolamento che definisce l'organizzazione e le modalità di funzionamento della rete locale, garantendo la più ampia partecipazione rappresentativa dei Soggetti erogatori (Hospice – di tipo sanitario e socio sanitario -, MMG/PLS, Soggetti erogatori accreditati di Cure Palliative domiciliari, Organizzazioni di volontariato e Non Profit operanti nel settore delle Cure Palliative, Soggetti erogatori di Cure Palliative Pediatriche, etc.), secondo le modalità più consone a ciascuna realtà locale.

La Rete Locale, assolve alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010:

- 1) Garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del *setting* assistenziale appropriato.
- 2) Garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice (socio sanitario e sanitario) e l'assistenza domiciliare di base e specialistica.
- 3) Definire e attuare nell'ambito della rete i percorsi di presa in carico e di assistenza in Cure palliative per i malati di cui all'art.2, comma 1, della legge n. 38/2010.
- 4) Promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate. Monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari.
- 5) Definire e monitorare un sistema di indicatori quali-quantitativi della rete di CP, ivi inclusi gli standard della rete di CP di cui al decreto 22 febbraio 2007, n. 43 in coerenza a quanto definito a livello regionale.
- 6) Promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua, definiti a livello regionale, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete, attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali. Tale formazione si svolge di preferenza attraverso progetti di audit clinico e di formazione sul campo.

Al fine di promuovere lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale, le Reti Locali sono coordinate dalla Struttura funzionale organizzativa regionale di coordinamento.

La rete locale si integra con le articolazioni locali della Rete di terapia del dolore e con le Reti di patologia e con il DIPO di riferimento e per la città di Milano il DOM.

4 - LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE ELEGGIBILE ALLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

4.1. Analisi dei bisogni

La maggior parte dell'esperienza acquisita, su base regionale, riguarda i malati affetti da patologia neoplastica. La letteratura, nonché le esperienze internazionali più avanzate dimostrano che la popolazione di riferimento per le cure palliative riguarda, oltre i malati neoplastici, anche i pazienti affetti da patologie croniche dell'apparato respiratorio, cardio-circolatorio, epato-renale, metabolico. Meno rappresentati da un punto di vista numerico, ma molto complessi da un punto di vista assistenziale, sono i malati affetti da patologie neurologiche e infettive.

In base ai dati epidemiologici lombardi (Registri di mortalità, Archivi di patologia, BDA) la potenziale popolazione annua di riferimento è di 45.000 casi, di cui 29.000 pazienti neoplastici.

La presa in carico del malato da parte della Rete delle Cure palliative richiede un assetto organizzativo gestionale correlato all'intensità di cura necessaria per lo stadio di patologia che caratterizza le differenti tipologie di pazienti.

4.2 Definizione dei criteri di eleggibilità

La valutazione del possesso dei Criteri di eleggibilità come di seguito definiti, l'avvio di un percorso di assistenza all'interno della Rete delle Cure palliative, nonché l'individuazione del livello erogativo appropriato è effettuata dai Referenti clinici - Medico di Medicina Generale e/o Medico della Struttura accreditata per l'erogazione delle cure palliative - con il coinvolgimento del *Care Manager* e del *Case Manager*, ponendo particolare attenzione alle indicazioni provenienti dal malato, dal nucleo familiare e dal *Caregiver*.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

La valutazione deve considerare anche la possibilità e l'opportunità di variazione del livello/set di assistenza in base all'evolversi del quadro clinico e dei bisogni del malato e della sua famiglia.

La definizione dei criteri di eleggibilità e di accesso del malato alla Rete regionale delle cure palliative e alle sue articolazioni locali non può prescindere dagli aspetti definitori disposti nella legge 38/2010, in particolare di quelli riferiti alle "Cure palliative" e al "Malato" contenuti nell'articolo 2, comma 1, lettere a) e c). Tali definizioni necessitano però di ulteriori approfondimenti che consentano di meglio declinarle nella pratica assistenziale giornaliera. Bisogna perciò introdurre elementi esplicativi che consentano anche valutazioni relative all'appropriatezza dell'accesso agli snodi erogativi della Rete, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

Si definiscono le seguenti tipologie di criteri:

- 4.2.1 **Criteri Generali di Eleggibilità** (CGE) per l'inserimento del malato e della sua famiglia in un programma assistenziale fornito dalla Rete di Cure palliative, così come definita agli artt. 2 e 5, legge 38/2010;
 - 4.2.2. **Criteri Specifici di Eleggibilità** (CSE) per la scelta dell'accesso iniziale del malato ad uno degli snodi della Rete Regionale (e Locale) di Cure palliative o per il successivo eventuale passaggio da uno snodo all'altro della Rete.
 - 4.2.3 **Criteri di esclusione alla Presa in carico nel set domiciliare**
- 4.2.1. **I Criteri Generali di Eleggibilità** (CGE) che consigliano e consentono l'inserimento del malato in un programma assistenziale fornito e gestito dalle Rete regionale delle Cure Palliative e dalle sue articolazioni locali sono i seguenti:
 - 4.2.1.1. stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile in base a criteri prognostici eventualmente validati in letteratura ed in base alla scienza, coscienza ed esperienza del/dei medico/i curante/i;
 - 4.2.1.2. condivisione dell'avvio del percorso di cura da parte del nucleo familiare, in particolare dal Caregiver e, quando possibile, da parte del malato, in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia;
 - 4.2.1.3. valutazione del possesso dei requisiti indicati al punto 4.2.1.1. da parte del Medico di Medicina Generale di riferimento, e/o dallo specialista di branca di un Centro specialistico che ha in cura il malato (ad es. oncologo, internista, pneumologo, neurologo, nefrologo, cardiologo, infettivologo, geriatra) e/o dal medico responsabile di un Centro di cure palliative accreditato o da medici da lui formalmente delegati, operanti nello stesso Centro;
 - 4.2.1.4. valutazione positiva all'avvio del percorso assistenziale da parte del Medico responsabile di uno dei Centri di cure palliative accreditati o da uno o più medici da lui formalmente delegati, d'intesa con il Medico di Medicina Generale. La valutazione è espressa dopo un colloquio con il /i famigliari e, qualora ritenuto possibile, con il malato. Il colloquio di valutazione va di norma effettuato presso il Centro accreditato e l'avvio del percorso di presa in carico, nel caso di set domiciliare, va validato con il primo accesso della equipe al domicilio.
 - 4.2.1.5 al termine della valutazione di cui sopra, nel caso si ritenga appropriata la presa in carico del malato da parte della Rete di cure palliative nel set domiciliare, il medico del Soggetto erogatore e il Medico di Medicina Generale definiscono la tipologia del livello assistenziale, di base o specialistica, e a chi sarà affidato il ruolo di referente clinico del malato (Referente Clinico).
 - 4.2.2. **Criteri Specifici di Eleggibilità** (CSE): la scelta dell'accesso iniziale del malato ad uno degli snodi della Rete Regionale di Cure Palliative o per il successivo eventuale passaggio da uno snodo all'altro, si basa sul seguente sistema valutativo multifattoriale:
 - 4.2.2.1 valutazione delle volontà del malato;
 - 4.2.2.2 valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare;
 - 4.2.2.3 presenza o meno di un *Caregiver* attivo al domicilio nelle 24 ore;
 - 4.2.2.4 valutazione del *Care Manager/Case Manager/Referente clinico* con particolare riferimento alle eventuali necessità di presenza continuativa (per più ore al giorno) infermieristica e di personale di supporto (OSS) al domicilio del malato, soprattutto se notturna;
 - 4.2.2.5 valutazione della situazione logistico-strutturale-igienica domiciliare;
 - 4.2.2.6 valutazioni socio economiche.
 - 4.2.3 **Criteri di esclusione alla Presa in carico nel set domiciliare:** il set domiciliare è ritenuto il livello assistenziale di prima scelta per la maggior parte dei malati inseriti in un percorso di cure palliative. Criteri di esclusione sono:
 - 4.2.3.1 espressione di una chiara volontà ostativa da parte del malato e/o del nucleo familiare;
 - 4.2.3.2 impossibilità alla presenza giornaliera continuativa al domicilio del malato di un *Caregiver* o, almeno, di un familiare dotato di autonomia decisionale e ritenuto adeguato a supportare l'equipe durante il percorso assistenziale domiciliare;
 - 4.2.3.3 giudizio del *Case Manager/Care Manager/Referente clinico* sulla impossibilità di garantire al domicilio un adeguato livello assistenziale, in considerazione dei bisogni sanitari e socio-assistenziali, soprattutto in riferimento alla necessità di assistenza infermieristica e/o di supporto da parte di personale socio-sanitario per più ore al giorno;
 - 4.2.3.4 presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali-igienici alla erogazione delle cure al domicilio, in base alla valutazione del *Case Manager*;
 - 4.2.3.5 presenza di gravi motivazioni psico-socio-economiche.

Nel caso il malato abbia le caratteristiche per essere preso in carico alla rete delle Cure Palliative e sia ricoverato presso Strutture Socio Sanitarie (ad es. RSA), in un'area non dedicata e accreditata per l'assistenza ai malati inguaribili nella fase finale della vita, occorre garantire il diritto alle cure palliative favorendo l'accesso in regime consulenziale da parte dell'equipe di cure palliative operante in una Struttura accreditata di cure palliative, di norma quello/quelli di riferimento territoriale (incidenti nella stessa ASL o in ASL limitrofe).

4.2.4 Casi particolari - possibilità di ricovero in Strutture per acuti

In generale, la decisione sull'eventuale ricovero presso una Struttura di degenza accreditata per acuti dovrebbe essere limitata ai casi in cui essa sia ritenuta necessaria dal medico referente. Qualora il medico di riferimento non fosse il Medico di Medicina Generale esso va comunque coinvolto nella decisione. Il ricovero deve essere finalizzato ad effettuare gli interventi diagnostici e terapeutici caratteristici del percorso di "simultaneous care", tipico della patologia di base, nel caso non si ritenga essi possano essere effettuati al domicilio. Rientrano in questo ambito gli interventi tipici delle cure di supporto.

In questi casi sono sempre da preferire i ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery riservando i ricoveri in Regime ordinario agli interventi più complessi, che necessitino di monitoraggio continuato del malato per più giorni.

✓ Legenda

Care Manager: con il termine *Care management* si intende comunemente il *processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo*. Il **Care Manager**, di conseguenza, è la figura professionale che, in una Struttura erogatrice di assistenza, ha la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di uno o più pazienti durante la loro presa in carico, determinando insieme all'equipe di assistenza obiettivi e, se possibile, durata del percorso di presa in carico in tutti i set terapeutici della rete, nel nostro caso, la rete di cure palliative.

Case Manager: letteralmente "*coordinatore/gestore del singolo caso* (leggi: persona malata)", è la figura professionale che, all'interno di una Struttura erogatrice di assistenza, in questo caso di cure palliative, si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo referente dell'effettiva continuità del percorso stesso.

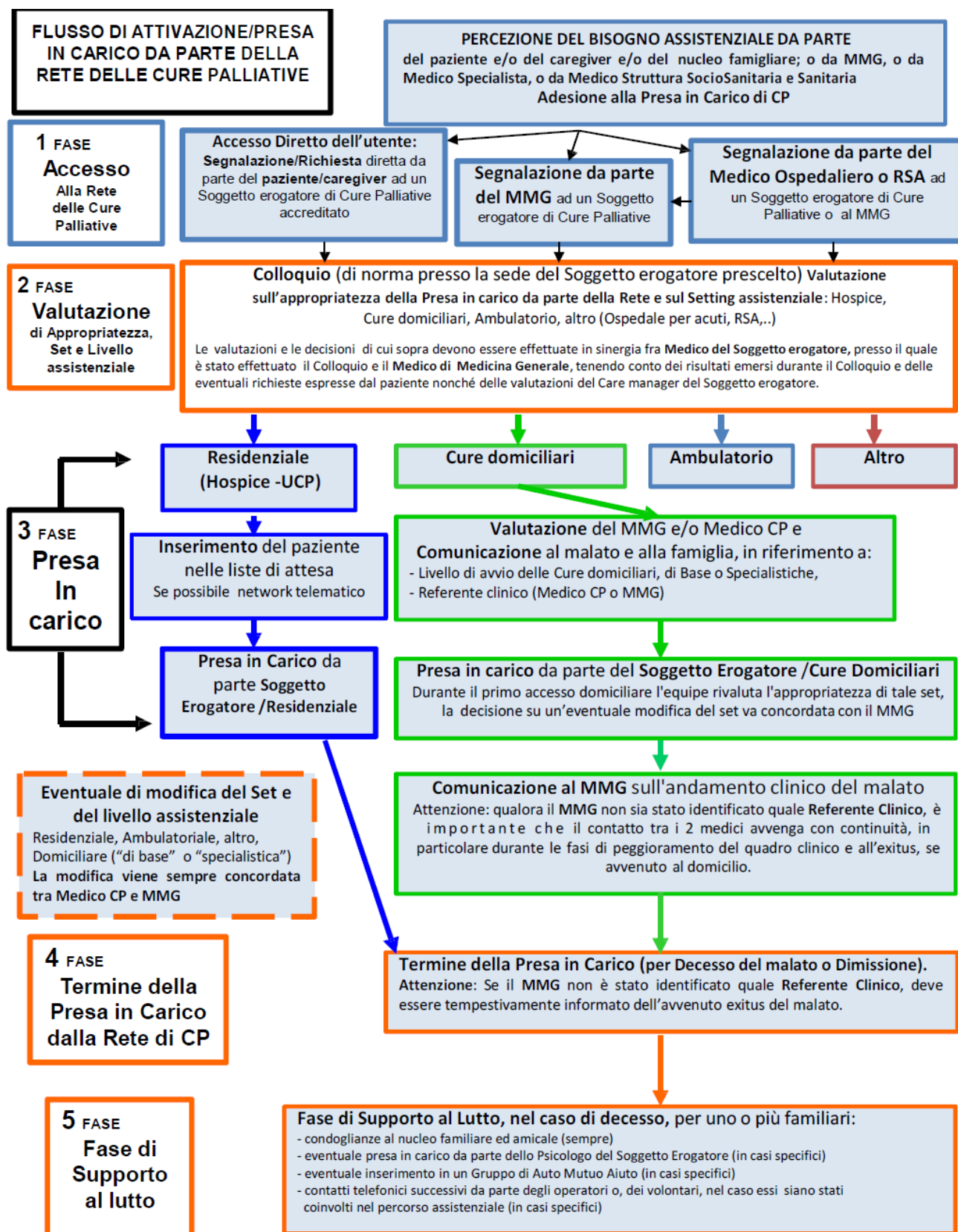
L'intervento sulla persona ha così un riferimento preciso e viene quindi evitata un'assistenza disaggregata che risulta sempre antieconomica e frustrante, e che lascia l'ammalato e i suoi familiari soli con i loro problemi.

Il Case Manager è sostanzialmente un "facilitatore sociale", in grado di monitorare con continuità i bisogni del malato e del suo nucleo familiare, collaborando con il Care Manager e il Medico Referente Clinico nel programmare l'assistenza.

Caregiver: si intende il familiare o il Soggetto non appartenente al nucleo familiare che occupa un ruolo informale di riferimento quotidiano nella cura, nel supporto e nella vicinanza. Il caregiver condivide (è partecipe di) l'esperienza di malattia del malato e si impegna nelle attività di cura della persona e della gestione delle emozioni.

Referente clinico: nell'ambito del "*Documento per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative in Regione Lombardia*" si intende il Medico di riferimento del malato e del suo nucleo familiare. Il Referente Clinico, nell'ambito della rete delle cure palliative, definisce il Piano Assistenziale Individuale operando in integrazione con il Care Manager e con il Case Manager. Nel caso di attivazione delle cure palliative domiciliari, a seconda del livello dei bisogni del malato e del nucleo familiare, il Referente clinico può essere il MMG (Cure Palliative di base) o il Medico della Struttura erogatrice di cure palliative specialistiche (Cure Palliative specialistiche). Il Referente Clinico è il responsabile del Programma diagnostico-terapeutico del paziente ed è il punto di riferimento del malato e del suo nucleo familiare. Nel caso di ricovero del malato presso una Struttura Residenziale della Rete delle Cure palliative o presso una Unità Ospedaliera, durante il periodo di ricovero il Referente Clinico è il Medico della Equipe di cure palliative oppure il Medico della Struttura di degenza specialistica alle cui cure il malato è affidato.

Diagramma di Flusso di attivazione/presa in carico da parte della Rete Cure Palliative:



5 - INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DI PROCEDURE ORGANIZZATIVE/GESTIONALI E DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI DI PRE-SA IN CARICO E DI ASSISTENZA

La rete garantisce continuità dei percorsi assistenziali della rete per le Cure Palliative nei diversi set assistenziali ai malati in fase avanzata, oncologici e non oncologici, anche attraverso il potenziamento dei rapporti operativi fra il livello di Cure Palliative di base e quello

delle Cure Palliative specialistiche e garantisce inoltre continuità dei percorsi assistenziali fra la rete per malati acuti e cronici e la rete delle Cure Palliative.

L'accesso alla Rete delle Cure palliative avviene su proposta di un medico specialista, su proposta del MMG, o per accesso diretto da parte del paziente o del caregiver. La proposta viene valutata dai Referenti clinici - Medico del Soggetto erogatore di cure palliative accreditato al quale l'utente si è rivolto e/o dal Medico di Medicina Generale stesso (vedi criteri di eleggibilità).

La presa in carico da parte dei Soggetti erogatori accreditati di cure palliative, sia per il livello residenziale sia per quello domiciliare, deve essere orientata a garantire al malato percorsi semplificati, tempestivi e flessibili di accesso ai servizi. La complessità e la variabilità dei bisogni del malato in fase terminale richiedono spesso interventi rapidi e una frequente rimodulazione dell'intensità di cura e del setting assistenziale.

La richiesta di presa in carico da parte dei malati in fase avanzata ed evolutiva di una malattia inguaribile richiede molto frequentemente risposte immediate da parte del Soggetto erogatore di cure palliative. I percorsi di valutazione non devono portare a ritardi e dilazioni nell'attivazione dell'assistenza. Ad un avvio semplificato dell'assistenza deve invece seguire un attento monitoraggio dei criteri di appropriatezza del percorso sulla base di indicatori idonei alle cure palliative, validati in letteratura, con particolare riferimento al grado di instabilità clinica, alla presenza di sintomi di difficile controllo, alla necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o Caregiver.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta una risorsa del Sistema Rete di Cure Palliative. Il coinvolgimento della Medicina Generale è finalizzato ad una partecipazione attiva del MMG soprattutto per le cure palliative "di base" di cui il MMG è, di norma, il Referente Clinico.

L'assistenza del malato e il supporto alla famiglia da parte di equipe specialistiche dedicate alle cure palliative è motivato dai bisogni del malato e della famiglia. La presa in carico del malato da parte delle Strutture specialistiche di cure palliative avviene garantendo il coinvolgimento del MMG nella equipe assistenziale e non richiede il consenso formale di quest'ultimo.

Anche nel caso di passaggio dal livello assistenziale di cure palliative "di base" a quello "specialistico" è garantito il coinvolgimento del MMG nella equipe assistenziale.

- All'inizio del percorso assistenziale nella Rete delle cure palliative, preferibilmente in accordo tra Medico di Medicina Generale e Medico del Soggetto accreditato per l'erogazione di cure palliative identificato per la presa in carico del malato, è identificato il Medico di riferimento del paziente (Referente clinico), che manterrà le responsabilità nelle decisioni diagnostico-terapeutiche durante il percorso assistenziale. L'individuazione del medico di riferimento del paziente verrà comunicata al malato, al Caregiver e al nucleo familiare, e sarà basata sulla valutazione dei bisogni del malato, sulle sue scelte, sulle valutazioni del Caregiver e del nucleo familiare. L'individuazione sarà effettuata, di norma, in modo collegiale tra Medico di Medicina Generale (che in ogni caso dovrà essere contattato) ed il medico esperto in cure palliative della Struttura accreditata al quale si è indirizzato il malato e la famiglia, coinvolgendo il Care Manager della Struttura accreditata.
- Durante il percorso assistenziale, sempre in base alla decisione collegiale di cui sopra, al mutare dei bisogni del malato, potrà essere modificata la figura del Referente clinico, ad esempio passando dal Medico di Medicina Generale al medico esperto in cure palliative della Struttura erogatrice o viceversa, anche in questo caso coinvolgendo nel processo decisionale il Case Manager di riferimento del malato.
- Il Referente clinico, nel caso in cui si decida l'opportunità di una assistenza presso una Struttura residenziale - Hospice di tipo sanitario e di ambito socio sanitario - è/sono il/i medico/i esperto/i in cure palliative operante/i presso la Struttura stessa.
- la scelta del Medico di Medicina Generale quale Referente clinico è possibile se questi abbia partecipato a Corsi di formazione regionali specifici in cure palliative. Nel periodo transitorio necessario ad avviare l'iter di formazione dei MMG mediante i Programmi ed i Corsi di formazione regionali, l'individuazione del MMG quale Referente clinico nell'accesso alle cure palliative di base, potrà essere fatta in deroga al citato processo formativo regionale in cure palliative.

6 - **REQUISITI DI ACCREDITAMENTO - di cui all'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012**

La legge n. 38/2010 prevede l'accreditamento di Unità di Cure Palliative, residenziali e domiciliari. Per quanto riguarda requisiti, modalità organizzative, standard strutturali, figure professionali si rinvia a quanto contenuto nell'Intesa 25 luglio 2012 in Conferenza Stato Regioni. Si precisa che, con riguardo ai requisiti di accreditamento degli hospice sanitari, si confermano i requisiti in vigore nell'attuale sistema di accreditamento regionale previsto per le Unità Operative di Cure Palliative (ex d.g.r. n. 39990/98, d.g.r. n. 38133/98 e s.m.i.) e si integrano con quelli previsti dall'Intesa succitata.

SINTESI CRITERI DI ACCREDITAMENTO di cui all'Intesa del 25 luglio 2012 Rep. Atti n. 152/CSR

Livello residenziale

- Hospice sanitario:

Livello	Ospedaliero o articolazione organizzativa di struttura ospedaliera
Requisiti accreditamento strutturali, tecnologici e organizzativi	requisiti regionali per le UOCP (ex d.g.r. n. 39990/98, 38133/98 e s.m.i.), d.p.c.m. 20 gennaio 2000, Intesa CSR 25 luglio 2012
Qualità	Presenza di: specifici protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing programmi formalizzati: per l'informazione, la comunicazione e il sostegno alla famiglia; per l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto; per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'equipe; per la formazione continua del personale Specifici criteri per il reclutamento a la valutazione periodica del personale Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nella ASL di riferimento, all'interno della rete di CP, a garanzia della continuità del percorso di cura.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Complessità	Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da: medico infermiere operatore socio sanitario fisioterapista (*) psicologo assistente sociale assistente spirituale
Copertura assistenziale	7 giorni su 7: assistenza medica sulle 24 ore presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore presenza continuativa di operatori socio sanitari sulle 24 ore

(*) in consulenza

I criteri di accreditamento per gli **Hospice** in ambito **Socio Sanitario** sono definiti dalla d.g.r. n. 12619 del 7 aprile 2003.

Livello Domiciliare

Nel caso di accesso alle Cure palliative domiciliari è garantita l'assistenza al malato da parte di un'equipe multiprofessionale dedicata, con competenze specifiche in cure palliative, che operi all'interno di Soggetti erogatori di cure palliative accreditati. E' garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliare, residenziale, ambulatoriale, ricovero diurno) e nei vari setting di cura di seguito caratterizzati (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali). L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali, è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni del malato e dei suoi famigliari.

In particolare, il Soggetto erogatore di Cure palliative accreditato per il solo livello residenziale è tenuto a stipulare un Accordo formalizzato, definito a livello regionale, con un Soggetto erogatore di Cure palliative domiciliari accreditato nella ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.

Assistenza Specialistica Territoriale della rete di cure palliative domiciliari:

Livello domiciliare	
Profilo di cura	Cure palliative per malati terminali
Complessità	medico e/o medico specialista infermiere professionisti della riabilitazione dietista* psicologo* operatore socio sanitario
Copertura assistenziale	7 giorni su 7: 12 ore die (**) Pronta disponibilità medica 24 ore

(*) in consulenza

(**) d.g.r. n. 7180/2008

I criteri di accreditamento per gli Enti erogatori dell'ADI Cure Palliative sono definiti dalle dd.g.r. n. 3541 del 30 maggio 2012 e n. 3584 del 6 giugno 2012.

La Rete garantisce l'integrazione tra i sistemi delle cure palliative per l'adulto e quello rivolto ai minori.

7 - QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DI SERVIZI E PRESTAZIONI

La Rete delle Cure Palliative promuove qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, in accordo con gli indirizzi regionali in materia. La Rete garantisce l'utilizzo regolare degli strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei famigliari per le cure prestate durante il periodo di assistenza palliativa.

La Struttura regionale di coordinamento definisce un sistema di monitoraggio di indicatori quali - quantitativi di cure palliative, con particolare riferimento agli standard contenuti nel d.m. 43 del 22 febbraio 2007 e all'Accordo Stato Regioni del 13 marzo 2003.

Gli indicatori prenderanno in considerazione aspetti di tipo organizzativo/gestionale e di percorso quali:

- Funzionamento della Struttura organizzativa interaziendale di coordinamento locale;
- Monitoraggio della qualità delle cure palliative erogate;
- Definizione di criteri per il reclutamento e valutazione periodica del personale;
- Monitoraggio di accordi tra soggetti erogatori;
- Percorso assistenziale (continuità, intensità, integrazione professionale);
- Appropriatezza allocativa delle risorse;

8 - FORMAZIONE

La formazione del personale operante nella rete delle cure palliative rappresenta un punto fondamentale per l'applicazione della legge 38/2010 e per la sua qualificazione.

I percorsi formativi istituzionali a livello universitario dovranno tener conto di quanto contenuto nei decreti attuativi di cui all'art. 8 comma 1 della legge 38/2010 del 4 aprile 2012 pubblicati in GU il 16 aprile 2012, ad oggi relativi ai Master Universitari.

La formazione continua deve essere definita in base ai Piani formativi pluriennali, rivolti innanzitutto agli operatori della rete, ai volontari delle ONP presenti in regione. Si ritiene opportuno che una attività formativa di base sia rivolta a tutto il personale sanitario e socio sanitario operante in regione.

Percorsi formativi specifici sono previsti anche per gli OSS e i Care Giver.

9 - COMUNICAZIONE

• alla Popolazione

Le attività di informazione e di comunicazione istituzionale volte a informare la popolazione dovranno vertere sui seguenti temi:

1. legge 38/10 ed in particolare i diritti sanciti nell'articolo 1;
2. cosa sono le cure palliative e a chi sono rivolte;
3. la Rete delle cure palliative e gli operatori coinvolti;
4. le modalità di accesso alla rete delle cure palliative ed alle sue articolazioni erogative;
5. la tipologia dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;
6. le terapie principali, in particolare quelle relative al trattamento farmacologico con morfina ed oppiacei, in modo tale da contrastare l'oppiofobia attualmente diffusa.

• ai professionisti/operatori coinvolti, compresi i MMG

Saranno organizzate campagne istituzionali volte ad informare i professionisti e gli operatori sia quelli operanti e sia quelli non direttamente operanti nella rete delle cure palliative sui seguenti temi:

1. la legge 38/10 e suoi articoli;
2. cosa sono le cure palliative e a chi sono rivolte;
3. la Rete delle Cure Palliative in Lombardia;
4. le modalità ed i criteri di accesso alla Rete delle Cure Palliative ed alle sue articolazioni erogative;
5. tipologie dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;
6. principali percorsi diagnostico-terapeutici, in particolare riferiti al trattamento farmacologico con morfina ed oppiacei

Alla luce di esperienze regionali pregresse relative a campagne informative in altre aree sanitarie (ad es. Rete dell'E/U, prelievi d'organo e tessuti) si ritiene che il materiale informativo venga predisposto a livello regionale con possibilità di personalizzazione di una parte dello strumento da parte delle Aziende/Soggetti erogatori della rete Cure palliative.

Le Campagne comunicative devono ottenere una diffusione capillare nel territorio: si ritiene fondamentale il coinvolgimento delle Società Scientifiche specificamente operanti nelle cure palliative e delle Organizzazioni del Terzo Settore. Va sollecitato il supporto dei Distretti socio sanitari, quello dei MMG e dei farmacisti, con possibilità di esposizione del materiale informativo all'interno degli studi medici, delle farmacie e nei locali delle ASL.

10 - PARTECIPAZIONE ALLO SVILUPPO DEL PROGETTO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE DI CUI ALL'ART. 6 DELLA LEGGE 38/2010

In una prima fase applicativa dell'art. 6 della legge 38/2010, sarà essere avviato sul territorio regionale un percorso attuativo omogeneo relativo a due aree di interfaccia fra medicina di base, medicina territoriale, medicina specialistica e medicina in area socio-sanitaria:

1. Attività formative volte alla omogeneizzazione dei linguaggi diagnostici e terapeutici nella terapia del dolore da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari
2. Condivisione ed utilizzo dei sistemi di misura e monitoraggio del dolore

11 - MONITORAGGIO SULLA RILEVAZIONE DEL DOLORE IN CARTELLA CLINICA AI SENSI DELL'ART. 7 DELLA LEGGE 38/2010

Con cadenza annuale, viene somministrato alle Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e ai Medici di medicina generale un Questionario finalizzato al monitoraggio dello stato di attuazione dell'art. 7 della legge e che, i risultati della rilevazione vengano diffusi a Responsabili Legali delle Strutture erogatrici e ai MMG.

**RETE
TERAPIA DEL DOLORE
REGIONE LOMBARDIA**

Introduzione

Elementi costitutivi della rete

Organizzazione della rete

Tipologia dei pazienti e criteri di eleggibilità

Tabella di sintesi dei requisiti

Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore

Centro Ospedaliero di Terapia del Dolore

Piani Diagnostico - Terapeutici Assistenziali

Premessa

Criticità

Metodologia sistematica di diagnosi e trattamento

1° Gruppi di Pazienti Omogenei per Dolore

2° Tre differenti Step di complessità diagnostica

Procedure Antalgiche

3° Quattro differenti Step di cura e Set assistenziali

Note bibliografiche

Tabella Dolore Sintomo e Dolore Malattia**Qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni****Comunicazione****Formazione****Partecipazione allo sviluppo del progetto art. 6 l. 38/2010****Monitoraggio rilevazione del dolore in cartella clinica**

La valutazione clinica "algologica" del paziente con Dolore (Allegato A)

Valutazione del paziente e DOLORE MALATTIA (Allegato B)

La Riabilitazione del Paziente con Dolore Cronico (Allegato C)

La Rete Regionale Cefalee (Allegato D)

Principali Prestazioni e Interventi per Livello del Centro e per Step di Cura (Allegato E)

Questionario CENTRI SPECIALISTICI EROGATORI DI TERAPIA DEL DOLORE (Allegato F)

Gruppo Approfondimento Tecnico
Terapia del Dolore 2012

INTRODUZIONE

L'obiettivo della Terapia del dolore è quello di garantire interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare, alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, fra loro variamente integrate allo scopo di elaborare un idoneo percorso terapeutico per il controllo del dolore.

La Rete regionale per la Terapia del dolore, volta a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera, al medico di medicina generale ed al domicilio, è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali ed assistenziali, dalle figure professionali e dagli interventi diagnostico-terapeutici disponibili a livello regionale, dedicate al controllo del dolore in tutte le fasi delle malattie. La Rete regionale di Terapia del dolore provvede altresì al supporto del nucleo familiare del malato.

La Rete è quindi un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del dolore, erogate nei diversi set assistenziali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone affette da dolore, indipendentemente dalla eziopatogenesi, riducendo il grado di disabilità della persona malata e favorendone il reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.

Negli ultimi trent'anni la Lombardia si è contraddistinta per l'istituzione e lo sviluppo di numerosi Centri eroganti Terapia del dolore, specificamente orientati al trattamento delle forme dolorose croniche, anche all'interno del Progetto Ospedale Senza Dolore di cui all'accordo in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, pubblicato sulla GU n. 149 del 29 giugno 2001, attualmente in fase di integrazione territoriale, prevista dall'art. 6 "Ospedale Territorio senza dolore" della legge 15 marzo 2010, n. 38, pubblicata sulla G.U. n. 65 del 19 marzo 2010 concernente: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e dal successivo Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, Rep. Atti 188/CSR.

Lo sviluppo del trattamento del Dolore acuto si è anch'esso sviluppato, avendo come riferimento i Servizi di Anestesia e Rianimazione, ed in relazione al d.d.g. Sanità n. 23454 del 30 dicembre 2004 "Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSP) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e l'adozione del "Manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore".

Lo sviluppo dei Centri, inserito nell'ultimo decennio all'interno dei Piani Organizzativi Aziendali delle Strutture Sanitarie, necessita di un ulteriore rafforzamento all'interno delle logiche di rete e di sistema. In particolare devono essere meglio definiti gli aspetti relativi all'utenza potenziale, ai criteri di accesso ed ai flussi dei malati, ai livelli organizzativo/gestionali, alla diffusione dei Centri sul territorio regionale, ai requisiti di accreditamento, al sistema di monitoraggio ed ai relativi indicatori, ai percorsi formativi e professionali del personale operante nella rete, alle campagne informative alla popolazione e all'integrazione con la Rete delle cure palliative e con le altre Reti di patologia, in particolare con la Rete delle cefalee.

Nello specifico, in attesa delle indicazioni nazionali previste dall'art. 5 comma 4, della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, è stato sinora definito, attraverso successivi atti normativi, un sistema tariffario di riferimento per le prestazioni di terapia del dolore erogate nei differenti set assistenziali, senza che esse facciano riferimento specifico all'ambito della Terapia del dolore.

Il presente documento definisce indirizzi per lo sviluppo della rete della Terapia del dolore in Regione Lombardia, in coerenza con l'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012, Rep. Atti 152/CSR, che approva il "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore" e con l'Accordo in Conferenza Stato Regioni del 16 dicembre 2010, Rep. Atti 239/CSR, su "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore".

Elementi costitutivi della rete

Elementi costitutivi della Rete di Terapia del dolore sono:

1. Struttura organizzativa Regionale di coordinamento della Rete di Terapia del dolore, istituita presso la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia, garantisce, tra l'altro, l'opportuna sinergia tra i Centri erogatori che costituiscono la rete;
2. Centri di Terapia del dolore di Secondo Livello (CTDSL), solo Ospedalieri;
3. Centri ambulatoriali di Terapia del dolore di Primo Livello (CTDPL), Ospedalieri (CTDPL-O) e Territoriali (CTDPL-T);
4. Ambulatori dei Medici di Medicina Generale; anche nelle forme di aggregazione funzionale previste dagli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale.

Organizzazione della rete

La Rete della Terapia del dolore in Lombardia, come in precedenza definita nei suoi elementi costitutivi, si articola sui seguenti livelli assistenziali erogativi:

1. Ospedaliero: prestazioni erogate dai CTDSL e dei CTDPL, secondo le specifiche indicazioni riportate;
2. Territoriale: prestazioni erogate dai CTDPL ambulatoriali presso strutture specialistiche non ospedaliere e presso strutture socio-sanitarie;
3. Domiciliare: prestazioni erogate da parte del MMG o da equipe dei CTDSL e dei CTDPL.

In base alle valutazioni epidemiologiche e dei bisogni si ritiene ipotizzabile e auspicabile a regime, uno standard ottimale di attivazione dei Centri Specialistici con un rapporto tendenziale di 1 CTDSL ogni 1,5 - 2 milioni di residenti e 1 CTDPL ogni 300.000 - 500.000 residenti.

Per il proprio funzionamento e monitoraggio la Rete di Terapia del dolore si avvale di una Struttura di Coordinamento Regionale, istituita presso la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia, che, in linea con quanto indicato dagli accordi stipulati in sede di Conferenza Stato Regioni:

- Concorre al monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore e dello stato di attuazione della rete (art.9 comma 1 della l. 38/2010);
- Concorre al controllo della qualità delle prestazioni erogate e alla valutazione dell'appropriatezza, da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- Promuove programmi obbligatori di formazione continua in Terapia del dolore coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge 38/2010 ;
- Partecipa alla definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza nell'ambito della rete.

Inoltre, ove richiesto:

- Elabora proposte di revisione del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di Terapia del dolore effettuabili negli Ambulatori specialistici;
- Elabora proposte di modifica ed integrazione delle principali prestazioni e procedure diagnostiche e terapeutiche di Terapia del dolore in riferimento ai Livelli dei Centri e agli Step di cura, in base alle evidenze acquisite in ambito scientifico;
- Propone linee e strumenti per l'applicazione degli articoli 6 e 7 della l. 38/2010.

La Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete della Terapia del dolore si integra con quella, analoga, per la Rete delle Cure palliative e per le Reti di patologia.

La Struttura organizzativa regionale di coordinamento si avvale di uno specifico Gruppo di lavoro costituito da professionisti esperti nominati presso la Direzione generale Sanità.

Tipologia dei pazienti e criteri di eleggibilità

Nella pratica clinica quotidiana vengono definiti "Pazienti con dolore cronico" tutti coloro che per periodi prolungati della loro vita, ma a volte anche per sempre, soffrono di dolore incontrollato. La continua presenza del dolore, a volte moderato e a volte intenso, spesso evidente conseguenza di una patologia cronica ma anche generato da complessi meccanismi tuttora poco conosciuti, interferisce con lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana determinando una condizione di disagio fisico, psicologico e sociale. Questi pazienti richiedono personale sanitario preparato al fine di diagnosticare, fin dalle prime fasi, i meccanismi che sostengono il dolore, di attuare scelte terapeutiche idonee e di intervenire sugli elementi responsabili della patologia dolorosa.

In base a valutazioni epidemiologiche di recenti studi internazionali si ritiene che la popolazione affetta da dolore cronico severo in Lombardia abbia una prevalenza quantificabile tra le 200.000 e 300.000 persone. L'utenza potenziale della Rete di Terapia, comprendendo anche i malati affetti da dolore cronico moderato, è valutabile tra le 600.000-800.000 unità.

Una stima approssimativa tratta dalla letteratura e dall'esperienza sul campo relativa ai pazienti affetti da "Dolore Malattia" li valuta al 3% di tutta la popolazione affetta da Dolore cronico, quindi con una prevalenza annua compresa fra le 18.000 le 24.000 unità.

Ai livelli della Rete della Terapia del dolore hanno accesso i malati affetti da Dolore cronico così come definiti.

Il paziente in età pediatrica affetto da forme complesse di dolore cronico non risolvibili dal Pediatra di Libera Scelta o in ambito ospedaliero, dovrà essere tratto dai Centri di Riferimento della Rete di Cure Palliative Pediatriche e del dolore pediatrico, di cui alla d.g.r. VIII/11085 del 27 gennaio 2010, in coerenza all'Intesa CSR 25 luglio 2012, anche in collaborazione con i CTDSL o i Centri specifici per le patologie cefalalgiche.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

TABELLA DI SINTESI DEI REQUISITI

di cui all'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. Rep. 152/CSR del 25 luglio 2012.

Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore.

(Centri di Terapia del Dolore di Primo Livello-**CTDPL**) - Centri Spoke

Livello	Ospedaliero (CTDPL-O) oppure Territoriale (CTDPL-T)
Requisiti accreditamento	Requisiti strutturali per l'attività in Strutture ambulatoriali rispondenti alle normative regionali, e/o per le Macroattività Ambulatoriali Complesse-MAC. Requisiti tecnologico-organizzativo per l'attività in Strutture ambulatoriali rispondenti alle normative regionali.
Attività minima	Vengono garantite almeno 18 ore settimanali per pazienti esterni (non in regime di ricovero).
Personale	Nel Centro Ambulatoriale deve operare almeno un Anestesista Rianimatore dedicato all'attività di Terapia del Dolore , supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un Infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva .
Prestazioni	Eroga tutte le prestazioni di Terapia del dolore previste in regime ambulatoriale (Allegato E). Alcune prestazioni ambulatoriali sono effettuabili solo presso i CTDPL-O. Garantisce una tempestiva attività di Consulenza Ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione). Garantisce consulenza antalgica per pazienti in Assistenza Domiciliare per i pazienti non deambulanti e laddove ritenuto indispensabile.
Documentazione e Procedure	Il Processo Assistenziale deve essere documentato. La Documentazione del Processo Assistenziale (PA) deve comprendere: Registro Prestazioni, Cartella clinica ambulatoriale, Relazione al medico curante comprensiva del Piano Diagnostico Terapeutico Antalgico (PDTA). Nella Cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: Inquadramento diagnostico, Valutazione del dolore con scale validate, Piano terapeutico, Consenso/i, Valutazione dell'efficacia del trattamento, Follow-up. Vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal Servizio. Vengono definite formalmente le procedure di interfaccia : con i MMG; con i CTDPL; con le Reti di Patologia; con le Strutture che erogano attività specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza. Viene attivata la raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale. Viene garantito l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della "Qualità percepita" da parte del paziente.

Centro Ospedaliero di Terapia del Dolore

(Centri di Terapia del Dolore di Secondo Livello-**CTDSL**) - Centri Hub.

Livello	Ospedaliero
Requisiti accreditamento	Requisiti strutturali rispondenti alle normative regionali per l'accreditamento delle Strutture eroganti procedure specialistiche diagnostico-terapeutiche nei seguenti ambiti: 1. ambulatoriali; 2. in Day-hospital/Day-surgery e/o in Macroattività Ambulatoriali Complesse-MAC; 3. in Degenza Ordinaria; 4. in Sala operatoria o in Sala di diagnostica per immagini. Requisiti Tecnologici generali per le attività di cui ai punti precedenti e strumentazioni per la diagnostica e terapia del sistema somato-sensoriale e autonomico.
Attività minima	Apertura minima del Centro: h 12 nei giorni feriali, integrata con sistema di reperibilità h 24 . Deve garantire con idonea strumentazione le attività previste. Attività ambulatoriale per esterni almeno cinque giorni la settimana (minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni di Terapia del Dolore previste in regime ambulatoriale e negli altri regimi precedentemente citati (allegato E).
Personale	Deve essere disponibile una equipe multi professionale di personale dedicato adeguato all'attività erogata, comprendente almeno 2 Specialisti in Anestesia e Rianimazione, Infermieri e Psicologi in numero e debito orario adeguati alle complessità dei quadri clinici e dei bisogni assistenziali (PDTA).

Organizzazione	L'attività in regime di Degenza Ordinaria, in Day Hospital o MAC, può essere espletata in Strutture autonome e dedicate oppure all'interno di altri ambiti di degenza ; in quest'ultimo caso deve essere predisposta una Procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità ed una Procedura che regoli la disponibilità della sala operatoria e/o di una sala di diagnostica per immagini. Le prestazioni erogate per pazienti degenti in altre UU.OO. sono comunque da considerare erogate dal Centro ospedaliero di Terapia del dolore, ai fini della determinazione dei volumi di attività del Centro. <i>Con successivi atti della Direzione Generale Sanità è prevista la definizione di un identificativo specifico (Codice) di individuazione dell'attività effettuata dai Centri accreditati in ambito di Terapia del dolore.</i>
Prestazioni	Garantisce l' attività procedurale specialistica diagnostica e terapeutica definite nell'allegato - PDTA e nell'allegato E. Garantisce una tempestiva attività di Consulenza Ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione). Garantisce consulenza antalgica per pazienti in Assistenza Domiciliare per i pazienti non deambulanti e laddove ritenuto indispensabile.
Documentazione e procedure	Il Processo Assistenziale deve essere documentato. La Documentazione del Processo Assistenziale (PA) deve comprendere: Registro Prestazioni, Cartella clinica ambulatoriale, Relazione al medico curante comprensiva del Piano Diagnostico Terapeutico Antalgico (PDTA). Nella Cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: Inquadramento diagnostico, Valutazione del dolore con scale validate, Piano terapeutico, Consenso/i, Valutazione dell'efficacia del trattamento, Follow-up. Vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal Servizio. Vengono definite formalmente le procedure di interfaccia : con il MMG; con i CTDPL; con la Rete locale delle Cure Palliative di riferimento del CTDSL; con le Reti di Patologia; con la Rete locale delle Cure Palliative Pediatriche (di cui alla d.g.r.VIII/11085/2010) per le specifiche problematiche relative al dolore cronico; con le Strutture che erogano attività specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza. Viene attivata la raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale. Viene garantito l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della "Qualità percepita" da parte del paziente.

PIANI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

Premessa

La legge 38/2010 e l'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, definiscono la Rete di Terapia del Dolore strutturandola in tre livelli tra loro strettamente integrati:

- 1° livello di base: gestito negli ambulatori del Medico di Medicina Generale (MMG) eventualmente organizzati in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali);
- 2° livello specialistico: Centro di Terapia del Dolore di Primo Livello – CTDPL, ospedaliero (CTDPL - O) o territoriale (CTDPL - T);
- 3° livello specialistico: Centro di Terapia del Dolore di Secondo Livello – CTDSL con sede esclusivamente ospedaliera.

Si integrano nelle Rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose acute e croniche.

I tre differenti livelli della Rete devono operare secondo modelli erogativi definiti e suddivisi in:

- A). Prestazioni ambulatoriali di base presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale;
- B). Prestazioni ambulatoriali specialistiche presso gli ambulatori dei CTDPL e CTDSL;
- C). Prestazioni ambulatoriali specialistiche di Terapia del Dolore effettuabili, come Macroattività Ambulatoriali Complesse (MAC), solo nei CTDPL-O e nei CTDSL;
- D). Prestazioni specialistiche di Terapia del Dolore effettuabili, in regime di ricovero diurno (Day Surgery/Day Hospital), solo nei CTDSL;
- E). Prestazioni specialistiche di Terapia del Dolore effettuabili, in regime di Ricovero Ordinario, solo nei CTDSL;
- F). Prestazioni specialistiche consulenziali di Terapia del dolore (medico ed infermieristiche) effettuate presso i differenti setting di cura (di norma presso le Unità operative di degenza ordinaria), comprendendo anche il domicilio del malato, le Strutture ambulatoriali di base (MMG o Distretti), le Strutture Socio Sanitarie (RSA).

La Rete di Terapia del Dolore deve operare inoltre in stretta correlazione funzionale con la Rete di Cure Palliative (Adulti e Pediatrica) e con le altre Reti di Patologia.

Criticità

Il Sistema internazionale di offerta di cura del dolore vive attualmente un confronto dialettico e culturale tra Centri specialisti che privilegiano un approccio psicologico-comportamentale, e quelli la cui attività clinica è prevalentemente basata sull'effettuazione di procedure interventistiche estemporanee, cosiddette "gunshot".
Inoltre, nella pratica clinica quotidiana, le equipe operanti nei Centri specialistici si trovano di fronte classicamente a due tipologie di pazienti: quelli cronicamente sofferenti perché la patologia, che di base causa il dolore, è di tipo cronico (Dolore Cronico quale Sintomo) e quelli che sviluppano una condizione di dolore cronico che, indipendentemente dalla patologia di base, è associato a documentate problematiche psicofisiche e sociali (Dolore Malattia).
Per affrontare questa doppia criticità l'unica via è quella di elaborare Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali Individuali (PDTAI) che tengano conto, in primo luogo, dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, e che inoltre si sviluppino a partire da precisi approcci

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

diagnostici, in particolare algologici. Ciò consente di attuare scelte terapeutiche e di supporto ottimali che declinano il PDTI nei diversi setting assistenziali e di vita del malato e della famiglia anche in considerazione dei differenti Soggetti erogatori (concetto di intervento in "rete").

Il Documento elaborato sviluppa una metodologia sistematica di diagnosi e trattamento dei pazienti con Dolore Cronico e con Dolore Malattia che tiene conto dei diversi quadri clinici (secondo la tassonomia della International Association Study of Pain - IASP, 2011), delle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche attualmente disponibili (secondo le Linee Guida internazionali più recenti).

Il sistema di cura erogato dalla Rete deve essere continuamente monitorato al fine di migliorare costantemente i livelli prestazionali rivolti al paziente e alle loro famiglie.

Metodologia sistematica di diagnosi e trattamento

1° Gruppi di Pazienti Omogenei per Dolore

In base alle più recenti evidenze scientifiche è possibile raggruppare i pazienti affetti da dolore in due macro-aggregazioni: ciò ai fini diagnostici, terapeutici, gestionali, di monitoraggio e della eventuale definizione del sistema di rimborso tariffario.

Le attuali conoscenze ci permettono infatti di identificare, dal punto di vista di un inquadramento generale, (Figura 1):

- Il Dolore "Sintomo" connesso a patologie di varia natura. In questa tipologia è possibile distinguere due sottoinsiemi, applicando specifici criteri diagnostici patogenetici: il dolore nocicettivo somato-viscerale ed il dolore neuropatico.
- Il Dolore "Malattia", entità nosologica che, in presenza o meno della patologia algogena prima causa del dolore, è caratterizzata da un quadro di dolore perdurante nel tempo, sempre associato a documentata problematica fisica, psicologica e sociale (causalmente dipendenti dal quadro doloroso).

DOLORE SINTOMO		DOLORE MALATTIA
DOLORE NOCICETTIVO	DOLORE NEUROPATICO	
Dolore di origine somato-viscerale per patologie di varia natura. Es. lombalgia, osteoartrosi, spondilosi, mialgie, tenosinoviti, disturbi del circolo, gastropatie, ecc.	Dolore che origina da lesioni o malattie che interessano il sistema somato-sensoriale periferico o centrale. Es. mono-polineuropatie, radicolopatie (sciatica), dolore centrale, herpes zooster, ecc.	Entità nosologica che, in presenza o meno della patologia algogena inizialmente causale, è caratterizzata da un livello di particolare complessità: comprende un quadro tipico di dolore perdurante nel tempo, associato a documentate problematiche fisiche, psicologiche e sociali (causalmente dipendenti dal quadro doloroso).

Figura 1

Alla Classificazione di cui sopra ed ai relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (desunti dalla letteratura scientifica corrente) si è fatto corrispondere un Sistema a matrice che, in base al quadro clinico di presentazione, al professionista al quale il paziente si rivolge, al set assistenziale ed alla risposta clinica, vengono dinamicamente definiti ruoli, funzioni, prestazioni effettuabili, limiti diagnostico terapeutici e poteri certificativi (Figura 2)

DOLORE SINTOMO		DOLORE MALATTIA
DOLORE NOCICETTIVO	DOLORE NEUROPATICO	
Dolore di origine somato-viscerale per patologie di varia natura. Es. lombalgia, osteoartrosi, spondilosi, mialgie, tenosinoviti, disturbi del circolo, gastropatie, ecc.	Dolore che nasce la lesioni o malattie che interessano il sistema somato-sensoriale periferico o centrale. Es. mono-polineuropatie, radicolopatie (sciatica), dolore centrale, herpes zooster, ecc.	Entità nosologica che, in presenza o meno della patologia algogena inizialmente causale, è caratterizzata dal seguente quadro di complessità: da un quadro tipico di dolore perdurante nel tempo, associato a documentate problematiche fisiche, psicologiche e sociali (causalmente dipendenti dal quadro doloroso).
MMG		
Centro TD di Primo Livello (CTDPL) Ospedaliero o Territoriale		
Centro TD Secondo Livello (CTDSL), Ospedaliero		

Figura 2

2° Tre differenti Step di complessità diagnostica

Anche dal punto di vista del percorso diagnostico, le attuali conoscenze permettono di identificare un approccio al dolore caratterizzato da 3 Step di complessità (Figura 3).

- Il primo ha quali finalità principali quelle di valutare le variabili quali-quantitative del dolore e di stratificare i pazienti nelle tipologie di dolore precedentemente indicate (Figura 2). Per le valutazioni e i successivi aspetti terapeutici si fa riferimento al documento del 2010 "Il dolore cronico in medicina generale" edito dal Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf
- Il secondo, avvalendosi di procedure strumentali ha la finalità di identificare, individuare ed obbiettivare la lesione tissutale o del sistema somato-sensoriale.

- Il terzo, avvalendosi di approcci multidisciplinari, definisce gli aspetti delle problematiche bio-psico-sociali del paziente.

I tre Step sono orientati ad identificare i meccanismi patogenetici per poter attuare una terapia selettiva ed efficace. Poiché la diagnosi algologica rappresenta il momento decisivo per l'attuazione del nuovo "Sistema di trattamento", la valutazione "globale" del paziente ha caratteristiche peculiari nel contesto delle prestazioni specialistiche, in particolare per il tempo necessario ad effettuare la prima valutazione e i successivi controlli del paziente.

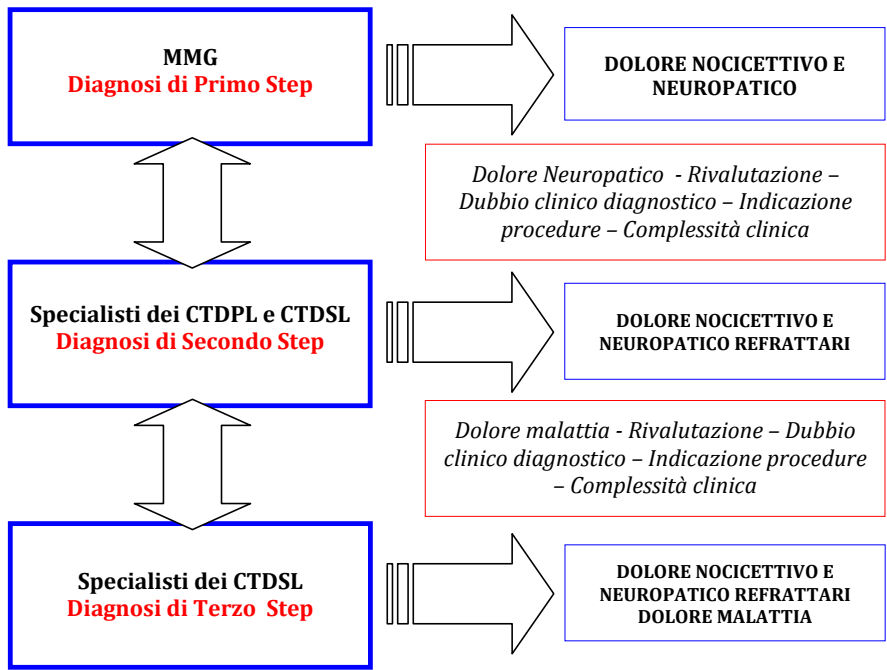


Figura 3

Procedure Antalgiche

Le differenti procedure antalgiche devono essere effettuate nei set così come riportato nell'Allegato E. Alcune procedure antalgiche, effettuabili in regime di M.A.C., Day Surgery e di Ricovero Ordinario (Allegato E), devono essere eseguite in sala radiologica attrezzata o in sala operatoria dotata di intensificatore di brillanza. La scelta è compito dell'operatore.

3° Quattro differenti Step di cura e Set assistenziali

Alla luce delle attuali conoscenze si possono distinguere i diversi trattamenti tenendo conto anche delle regole che ne governano i differenti Livelli erogativi e Set di cura.

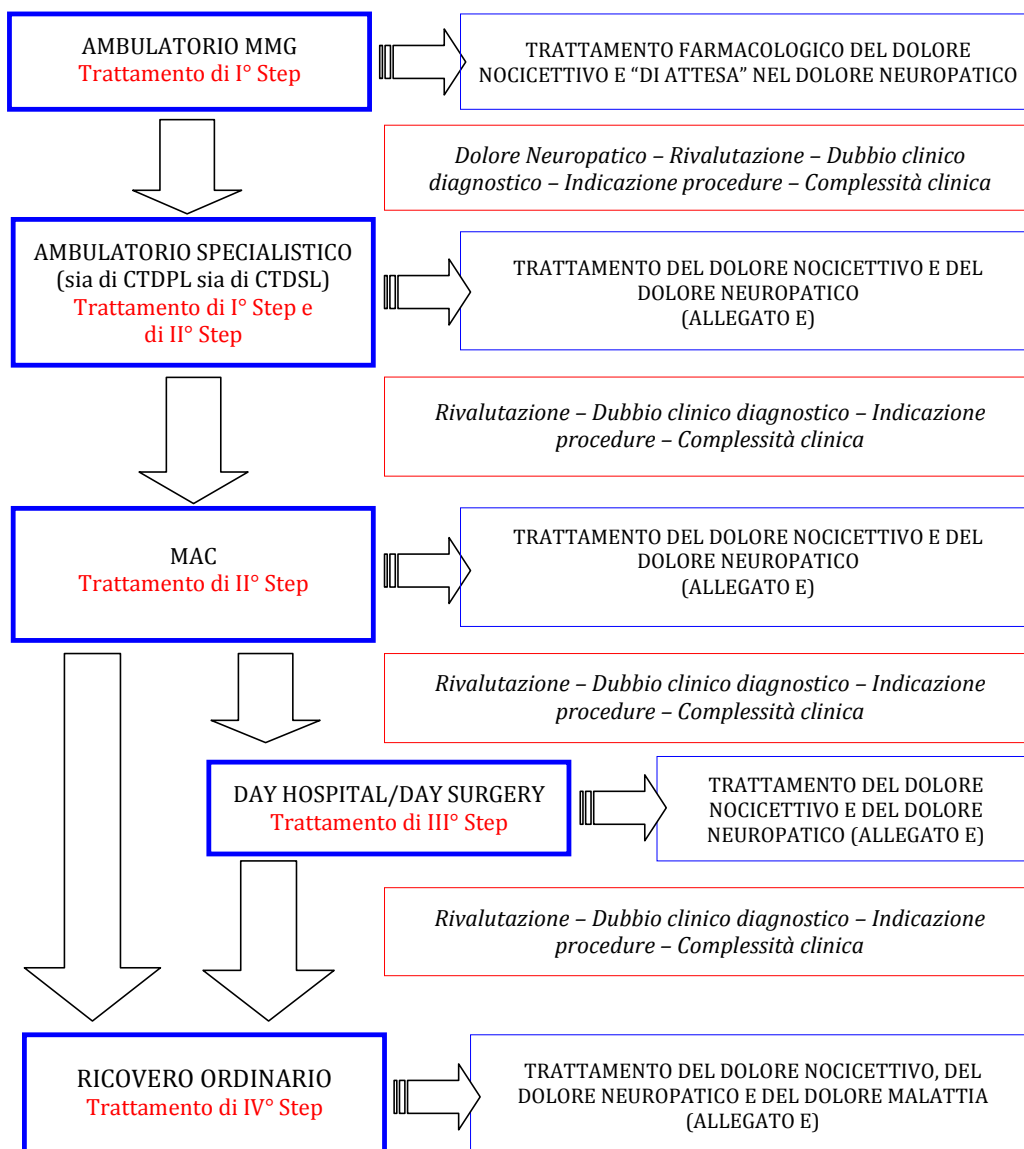


Figura 4

Schema quattro Step di trattamento e Set assistenziali (Allegato E)

Note Bibliografiche

- *Classification of Chronic Pain, Second Edition*, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994.
- *Linee guida della American Family Physician Chronic Nonmalignant Pain in Primary Care*
ROBERT P. JACKMAN, MD, and JANEY M. PURVIS, MD, Cascades East Family Medicine
Residency Program, Oregon Health and Science University, Klamath Falls, Oregon.
BARBARA S. MALLETT, MD, Spinal Diagnostics, Tualatin, Oregon.
Downloaded from the American Family Physician Web site at www.aafp.org/aafp. Copyright © 2008
- *Assessment of Neuropathic Pain in Primary Care*
The American Journal Of Medicine (2009) 122, S13-S21
- *New Zealand Acute Low Back Pain Guide (2004)*
www.acc.co.nz/PRD.../prd_ctrb112930.pdf
- *Neuropathic pain. The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non specialist settings. Issued: March 2010 NICE clinical guideline 96.*
- *Assessment and Management of Chronic Pain*
Fifth Edition/November 2011 Copyright © 2011 by Institute for Clinical Systems Improvement
www.icsi.org

- *Chronic pain: identification, assessment and referral of patient with chronic pain syndrome*
Formal consensus - HAS Board in December 2008.
Haute Autorité de Santé - www.has-sante.fr
- *Recommendations for patient selection in spinal cord stimulation* *Journal of Clinical Neuroscience* 18 (2011) 1295-1302 "The failed back surgery syndrome": Definition and therapeutic algorithms - An update.
European Journal of Pain Supplements 4 (2010) 273-286
- *Using the SAFE Principles When Evaluating Electrical Stimulation Therapies for the Pain of Failed Back Surgery Syndrome*
Neuromodulation: Technology at the Neural Interface 2011
- *An Algorithmic Approach for Clinical Management of Chronic Spinal Pain* *Pain Physician* 2009; 12:E225-E264
- *An interdisciplinary guideline development process: the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain guidelines*
Implementation Science 2007, 2:36
- *Interventional Techniques: Evidence-based Practice Guidelines in the Management of Chronic Spinal Pain*
Pain Physician 2007; 10:7-111
- *A Critical Review of the American Pain Society Clinical Practice Guidelines for Interventional Techniques: Part 1. Diagnostic Interventions*
Pain Physician 2010; 13:E141-E174
- *Chronic pain: not only a matter of time.*
Minerva Anesthesiol. 2012 Jun;78(6):704-11.
- *Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment*
Lancet Neurol 2010; 9: 807-19
- *Practice Guidelines for Chronic Pain Management*
Anesthesiology 2010; 112:1-1

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Dolore Sintomo (DS)

- a) **Nocicettivo (somatico e viscerale) (DSNoc)**
b) **Neuropatico (periferico e centrale) (DSNeu)**

Dolore Malattia (DM)

- I relativi Step diagnostici e gli Step terapeutici sono descritti nelle figure 3 e 4
- Le tipologie degli interventi ed gli ambiti erogativi sono descritte nell'All. E
- Metodo diagnostico e criteri di identificazione del dolore malattia sono descritti negli All. A e B
- Gli aspetti riabilitativi sono trattati nell'All. C

Medico	Compiti	Note
MMG	A. Giungere ad una diagnosi del tipo di dolore per una scelta appropriata del trattamento. B. Prescrivere accertamenti di laboratorio e radiologici, rivalutando il paziente alla luce degli esiti ottenuti. C. Richiedere visite consulenziali per patologie di origine viscerale o somatiche qualora intraveda possibili soluzioni radicali del processo patologico. D. Inviare ai CTDPL e dei CTDSL i pazienti con dolore neuropatico, i pazienti che non hanno risposto in modo soddisfacente (riduzione persistente del dolore di meno del 50% del dolore iniziale dopo tre mesi di cura) alla terapia, i pazienti che possono essere trattati con blocchi o interventi antalgici. E. Seguire i criteri di trattamento del primo Step della metodologia di trattamento (figura 2, 3 e 4) che prevede la prescrizione della terapia farmacologica per il dolore nocicettivo, nonché eventuali terapie fisiche e complementari. F. Predisporre una terapia di attesa nei casi di dolore neuropatico prima di inviare i pazienti ai CTDPL e CTDSL G. Inviare direttamente ai CTDPL e CTDSL i casi ritenuti dubbi o complessi. H. Eseguire il follow up dei suoi assistiti e di quelli da lui inviati ai CTDPL e CTDSL	L'obiettivo prioritario della valutazione clinica del paziente (Allegato A) affetto da dolore nocicettivo e la definizione del percorso di cura (figura 4).
Specialisti di discipline differenti dall'Anestesista e Rianimazione a cui afferiscono pazienti con dolore	A. Giungere ad una diagnosi clinica e strumentale delle patologie dolorose specifiche (<i>Centri cefalee, reumatologici, ecc.</i>). A. Prescrivere approfondimenti diagnostici di tipo specialistico ed effettuare successive rivalutazioni del paziente. B. Eseguire trattamenti e procedure terapeutiche specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza. C. Inviare ai CTDPL e CTDSL i pazienti che non hanno risposto in misura soddisfacente ai trattamenti eseguiti nell'ambito delle tipiche competenze della disciplina (riduzione persistente del dolore di meno del 50% del dolore iniziale dopo tre mesi di cura).	Lo specialista tratta i pazienti affetti da patologia dolorosa di competenza (ad esempio patologie reumatologiche o neurologiche) e segue le linee guida di diagnosi e trattamento delle rispettive Società Scientifiche.
Specialista in Anestesia e Rianimazione per la Terapia del dolore.	A. Giungere ad una diagnosi clinica e strumentale (diagnosi di Primo e Secondo Step) del quadro clinico per identificare la sede di origine, il tipo di dolore e di danno tissutale somato-viscerale e delle vie somato-sensoriali (diagnosi algologica clinica e strumentale specialistica), il meccanismo patogenetico che genera e sostiene il dolore, il grado di disabilità correlato al dolore, gli aspetti psicosociali connessi ed i comportamenti reattivi. B. Chiedere visite consulenziali a Specialisti di branca nei casi in cui lo ritenga necessario. C. Prescrivere ed attuare i diversi trattamenti farmacologici, quelli di blocco, nonché quelli invasivi, seguendo le linee guida delle Società Scientifiche con specifico interesse algologico (Allegato E). D. Eseguire il follow up dei pazienti assistiti in stretta collaborazione con il MMG di riferimento. E. Differenziare tra "Dolore Sintomo" e "Dolore Malattia" F. Prendere in carico solo nei CTDSL i pazienti con "Dolore Malattia" eventualmente inviati dai CTDPL: 1) completando il percorso diagnostico e terapeutico multispecialistico; 2) definendo un piano individuale di cura e di riabilitazione che preveda interventi di tipo psico-relazionale-affettivo e sociale in una visione olistica della problematica. (Allegato C)	Lo Specialista utilizza strumenti diagnostici specifici e si avvale delle tecnologie diagnostiche (ad esempio imaging e neurofisiologici) presenti nella struttura ospedaliera o tramite percorsi predefiniti, anche in regime di consulenza. Solo nei CTDSL si possono effettuare, in regime di ricovero, tecniche di disintossicazione per abuso di farmaci, da parte di pazienti affetti da Dolore cronico o da Dolore Malattia (<i>Terzo Step di diagnosi</i>).

Medico	Compiti	Note
	G. Programmare e attuare colloqui con i famigliari, i case manager, il care manager ed i care giver ove presenti H. Programmare e attuare consulenze domiciliari nel bacino d'utenza.	Predisposizione della documentazione attestante la condizione di paziente affetto di "Dolore Cronico" Lo Specialista che opera nei CTDPL e CTDSL predispone la documentazione necessaria per proporre i casi di dolore cronico, delineandone le caratteristiche cliniche basate su valutazioni multidisciplinari. Predisposizione della documentazione attestante la condizione di paziente affetto da "Dolore malattia" Solo lo Specialista che opera nel CTDSL predispone la documentazione necessaria per proporre i casi di dolore cronico, delineandone le caratteristiche cliniche basate su valutazioni multidisciplinari.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DI SERVIZI E PRESTAZIONI

La Rete della Terapia del dolore promuove qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, in accordo con gli indirizzi regionali in materia. La Rete garantisce l'utilizzo regolare degli strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei famigliari per le cure prestate durante il periodo di assistenza.
La Struttura regionale di Coordinamento definisce un sistema di monitoraggio di indicatori quali - quantitativi.
Gli indicatori prenderanno in considerazione aspetti di tipo organizzativo/gestionale e di percorso quali:

- Monitoraggio della qualità della Terapia del dolore erogata dai Centri accreditati;
- Definizione dei criteri per il reclutamento e valutazione periodica del personale;
- Percorso assistenziale (continuità, intensità, integrazione professionale);
- Appropriatezza allocativa delle risorse.

Una prima fase riguarda la valutazione della situazione relativa all'offerta presente a livello regionale. Tale fase prevede la compilazione di un questionario ad hoc, così come definito nell'allegato F.
La successiva fase prevede la definizione dell'assetto della Rete Regionale di riferimento, articolata in livelli, secondo quanto previsto dall'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, Rep. 152/CSR

COMUNICAZIONE

Popolazione

Le attività di informazione e di comunicazione istituzionale volte a informare la popolazione dovranno vertere sui seguenti temi :

- la legge 38/10 ed in particolare i diritti sanciti nell'articolo 1;
- cosa è la Terapia del dolore e a chi è rivolta;
- la Rete della Terapia del Dolore e gli operatori coinvolti;
- le modalità di accesso alla Rete della Terapia del dolore ed alle sue articolazioni erogative;
- la tipologia dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;
- le terapie principali, in particolare quelle relative al trattamento farmacologico con morfina ed oppiacei, in modo tale da contrastare l'oppiofobia attualmente diffusa.

Professionisti /operatori coinvolti a livello ospedaliero e territoriale

Saranno organizzate campagne istituzionali volte ad informare i professionisti e gli operatori sia quelli operanti e sia quelli non direttamente operanti nella rete delle cure palliative sui seguenti temi:

- la legge 38/10 e suoi articoli;
- cosa è la Terapia del dolore e a chi è rivolta;
- la Rete della Terapia del dolore in Lombardia;
- le modalità ed i criteri di accesso alla Rete della Terapia del dolore ed alle sue articolazioni erogative;
- tipologie dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;
- principali percorsi diagnostico-terapeutici, in particolare riferiti al trattamento farmacologico con morfina ed oppiacei

Alla luce di esperienze regionali pregresse relative a campagne informative in altre aree sanitarie (ad es. Rete dell'E/U, prelievi d'organo e tessuti) si ritiene che il materiale informativo debba essere predisposto a livello regionale con possibilità di personalizzazione di una parte dello strumento da parte di Centri erogatori della rete della Terapia del Dolore.
Le Campagne comunicative devono ottenere una diffusione capillare nel territorio: si ritiene fondamentale il coinvolgimento delle Società Scientifiche specificamente operanti nella Terapia del dolore. Va sollecitato il supporto dei Distretti socio sanitari, quello dei MMG e dei farmacisti, con possibilità di esposizione del materiale informativo all'interno degli studi medici, delle farmacie e nei locali delle ASL.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

FORMAZIONE

La formazione del personale operante nella Rete della Terapia del dolore rappresenta un punto fondamentale per l'applicazione della legge 38/2010 e per la sua qualificazione.

I percorsi formativi istituzionali a livello universitario dovranno tener conto di quanto contenuto nei decreti attuativi di cui all'art.8 comma 1 della legge 38/2010 del 4 aprile 2012 pubblicati in GU il 16 aprile 2012, ad oggi relativi ai Master Universitari.

La formazione continua deve essere definita in base a Piani formativi pluriennali, rivolti innanzitutto agli operatori della rete. Si ritiene opportuno che una attività formativa di base sia rivolta a tutto il personale sanitario e socio sanitario operante in regione.

PARTECIPAZIONE ALLO SVILUPPO DEL PROGETTO ART. 6 L. 38/2010

In una prima fase applicativa dell'art. 6 della legge 38/2010 "Art. 6. (Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore»). 1. Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati «Ospedale senza dolore» istituiti in attuazione del progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, che assume la denominazione di progetto «Ospedale-Territorio senza dolore», è autorizzata la spesa di 1.450.000 euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l'anno 2011. 2. Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale. 3. Con l'accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1."

sarà essere avviato sul territorio regionale un percorso attuativo omogeneo relativo a due aree di interfaccia fra medicina di base, medicina territoriale, medicina specialistica e medicina in area socio-sanitaria:

1. Attività formative volte alla omogeneizzazione dei linguaggi diagnostici e terapeutici nella terapia del dolore da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari;
2. Condivisione ed utilizzo dei sistemi di misura e monitoraggio del dolore.

MONITORAGGIO RILEVAZIONE DEL DOLORE IN CARTELLA CLINICA

Con cadenza annuale, verrà somministrato alle Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e ai Medici di medicina generale un Questionario finalizzato al monitoraggio dello stato di attuazione dell'art. 7 della legge 38/2010 ed i risultati della rilevazione verranno diffusi ai Responsabili Legali delle Strutture erogatrici e ai MMG.

— • —

LA VALUTAZIONE CLINICA “ALGOLOGICA” DEL PAZIENTE CON DOLORE

INTRODUZIONE

Molto è stato scritto a riguardo della valutazione clinica del paziente con dolore. Gli aspetti semantici del dolore e la sua intensità percepita hanno rappresentato per molti anni gli elementi fondamentali per la diagnosi, per la differenziazione della tipologia di dolore (nocicettivo o neuropatico) e per la scelta terapeutica. Alcune espressioni utilizzate dal malato (dolore urente, senso di anestesia, formicolio, ecc.) rappresentano ancor oggi indicatori ritenuti utili per la diagnosi differenziale tra dolore nocicettivo e dolore neuropatico. I “Questionari di valutazione del dolore neuropatico”, si basano su espressioni soggettive che i pazienti utilizzano per descrivere il dolore. Solo in alcuni Questionari compaiono anche i sintomi evocati come l’allodinia dinamica-meccanica. La pratica clinica quotidiana ha però, nel tempo, dimostrato che la qualità del dolore percepito dal paziente e la sua intensità non sono così determinanti per la diagnosi. Poiché la scelta di un trattamento diviene oggi sempre più mirata alla tipologia di dolore e al meccanismo patogenetico che lo genera, diviene sempre più importante disporre di criteri diagnostici oggettivabili e facilmente rivelabili. Gli aspetti clinici più importanti sono:

- 1. Il dolore neuropatico periferico si manifesta nel territorio di innervazione di un nervo periferico, di un plesso, di una radice spinale.
- 2. Nel territorio di dolore si possono rilevare sintomi negativi e sintomi positivi; alcuni di questi ultimi possono essere correlati al danno tissutale, altri al coinvolgimento dei neuroni spinali.

La valutazione clinica del paziente con dolore “Bedside” avviene attraverso l’esecuzione delle tre manovre, di seguito elencate, indispensabili per porre una ipotesi diagnostica.

PRIMA MANOVRA

Obiettivo: ipotizzare una tipologia di dolore sulla base della distribuzione ed estensione del dolore.
Metodo: disegnare e confrontare l’area di dolore con le aree di innervazione (di cordoni midollare, radici, plessi, nervi periferici), con le mappe osteotomiche, con le aree di dolore riferito nelle patologia viscerali e miofasciali. Questa manovra viene eseguita intervistando il paziente.

SECONDA MANOVRA

Obiettivo: rafforzamento dell’ipotesi di dolore neuropatico sulla base della presenza o meno, del danno di fibra nervosa.
Metodo: ricercare nell’area di dolore la presenza di deficit del sistema somato-sensoriale. Sono in particolare utilizzati tre stimoli, quello tattile, quello puntiforme (pinprick) e lo stimolo caldo, perché facilmente utilizzabili nella pratica clinica in ogni set assistenziale, anche a livello ambulatoriale (Arning 2009). Un batuffolo di cotone, una punta smussa e una provetta contenente acqua calda sono strumenti semplici, facilmente reperibili ed a basso costo. Gli stimoli applicati sono essenziali per l’identificazione dell’integrità delle fibre nervose, rispettivamente di quelle tattili, nocicettive mieliniche e nocicettive amieliniche. Nelle linee guida di valutazione del dolore neuropatico della *European Federation of Neurological Societies* (EFNS 2011) vengono riportate le tre fibre del sistema somato-sensoriale, A beta, Adelta e C, e gli stimoli utili per la loro identificazione. (Tabella 1).

Table 1 Summary of choice methods of assessing nerve function per sensation

Fibre	Sensation	Testing		
		Clinical	Quantitative sensory testing	Laboratory
Aβ	Touch Vibration	Piece of cotton wool Tuning fork (128 Hz)	von Frey filaments Vibrameter ^a	Nerve conduction studies, SEPs ^b
Aδ	Pinprick Cold	Cocktail stick Thermoroller	Weighted needles Thermotest ^d	LEPs ^c None
C	Warmth Burning	Thermoroller None	Thermotest ^d Thermotest ^d	Skin biopsy

Tabella 1 Strumenti diagnostici. Cruccu et Al. - 2011

I tre stimoli (tattile, puntiforme e caldo), vanno applicati nell’area del dolore in successione, annotando gli eventuali ed evidenti deficit presenti. E’ sempre opportuno ripetere l’esame in riferimento alle frequenti difficoltà comunicative che possono insorgere nella relazione con il paziente. Va dato significato patologico alle evidenti perdite delle sensibilità e non alle forme sfumate o a macchia di leopardo.

TERZA MANOVRA

Obiettivo: identificare nel territorio di dolore la presenza di sintomi “positivi” (allodinie e/o iperalgesie) indici di sensibilizzazione dei nocicettori periferici o dei neuroni spinali.
Metodo: Si basa sulla applicazione di stimoli, come quello tattile (sfioramento della cute con un batuffolo di cotone o pennello) o quello ottenuto o stimoli meccanici lievi (pinprick, pressione) o movimenti attivi e passivi di segmenti corporei (Tabella 2 e 3).

Le manovre sopra descritte devono essere associate alla raccolta anamnestica e alla valutazione clinica generale del paziente comprendenti gli aspetti soggettivi.
E’ importante sottolineare che per superare la fase di ipotesi diagnostica ed arrivare a porre diagnosi certa di dolore neuropatico è necessaria l’effettuazione di indagini strumentali specifiche neurofisiologiche e/o algologiche.

Table 2. Definition and Assessment of Negative and Positive Sensory Symptoms and Signs in Neuropathic Pain

Symptom or Sign	Definition	Assessment, Bedside Examination	Expected Pathologic Response
Negative signs and symptoms			
Hypoesthesia	Reduced sensation to nonpainful stimuli	Touch skin with paintbrush, cotton swab, or gauze.	Reduced perception, numbness.
Pall-hypoesthesia	Reduced sensation to vibration	Apply tuning fork on bone or joint.	Reduced perception.
Hypoalgesia	Reduced sensation to painful stimuli	Prick skin with single pin stimulus.	Reduced perception, numbness.
Therm-hypoesthesia	Reduced sensation to cold/warm stimuli	Contact skin with objects at 10°C (metal roller, glass with water, coolant such as acetone). Contact skin with objects at 45°C (metal roller, glass with water).	Reduced perception.
Spontaneous sensations or pain			
Paresthesia	Nonpainful ongoing sensation (ant crawling).	Grade intensity (0–10). Area in cm ² .	—
Paroxysmal pain	Shooting electrical attacks for seconds.	Number per time. Grade intensity (0–10). Threshold for evocation.	—
Superficial pain	Painful ongoing sensation often of burning quality.	Grade intensity (0–10). Area in cm ² .	—
Evoked pain			
Dynamic mechanical allodynia	Normally nonpainful light, moving stimuli on skin evoke pain.	Stroking skin with paintbrush, cotton swab, or gauze.	Sharp burning superficial pain. Present in the primary affected zone but spread beyond into unaffected skin areas (secondary zone).
Static mechanical allodynia	Normally nonpainful gentle static pressure stimuli on skin evoke pain.	Manual gentle mechanical pressure at the skin.	Dull pain. Present in the area of affected (damaged or sensitized) primary afferent nerve endings (primary zone).
Mechanical punctate, pinprick hyperalgesia	Normally stinging but not painful stimuli evoke pain.	Manual pricking the skin with a safety pin, sharp stick, or stiff von Frey filament.	Sharp superficial pain. Present in the primary affected zone but spread beyond into unaffected skin areas (secondary zone).
Temporal summation	Repetitive application of identical single noxious stimuli is perceived as increasing pain sensation (wind-up-like pain).	Pricking skin with safety pin at interval <3 s for 30 s.	Sharp superficial pain of increasing intensity.
Cold allodynia	Normally nonpainful cold stimuli evoke pain.	Contact skin with objects at 20°C (metal roller, glass with water, coolants like acetone). Control: contact skin with objects at skin temperature.	Painful often burning temperature sensation. Present in the area of affected (damaged or sensitized) primary afferent nerve endings (primary zone).
Heat allodynia	Normally nonpainful heat stimuli evoke pain.	Contact skin with objects at 40°C (metal roller, glass with water). Control: contact skin with objects at skin temperature.	Painful burning temperature sensation. Present in the area of affected (damaged or sensitized) primary afferent nerve endings (primary zone).
Mechanical deep somatic allodynia	Normally nonpainful pressure on deep somatic tissues evokes pain.	Manual light pressure at joints or muscles.	Deep pain at joints or muscles.

Tabella 2

Il dolore evocato. Arning 2009

Evoked pain			
Mechanical dynamic allodynia	Pain from normally non-painful light moving stimuli on skin	Stroke skin with painter's brush, cotton swab, or gauze	Sharp burning superficial pain; present in the primary affected zone but spreads beyond into unaffected skin areas (secondary zone)
Mechanical static hyperalgesia	Pain from normally non-painful gentle static pressure stimuli on skin	Apply manual gentle mechanical pressure to skin	Dull pain; present in the area of affected (damaged or sensitised) primary afferent nerve endings (primary zone)
Mechanical punctate, pin-prick hyperalgesia	Pain from normally stinging but non-painful stimuli	Prick skin with a safety pin, sharp stick, or stiff von Frey hair	Sharp superficial pain; present in the primary affected zone but spreads beyond into unaffected skin areas (secondary zone)
Temporal summation	Increasing pain sensation (wind-up-like pain) from repetitive application of identical single noxious stimuli	Prick skin with safety pin at intervals of <3 s for 30 s	Sharp superficial pain of increasing intensity
Cold hyperalgesia	Pain from normally non-painful cold stimuli	Contact skin with objects of 20°C (metal roller, glass with water, coolants such as acetone); control: contact skin with objects of skin temperature	Painful, often burning, temperature sensation; present in the area of affected (damaged or sensitised) primary afferent nerve endings (primary zone)
Heat hyperalgesia	Pain from normally non-painful heat stimuli	Contact skin with objects of 40°C (metal roller, glass with water); control: contact skin with objects of skin temperature	Painful burning temperature sensation; present in the area of affected (damaged or sensitised) primary afferent nerve endings (primary zone)
Mechanical deep somatic hyperalgesia	Pain from normally non-painful pressure on deep somatic tissues	Apply manual light pressure at joints or muscles	Deep pain at joints or muscles

Tabella 3

Il dolore evocato. Baron 2010

Note Bibliografiche

- Kathrin Arning and Ralf Baron: *Evaluation of Symptom Heterogeneity in Neuropathic Pain Using Assessments of Sensory Functions Neurotherapeutics: Vol. 6, 738-748, October 2009*
- Haanmpaa M. et AL: *NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain 152 (2011) 14-27*
- G. Cruccu et Al. *EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. European Journal of Neurology 2010*
- *Assessing symptom profiles in neuropathic pain clinical trials: Can it improve outcome? European Journal of Pain 15 (2011) 441-443*
- Misha-Miroslav Backonja, MD and Bradley S. Galer, MD: *pain assessment and evaluation of patients who have neuropathic pain.. Neurologic clinics Volume 16 number 4 - november 1998*
- Keela Herr, *Neuropathic Pain: A Guide to Comprehensive Assessment Pain Management Nursing, Vol 5, No 4, suppl 1 (December), 2004: pp 9-18*
- Ralf Baron, Andreas Binder, Gunnar Wasner *Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment Lancet Neurol 2010; 9: 807-19*

— • —

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E DOLORE MALATTIA

Caratteristiche della "DOLORE MALATTIA" per una sua semplice identificazione (*Bonica's Management of pain, 2001*)

Qualunque sia la sede, l'estensione, l'intensità del dolore percepito e la sua patogenesi, è possibile ipotizzare la presenza di "Dolore Malattia" se il dolore persiste in per un lungo periodo che va oltre il tempo considerato congruo per una fisiologica guarigione. Per la diagnosi di Dolore Malattia si deve far riferimento ad alcune specifiche caratteristiche per ciascuna delle seguenti aree di seguito riportate ricordando che la diagnosi è sempre frutto di un processo diagnostico multidisciplinare:

1. AREA CLINICA RELATIVA ALLA NON PROPORZIONALITA'

- a. Esiste una scarsa correlazione tra il livello di dolore riferito, i dati clinici ed i risultati dei test diagnostici e il grado di invalidità osservabile.
- b. Il processo patologico appare stabile, o inesistente, o comunque ad un livello tale da non interferire con la progressione del grado di invalidità e di incremento di preoccupazione riferite dal soggetto
- c. Vi è una discrepanza tra il grado di funzionalità del paziente e i dati obiettivi inerenti la patologia.

2. AREA PSICOSOCIALE

Sviluppo dei differenti quadri di disagio psicosociale del paziente, secondari alla presenza di dolore, di seguito riportati:

- a. Disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, ecc...
- b. Abuso di alcool, abuso di sostanze illecite per alleviare il dolore, dipendenza da oppiacei o da altri farmaci con alto potenziale di abuso.
- c. Disturbo del sonno.
- d. Eccessiva rinuncia all'attività fisica e interruzione delle attività della vita quotidiana.
- d. Gravi problematiche nell'ambito familiare.
- e. Significativa rinuncia ai propri ruoli familiari o lavorativi.

3. AREA DELLA COMPLIANCE

- f. Il percorso clinico è caratterizzato da un incremento di disabilità nonostante i diversi trattamenti adottati.
- g. Le interpretazioni e l'opinione del paziente, riguardante le cause del dolore e i suoi effetti differiscono chiaramente da quella del medico.
- h. Vi sono criticità sull'aderenza da parte del paziente al programma terapeutico descritto. Ad esempio: abbandono precoce dello schema terapeutico, tendenza anomala all'automedicazione.
- i. Vi sono conflitti sul razionale delle opzioni di trattamento farmacologico o delle procedure antalgiche proposte dallo specialista.
- j. Vi è la richiesta pressante e sproporzionata da parte del paziente per la prescrizione di farmaci "potenti" o per l'effettuazione di ricorrere a procedure invasive senza che vi sia una indicazione in base alle linee guida e alla valutazione specialistica.

LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE CRONICO

Come ampiamente dimostrato dalla letteratura nelle situazioni di Dolore Cronico e di Dolore Malattia i pazienti sono caratterizzati da differenti livelli di deficit funzionali riguardanti la sfera fisica e psico-relazionale e perciò è indispensabile integrare il trattamento più strettamente antalgico ad un progetto riabilitativo che tenga conto dei set assistenziali e della variabili individuali, sociali e di contesto generale.

Il programma riabilitativo è rivolto a due tipologie di pazienti:

1. Pazienti con "Dolore Cronico" che trovano difficoltà a raggiungere con le terapie antalgiche effettuate un sufficiente recupero funzionale ed una adeguata qualità di vita.
2. Pazienti con un quadro clinico diagnosticato di "Dolore Malattia" (allegato B) frequentemente collegato ad un elevato quadro di disabilità.

I CTDSL devono garantire l'accesso a programmi riabilitativi individuali tramite erogazione diretta oppure tramite l'interfaccia con Strutture riabilitative, definita attraverso una procedura formale, nei diversi setting assistenziali (Allegato E)

Bibliografia

- Howard DK, Iademarco EJ, Trulock EP. The role of cardiopulmonary exercise testing in lung and heart-lung transplantation. *Clin Chest Med* 1994;15(2):405-20
- Wickerson L, Mathur S, Brooks D. Exercise training after lung transplantation: a systemic review. *J Heart Transplant* 2010;29(5):497-503.
- Mathur S, Hornblower E, Levy RD. Exercise training before and after lung transplantation. *Phys sportsmed* 2009;37(3):78-87
- Marconi C, Marzorati M. Exercise after heart transplantation. *Eur J Appl Physiol* 2003;90(3-4):250:9
- Kavanagh T. Exercise rehabilitation in cardiac transplantation patients: a comprehensive review. *Eura Medicophys* 2005;41(1):67-74
- Breivik H, Collett, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Langley P, Müller-Schwerfe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varrassi G. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. *J Med Econ.* 2010;13(3):571-81
- Bonezzi C, Pitino E, Allegri M. Analysis of a population of patients who were referred to a second level pain center: clinical and demographic characteristics. *Eur J Pain Suppl* 3(2009), 17-20.

LA RETE REGIONALE CEFALÉE

Introduzione

Le caratteristiche specifiche della patologia cefalalgica, unitamente al dato epidemiologico e di impatto sociale, rendono necessario definire con maggior specificità la rete di riferimento.

L'attuale rete per la diagnosi e cura delle cefalee riconosce tre centri regionali di riferimento (D.g.r. IX/4231 del 25 ottobre 2012):

- A.O. Spedali Civili di Brescia
- Istituto Mondino di Pavia
- IRCCS Istituto Neurologico C Besta di Milano

Tale rete necessita di una più puntuale definizione degli altri livelli, compresa la medicina territoriale (MMG e Specialisti Ambulatoriali Territoriali) e delle regole (PDTA) che, all'interno della rete, devono guidare i percorsi dei pazienti e degli operatori professionali. Un ulteriore elemento di qualificazione della Rete Regionale Cefalee è costituito dall'integrazione, attraverso protocolli definiti e condivisi, tra i vari livelli e le articolazioni della Rete Regionale Terapia del Dolore.

Caratteristiche della rete

Inserita nel piano regionale della Rete Terapia del Dolore, la rete per le cefalee si distingue per la tipologia dei pazienti. Il paziente cefalalgico presenta il sintomo dolore non come sintomo di altra malattia ma come malattia in sé, che necessita terapie specifiche, diverse dal trattamento del singolo sintomo dolore. Proprio questa specificità richiede una competenza particolare, dedicata allo studio delle cefalee come malattia, tenendo conto della molteplicità delle forme primarie e dell'importanza della diagnosi precoce, sia per le ricadute sociali che per gli aspetti economico-sanitari. Basti pensare che in Lombardia ogni anno vengono visitati al Pronto Soccorso più di 100.000 pazienti per cefalea, molte volte sintomo d'esordio di malattie gravi che, se non trattate tempestivamente, possono portare a morte o a invalidità permanente.

Attualmente in Lombardia sono operativi 34 Centri ospedalieri per la diagnosi e terapia delle Cefalee. 25 di questi Centri si sono strutturati sotto l'egida della società Scientifica A.N.I.R.CEF. (Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee) per adottare strumenti comuni alla luce delle indicazioni della Società Scientifica Internazionale (IHS), gli altri Centri fanno riferimento alla S.I.S.C. (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee)

La formalizzazione di una Rete specifica comporta un'estensione del panorama degli attori, coinvolgendo Medici di Medicina Generale e Specialisti Territoriali, Neurologi e specialità affini, con l'obiettivo di ampliare l'offerta assistenziale articolandola su più livelli per disponibilità di risorse e complessità di patologia.

Livelli

Il *primo livello* della Rete è rappresentato dai Medici di Medicina Generale: rappresentano il primo vero filtro, in grado di erogare prestazioni adeguate e qualificate in termini di inquadramento diagnostico e primo momento terapeutico. Il 4-5% dei pazienti visti dai MMG vanno a consulto per un problema di cefalea.

Gli strumenti a disposizione per questo livello sono:

1. La classificazione internazionale, articolata su 4 livelli di approfondimento diagnostico. Il MMG deve conoscere tutti i primi livelli e sapersi orientare sulle principali diagnosi di II livello; è richiesta soprattutto particolare attenzione nel primo step diagnostico, vale a dire la differenziazione fra una forma di cefalea primaria e una secondaria;
2. Un sistema di raccolta dati comune, da approntare o partendo da data-base già esistenti o implementando uno strumento ad hoc, che consenta di mettere in rete dati che abbiano la stessa valenza clinica;
3. Le linee guida age.n.a.s. di recentissima pubblicazione, che possono consentire un intervento terapeutico adeguato per il trattamento dell'attacco (terapia in acuto) e di selezionare i pazienti candidati al trattamento di profilassi. Il MMG più esperto può effettuare già dei trattamenti cronici di tipo preventivo, ricorrendo ai livelli successivi della Rete in quelle situazioni di difficile scelta terapeutica (sia per il trattamento acuto che per il trattamento cronico) o quando la terapia prescritta risulti inefficace o complicata da effetti indesiderati o, ancora, quando le comorbidità siano tali da rendere complesso e rischioso il trattamento.

Il *secondo livello* della Rete è costituito dagli Specialisti Neurologi territoriali (e dagli Specialisti di aree affini - Oculisti, ORL, ecc.) che già attualmente effettuano il 30% circa della loro attività per pazienti cefalalgici.

A questo livello, utilizzando data-base e linee guida comuni, lo specialista può valutare la situazione del paziente analizzata dal MMG, può valutare se e quali accertamenti diagnostici siano stati eseguiti e le risposte a eventuali terapie già intraprese, la compliance, gli effetti collaterali ecc.

Compito dello Specialista è impostare gli eventuali provvedimenti diagnostici specifici necessari per arrivare a diagnosi del 2° livello IHS, conoscendo le diagnosi di 3° livello più comuni, tenendo sempre presente che il primo dettame, a qualunque livello, è distinguere fra una forma primaria e una forma secondaria. Inoltre lo Specialista deve far ricorso a strumenti comuni, omogenei e validati per tutta la Rete, quali ad esempio il diario o i questionari per la valutazione della disabilità (es. MIDAS), per meglio definire tutte le sfaccettature della sindrome cefalalgica.

Importante è anche la possibilità di ricorso a tool diagnostici omogenei selezionati che, se non uniformemente applicati, rendono difficoltosa la comparazione intra- e inter-soggetto, ad esempio scelti tra i numerosi strumenti oggi utilizzati per la valutazione dei livelli di ansia e depressione.

Equiparati a questo livello vanno considerati quei "Centri" ospedalieri che, in base alla classificazione delle Società Scientifiche di settore, figurano come "ambulatori per le Cefalee", vale a dire Centri che non abbiano la possibilità di ricorrere in maniera sistematica a consulenze specialistiche, esami diagnostici particolari o accessi ospedalieri (sia in ricovero ordinario che in MAC).

Al *terzo livello* della Rete operano i Centri Cefalee Ospedalieri, Universitari o appartenenti agli IRCCS, ai quali è demandata la diagnostica più complessa (al IV livello della classificazione IHS) e la terapia per le forme rare, farmaco-resistenti o con comorbidità complesse. A loro volta, i Centri Cefalee vanno suddivisi in Centri ordinari, per la diagnosi e cura, e in Centri d'eccellenza, già identificati come Centri di riferimento Regionale. In entrambi i casi, oltre alla fase diagnostica e terapeutica descritta in precedenza, al Centro viene richiesto:

- La possibilità di ricorrere a consulenze Specialistiche particolari (es: Gnatologica o Neurochirurgica) o a diagnostiche complesse, invasive ecc.
- Il coordinamento scientifico per la definizione dei PDTA;
- L'adozione degli strumenti comuni della Rete.

È indispensabile, in ottica di ottimizzazione delle risorse, attuare sinergie operative che vedano il coordinamento da parte dei Centri di riferimento (es: non tutti i Centri possono ricorrere ad esami angiografici; la Rete mette a disposizione comune le risorse di pochi per

offrire a ogni paziente uno standard assistenziale elevato). Sinergie che devono esprimersi, oltre che nell'attività ordinaria diagnostica e terapeutica, anche nell'attuazione di studi multicentrici epidemiologici, diagnostici o di trials terapeutici. Altrettanto importante è il lavoro di formazione che, partendo dalle indicazioni Regionali, deve essere sviluppato a cascata per tutti i livelli della Rete, al fine di mantenere adeguati ed elevati standard assistenziali erogati. I Centri di riferimento (o d'eccellenza) hanno inoltre il compito di collaborare nel redigere PDTA che verranno condivisi con tutti gli operatori della Rete. È infine prerogativa dei Centri d'eccellenza lo sviluppo della ricerca e l'attuazione di terapie innovative attraverso sperimentazioni che vedano coinvolti, ai vari livelli, tutti gli operatori della Rete, dalla selezione dei pazienti candidati a eventuali impianti di neuro-stimolatori alla raccolta di casistiche rare per implementare linee guida e PDTA.

Bibliografia essenziale

- *Headache Classification Committee of The International Headache Society (2004) The International Classification of Headache Disorders, 2nd edn. Cephalalgia. 24(Suppl 1):1-160*
- *age.na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Cefalea nell'adulto. Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia. Settembre 2011. http://www.agenas.it/agenas_pdf/Cefalea%20nell'adulto%20.pdf*

— • —

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

ALLEGATO E

PRINCIPALI PRESTAZIONI E PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE DI TERAPIA DEL DOLORE PER LIVELLO DEL CENTRO (FIGURA 2) E PER STEP DI CURA (FIGURA 4)

NOTE ESPLICATIVE

- Le Codifiche fanno riferimento al Nomenclatore tariffario di Regione Lombardia (codifiche di cui all'Allegato decreto n. 3297/2011 - Aggiornamento 1 marzo 2012) e alla versione Italiana della ICD9-CM.
- Ulteriori codifiche potranno essere definite successivamente a livello regionale.

LEGENDA

- CTDPL - O **C**entro di **T**erapia del **D**olore di **P**rimo **L**ivello - **O**spedaliero
- CTDPL - T **C**entro di **T**erapia del **D**olore di **P**rimo **L**ivello - **T**erritoriale
- CTDSL **C**entro di **T**erapia del **D**olore di **S**econdo **L**ivello
- E Effettuabile nel Livello erogativo
- NE Non Effettuabile nel Livello erogativo
- NA Non appropriata per il Livello erogativo
- [*] Eseguibile nel Livello erogativo solo se inserito nell'insieme prestazionale previsto dalla normativa regionale per quel livello

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del PRIMO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
89.7A.1 Visita anestesiológica per Terapia del dolore: Prima Visita	E	NA	NA	NA
89.01.1 Visita anestesiológica per Terapia del dolore: controllo	E	NA	NA	NA
99.2A Iniezione o infusione di farmaci specifici <i>Incl.: iniezione o infusione somministrata per via:</i> <i>a. ipodermica con azione locale o sistemica</i> <i>b. intramuscolare con azione locale o sistemica</i> (Dolore Sintomo-DS patogenesi nocicettiva-Noc) (Dolore Sintomo-DS patogenesi neuropatica-Neu)	E	E*	E*	E*
81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (DSNoc)	E	E*	E*	E*
83.96 Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse 83.97 Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno dei tendini 83.98 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale (DSNoc)	E	E*	E*	E*
94.32 Ipnoterapia, Ipnodromo, Ipnosi 94.5 Richiesta di riabilitazione psicologica 94.51 Richiesta di psicoterapia 94.33 Terapia comportamentale, Terapia di avversione, Modificazione del comportamento, Terapia di desensibilizzazione, Training di rilassamento	E	E*	E*	E*
Miscellanea di terapie fisiche e complementari a scopo antalgico ad esempio: Agopuntura, TENS, Magnetoterapia, Stimolazione transcranica o transspinale e le altre terapie fisiche-strumentali previste dai LEA regionali con codici specifici) (DSNoc e DSNeu)	E	E*	E*	E*
03.93.1 Controllo/programmazione di neurostimolatore spinale	E	E*	E*	E*
<u>Blocco articolazione sacroiliaca ecoguidato</u> 81.92 (DSNoc)	E CTDPLO	E*	E*	E*
99.29.1 Iniezione Perinervosa 04.80 Iniezione in nervo periferico, SAI 04.81 Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia 04.81.1 Blocchi dei rami extracranici dei nervi cranici 04.81.1 Blocco degli intercostali; Blocco di altre vie nervose 04.89 Iniezione di altre sostanze, esclusi i neurolitici (DSNoc e DSNeu)	E CTDPLO	E*	E*	E*
05.3 Iniezione in nervi simpatici 05.31 Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia 05.39 Altra iniezione (DSNoc e DSNeu)	E CTDPLO	E*	E*	E*

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del SECONDO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
Iniezione peridurale 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale (DSNoc e DSNeu)	E CTDPLO	E*	E*	E*
Blocco faccette articolari ecoguidato 03.91 oppure 03.92 04.81 oppure 04.89 (DSNoc)	E CTDPLO	E*	E*	E*
Controllo sistemi di infusione non collegati a porta (nдр Occorre inserire un codice prestazione) 03.92 + 99.29 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale + Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	E CTDPLO	E*	E*	E*
Refill (rifornimento) sistemi di infusione non collegati a porta (nдр Occorre inserire un codice prestazione) 03.92 + 99.29 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale + Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	E CTDPLO	E*	E*	E*
03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale (spazio peridurale) per infusione di sostanze terapeutiche o palliative (NON COLLEGATO A PORTA SOTTOCUTANEA PER INFUSIONE) (DSNoc e DSNeu)	NE	E	E*	E*
04.89 + 99.29 (file F) Neurolisi transcutanea con capsaicina ad alta concentrazione (DSNeu)	NE	E	E*	E*
Blocco faccette articolari radioguidato 03.91 oppure 03.92 04.81 oppure 04.89 (DSNoc)	NE	E	E*	E*
05.32 Iniezione di agenti neuroolitici nei nervi simpatici	NE	E	E*	E*
Blocco articolazione sacroiliaca radioguidato) 81.92 (DSNoc)	NE	E	E*	E*
RF pulsata di nervi periferici e altre indicazioni (DSNoc e DSNeu)	NE	E	E*	E*
04.2 Demolizione di nervi periferici Demolizione di nervi periferici mediante: - crioanalgesia - iniezione di agenti neuroolitici - radiofrequenza (DSNoc e DSNeu)	NE	E	E*	E*
Controllo sistemi di infusione impiantabili 03.92 + 99.29 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale + Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	NE	E	E*	E*
Refill (rifornimento)/ sistemi di infusione impiantabili 03.92 + 99.29 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale + Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	NE	E	E*	E*
99.2A Iniezione o infusione di farmaci specifici Incl.: iniezione o infusione somministrata per via endovenosa	NE	E	E*	E*

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del TERZO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
03.95 Spinal blood patch	NE	NE	E	E*
Neurolesione delle afferenze sensitive delle faccette articolari e dell'articolazione sacroiliaca 03.96 Denervazione percutanea della faccetta articolare 04.99 Altri interventi sui nervi periferici (DSNoc)	NE	NE	E	E*

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del TERZO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
RF pulsata gangli spinali (DSNeu)	NE	NE	E	E*
05.32 Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici (escluso ganglio celiaco e nervi splancnici) 05.39 Altra iniezione nei gangli simpatici 05.8 Altri interventi su gangli simpatici (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	E	E*
Discografia diagnostica 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia) 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale (DSNoc)	NE	NE	E	E*
Procedure terapeutiche sul disco intervertebrale 80.50 Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata. <i>Quando non viene specificato che si tratti di asportazione o demolizione</i> 80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale <i>Distruzione non specificata in altra sede</i> (DSNoc)	NE	NE	E	E*
03.94 Rimozione di neurostimolatore spinale	NE	NE	E	E*
04.93 Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	NE	NE	E	E*

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del QUARTO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
Interventi sul ganglio di Gasser 04.2 Demolizione di nervi cranici <i>Demolizione di nervi cranici mediante:</i> - crioanalgesia - iniezione di agenti neurolitici - radiofrequenza (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E
05.32 Iniezione di agenti neurolitici del ganglio celiaco e dei nervi splancnici)	NE	NE	NE	E
04.92 Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici (compresa Neurostimolazione sacrale) (DSNeu)	NE	NE	NE	E
03.93 Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E
ALMENO 10 NUOVI IMPIANTI DI ELETTRODO/I ANNUI/CENTRO*				
86.94 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile 86.95 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore 86.97 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile 86.98 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile <i>Codificare anche l'eventuale catetere associato</i> (DSNeu)	NE	NE	NE	E
03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale subaracnoideo per infusione di sostanze terapeutiche o palliative (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E
86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile <i>Codificare anche eventuale cateterizzazione associata</i> (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E

Principali Prestazioni e Procedure antalgiche specialistiche del QUARTO Step. (Figura 4)	Ambulatorio specialistico Terapia del dolore CTDPL e CTDSL	MAC CTDPL - O e CTDSL	Day Hospital Day Surgery solo CTDSL	Ricovero ordinario solo CTDSL
81.65 Vertebroplastica 81.66 Cifoplastica (DSNoc)	NE	NE	NE	E
<u>Periduroscopia – tecniche endoscopiche</u> 03.92 iniezione di farmaci nel canale vertebrale 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E
03.21 Cordotomia percutanea (DSNoc e DSNeu)	NE	NE	NE	E
<u>Terapie riabilitative finalizzate al trattamento dei pazienti con Malattia Dolore</u> 93.8 Altra terapia riabilitativa 93.81 Terapia ricreazionale 93.82 Terapia educativa 93.83 Terapia occupazionale <i>Terapia delle attività della vita quotidiana</i> 93.89 Riabilitazione non classificata altrove	E CTDSL	NA	NA	NA
<u>Terapie finalizzate al trattamento dei pazienti con Malattia Dolore</u> 94.65 Disintossicazione da farmaci 94.66 Disintossicazione e riabilitazione da farmaci 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci 94.68 Disintossicazione combinata da alcool e farmaci 94.69 Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci	NE	NE	NE	E

*Numero minimo di prestazioni richieste per identificare un CTDSL.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

ALLEGATO F

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI CENTRI SPECIALISTICI EROGATORI DI TERAPIA DEL DOLORE

A. AREA AMMINISTRATIVO STRUTTURALE

01. DENOMINAZIONE ENTE/STRUTTURA SANITARIA RISPONDENTE (AO/ASL/FONDAZIONE/ IRCCS/OSP.CLASS/CDC/.....).

Struttura Pubblica Accreditata

01.1	Azienda Ospedaliera/ASL	
01.2	Fondazione IRCCS (Diritto Pubblico)	
01.3	Altro (specificare)	

Struttura Privata Accreditata

01.4	Casa di Cura	
01.5	IRCCS (Diritto privato)	
01.6	Altro (specificare)	

Altro (Specificare)

01.7	Diritto Pubblico	
01.8	Diritto Privato	

02. PRESSO L'ENTE/STRUTTURA SANITARIA OPERA UN CENTRO SPECIALISTICO CHE FORNISCE PRESTAZIONI DI TERAPIA DEL DOLORE?

02.1	SI	
02.2	NO	

03. SE LA RISPOSTA E' STATA "SI", INDICARE LA DENOMINAZIONE (Ad es. Presidio Ospedaliero, Casa di cura) PRESSO LA QUALE HA SEDE IL CENTRO.

NB: NEL CASO IL CENTRO ABBA ARTICOLAZIONI OPERATIVE IN PIU' STRUTTURE SANITARIE, INDICARLE TUTTE SPECIFICANDO LE MACROATTIVITA' EROGATE E SUDDIVIDENDOLE NELLE DIFFERENTI TIPOLOGIE. AL PUNTO 03.1 INSERIRE LA SEDE DEL CENTRO.

	DEGENZA ORDIN.	DH-DS	MAC	AMBUL.	CONSUL. INTRAOSP.	CONSUL. DOMICIL.	ALTRO *
03.1 Sede principale							
03.2 Altra sede							
03.3 Altra sede							
03.4 Altra sede							
03.5 Altro (specificare)							

04. SE LA RISPOSTA E' STATA "SI", INDICARE LA DEFINIZIONE UFFICIALE DEL CENTRO.

NB. Per definizione ufficiale si intende quella assegnata in atti formali della Struttura Sanitaria alla quale il Centro fa riferimento.

Definizione	
Anno di Istituzione	

NB. INDICARE I DATI RELATIVI SOLO ALL'ATTO FORMALE PIU' RECENTE

05. INDICARE LE MACROATTIVITA' EROGATE DAL SOLO CENTRO DI TERAPIA DEL DOLORE.

	Presente	Numero Posti Letto operativi nel 2012 mediamente utilizzati quotidianamente
RICOVERO ORDINARIO*		
OSPEDALIZZAZIONE DIURNA*		
MAC		
AMBULATORIO		
CONSULENZA INTRAOSP		
CONSULENZA DOMICILIARE ALGOLOGICA ESTEMPORANEA (VEDI NB)		
Altro (Specificare)		
Altro (Specificare)		

NB. INDICARE IL NUMERO DI POSTI LETTO E LE ATTIVITA' RELATIVI ALLA SOLA TERAPIA DEL DOLORE E NON CONSIDERARE QUELLI DEDICATI ALLE CURE PALLIATIVE.

PER LA CONSULENZA DOMICILIARE INDICARE SOLO SE E' EROGATA UNA MACROATTIVITA' DI CONSULENZA ALGOLOGICA ESTEMPORANEA DOMICILIARE CHIARAMENTE RICONDUCIBILE AD ATTIVITA' SPECIALISTICA DI TERAPIA DEL DOLORE.

NON E' PERCIO' DA INSERIRSI L'ATTIVITA' DI CONSULENZA DOMICILIARE DI CURE PALLIATIVE CHE ALCUNI CENTRI EROGANO ESSENDO CARATTERIZZATI SIA DA ATTIVITA' DI CURE PALLIATIVE SIA DI ATTIVITA' DI TERAPIA DEL DOLORE.

06. IL CENTRO E' UNA:

06.1	Struttura Complessa	
Anno di istituzione formale		
Dipartimento di riferimento		

Articolazioni funzionali	Strutture semplici, Aree alta specializzazione.

06.2	Struttura Semplice dipartimentale		
Anno di istituzione formale			
Dipartimento di riferimento			
Articolazioni funzionali	Strutture semplici, Aree alta specializzazione.		

06.3	Struttura Semplice	
Anno di istituzione formale		
SC di riferimento		
Dipartimento di riferimento		

06.4	Macroattività di SC	
Anno di istituzione formale		
SC di riferimento		
Dipartimento di riferimento		

07. IL CENTRO ALL’INTERNO DELLA STRUTTURA NELLA QUALE OPERA DISPONE DI:

		A gestione autonoma	In condivisione
07.1	Area di Degenza Ordinaria (DO)		
07.1.1	Degenza Ordinaria 7 gg su 7		
07.1.2	Degenza Ordinaria week surgery		
07.2	Aree per attività MAC		
07.3	Aree per attività D-H		
07.4	Aree Attività D-Surgery		
07.5	Aree ambulatoriali		
07.6	Sala operatoria		
07.7	Area Radiologia interventistica		
07.8	Aree per le terapie fisiche strumentali		
07.9	Altro (Specificare)		
07.10	Altro (Specificare)		

08. IL CENTRO DISPONE DELLE SEGUENTI STRUMENTAZIONI:

		A gestione autonoma	In condivisione
8.1	Amplificatore di brillantezza		
8.2	Strumentazioni valutazione Algologica		
8.2.1			
8.2.2			
8.2.3			
8.3	Strumentazioni per neurolesione		
8.4	Strumentazioni per elettrostimolazione antalgica invasiva		
8.4.1	Spinale		
8.4.2	Periferica		
8.4.3	DBS		
8.5	Strumentazione per neuromodulazione chimica spinale		
8.6	Strumentazione per tecniche invasive percutanee sul rachide		
8.7	Ecografo		
8.8	Sistemi infusionali elettronici		
8.9	Sistemi di monitoraggio cardio-circolatorio (monitor)		
8.10	Saturimetri		
8.11	Altro (Specificare)		
8.12	Altro (Specificare)		

09. LA STRUTTURA SANITARIA NELLA QUALE OPERA IL CENTRO DISPONE DI:

9.1	Attività di Neurofisiologia di base	
9.2	Attività di Neurofisiologia ad indirizzo algologico	
9.3	Radiologia Tradizionale (Rx + ECO)	
9.4	TAC	
9.5	RMN	
9.6	PET	
9.7	Scintigrafia ossea	
9.8	Altra diagnostica strumentale (indicare)	
9.9	UO/Servizio di Psicologia	
9.10	UO/Servizio Neurochirurgia	
9.11	Attività di Psicologia dedicato alla TD	
9.12	UO/Servizio di Reumatologia	
9.13	UO/Servizio di Ortopedia Traumatologia	
9.14	UO/Servizio di Oncologia	
9.15	UO/Servizio di Riabilitazione	

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

9.16	UO/Servizio di Riabilitazione dedicato alla TD	
9.17	UO/Attività di Cure Palliative	
9.18	Attività di Assistente Sociale	
9.19	Altro (Specificare)	
9.20	Altro (Specificare)	

10. AL CENTRO E' STATO ASSEGNATO UN CENTRO DI COSTO SPECIFICO?

10.1	SI	
10.2	NO	

11. IL CENTRO FA PARTE DEL COMITATO SENZA DOLORE (COSD) AZIENDALE.

11.1	SI	
11.2	NO	

12. IL RESPONSABILE DEL CENTRO E' IL COORDINATORE DEL COSD.

12.1	SI	
12.2	NO	

B. AREA ORGANIZZATIVO GESTIONALE
01. IL CENTRO SPECIALISTICO DISPONE DI PERSONALE DEDICATO ESCLUSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' DI TERAPIA DEL DOLORE?

01.1	SI	
01.2	NO	

NB. SI INTENDE IL PERSONALE DEDICATO ESCLUSIVAMENTE ALLA TD.

02. SE LA RISPOSTA E' STATA "SI" INDICARE:

02.1 PERSONALE DEDICATO ESCLUSIVAMENTE AL CENTRO. (numero unità)		Numero totale	Contratto a TI	Contratto a TD	Libera Prof.
02.1.1	MEDICO				
02.1.2	PSICOLOGO				
02.1.3	COORD. INFERMIER.				
02.1.4	INFERMIERE				
02.1.5	FISIOTERAPISTA				
02.1.6	OSS				
02.1.7	ASS. SOCIALE				
02.1.8	UNITA' AMMINISTRATIVA				
02.1.9	ALTRO (SPECIFICARE)				

02.2 PERSONALE DEDICATO ESCLUSIVAMENTE AL CENTRO. (numero ore)		Numero totale Ore/sett	Contratto a TI Ore/sett	Contratto a TD Ore/sett	Libera Prof. Ore/sett
02.2.1	MEDICO				
02.2.2	PSICOLOGO				
02.2.3	COORD. INFERMIER.				
02.2.4	INFERMIERE				
02.2.5	FISIOTERAPISTA				
02.2.6	OSS				
02.2.7	ASS. SOCIALE				
02.2.8	UNITA' AMMINISTRATIVA				
02.2.9	ALTRO (SPECIFICARE)				

03. SE LA RISPOSTA E' STATA "NO" INDICARE:

03.1 PERSONALE DEDICATO IN PARTE AL CENTRO (numero unità).		Numero totale	Contratto a TI	Contratto a TD	Libera Prof.
03.1.1	MEDICO				
03.1.2	PSICOLOGO				
03.1.3	COORD. INFERMIER.				
03.1.4	INFERMIERE				
03.1.5	FISIOTERAPISTA				
03.1.6	OSS				
03.1.7	ASS. SOCIALE				
03.1.8	UNITA' AMMINISTRATIVA				
03.1.9	ALTRO (SPECIFICARE)				

03.2 PERSONALE DEDICATO IN PARTE AL CENTRO. (numero ore)		Numero totale Ore/sett	Contratto a TI Ore/sett	Contratto a TD Ore/sett	Libera Prof. Ore/sett
03.2.1	MEDICO				
03.2.2	PSICOLOGO				
03.2.3	COORD. INFERMIER.				
03.2.4	INFERMIERE				

03.2.5	FISIOTERAPISTA				
03.2.6	OSS				
03.2.7	ASS. SOCIALE				
03.2.8	UNITA' AMMINISTRATIVA				
03.2.9	ALTRO (SPECIFICARE)				

04. INDICARE QUANTI MEDICI SPECIALISTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE OPERANO PRESSO IL CENTRO.

04.1	Numero	
------	--------	--

05. SE IL NUMERO DI ANESTESISTI E' SUPERIORE A 0 INDICARE SE L'A/R (O GLI A/R) E' /SONO TOTALMENTE DEDICATO/I ALLA ATTIVITA' ANTALGICA (TEMPO PIENO-TEMPO PARZIALE) OPPURE SE E/SONO ATTIVO/I A TEMPO PARZIALE.

		TEMPO PIENO	TEMPO PARZIALE ore/settimanali
05.1	Medico 1		
05.2	Medico 2		
05.3	Medico 3		
05.4	Medico 4		
05.5	Medico 5		

NB. FARE RIFERIMENTO SOLO ALLE ATTIVITA' DI TERAPIA DEL DOLORE, SOPRATTUTTO NEI CENTRI NEI QUALI SI EROGANO ANCHE CURE PALLIATIVE.

06. QUALI SONO LE ALTRE SPECIALITA' DEI MEDICI NON ANESTESISTI RIANIMATORI OPERANTI NEL CENTRO E COME OPERANO NEL CENTRO?

	SPECIALITA'	TEMPO PIENO	TEMPO PARZIALE ore/settimanali
06.1			
06.2			
06.3			
06.4			
06.5			

NB. FARE RIFERIMENTO SOLO ALLE ATTIVITA' DI TERAPIA DEL DOLORE, SOPRATTUTTO NEI CENTRI NEI QUALI SI EROGANO ANCHE CURE PALLIATIVE.

07. INDICARE PER OGNI MACROATTIVITA' EROGATA LE ORE SETTIMANALI E I GIORNI DI ATTIVITA'.

		Numero giorni settimanali	Numero ore settimanali
07.1	Attività di Degenza Ordinaria (DO)		
07.1.1	Degenza Ordinaria		
07.1.2	Degenza Ordinaria week surgery		
07.2	Attività MAC		
07.3	Attività D-H		
07.4	Attività D-Surgery		
07.5	Attività ambulatoriali		
07.6	Attività Sala operatoria		
07.7	Attività Radiologia interventistica		
07.8	Attività terapie fisiche strumentali		
07.9	Attività Consulenza intraospedaliera		
07.10	Attività Consulenza domiciliare		
07.11	Altro (Specificare)		
07.12	Altro (Specificare)		

08. IL CENTRO OPERA DURANTE I:

		SI	NO	Dalle	Alle
08.1	Giorni Festivi				
08.2	Giorni Prefestivi				
08.3.1	Giorni feriali				
08.3.2	Giorni feriali				
08.3.3	Giorni feriali				
08.3.4	Giorni feriali				
08.3.5	Giorni feriali				

09. IL CENTRO FORNISCE UNA PRONTA DISPONIBILITA' DA PARTE DEL PERSONALE MEDICO PER I PAZIENTI EVENTUALMENTE RICOVERATI IN POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA?

09.1	SI	
09.2	NO	

10. IL CENTRO FORNISCE UNA PRONTA DISPONIBILITA' DA PARTE DEL PERSONALE MEDICO PER I PAZIENTI DURANTE GLI ORARI DI CHIUSURA AL PUBBLICO DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI, MAC, D-H, ALTRO?

10.1	SI	
10.2	NO	

11. IL CENTRO FORNISCE UNA PRONTA DISPONIBILITA' DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PER I PAZIENTI DURANTE GLI ORARI DI CHIUSURA AL PUBBLICO DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI, MAC, D-H, ALTRO?

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

11.1	SI	
11.2	NO	

12. SE LA RISPOSTA ALLA DOMANDA 10 E 11 E' STATA "NO" IL CENTRO FORNISCE:

		SI	NO
12.1	UNA REPERIBILITA' SOLO TELEFONICA MEDICA		
12.2	UNA REPERIBILITA' TELEFONICA INFERMIERISTICA		
12.3	ALTRO		

13. LE ATTIVITA' AMBULATORIALI EVENTUALMENTE EROGATE DAL CENTRO SONO PRENOTABILI:

		SI	NO
13.1	TRAMITE CUP REGIONALE		
13.2	TRAMITE CUP AZIENDALE		
13.3	DIRETTAMENTE O A UN TELEFONICO DEDICATO		
13.4	CON ENTRAMBE LE MODALITA' PRECEDENTI		
13.5	ALTRO		

14. QUALE E' IL TEMPO PREVISTO A CUP O IN AGENDA PER:

		Tempo in min.
14.1	PRIMA VISITA	
14.2	VISITA DI CONTROLLO	

15. QUALI SONO I TEMPI DI ATTESA PER LE PRIME VISITE?

		Giorni			
		<15	<30	<45	<60
15.1	Tempo previsto a CUP per una prima visita specialistica di terapia del dolore				
15.2	Tempo previsto a CUP per una visita di controllo specialistica di terapia del dolore				

C. AREA PRESTAZIONALE
01. IL CENTRO EROGA LE SEGUENTI ATTIVITA' DI ROUTINE:

		SI	NO
01.1	Inquadramento diagnostico algologico		
01.2	Esecuzione test diagnostici farmacologici		
01.3	Tecniche diagnostiche evocative		
01.4	Esecuzione blocchi anestetici diagnostici		
01.5	Esecuzione esami algometrici strumentali		
01.6	Valutazione psicologica da parte di psicologo		
01.7	Valutazione funzionale da parte di fisiatra		
01.8	Valutazione collegiale del caso		
01.9	Impostazione Piano Terapeutico Individuale		
01.10	Prescrizione diretta oppioidi maggiori		
01.11	Monitoraggio e programmazione neuro stimolatori		
01.12	Monitoraggio, programmazione e refill sist. infusionali spinali tot. impiantabili		
01.13	REFERTO O LETTERA DI DIMISSIONE AL MMG		
01.13.1	SE SI ALLA 01.13 SU FASCICOLO ELETTRONICO DEL PAZIENTE		
01.14	Effettuazione di Blocchi antalgici		
01.15	Blocchi anestetici periferici		
01.16	Blocchi epidurali		
01.17	Altri blocchi		
01.18	Tecniche antalgiche strumentali non invasive (es. TENS, Laser terapia, etc)		
01.19	Manipolazioni vertebrali		
01.20	Agopuntura		
01.21	Consulenze intraospedaliere		
01.22	Consulenze domiciliari		
01.23	ALTRO		
01.24	ALTRO		
01.25	ALTRO		

NB. RISPONDERE "SI" SOLO PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE DIRETTAMENTE DAL PERSONALE DEL CENTRO E NON PER QUELLE EVENTUALMENTE EROGATE DA OPERATORI DI ALTRE UNITA' OPERATIVE DELLA STRUTTURA SANITARIA DEL QUALE IL CENTRO FA PARTE.

02. EFFETTUAZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ALTO LIVELLO:

		Prestazioni anno 2011	
		>10	<10
02.1	Elettrostimolazione spinale		
02.1.1	Fase test		
02.1.2	Impianto neurostimolatore		
02.2	Elettrostimolazione sottocute		
02.2.1	Fase test		
02.2.2	Impianto neurostimolatore		
02.3	Elettrostimolazione nervi periferici		
02.3.1	Fase test		

02.3.2		Impianto neurostimolatore		
02.4	Deep Brain Stimulation			
02.4.1		Fase test		
02.4.2		Impianto neurostimolatore		
02.5	Neuromodulazione spinale con sist. infusionali impiantabili			
02.5.1		Sistemi esterni provvisori		
02.5.2		Sistemi totalmente impiantabili		
02.6	Tecniche neurolesive sistema simpatico			
02.7	Tecniche neurolesive sui plessi			
02.8	Tecniche neuro lesive sui nervi cranici			
02.9	Tecniche neuro lesive sul SNP			
02.10	Tecniche neuro lesive sul SNC			
02.11	Tecniche mini invasive sul Rachide			
02.11.1				
02.11.2				
02.11.3				
02.11.4				
02.11.5				

03. IL CENTRO E LA SUA EQUIPE SI OCCUPANO ANCHE DEI SEGUENTI AMBITI:

		SI	NO
0.3.1	CONTROLLO DEL DOLORE POST- OPERATORIO		
0.3.2	CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO IN AMBITO ONCOLOGICO		
0.3.3	CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO IN AMBITO NON ONCOLOGICO		
0.3.4	CONTROLLO DEL DOLORE NEL PARTO		
0.3.5	CONTROLLO NEL DOLORE IN EMERGENZA/URGENZA		

04. NEL CASO LA RISPOSTA AD UNO DEGLI ITEM DEL QUESITO 03 SIA STATA "SI" INDICARE IN MODO PRECISO IL NUMERO DI ORE UOMO SETTIMANALI SPECIFICAMENTE DEDICATE ALLE ATTIVITA' DESCRITTE.

		CONTROLLO DEL DOLORE POST- OPERATORIO	CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO IN AMBITO ONCO	CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO IN AMBITO NON ONCO	CONTROLLO DEL DOLORE NEL PARTO	CONTROLLO NEL DOLORE IN EMERGENZA URGENZA
04.2.1	MEDICO					
04.2.2	PSICOLOGO					
04.2.3	COORD. INFERMIER.					
04.2.4	INFERMIERE					
04.2.5	FISIOTERAPISTA					
04.2.6	OSS					
04.2.7	ASS. SOCIALE					
04.2.8	UNITA' AMMINISTRATIVA					
04.2.9	ALTRO (SPECIFICARE)					

05. IL CENTRO SVOLGE REGOLARMENTE ATTIVITA' DI FORMAZIONE (ANNO RIFERIMENTO 2011).

05.1	SI	
05.2	NO	

06. SE "SI" SPECIFICARE IL TIPO E LE ORE ANNUE.

		ORE ANNUE
06.1	CONTINUA VERSO I PROPRI OPERATORI	
06.2	CONTINUA VERSO OPERATORI AZIENDALI	
06.3	CONTINUA VERSO OPERATORI EXTRA AZIENDALI	
06.4	UNIVERSITARIA	
06.4.1		PRE-LAUREA MEDICA
06.4.2		PRE-LAUREA INFERMIERISTICA
06.4.3		PRE-LAUREA PSICOLOGICA
06.4.4		POST- LAUREA MEDICA
06.4.5		POST- LAUREA INFERMIERISTICA
06.4.6		POST- LAUREA PSICOLOGICA
06.5	ALTRO	
06.5	ALTRO	
06.7	ALTRO	

07. IL CENTRO HA IN ATTO CONVENZIONI CON UNIVERSITA' PER LA FORMAZIONE DI TERAPIA DEL DOLORE? (ANNO RIFERIMENTO 2012)

07.1	SI	
07.2	NO	

08. SE LA RISPOSTA E' STATA "SI" INDICARE:

		Tirocinio	Lezioni
08.1	Università		

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

ENTE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO			
08.2	Università		
ENTE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO			

09. IL CENTRO HA STIPULATO O CONCORDATO ATTI FORMALI (AD ES. PROTOCOLLI OPERATIVI) CON LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE? (SE SI INDICARE ANNO)

		Data
09.1	SI	
09.2	NO	

10. NEL 2011, QUANTI PAZIENTI SOTTO I 18 ANNI, IL CENTRO HA SEGUITO CON ATTIVITÀ

		Numero
10.1	IN PRESA IN CARICO	
10.2	IN CONSULENZA	

QUESTIONARIO COMPILATO IL	
DA	
QUALIFICA	
TEL.	
CELL.	
E mail	
TIMBRO E FIRMA DEL COMPILATORE	

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA	
DATA	

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE LEGALE DELLA STRUTTURA	
DATA	

D.g.r. 28 dicembre 2012 - n. IX/4612**Determinazioni in ordine all'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale - Recepimento dell'accordo Stato - Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR)**

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219 «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati» che:

- detta i principi fondamentali in materia di attività trasfusionali, allo scopo di garantire una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza, nonché condizioni uniformi del servizio trasfusionale su tutto il territorio nazionale;
- stabilisce che le attività trasfusionali rientrano nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria;

Visti inoltre:

- il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207 «Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi»;
- il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208 «Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative a un sistema di qualità per i servizi trasfusionali»;
- il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 «Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti»;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 settembre 2000 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale»;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e s.m.i.;
- l'accordo 20 marzo 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante i principi generali ed i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le Regioni e le Province autonome, le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue;
- l'accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante «Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica»;
- l'accordo 13 ottobre 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. c) della Legge 21 ottobre 2005 n. 219 sul documento relativo a «Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali»;

Vista la legge regionale 8 febbraio 2005, n. 5, «V Piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005/2009»;

Richiamati i seguenti atti di programmazione sanitaria regionale:

- «Programma Regionale di Sviluppo della IX legislatura» (PRS) approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28 settembre 2010;
- «Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014» (PSSR) approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010;

Dato atto che la d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2012» ribadisce che Regione Lombardia promuove, in attuazione della normativa nazionale e regionale, azioni finalizzate a garantire, nelle strutture trasfusionali, un elevato livello di qualità e sicurezza, con particolare riferimento ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta;

Richiamate:

- la d.g.r. n. VII/7922 del 1 febbraio 2002 «Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per

l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale: recepimento del d.p.c.m. del 1 settembre 2000 e attuazione dell'art. 12 della l.r. 20/2000»;

- la d.g.r. n. VII/10123 del 6 agosto 2002 «Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle Unità di raccolta di sangue ed emocomponenti»;
- la d.g.r. n. IX/3465 del 16 maggio 2012 che ha recepito l'Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante «Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica»;
- la d.g.r. n. IX/3825 del 25 luglio 2012 che ha recepito l'Accordo 13 ottobre 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo a «Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali»;

Richiamate, altresì:

- la d.g.r. n. VII/6994 del 2 aprile 2008 «Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della l.r. n. 32/2007 «Istituzione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza, modifiche e integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31» (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)»;
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità» e in particolare l'art. 8, così come integrato dalla legge regionale 3 agosto 2011, la quale dispone che l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) è preposta, tra gli altri, al coordinamento intraregionale delle attività trasfusionali e al coordinamento intraregionale ed interregionale dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati;

Visti:

- il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., in particolare l'art. 16 - bis, in cui la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente è indicata quale attività finalizzata al miglioramento dell'efficacia, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale;
- l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 novembre 2009 recante «Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accredimento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti»;

Richiamate:

- la d.g.r. n. VII/13792 del 2 luglio 2003 «Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua - programma Educazione Continua in medicina (ECM) in Lombardia» che attiva il sistema ECM lombardo per la formazione continua;
- la d.g.r. n. VII/18576 del 5 agosto 2004 «Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina in Lombardia)»;
- la d.g.r. n. VII/20767 del 16 febbraio 2005 «Determinazioni in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo <ECM - Sviluppo professionale continuo (CPD)> ed agli obiettivi di interesse regionale»;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 149/CSR) concernente «Linee guida per l'accREDITAMENTO dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti» finalizzate a consentire alle Regioni di definire i requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture trasfusionali, ai sensi dell'art. 20, comma 1, della legge n. 219/2005;

Dato atto che le Linee guida definiscono le modalità per:

- garantire omogeneità e uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria in materia trasfusionale, di cui all'art. 5 della legge n. 219/2005, per quanto riguarda la raccolta del sangue e degli emocomponenti;
- garantire adeguati livelli di qualità, sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

- c) garantire la qualificazione ed efficienza delle attività di produzione degli emocomponenti e la razionalizzazione dei processi diagnostici di qualificazione biologica degli emocomponenti;
- d) conseguire, nell'ambito delle suddette attività, i livelli di qualità e standardizzazione previsti dalle norme vigenti, in particolare quelle di matrice comunitaria e il contenimento dei costi di produzione a vantaggio della complessiva economicità ed efficienza del sistema trasfusionale nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale;

Dato atto, inoltre, che:

- il punto A del documento *«Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»* definisce gli obiettivi formativi per l'acquisizione delle competenze del personale medico e infermieristico addetto alle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;
- il punto A.5, in particolare, prevede che le Strutture regionali di Coordinamento per le attività trasfusionali, attraverso i Servizi Trasfusionali operanti nei rispettivi ambiti territoriali di concerto con le Associazioni e Federazioni dei donatori, promuovono e coordinano i percorsi formativi di acquisizione delle competenze di medici e infermieri da inserire nelle Unità di raccolta e verificano che le relative attività siano svolte esclusivamente da personale in possesso della necessaria qualificazione e sottoposti a periodica valutazione del livello delle competenze possedute;
- nell'Allegato 1) allo stesso documento, è descritto il modello di corso di formazione per l'acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico ed infermieristico addetto alle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;

Considerato che le predette Linee guida sono finalizzate a garantire, in modo omogeneo e uniforme sul territorio nazionale, la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti attraverso la formazione del personale addetto e la qualità, sicurezza ed efficienza delle attività dedicate;

Dato atto che:

- la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti rientra tra i servizi e prestazioni erogati nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria in materia di attività trasfusionale di cui all'art. 5 della legge n. 219/2005;
- l'Accordo Stato - Regioni del 25 luglio 2012, prevede che le Regioni recepiscano con propri provvedimenti, le Linee guida ivi contenute, entro sei mesi dalla definizione dell'Accordo stesso, specificando che esse saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali;

Ritenuto, pertanto, di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 149/CSR) concernente *«Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»*;

Precisato che i corsi di formazione per l'acquisizione delle competenze del personale medico e infermieristico addetto alle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, oggetto fra l'altro dell'Accordo di cui trattasi, saranno erogati dagli Enti Sanitari (A.O., ASL, IRCCS), sede di SIMT (Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale), accreditati dalla DG Sanità come Provider ECM, secondo gli obiettivi formativi definiti nel punto A) del documento *«Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»* e secondo il modello di corso di formazione descritto nell'Allegato 1) allo stesso documento;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL);

Vagliate e fatte proprie le predette considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 149/CSR) concernente le *«Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»*;

2. di precisare che i corsi di formazione per l'acquisizione delle competenze del personale medico e infermieristico addetto alle

attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, oggetto fra l'altro dell'Accordo di cui al punto 1), saranno erogati dagli Enti Sanitari (A.O., ASL, IRCCS), sede di SIMT (Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale), accreditati dalla D.g. Sanità come Provider ECM, secondo gli obiettivi formativi definiti nel punto A) del documento *«Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»* e secondo il modello di corso di formazione descritto nell'Allegato 1) allo stesso documento;

3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL).

Il segretario: Marco Pilloni

_____ • _____



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti".

Rep. Atti n. 149/CSE del 25 luglio 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 25 luglio 2012:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 21 ottobre 2005, n. 219 recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati", che detta i principi fondamentali in materia di attività trasfusionali, allo scopo di garantire una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza, nonché condizioni uniformi del servizio trasfusionale su tutto il territorio nazionale;

VISTO, in particolare, l'articolo 20, comma 1, della predetta legge n. 219 del 2005, il quale prevede che "le Regioni, entro sei mesi dalla data di pubblicazione dell'accordo di cui all'articolo 19, definiscono i requisiti per l'accreditamento delle medesime strutture, nonché le procedure per la richiesta, la verifica dei requisiti previsti e la concessione dell'accreditamento delle strutture trasfusionali, nel rispetto delle normative nazionali e comunitarie in materia e tenendo conto delle linee guida fornite dal Centro Nazionale Sangue";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";

VISTO il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

sangue umano e dei suoi componenti” e, in particolare, l’articolo 25, il quale prevede l’adeguamento al progresso tecnico e scientifico dei requisiti tecnici inerenti al processo trasfusionale;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. Atti n. 115/CSR), recante i principi generali ed i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le Regioni e le Province autonome e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 242/CSR), sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 13 ottobre 2011 (Rep. Atti n. 206/CSR), ai sensi dell’articolo 6, comma 1, lett. c), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, sul documento relativo a “Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali”;

VISTA la nota in data 20 aprile 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini dell’esame in sede di Conferenza Stato-Regioni, lo schema di accordo indicato in oggetto concernente le “Linee guida per l’accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti”;

VISTA la lettera del 26 aprile 2012, con la quale lo schema di Accordo in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ed è stata convocata una riunione tecnica per il 22 maggio 2012;

VISTA la nota dell’11 maggio 2012, con la quale la suddetta riunione tecnica è stata differita ad altra data, per sopravvenuti impedimenti connessi con la programmazione dei lavori delle Conferenze Stato-Regioni e Unificate;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 12 giugno 2012, i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e quelli delle Regioni e Province autonome hanno concordato talune modifiche del testo diramato con la predetta nota del 26 aprile 2012;

VISTA la lettera del 15 giugno 2012, diramata in data 18 giugno 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva dello schema di Accordo in oggetto che recepisce le modifiche concordate nel corso della predetta riunione tecnica;

CONSIDERATO che il punto è stato iscritto all’ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 21 giugno e del 5 luglio 2012, che non hanno avuto luogo;

RILEVATO che, nel corso dell’odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso avviso favorevole sullo schema di accordo in oggetto, il testo trasmesso con la citata lettera del 15 giugno 2012;







*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini :

Considerati:

- il decreto del Ministro della salute 11 aprile 2008, recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi derivati – anno 2008, ai sensi dell'articolo 14, comma 2, della legge 21 ottobre 2005, n. 219";
- il decreto Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 novembre 2009, recante "Programma per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2009";
- il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2011, recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2010";
- il decreto del Ministro della salute 7 ottobre 2011, recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2011";
- che le linee guida relative all'accreditamento delle strutture trasfusionali, che costituiscono oggetto del presente accordo, sono state predisposte dal Centro Nazionale Sangue, d'intesa con la Consulta tecnica permanente per il sistema trasfusionale;
- che la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti rientra tra i servizi e prestazioni erogati nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria in materia di attività trasfusionale, di cui all'articolo 5 della legge 21 ottobre 2005, n. 219;
- che le predette linee guida sono finalizzate a garantire, in modo omogeneo e uniforme sul territorio nazionale, la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti attraverso sia il livello di formazione del personale addetto alla raccolta del sangue e degli emocomponenti, sia la qualità, sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;

SI CONVIENE

sul documento concernente: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti", Allegato sub A), parte integrante del presente atto, nei seguenti termini:

1. Le linee guida allegate, parte integrante del presente accordo, sono finalizzate a consentire alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano di definire i requisiti per





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

l'accreditamento delle strutture trasfusionali, come disposto dall'articolo 20, comma 1, della legge 21 ottobre 2005, n. 219.

2. Con le predette linee guida sono definite le modalità per:
 - a. garantire omogeneità e uniformità nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria in materia trasfusionale, di cui all'articolo 5 della legge n. 219 del 2005, per quanto riguarda la raccolta del sangue e degli emocomponenti;
 - b. garantire adeguati livelli di qualità, sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;
 - c. garantire la qualificazione ed efficienza delle attività di produzione degli emocomponenti e la razionalizzazione dei processi diagnostici di qualificazione biologica degli emocomponenti;
 - d. conseguire, nell'ambito delle suddette attività, i livelli di qualità e standardizzazione previsti dalle norme vigenti, in particolare quelle di matrice comunitaria, e il contenimento dei costi di produzione a vantaggio della complessiva economicità ed efficienza del sistema trasfusionale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.
3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire con propri provvedimenti le linee guida allegate, entro sei mesi dalla definizione del presente Accordo; esse saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali.
4. Per l'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Dott. Piero Gnudi

Piero Gnudi

[Signature]

LINEE GUIDA PER L'ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI TRASFUSIONALI E DELLE UNITÀ DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI

A. Formazione e acquisizione delle competenze del personale medico e infermieristico addetto alle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

Competenze tecnico-professionali richieste a medici e infermieri operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

A.1 Il medico e l'infermiere operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti devono essere in possesso della qualificazione BLS ("Basic Life Support"). Inoltre, se operano in strutture dove si effettuano procedure di aferesi produttiva, devono essere in possesso della qualificazione BLS-D.

A.2 Con riferimento ai requisiti O.8 e UO.8 di cui all'Allegato A) dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, che prevedono che siano descritte le competenze del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti, rispettivamente per i Servizi Trasfusionali e per le Unità di Raccolta*, il medico responsabile della selezione del donatore e della raccolta del sangue e degli emocomponenti deve possedere adeguate competenze professionali nei seguenti ambiti:

- Sensibilizzazione, informazione ed educazione del donatore di sangue
- Selezione clinica e *counselling* del donatore di sangue ed emocomponenti
- Gestione del donatore non idoneo
- Criteri e procedure per la raccolta del sangue intero
- Ove applicabile, criteri, procedure e tecnologie per la raccolta degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche mediante tecniche aferetiche e per l'avvio delle unità raccolte alle fasi di processo successive
- Assistenza clinica al donatore e diagnosi e trattamento delle reazioni e degli eventi avversi potenzialmente associati alla donazione di sangue intero e alle procedure di aferesi produttiva
- Elementi di procedure e tecniche per la produzione degli emocomponenti
- Procedure e normative di riferimento per la identificazione e rintracciabilità delle unità di sangue ed emocomponenti
- Elementi essenziali inerenti ai requisiti qualitativi ed ai controlli di qualità degli emocomponenti
- Elementi essenziali inerenti ai criteri di valutazione per la qualificazione biologica degli emocomponenti che concorrono a determinarne l'idoneità alla trasfusione
- Elementi di epidemiologia e prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione
- Disposizioni normative vigenti in materia di attività trasfusionali
- Elementi di indirizzo direzionale dell'Organizzazione
- Gestione delle tecnologie, dei materiali impiegati per l'erogazione del servizio, dei documenti prescrittivi e dei dati e registrazioni della qualità, dei processi di erogazione del servizio
- Norme relative alla gestione della documentazione sanitaria
- Monitoraggio, analisi e miglioramento della qualità.

* V. "Definizioni" riportate nell'allegato A) all'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010.



A.3 Con riferimento ai requisiti O.8 e UO.8 di cui all'Allegato A) dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, che prevedono che siano descritte le competenze del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti, rispettivamente per i Servizi Trasfusionali e per le Unità di Raccolta*, l'infermiere operante nelle attività di raccolta del sangue ed emocomponenti deve possedere adeguate competenze professionali nei seguenti ambiti:

- Sensibilizzazione, informazione ed educazione del donatore di sangue
- Assistenza alla selezione clinica e *counselling* del donatore di sangue ed emocomponenti
- Assistenza alla gestione del donatore non idoneo
- Procedure e tecnologie per la raccolta del sangue intero e per l'avvio delle unità raccolte alle fasi di processo successive
- Ove applicabile, procedure e tecnologie per la raccolta degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche mediante tecniche aferetiche e per l'avvio delle unità raccolte alle fasi di processo successive
- Assistenza al donatore e riconoscimento e trattamento delle reazioni e degli eventi avversi potenzialmente associati alla donazione di sangue intero e alle procedure di aferesi produttiva
- Elementi di procedure e tecniche per la produzione degli emocomponenti
- Procedure e normative di riferimento per la identificazione e rintracciabilità delle unità di sangue ed emocomponenti
- Elementi di base inerenti ai requisiti qualitativi ed ai controlli di qualità degli emocomponenti
- Elementi essenziali inerenti ai criteri di valutazione per la qualificazione biologica degli emocomponenti che concorrono a determinarne l'idoneità alla trasfusione
- Elementi di epidemiologia e prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione
- Disposizioni normative vigenti in materia di attività trasfusionali
- Elementi di indirizzo direzionale dell'Organizzazione
- Gestione delle risorse umane, delle tecnologie, dei materiali impiegati per l'erogazione del servizio, dei documenti prescrittivi e dei dati e registrazioni della qualità, dei processi di erogazione del servizio
- Norme relative alla gestione della documentazione sanitaria
- Monitoraggio, analisi e miglioramento della qualità

A.4 Al fine di garantire un adeguato livello di competenze del personale medico non strutturato nella disciplina ospedaliera di medicina trasfusionale responsabile della selezione del donatore e della raccolta del sangue e degli emocomponenti e del personale infermieristico operante nelle Unità di Raccolta*, per gli stessi deve essere previsto uno specifico percorso formativo e di acquisizione delle competenze riconosciuto dalla Regione/Provincia autonoma anche con il coinvolgimento della Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali.

Non si applica al personale medico strutturato (a tempo indeterminato o determinato) nella disciplina ospedaliera di medicina trasfusionale ed agli infermieri strutturati (a tempo indeterminato o determinato), operanti presso i Servizi Trasfusionali delle aziende sanitarie del SSN e gli enti di cui all'articolo 23 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219.

A.4.1 Il percorso di formazione e di acquisizione delle competenze:

- indica i contenuti e gli obiettivi formativi;
- ha una durata compatibile con l'adeguata acquisizione dei contenuti e conseguimento degli obiettivi definiti;
- specifica le modalità di svolgimento teoriche e pratiche delle attività;

* V. "Definizioni" riportate nell'allegato A) all'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010.



- prevede una verifica formale della acquisizione delle competenze;
- si conclude con il rilascio di apposita attestazione/certificazione formalmente riconosciuta dalla Regione/Provincia autonoma o dalla Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali.

L'Allegato 1 riporta un modello di Corso di formazione e di acquisizione delle competenze.

A.5 Le Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, attraverso i Servizi Trasfusionali operanti nei rispettivi ambiti territoriali, di concerto con le Associazioni e Federazioni dei donatori, promuovono e coordinano i percorsi formativi e di acquisizione delle competenze di medici e infermieri da inserire nelle Unità di Raccolta e verificano che le relative attività siano svolte esclusivamente da medici ed infermieri in possesso della necessaria qualificazione e sottoposti a periodica valutazione delle competenze.

A.6 I medici e gli infermieri che hanno svolto attività di raccolta per almeno due mesi equivalenti a tempo pieno (36 ore settimanali) negli ultimi dodici mesi sono da considerarsi "equiparati" ai soggetti in possesso di attestazione/certificazione conseguita attraverso il percorso formativo e di acquisizione delle competenze di cui al punto A.4. I medici e gli infermieri che non rispondono a tale requisito devono seguire un corso di formazione e acquisizione delle competenze entro un anno dalla emanazione delle presenti Linee Guida e conseguire il relativo attestato di qualificazione.

A.7 I soggetti di cui all'art. 6, comma 5, del Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n° 261, coerentemente con le funzioni di responsabilità esercitate, sono tenuti a seguire percorsi formativi, sulla base delle indicazioni all'uopo fornite dal CNS.

B. Qualità, sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti

B.1 Al fine di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza della attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, sia per i donatori sia per i pazienti destinatari dei prodotti del sangue, per il mantenimento delle competenze tecnico-professionali del personale addetto alla raccolta del sangue e degli emocomponenti è richiesta l'effettuazione documentata di almeno 200 (duecento) procedure di raccolta di sangue intero all'anno per operatore.

B.2 Nel caso in cui siano effettuate aferesi produttive, è richiesta l'effettuazione documentata di almeno 50 (cinquanta) procedure aferetiche all'anno per operatore.

B.3 Al fine di evitare dispersione di risorse, nonché per favorire il livello di standardizzazione delle unità raccolte ed una omogenea applicazione dei criteri di selezione dei donatori, le attività di raccolta, a livello ospedaliero ed extra-ospedaliero, sono gestite in modo da garantire adeguate e razionali masse critiche di attività, con riferimento al numero di sedi di raccolta, sedute di raccolta e numero di donazioni per seduta.

C. Qualificazione ed efficienza delle attività di produzione degli emocomponenti

C.1 Al fine di raggiungere un più elevato ed omogeneo livello di qualificazione, standardizzazione ed efficacia clinica degli emocomponenti prodotti/trattati, nonché al fine di conseguire più elevati livelli di efficienza operativa, la produzione/il trattamento degli emocomponenti rispondono alle seguenti indicazioni:



C.1.1 Le attività di produzione degli emocomponenti sono progressivamente concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguate e razionali masse critiche di attività, definite attraverso specifiche analisi costo-beneficio e di valutazione del rischio che forniscano l'evidenza documentata del conseguimento dei necessari livelli di qualità e standardizzazione degli emocomponenti, del soddisfacimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dalle normative vigenti e della riduzione dei costi di produzione.

C.1.2 Nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e dei volumi di unità complessivamente prodotti dalle singole Regioni/Province autonome, si raccomanda il perseguimento della concentrazione delle attività di lavorazione/trattamento degli emocomponenti in strutture trasfusionali che lavorino con volumi minimi intorno a 40.000 donazioni di sangue intero/anno.

C.1.3 Le attività di aferesi produttiva devono essere organizzate e gestite in modo da fornire l'evidenza di un utilizzo appropriato ed efficiente delle apparecchiature, anche mediante la documentazione del confronto con i dati di utilizzo delle apparecchiature stesse disponibili a livello regionale e nazionale.

D. Razionalizzazione dei processi diagnostici di qualificazione biologica degli emocomponenti

D.1 Al fine di raggiungere un ottimale ed omogeneo livello di qualità, sicurezza e standardizzazione e di conseguire più elevati livelli di efficienza dei servizi trasfusionali, le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguate e razionali masse critiche di attività, definite attraverso specifiche analisi costo-beneficio e di valutazione del rischio, che forniscano l'evidenza documentata del conseguimento dei necessari livelli di qualità e standardizzazione delle prestazioni, del soddisfacimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dalle normative vigenti e della riduzione dei costi di produzione.

D.2 Nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e dei volumi di attività complessivamente prodotti dalle singole Regioni/Province autonome, si raccomanda il perseguimento della concentrazione delle attività di qualificazione biologica in strutture trasfusionali che eseguano la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all'anno.



Modello di Corso di formazione e acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico e infermieristico addetto alla attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Vedi A.4).

Contenuti ed obiettivi formativi

1. Modulo

I principi fondamentali del volontariato del sangue, la realtà associativa
Le leggi che regolano le attività in materia trasfusionale
La sensibilizzazione alla donazione ed agli stili di vita sani
L'accoglienza e l'accettazione, la relazione con il donatore
L'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti
L'informatizzazione
Norme relative alla gestione della documentazione sanitaria
La cura del donatore prima, durante e dopo il prelievo

2. Modulo

Criteri di idoneità
Cause di sospensione temporanea e definitiva e gestione del donatore non idoneo
Le responsabilità del personale medico, del personale infermieristico e del personale di supporto addetto alla raccolta
La gestione degli eventi avversi
Farmaci e strumenti a disposizione
Principi di rianimazione
Compilazione, segnalazione e conservazione della modulistica relativa
La responsabilità medico legale

3. Modulo

Elementi di epidemiologia e prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione
I patogeni emergenti e riemergenti
Algoritmi di gestione del donatore con esami sierologici positivi
Informazioni post donazione
Il *look back*

4. Modulo

Pulizia dei locali, igiene ambientale e personale, corretto confezionamento e smaltimento dei rifiuti speciali prodotti in occasione delle donazioni
La determinazione dell'emoglobina e/o l'esecuzione dell'esame emocromocitometrico
La venopuntura e principi di disinfezione ed asepsi
Apparecchiature in uso in sala prelievi
L'etichettatura
Elementi essenziali inerenti ai requisiti qualitativi ed ai controlli di qualità degli emocomponenti
Procedure e normative di riferimento per la identificazione e rintracciabilità delle unità di sangue ed emocomponenti



5. Modulo

Sistemi di gestione per la qualità
Competenze generali
Gestione procedure operative standard
Rilevazione e gestione non conformità
Azioni correttive e preventive
Metodi e strumenti di interrelazione tra Servizio Trasfusionale e Unità di Raccolta

6. Modulo

Principi di aferesi produttiva
Le apparecchiature
Selezione e cura del donatore
La plasmaferesi
La piastrinoaferesi
La donazione multicomponent
Eventi avversi della donazione in aferesi

7. Modulo

BLS/BLS-D

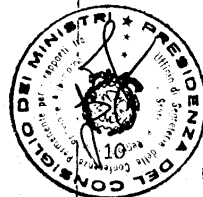
La parte teorica è articolata in sette moduli.

Il modulo 6 deve essere svolto solo da chi opererà in sedi che svolgono attività di aferesi.

Il modulo 7 deve essere svolto solo da chi sia privo di qualifica BLS/BLS-D.

Oltre alla parte teorica, è raccomandato un periodo di acquisizione delle competenze pratico della durata di 10 giorni effettivi, presso un Servizio Trasfusionale o, previo accordo formalizzato con il Servizio trasfusionale di riferimento, presso una Unità di Raccolta, che eseguano una media di almeno 20 donazioni di sangue intero al giorno per almeno 5 giorni alla settimana.

Nel caso in cui sia prevista acquisizione delle competenze per l'aferesi produttiva, il Servizio Trasfusionale/Unità di Raccolta sede di addestramento deve eseguire almeno 3-5 procedure al giorno e la durata complessiva del periodo di acquisizione delle competenze deve essere estesa a 15 giorni effettivi.



D.g.r. 28 dicembre 2012 - n. IX/4626

Determinazione delle tariffe da applicare alle istruttorie e ai controlli in materia di autorizzazione integrata ambientale, ai sensi dell'art. 9 c. 4 del d.m. 24 aprile 2008 (revoca della d.g.r. n. 10124/2009 e smi)

LA GIUNTA REGIONALE

Viste:

- la direttiva 2010/75/UE del parlamento europeo e del consiglio del 24 novembre 2010 relativa alle emissioni industriali che ha sostituito la Direttiva 2008/1/CE sulla prevenzione e la riduzione integrate dell'inquinamento (IPPC);
- la Parte Seconda del d.lgs 152/06 e smi, «Procedure per la Valutazione Ambientale Strategica (VAS), per la Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) e per l'Autorizzazione integrata Ambientale (AIA)» che ha sostituito il d.lgs n. 59/05 «Attuazione integrale della direttiva 96/61/CE relativa alla prevenzione e riduzione integrate dell'inquinamento» ora sostituito dalla
- la d.g.r. del 7 agosto 2009 n. 10124 «adeguamento ed integrazione delle modalità, anche contabili, e delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dal d.lgs. 59/05 (art. 9, comma 4, d.m. 24 aprile 2008)» e la successiva circolare di chiarimenti del 13 novembre 2009;

Ricordato che:

- con decreto 24 aprile 2008 il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, in attuazione dell'articolo 18, comma 2, del d.lgs. 59/05, ha disciplinato, le modalità e le tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dalla normativa IPPC, a carico dei gestori degli impianti, ai sensi degli artt. 11, comma 3 e 18, comma 1, del medesimo d.lgs. 59/05;
- l'articolo 9, comma 4, del suddetto decreto ministeriale, permetteva alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto dei principi di cui al decreto stesso e in considerazione delle specifiche realtà rilevate nei rispettivi territori, di adeguare e integrare le tariffe ivi definite, da applicare per la conduzione delle istruttorie di competenza e dei relativi controlli;
- Regione Lombardia, in attuazione di tale comma, con la d.g.r. n. 10124/2009 sopra richiamata, ha definito le modalità per la determinazione e delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli delle attività soggette ad Autorizzazione Integrata Ambientale collocate sul territoriale e di competenza regionale;

Considerato che:

- lo stesso dm 24 aprile 2008 prevede, articoli 2, comma 7 e 3, comma 5, l'aggiornamento, ogni due anni, dei criteri ivi indicati;
- la d.g.r. 10124/2009 demandava alla Direzione Generale Ambiente, Energia e Reti di Regione Lombardia, il monitoraggio degli effetti dell'applicazione del tariffario regionale, anche ai fini degli adempimenti previsti dai commi di cui al punto precedente;
- la Direzione Generale ha provveduto ad effettuare tale monitoraggio nell'ambito del quale è emerso che, in linea generale, i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe si sono rilevati in linea con gli obiettivi che Regione Lombardia si era posta;
- è altresì emersa l'opportunità di apportare alcune modifiche finalizzate sia a semplificare ulteriormente le modalità di determinazione e versamento degli oneri, pur rispetto dei principi di cui al dm 24 aprile 2008, sia la fine di risolvere alcune criticità interpretative ed applicative evidenziate nella prima fase di applicazione del tariffario regionale;

Ricordato inoltre che la Legge regionale 18 aprile 2012 - n. 7 «Misure per la crescita, lo sviluppo e l'occupazione» ha previsto (art. 34 comma 2) una riduzione degli oneri istruttori per procedimenti di AIA relativi a impianti industriali allacciati alla rete SME, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 10 febbraio 2010, n. 11352, a imprese registrate EMAS, nonché ad attività certificate ISO 14001;

Ritenuto opportuno, pertanto, provvedere all'aggiornamento delle modalità e dei criteri per la determinazione delle tariffe sia per le istruttorie, che per i controlli dei procedimenti di AIA di cui all'allegato alla d.g.r. 10124/2009;

Ravvisata l'opportunità da parte della Direzione Generale Ambiente, Energia e Reti di avviare un confronto con le altre Di-

rezioni Generali interessate, le Province, l'ARPA e le Associazioni Imprenditoriali (Confindustria, Assolombarda), finalizzato ad individuare le modalità di aggiornamento del vigente tariffario regionale, sia sulla base degli effetti del monitoraggio di cui sopra, sia sulla base delle indicazioni di cui alla richiamata l.r.n. 7/2012;

Visto il documento predisposto dalla DG Ambiente, Energia e Reti a seguito del confronto di cui sopra, con il quale vengono definite le nuove modalità di determinazione degli oneri relativi sia alle istruttorie, che ai controlli, degli impianti AIA collocati sul territorio regionale, nel rispetto dei principi di cui al d.m. 24 aprile 2008;

Ricordato che con d.g.r. n. 11287/2010 «ulteriori determinazioni in ordine alle modalità e alle tariffe per il rilascio delle autorizzazioni integrate ambientali in relazione alle attività produttive di cui al punto 6.6 dell'Allegato I al d.lgs 59/05» Regione Lombardia, stabiliva, nei punti 4) e 5) ulteriori specifiche concernenti i criteri di determinazione delle tariffe istruttorie relative al comparto zootecnico, ad integrazione delle d.g.r. n. 10124/2009;

Ritenuto opportuno, in un'ottica di semplificazione, raccogliere in un unico provvedimento tutte le determinazioni relative alle modalità di calcolo degli oneri per tutti i settori interessati dall'applicazione della normativa IPPC;

Ritenuto in tal senso opportuno abrogare sia la dgr 10124/2009 «adeguamento ed integrazione delle modalità, anche contabili, e delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dal d.lgs. 59/05 (art. 9, comma 4, d.m. 24 aprile 2008)», sia i punti 4) e 5) della dgr n. 11287/2010 «ulteriori determinazioni in ordine alle modalità e alle tariffe per il rilascio delle autorizzazioni integrate ambientali in relazione alle attività produttive di cui al punto 6.6 dell'Allegato I al d.lgs 59/05»;

Ricordato infine che:

- che con la l.r. n. 24/2006 «Norme per la prevenzione e riduzione delle emissioni in atmosfera a tutela della salute e dell'ambiente» e la l.r. n. 26/2003 e smi «Disciplina dei servizi locali di interesse economico generale. Norme in materia di gestione rifiuti, di energia, di utilizzo del sottosuolo e di risorse idriche», sono state definite le competenze in materia di autorizzazione integrata ambientale per gli impianti collocati sul territorio regionale;
- ai sensi di tali provvedimenti sono individuate le Province quali autorità competenti al rilascio, rinnovo e riesame delle AIA ad eccezione che per gli impianti di cui al punto 5.2 dell'allegato VIII alla Parte Seconda del d.lgs 152/06 e smi, di competenza regionale, mentre è ARPA Lombardia l'autorità preposta ai controlli ordinari di cui all'art. 29 - decies comma 3 del d.lgs 152/06 e smi;

Preso atto che i nuovi criteri stabiliti si applicheranno alle istruttorie relative ad istanze ovvero ai controlli ordinari avviati successivamente all'entrata in vigore del presente provvedimento;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

richiamate le premesse che qui si intendono integralmente recepite:

1. di aggiornare le modalità di determinazione delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dalla Parte Seconda del d.lgs 152/06 e smi;

2. di approvare, pertanto, l'Allegato 1 «modalità di determinazione delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dalla Parte Seconda del d.lgs 152/06 e smi.», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di disporre che i nuovi criteri stabiliti si applicheranno alle istruttorie relative ad istanze ovvero ai controlli di cui all'art. 29 - decies comma 3 del d.lgs 152/06 e s.m.i. avviati successivamente all'entrata in vigore del presente provvedimento di abrogare la d.g.r. del 7 agosto 2009 n. 10124 «adeguamento ed integrazione delle modalità, anche contabili, e delle tariffe da applicare in relazione alle istruttorie e ai controlli previsti dal d.lgs. 59/05 (art. 9, comma 4, d.m. 24 aprile 2008)» e la successiva circolare di chiarimenti e precisazioni del 13 novembre 2009 n. 23327;

4. di abrogare i punti 4) e 5) della d.g.r. n. 11287/2010 «ulteriori determinazioni in ordine alle modalità e alle tariffe per il rilascio delle autorizzazioni integrate ambientali in relazione alle attività produttive di cui al punto 6.6 dell'Allegato I al d.lgs 59/05»;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia.

Il segretario: Marco Piloni

MODALITÀ DI DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DA APPLICARE ALLE ISTRUTTORIE E AI CONTROLLI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE**Sommario****PARTE 1 – DISPOSIZIONI GENERALI –**

1. *Tariffa relativa all'istruttoria in caso di riesame (rif.: DM 24.04.2008, art. 1, c. 1, lett.d) e art. 2, c. 6)*
2. *Modalità di versamento per le tariffe delle istruttorie (rif.: DM 24.04.2008, art. 5, c. 1)*
3. *Modalità di versamento delle tariffe dei controlli (rif.: DM 24.04.2008, art. 6, commi 1 e 2)*

PARTE 2 – DETERMINAZIONE DELLA TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE E I CONTROLLI DEL COMPARTO INDUSTRIALE E GESTIONE RIFIUTI

- A. *CRITERI GENERALI*
- B. *CALCOLO DELLA TARIFFA CONNESSA A RILASCIO E MODIFICA SOSTANZIALE DELL'AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO I)*
- C. *DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE CONNESSE A RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO II)*
- D. *DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA PER LE ISTRUTTORIE IN CASO DI MODIFICHE NON SOSTANZIALI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO III)*
- E. *TARIFFA RELATIVA ALLE ATTIVITÀ DA CONDURRE COMUNQUE IN OGNI CONTROLLO (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO IV)*
- F. *TARIFFA RELATIVA AI CONTROLLI DERIVANTI DALLA EVENTUALE PROGRAMMAZIONE DI PRELIEVI ED ANALISI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO V)*

PARTE 3 – DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE E I CONTROLLI DEL COMPARTO ZOOTECNICO (ATTIVITÀ 6.6)

- A. *CALCOLO DELLA TARIFFA CONNESSA A RILASCIO E MODIFICA SOSTANZIALE DELL'AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO I)*
- B. *DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE CONNESSE A RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO II)*
- C. *DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA PER LE ISTRUTTORIE IN CASO DI MODIFICHE NON SOSTANZIALI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO III)*
- D. *TARIFFA RELATIVA ALLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO IV E V)*

PARTE 1 – DISPOSIZIONI GENERALI –

Di seguito si riportano i criteri e le disposizioni generali in merito alle modalità di versamento delle tariffe e l'individuazione dei parametri necessari alla quantificazione della stessa, articolate nei punti da A a C facenti riferimento ai corrispondenti articoli di cui al DM 24.04.2008.

Le indicazioni riportate ai punti successivi si applicano ad istanze di autorizzazione (nuovi impianti, modifiche sostanziali, rinnovi) e comunicazioni (modifiche non sostanziali che comportano l'aggiornamento dell'autorizzazione vigente) presentate dai Gestori di impianti soggetti ad Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) successivamente all'entrata in vigore del presente documento.

Ai fini del calcolo della tariffa per le istruttorie secondo i criteri di seguito riportati, sono resi disponibili sul sito www.reti.regione.lombardia.it i fogli di calcolo appositamente predisposti.

1. *Tariffa relativa all'istruttoria in caso di riesame (rif.: DM 24.04.2008, art. 1, c. 1, lett.d) e art. 2, c. 6)*

In caso di richiesta di riesame, ai sensi dell'art.29-octies comma 4 del D.Lgs. 152/06 e smi, i costi istruttori sono a carico dell'Autorità Competente al rilascio/modifica dell'autorizzazione integrata ambientale.

2. *Modalità di versamento per le tariffe delle istruttorie (rif.: DM 24.04.2008, art. 5, c. 1)*

All'istanza di autorizzazione integrata ambientale (D.Lgs. 152/06, art.29-ter), di rinnovo (D.Lgs. 152/06, art.29-octies) ed alla comunicazione di modifica (D.Lgs. 152/06, art.29-nonies) della stessa, deve essere allegata, con relativo report del foglio di calcolo, copia della quietanza dell'avvenuto pagamento dell'importo tariffario dovuto, ovvero dell'acconto secondo le modalità previste dall'Autorità competente.

Qualora la tariffa corrisposta dal Gestore non risulti corrispondente ai criteri di calcolo definiti dal presente documento, anche a seguito di elementi emersi nel corso dell'istruttoria, l'Autorità Competente provvederà direttamente alla rideterminazione della tariffa medesima, procedendo, nel caso ai relativi conguagli. Laddove l'Autorità Competente preveda il versamento di un acconto, sarà la Stessa a determinare e a comunicare al Gestore l'importo della tariffa e del relativo saldo da versare da parte del Gestore.

3. Modalità di versamento delle tariffe dei controlli (rif.: DM 24.04.2008, art. 6, commi 1 e 2)

Le tariffe relative alle attività di controllo di cui all'art. 3 del d.m. 24 aprile 2008 devono essere versate dai Gestori direttamente ad ARPA Lombardia con le seguenti modalità:

- a) la quota fissa, di cui all'allegato IV al d.m. 24 aprile 2008, così come adeguata alla Tabella L1 del presente Allegato, all'atto della comunicazione della visita ispettiva ordinaria da parte di ARPA Lombardia;
- b) la quota, di cui all'Allegato V al d.m. 24 aprile 2008, così come adeguata alla Tabella M1 del presente Allegato, all'atto della comunicazione degli esiti di eventuali prelievi ed analisi, effettuati da ARPA Lombardia.

PARTE 2 - DETERMINAZIONE DELLA TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE E I CONTROLLI DEL COMPARTO INDUSTRIALE E GESTIONE RIFIUTI

A. CRITERI GENERALI

I seguenti criteri si applicano a tutte le attività ad eccezione di quelle di cui al punto 6.6 "Impianti per l'allevamento intensivo di pollame o di suini" dell'allegato VIII alla Parte 2^a del D.Lgs. 152/06 e s.m.i., per le quali si rimanda alla Parte III del presente Allegato.

La tariffa è calcolata con riferimento all'intero stabilimento oggetto della domanda AIA, indipendentemente dal fatto che esso sia costituito da una o più attività IPPC o anche da attività non IPPC, tecnicamente connesse e non.

Al fine di individuare il numero di emissioni in atmosfera e scarichi e dei relativi inquinanti da utilizzare per il calcolo delle **componenti tariffarie** C_{Aria} e C_{H2O} devono essere adottati i seguenti criteri:

1) Per i punti di emissione (in atmosfera e scarichi)

Sono da considerare 'significativi' ai fini del calcolo della tariffa istruttoria:

- a) le emissioni in atmosfera progettate/esistenti soggette ad autorizzazione ai sensi della Parte Quinta del d.lgs 152/06 e s.m.i. con l'eccezione delle fattispecie di cui agli art. 272, comma 1 e 5 (emissioni scarsamente rilevanti);
- b) gli scarichi idrici progettati/esistenti, soggetti ad autorizzazione ai sensi della Parte III del d.lgs 152/06 e s.m.i. e del R.R. n°4/06; vanno esclusi dal conteggio gli scarichi costituiti da:
 - acque meteoriche non soggette a R.R. n. 4/06, o acque reflue domestiche e assimilate ex RR n3/06;
 - scarichi di emergenza quali troppo pieni o valvole di sicurezza sugli allacciamenti alla pubblica fognatura;
 - scarichi di condensa di soli compressori o acque di raffreddamento indiretto di impianti produttivi o similari.

2) Per gli inquinanti:

Sono da considerare 'significativi' ai fini del calcolo della tariffa istruttoria, gli inquinanti-soggetti a limiti ai sensi della normativa:

- a) in materia di scarichi idrici e contemplati nelle tabelle di cui all'Allegato 5 alla Parte Terza del d.lgs 152/06 e s.m.i. ad eccezione dei parametri chimico-fisici quali pH, temperatura, colore, odore, materiali grossolani, caratteristici del ciclo produttivo dell'attività in questione;
- b) in materia di emissioni in atmosfera e contemplati nelle tabelle di cui all'Allegato 1 alla Parte Quinta del d.lgs 152/06 e s.m.i. caratteristici del ciclo produttivo dell'attività in questione.

Fermo restando quanto riportato ai punti 1) e 2) di cui sopra, al fine dell'individuazione delle emissioni e degli inquinanti 'significativi' per il calcolo della tariffa, i Gestori di impianti già in possesso di AIA potranno utilizzare quanto riportato nel Piano di Monitoraggio (Quadro F) dell'autorizzazione in essere, tenendo conto delle ulteriori seguenti indicazioni:

- non vanno conteggiati gli inquinanti previsti ai fini conoscitivi (ad es. inquinanti per cui è previsto un monitoraggio limitato nel tempo al fine di verificarne la presenza);
- qualora il Piano di Monitoraggio non consenta una rapida identificazione degli inquinanti soggetti a controllo, o qualora l'AIA precedentemente rilasciata abbia fatto generico riferimento alle tabelle desunte dalle normative settoriali, si farà riferimento agli inquinanti individuati nel quadro delle emissioni autorizzate (Quadro E), ovvero, qualora non esplicitati, alle indicazioni contenute nel punto successivo (impianti nuovi o soggetti a modifica sostanziale).

Il gestore dell'impianto IPPC, una volta individuati i punti di emissione e gli inquinanti significativi, calcola le componenti della tariffa per la verifica del rispetto della disciplina in materia di inquinamento atmosferico (C_{Aria}) e di inquinamento delle acque (C_{Acq}) nel seguente modo:

- indipendentemente dalla attività IPPC o non IPPC cui sono associati, i punti di emissione verranno raggruppati, "per classi", in base al numero di inquinanti emessi;
- ad ogni "classe" (ossia la combinazione di "numero di emissioni" e "numero di inquinanti"), facendo riferimento alle tabelle B e C del documento, sarà associata la tariffa corrispondente;

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

- la tariffa per la componente (C_{Aria}) o (C_{Aria}) verrà calcolata come sommatoria delle cifre ottenute per ogni raggruppamento.
- B. **CALCOLO DELLA TARIFFA CONNESSA A RILASCIO E MODIFICA SOSTANZIALE DELL'AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF: DM 24.04.2008, ALLEGATO I)**

La **Tariffa Finale** relativa al rilascio dell'Autorizzazione Integrata Ambientale per nuovi impianti, impianti esistenti e modifiche sostanziali, ad eccezione delle attività di cui al punto 6.6 dell'All.VIII alla Parte Seconda del d.lgs 152/06 e s.m.i., è determinata utilizzando la seguente formula:

$$T_F = T_I * K_I$$

dove:

- $T_I = C_D - C_{DOM} + C_{ARIA} + C_{H2O} + C_{RP} + C_{RNP} + (C_{CA} + C_{RI} + C_{OD} + C_{ST} + C_{RA})$
- K_I : coefficiente moltiplicativo da determinare secondo le modalità riportate al **punto 8** del presente paragrafo

Per l'individuazione dei coefficienti della formula si faccia riferimento a quanto riportato ai punti (1. - 8.) del presente paragrafo.

Tutte le cifre riportate nelle tabelle riferite alle tariffe sono espresse in euro.

Sconto per certificazioni ambientali

In caso di adozione da parte del Gestore dell'impianto, di **certificazioni ambientali**, alla Tariffa così calcolata si applicherà un ulteriore sconto (C_{SGA}) secondo le modalità specificate al **punto 6** del presente paragrafo.

Modifica sostanziale

In caso di Modifica sostanziale (come definita dalla dgr 2 febbraio 2012 n.2970) si applicano gli stessi criteri, tenendo presente che si considerano le attività interessate dalla modifica sostanziale ed i relativi impatti (emissioni, scarichi, inquinanti, rifiuti trattati), come indicato all'art. 2 comma 4, del d.m. 24 aprile 2008.

1) Costo istruttorio per acquisizione e gestione della domanda, per analisi delle procedure di gestione degli impianti e per la definizione delle misure relative a condizioni diverse da quelle di normale esercizio dell'impianto: C_D

Attività	Tariffa	Tipologia impianto
Impianti di cui all'Allegato VIII Parte Seconda del 152/06 s.m.i., ad esclusione degli impianti di cui al punto 6.6 "Impianti per l'allevamento intensivo di pollami e di suini"	2500	Impianti con attività ricadenti nel D.Lgs 334/99 e s.m.i. (art.6 e 8)
	2000	Grandi e Medie imprese
	1000	Micro e Piccole imprese

tabella A1

NB: il Gestore nell'ambito della istanza o comunicazione deve indicare se l'impresa è classificabile come "Piccola", "Media" o "Grande" impresa

Per l'identificazione di Piccole, Medie e Grandi Imprese si fa riferimento alle definizioni di cui alla Raccomandazione della Commissione CE 2003/361/CE (già utilizzate nella d.G.R. 27 gennaio 2005, n. 20378, con la quale venivano stabiliti l'ammontare e le modalità di versamento dell'acconto per le spese istruttorie), applicate alla situazione dell'impresa alla data di presentazione della domanda AIA. Nello specifico:

- ✓ **Piccola Impresa**: impresa che occupa meno di 50 persone e realizza un fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiori a 10 milioni di euro;
- ✓ **Media Impresa**: impresa che occupa meno di 250 persone il cui fatturato annuo non supera i 50 milioni di euro oppure il cui totale di bilancio annuo non superi i 43 milioni di euro;
- ✓ **Grande Impresa**: impresa che occupa un numero di persone maggiore o uguale a 250 oppure il cui fatturato annuo sia superiore o uguale ai 50 milioni di euro oppure il cui totale di bilancio annuo sia superiore o uguale ai 43 milioni di euro;

2) Costo istruttorio per verifica del rispetto della disciplina in materia di inquinamento atmosferico, valutazione ed eventuale integrazione del piano di monitoraggio e controllo relativo, alle emissioni in atmosfera, conduzione della quota parte delle analisi integrate riferibili alla componente "qualità dell'aria": C_{ARIA}

L'importo per la componente C_{ARIA} viene determinato dalla seguente *tabella B* 'Numero di emissioni in atmosfera', utilizzando, per l'individuazione delle emissioni convogliate in atmosfera e degli inquinanti significativi ai fini del calcolo della tariffa, i criteri e le modalità definiti nei *CRITERI GENERALI*, sopra riportati, nonché le seguenti ulteriori indicazioni:

- *metalli*: se il limite è espresso come sommatoria, nel conteggio degli inquinanti significativi ai fini del calcolo della tariffa, si conterà ogni sommatoria cui è associato un limite come un singolo inquinante;
- *COV*: se non sono espressamente indicati i singoli composti nel Piano di monitoraggio o nel Quadro prescrittivo, i COV vanno conteggiati come singolo inquinante;
- Emissioni 'dismesse', ossia emissioni che, secondo quanto dichiarato dal Gestore e/o riportato nel Decreto AIA, sono state dismesse definitivamente, non risultando più autorizzate all'esercizio, non vanno conteggiate ai fini della determinazione della tariffa; possono considerarsi dismesse anche emissioni per le quali è già indicata esplicitamente nel decreto AIA la data di dismissione;
- Camini di 'by-pass' o emissioni di emergenza non vanno conteggiate ai fini della determinazione della tariffa. Emissioni 'non attive', ossia emissioni che secondo quanto dichiarato dal Gestore e riportato nel Decreto AIA, non sono temporaneamente in esercizio ma continuano ad essere autorizzate e pertanto riattivabili vanno conteggiate ai fini della determinazione della tariffa;

Numero di sostanze inquinanti tipicamente e significativamente emesse dall'attività	Numero di emissioni in atmosfera					
	1	da 2 a 3	da 4 a 8	da 9 a 20	da 21 a 60	oltre 60
Nessun inquinante	200					
da 1 a 4 inquinanti	800	1250	2000	3000	4500	12000
da 5 a 10 inquinanti	1500	2500	4000	5000	7000	20000
da 11 a 17 inquinanti	3000	7500	12000	16500	20000	33000
più di 17 inquinanti	3500	8000	16000	30000	34000	49000

tabella B

3) **Costo istruttoria per verifica del rispetto della disciplina in materia di inquinamento delle acque, valutazione ed eventuale integrazione del piano di monitoraggio e controllo relativo alle emissioni in acqua, conduzione della quota parte analisi integrate riferibili alla componente "qualità delle acque": $C_{\text{H}_2\text{O}}$**

L'importo per la componente $C_{\text{H}_2\text{O}}$ viene determinato dalla seguente *tabella C* 'numero di scarichi', utilizzando, per l'individuazione degli scarichi e degli inquinanti significativi ai fini del calcolo della tariffa, i criteri definiti nei *CRITERI GENERALI*, sopra riportati nonché le seguenti ulteriori indicazioni:

- ✓ Scarichi 'parziali' di acque reflue, ossia scarichi recapitanti in un tratto di fognatura interno al complesso ed a sua volta recapitante in uno scarico finale (immissione nel corpo recettore/fognatura) dotato di pozzetto di campionamento e incluso nel Piano di Monitoraggio, non sono da considerare ai fini del calcolo della tariffa istruttoria;
- ✓ Scarichi recapitanti esclusivamente reflui derivanti da operazioni di bonifica, non sono da considerare ai fini del calcolo della tariffa istruttoria;

Numero di sostanze inquinanti tipicamente e significativamente emesse dall'attività	Numero di scarichi			
	1	da 2 a 3	da 4 a 8	oltre 8
Nessun inquinante	50	100		400
da 1 a 4 inquinanti	950	1500	2000	5000
da 5 a 7 inquinanti	1750	2800	4200	8000
da 8 a 12 inquinanti	2300	3800	5800	10000
da 13 a 15 inquinanti	3500	7500	15000	29000
più di 15 inquinanti	4500	10000	20000	30000

tabella C

4) **Costo Istruttoria per verifica del rispetto della disciplina in materia di rifiuti e conduzione della quota parte delle analisi integrate riferibili alla componente "rifiuti": C_{RP} e C_{RNP}**

L'importo per le componenti C_{RP} e C_{RNP} viene determinato applicando le seguenti *tabelle D1* e *D2* e tenendo presente che:

- devono essere considerate le quantità medie giornaliere di rifiuti sottoposte ad operazioni R o D, calcolate con riferimento alla capacità massima richiesta dell'impianto e rispetto alla quale è definito il calcolo della fidejussione secondo i criteri di cui alla d.G.R. 19 novembre 2004 n.19461; il valore giornaliero è calcolabile a partire dalla quantità annua autorizzata (o di cui è richiesta l'autorizzazione), su cui è stata calcolata la fidejussione, dividendo per il numero di giorni di esercizio riportati nell'AIA o, se non esplicitato, per 220 (5 giorni lavorativi a settimana) o 340 (7 giorni a settimana);
- per le discariche (attività D1) si deve fare riferimento alla capacità autorizzata espressa in termini di volume (mc);
- nel calcolo delle quantità giornaliere di rifiuti non pericolosi trattati devono essere esclusi i quantitativi sottoposti alle operazioni di recupero R10 (utilizzo fanghi in agricoltura);
- per gli impianti che effettuano operazioni di deposito temporaneo (compreso il deposito autorizzato che supera i limiti di cui all'art 183 comma 1 lett. bb) del Dlgs. 152/06 e s.m.i.) prima della raccolta, nel luogo di produzione, si applica una tariffa forfetaria pari a **300 euro** (da sommare alla eventuale componente di costo relativa alle operazioni di gestione rifiuti);

Tonnellate/die oggetto della domanda*	0	fino ad 1	oltre 1 fino a 10	oltre 10 fino a 50	Oltre 50	Sigla
Rifiuti pericolosi (RP)	0	500	1000	2200	3200	C_{RP}
Rifiuti non pericolosi (RNP)	0	0	500	1200	1800	C_{RNP}

tabella D1

* esclusi i fanghi utilizzati in agricoltura

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Volume [mc] oggetto della domanda	0	fino a 400.000 mc	da 400.000 mc a 800.000	da 800.000 mc a 1.600.000	Oltre 1.600.000	Sigla
Rifiuti pericolosi (RP)	0	1200	2400	3600	4800	C _{RP}
Rifiuti non pericolosi (RNP)	0	1000	2000	3000	4000	C _{RNP}

tabella D2

5) **Costi istruttori per verifica del rispetto della ulteriore disciplina in materia ambientale, valutazione ed eventuale integrazione del piano di monitoraggio e controllo relativo ad altre componenti ambientali, conduzione della quota parte delle analisi integrate riferibili alle ulteriori componenti ambientali:** C_{CA}, C_{RI}, C_{OD}, C_{ST} e C_{RA}

In merito ai costi istruttori (v. la seguente *tabella E1*) per la verifica del rispetto della ulteriore disciplina in materia ambientale, di cui al punto 5. dell’Allegato I al d.m. 24 aprile 2008 (C_{CA}, C_{RI}, C_{OD}, C_{ST} e C_{RA}), il proponente considererà nel calcolo le componenti ambientali di fatto interessate, utilizzando le informazioni contenute nella seguente *tabella E2*, inerente gli impianti tipicamente interessati o motivandone la non assoggettabilità.

L’Autorità Competente potrà eventualmente integrare, sulla base degli esiti dell’istruttoria, le indicazioni fornite dal proponente, rideterminando eventualmente la tariffa, secondo quanto previsto al paragrafo B del presente Allegato).

Ulteriore componente ambientale da considerare	Sigla	Costo istruttoria
Clima acustico	C _{CA}	1000 ⁽¹⁾
Tutela quantitativa della risorsa idrica	C _{RI}	3500
Odori	C _{OD}	700
Sicurezza del territorio	C _{ST}	1400 ⁽²⁾
Ripristino ambientale	C _{RA}	5600

Tabella E1

- NOTE:
- 1) per gli stabilimenti collocati in aree di Classe 6 ai sensi dei piani di zonizzazione acustica si applica il costo forfettario di 500 euro;
 - 2) disposizioni in merito alle aree dichiarate ad elevata concentrazione di stabilimenti, ai sensi della disciplina in materia di rischi da incidenti rilevante, saranno stabilite con apposito decreto Ministeriale ai sensi dell’art.13 del D.Lgs 334/99 e s.m.i; fino all’emanazione di tale provvedimento e a successiva comunicazione da parte di Regione Lombardia, la componente ‘sicurezza sul Territorio’ non è da applicarsi.

Ulteriore componente ambientale da consi-derare	Impianti tipicamente interessati
Clima acustico	Tutti gli impianti soggetti ad autorizzazione integrata ambientale ad eccezione di quelli che svolgono esclusivamente le attività 2.6 (trattamento superficiale di metalli e materie plastiche) e 6.7 (trattamento superficiale con solventi)
Tutela quantitativa delle risorsa idrica	Acciaierie integrate di prima fusione della ghisa o dell’acciaio, cementifici, industrie della carta
Odori	Raffinerie di petrolio greggio, cokerie, impianti di arrostitimento o sinterizzazione di materiali metallici, impianti chimici, impianti di gestione del rifiuto, concerie, industria alimentare, allevamenti, macelli, impianti per l’eliminazione o il recupero di carcasse, impianti per il trattamento superficiale con solventi e tutte le attività soggette all’art.275 D.Lgs 152/06,
Ripristino ambiente	Impianti collocati in un sito che, all’atto della presentazione della domanda, è dichiarato di interesse nazionale ai sensi della normativa vigente in materia di bonifiche
Sicurezza sul territorio	Impianti collocati in aree che, all’atto della presentazione della domanda, sono dichiarate ad elevata concentrazione di stabilimenti, ai sensi della disciplina in materia di rischi di incedente rilevante ⁽²⁾

Tabella E2

6) **Riduzione del costo istruttorio per analisi delle procedure di gestione degli impianti e per la definizione delle misure relative a condizioni diverse da quelle di normale esercizio dell’impianto determinate dalla presenza di un sistema di gestione ambientale:** C_{SGA}

Per gli impianti IPPC certificati ISO 14001 o registrati secondo il Regolamento EMAS e/o dotati di un sistema di gestione energetica certificato secondo la norma EN 16001, i costi istruttori sono ridotti delle percentuali riportate nella seguente *tabella F* in funzione del valore della tariffa T_F.

Tipo di certificazione	Se T _F ≥ 5000	Se T _F < 5000
ISO 14001	20 %	1000
EMAS	30 %	2000
EN 16001	5%	200
ISO 14001 + EN 16001	25 %	1000
EMAS + EN 16001	35 %	2000

Tabella F

Ai fini dell’applicazione dello sconto previsto per l’adozione dei sopra riportati Sistemi di Gestione certificati è necessario che gli stessi siano stati adottati al momento del rilascio del Decreto AIA e non successivamente.

7) **Riduzione del costo istruttorio per acquisizione e gestione della domanda determinate da particolari forme di presentazione della domanda: C_{DOM}**

I costi istruttori per acquisizione e gestione della domanda, di cui al punto 6. dell’allegato I al d.m. 24 aprile 2008, sono ridotti delle quantità (C_{DOM}) riportate nella *tabella G1*.

Tipo impianto	Domanda presentata	
	Secondo le specifiche fornite dall’Autorità Competente* ed in formato elettronico	
Impianti di cui all’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i., ad esclusione degli impianti di cui al punto 6.6 “Impianti per l’allevamento intensivo di pollami e di suini”	imprese con attività ricadenti nel d.lgs 334/99 e 238/05	1000
	Grandi e medie imprese	
	Piccole e micro imprese	500

Tabella G1

NB: il Gestore nell’ambito della istanza o comunicazione deve indicare se l’impresa è classificabile come “Piccola”, “Media” o “Grande” impresa

* Indicazioni contenute nelle delibere adottate da Regione Lombardia:

- d.G.R. 5 agosto 2005 n.18623 ‘approvazione della modulistica e del calendario [...]’ per le istruttorie di impianti esistenti;
- d.G.R. 30 dicembre 2008 n.8831 ‘determinazioni in merito all’esercizio uniforme e coordinato delle funzioni trasferite alle Province in materia di Autorizzazione integrata Ambientale (art.8 c.2, LR n.24/2006)’ per le istruttorie di impianti esistenti e soggetti a modifica sostanziale;
- d.G.R. 2 febbraio 2012 n.2970 ‘determinazioni in merito alle procedure e modalità di rinnovo e dei criteri per la caratterizzazione delle modifiche per l’esercizio uniforme e coordinato dell’ Autorizzazione integrata Ambientale (AIA): per le istruttorie di impianti esistenti soggetti a rinnovo.

o eventuali ulteriori indicazioni fornite dall’Amministrazione Provinciale, autorità competente in materia di AIA ai sensi della LR n.24/2006.

8) **Definizione del Coefficiente Moltiplicatore di categoria**

Al fine del calcolo della Tariffa Finale T_f di cui al punto D1 (‘CALCOLO DELLA TARIFFA’), si applica il coefficiente di categoria K1, il cui valore è specificato nella successiva Tabella H:

Tabella dei coefficienti moltiplicativi	
Fattore moltiplicativo	Attività IPPC
K1 coefficiente di categoria IPPC	
1	Produzione di acciaio e ghisa (punto 2.2 dell’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i.)
	Impianti di combustione con potenza termica di combustione superiore a 50 MW ed inferiore a 300 MW (punto 1.1 dell’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i.)
	Attività di discarica (punto 5.4 dell’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i.)
1,4	Attività di incenerimento di rifiuti (punto 5.2 dell’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i.)
0.7	Tutte le restanti attività dell’Allegato VIII alla Parte Seconda del 152/06 s.m.i.)

Tabella H

In presenza di più attività IPPC nello stabilimento, si assume il coefficiente K1 riferito all’attività IPPC principale secondo quanto indicato nella modulistica on-line.

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

C. DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE CONNESSE A RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO II)

La tariffa istruttoria relativa al rinnovo (T_R) di un'Autorizzazione Integrata Ambientale è calcolata secondo i seguenti passaggi:

1. Calcolo T

$$T = T_I * K_I$$

dove:

- $T_I = C_D - C_{DOM} + C_{ARIA} + C_{H_2O} + C_{RP} + C_{RNP} + (C_{CA} + C_{RI} + C_{OD} + C_{ST} + C_{RA})$
- **K_I**: coefficiente moltiplicativo da determinare secondo le modalità riportate al punto 8 del paragrafo D.2 Calcolo della Tariffa.

- Eventuale applicazione sconto per certificazioni ambientali: In caso di adozione da parte del Gestore dell'impianto, di certificazioni ambientali, alla Tariffa così calcolata si applicherà un ulteriore sconto (C_{SGA}) secondo le modalità specificate al punto 6 del presente paragrafo.
- Calcolo T_R con l'applicazione di un ulteriore sconto del 50% alla tariffa determinata secondo i punti precedenti.

Rinnovo con modifica non sostanziale

Se l'istanza di modifica non sostanziale è presentata nell'ambito della domanda di rinnovo, sarà valutata nell'ambito di tale procedimento (con le relative tempistiche) e si applicherà solo la tariffa T_R di cui sopra.

Rinnovo con modifica sostanziale

- Qualora l'iter del rinnovo sia contestuale ad una istanza di modifica 'sostanziale' si applica la tariffa massima tra T_R e T_M calcolati secondo i criteri sopra definiti.
- Qualora l'iter del rinnovo sia concorrente ad una istanza di modifica 'sostanziale' si applica la tariffa corrispondente alla prima istanza presentata, salvo la possibilità da parte dell'Autorità Competente di richiedere congruaggio secondo le logiche di cui al punto a).

D. DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA PER LE ISTRUTTORIE IN CASO DI MODIFICHE NON SOSTANZIALI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO III)

In relazione a quanto riportato all'art.29-nonies del D.Lgs 152/06 e s.m.i. e richiamata dgr 2 febbraio 2012 n.2970 'determinazioni in merito alle procedure e modalità di rinnovo e dei criteri per la caratterizzazione delle modifiche per l'esercizio uniforme e coordinato dell'autorizzazione integrata ambientale (AIA)' ed in particolare all'All.G 'Criteri per l'individuazione delle modifiche sostanziali ai sensi del D.Lgs 59/05', si individuano le seguenti tipologie di modifiche non sostanziali:

- modifiche che comportano l'aggiornamento dell'autorizzazione;
- modifiche che non comportano l'aggiornamento dell'autorizzazione (oggetto di sola comunicazione).

Per le modifiche che comportano l'aggiornamento dell'atto, la tariffa è calcolata nel seguente modo:

Attività	Tariffa	Tipologia impianto
Impianti dell'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i. ad esclusione degli impianti di cui al punto 6.6 "Impianti per l'allevamento intensivo di pollami e di suini"	350	Grandi e medie imprese
	200	Piccole imprese

Tabella II

NB: il Gestore nell'ambito della istanza o comunicazione deve indicare se l'impresa è classificabile come "Piccola", "Media" o "Grande" impresa

La tariffa si applica alla singola modifica, facendo riferimento alle tipologie elencate nell'Allegato G 'Criteri per l'individuazione delle modifiche sostanziali AIA ai sensi del D.Lgs 152/06 e smi' alla dgr 2 febbraio 2012 n.2970. Qualora più modifiche vengano comunicate nell'ambito della medesima istanza, la tariffa non potrà comunque superare i seguenti importi:

- 1000 euro per imprese medie e grandi;
- 750 euro per imprese piccole;

Le modifiche che NON comportano l'aggiornamento dell'atto, oggetto di sola comunicazione, non sono soggette a tariffa.

E. TARIFFA RELATIVA ALLE ATTIVITÀ DA CONDURRE COMUNQUE IN OGNI CONTROLLO (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO IV)

La tariffa relativa al singolo controllo, come indicato dall'articolo 3, comma 3, del d.m. 24 aprile 2008 (di seguito T_{CON}) è determinata sommando due diversi fattori:

- la tariffa 'fissa' (di seguito T_C) dovuta alle attività da condurre in ogni controllo (art. 3, comma 1)
- e la tariffa per la esecuzione di prelievi ed analisi (di seguito T_A), determinata sulla base del numero di prelievi ed analisi eseguite nell'ambito del controllo (art.3, comma 2).

Pertanto:
 $T_{CON} = T_C + T_A$
Considerato che la complessità dell'attività ispettiva può ragionevolmente ritenersi proporzionale alla complessità dell'istruttoria tecnica per il rilascio dell'autorizzazione, ma ritenuto altresì opportuno uniformare le tariffe e semplificare la procedura di calcolo, ai fini della determinazione della tariffa relativa alle attività da condurre in ogni controllo (tariffa 'fissa', T_C), richiamata la formula di cui all'Allegato IV al d.m. 24 aprile 2008 e di seguito riportata,

$$T_C^* = \{ [C_{ARIA} + C_{H2O} + C_{RP} + C_{RNP} + (C_{CA} + C_{RI} + C_{OD} + C_{ST} + C_{RA})^*] \times 0,10 \} + 100 \text{ €}$$
**Per l'identificazione dei coefficienti, si faccia riferimento a quanto riportato al precedente punto D - Determinazione della tariffa per le istruttorie connesse a rilascio e aggiornamento per modifica sostanziale di autorizzazione integrata ambientale.*
si utilizza il seguente criterio:

- a) per tutte le attività di cui all'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i., ad eccezione di quelli di cui al punto 6.6, si individuano, in funzione della complessità del controllo, ossia, sulla base del valore calcolato secondo al formula sopra riportata, le seguenti categorie impiantistiche:
- impianti la cui T_C , calcolata con la formula di cui sopra, **assume un valore inferiore a 5.000 euro;**
 - impianti la cui T_C , calcolata con la formula di cui sopra, **assume un valore superiore a 5.000 euro;**
- b) ad ognuna di queste categorie viene associata la tariffa forfetaria (vedi tabella L seguente), al netto dell'IVA, pari rispettivamente a:
- **2500 euro**, per impianti la cui T_C , calcolata con la formula di cui sopra, assume un valore inferiore a 5.000 euro;
 - **4200 euro**, per impianti la cui T_C , calcolata con la formula di cui sopra, assume un valore superiore a 5.000 euro;

Tipologia impianto	Tariffa IVA esclusa (Euro)
Impianti di cui all'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i.ad eccezione di quelli di cui al punto 6.6, la cui T_C calcolata assume un valore inferiore a 5.000 euro;	2500
Impianti di cui all'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i ad eccezione di quelli di cui al punto 6.6 la cui T_C , calcolata assume un pari o superiore a 5.000 euro;	4200

Tabella L

La tariffa fissa comprende il rimborso spese per le attività di controllo, nonché per l'attività di report di conformità che viene effettuata a seguito delle ispezioni ordinarie.

Nello specifico costituiscono oggetto delle attività di controllo programmate da eseguire in ogni controllo (v. art.3, c. 1, del d.m. 24 aprile 2008):

- a) sopralluoghi;
- b) verifica del corretto posizionamento, funzionamento, taratura, manutenzione degli strumenti,
- c) verifica delle qualifiche dei soggetti incaricati di effettuare le misure previste nel piano di monitoraggio;
- d) verifica della regolare trasmissione dei dati;
- e) verifica della rispondenza delle misure ai contenuti dell'autorizzazione (misure di autocontrollo e ottemperanza alle prescrizioni);

Sulla Tariffa T_C si applicano le seguenti riduzioni:

ISO 14001	20 %
EMAS	30 %
Allacciamento alla Rete SME*	30 %
Allacciamento alla Rete SME + ISO 14001	50 %
Allacciamento alla Rete SME + EMAS	60 %

** Si intendono gli impianti che abbiano presentato un progetto di allacciamento alla Rete SME secondo quanto previsto dal dduo 12834 del 27/12/2011 ed abbiano ricevuto approvazione da parte di ARPA Lombardia*

F. **TARIFFA RELATIVA AI CONTROLLI DERIVANTI DALLA EVENTUALE PROGRAMMAZIONE DI PRELIEVI ED ANALISI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO V)**

Per la determinazione della tariffa relativa ai controlli derivanti dalla eventuale programmazione di prelievi ed analisi, si faccia riferimento all'Allegato V al d.m. 24 aprile 2008, tenendo conto delle seguenti ulteriori condizioni:

- la tariffa relativa all'analisi viene conteggiata per l'effettivo numero di campionamenti e di analisi eseguiti per la determinazione di ogni singolo parametro;
- dove non espressamente indicato, la tariffa indicata è comprensiva sia del campionamento che dell'attività analitica;
- le matrici e gli inquinanti oggetti del controllo ordinario devono essere inclusi nel Piano di Monitoraggio, parte integrante dell'AIA; a tal proposito di specifica che le analisi sulle acque piezometriche sono oggetto di tariffazione solo nel caso in cui il monitoraggio di tali acque sia inserito nel PMC (ad es nel caso delle discariche); sono escluse dall'applicazione del presente tariffario le analisi condotte sulle acque piezometriche nell'ambito dei procedimenti di bonifica;
- le tariffe indicate nelle tabelle cui all'Allegato V al d.m. 24 aprile 2008 sono da intendersi comprensive di IVA;
- il calcolo della tariffa complessiva, dovuta alle analisi (T_A), discende dalla somma delle singole analisi effettuate, applicando i costi individuati all'Allegato V al d.m. 24 aprile 2008; in ogni caso tale tariffa T_A , **comprensiva di tutte le matrici oggetto di analisi**, non dovrà superare i valori riportati nella seguente tabella M, richiamati i criteri per l'individuazione della tariffa Fissa (vedi *tabella L*):

Tipologia impianto	$T_A\ max$
Impianti di cui all'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i.ad eccezione di quelli di cui al punto 6.6, la cui T_c calcolata assume un valore inferiore a 5.000 euro;	3000
Impianti di cui all'allegato VIII alla Parte 2^ del D.Lgs. 152/06 e s.m.i.ad eccezione di quelli di cui al punto 6.6., la cui T_c calcolata assume un valore superiore a 5.000 euro;	5000
Impianti con obbligo di SME* e/o campionamento Diossine (a prescindere dalla complessità)	5000

Tabella M

*per la verifica dello SME si definisce una tariffa forfettaria di 1000 euro per parametro; in ogni caso, per tali impianti soggetti a SME, la tariffa complessiva relativa a prelievi ed analisi (T_A) non potrà superare il totale di 5.000 euro, a prescindere dal numero di parametri analizzati

PARTE 3 – DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE E I CONTROLLI DEL COMPARTO ZOOTECNICO (ATTIVITA' 6.6)

A. CALCOLO DELLA TARIFFA CONNESSA A RILASCIO E MODIFICA SOSTANZIALE DELL'AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO I)

La **Tariffa Finale** relativa al rilascio dell'Autorizzazione Integrata Ambientale per nuovi impianti e modifiche sostanziali per le attività di cui al **punto 6.6** dell'Al.VIII alla Parte Seconda del d.lgs 152/06 e smi, è determinata utilizzando la seguente formula:

$$T_F = T_I * K_I$$

dove:

- $T_I = C_D - C_{DOM} + C_{ARIA} + C_{H2O} + C_{RP} + C_{RNP} + (C_{CA} + C_{RI} + C_{OD} + C_{ST} + C_{RA})$ secondo i coefficienti individuati nella **tabella A1** del presente paragrafo
- K_I : coefficiente moltiplicativo da determinare secondo le modalità riportate **tabella A2** del presente paragrafo

	n° Scrofe 750-900 n° Suini oltre i 30 kg 2.000-4.000 n° Avicoli 40.000 – 85.000	n° Scrofe 901-1.800 n° Suini oltre i 30 kg 4.001-8.000 n° Avicoli 85.000-170.000	n° Scrofe >1.800 n° Suini oltre i 30 kg > 8.000 n° Avicoli > 170.000	Attività 'complessa' ⁽¹⁾
Costo istruttorio per la domanda - C_D	500	800	1500	1500
Costo istruttorio per verifica emissioni in atmosfera - C_{ARIA}	200	200	200	200
Costo istruttorio per verifica emissioni in acqua - C_{H2O}	100	100	100	100
Costo istruttorio per verifica rifiuti pericolosi - C_{RP}	500	500	500	500
Costo istruttorio per verifica rifiuti non pericolosi - C_{RNP}	0	0	0	0
Costo istruttorio per verifica clima acustico - C_{CA}	500	500	500	500
Costo istruttorio per verifica odori - C_{OD}	500	500	500	500
Costo istruttorio per tutela quantitativa della risorsa idrica - C_{RI}	0	0	0	0
Costo istruttorio per sicurezza del territorio - C_{ST}	0	0	0	0
Costo istruttorio per ripristino ambientale - C_{RA}	0	0	0	0
Riduzione costo istruttorio per domanda presentata secondo le specifiche dell'AC - C_{DOM}	1000	1000	1000	1000
Riduzione costo istruttorio per domanda informatizzata (ricevibile) - C_{DOM}	500	500	500	500

Tabella A1 – coefficienti per calcolo tariffa istruttoria

NOTE:
1) Per 'attività complessa' si intende un'attività zootecnica (allevamento) con almeno una delle seguenti attività connesse: allevamento della stessa specie con n. di capi che superano le soglie AIA; allevamenti di specie diversa con n. di capi soggetti a comunicazione direttiva nitrati (rif dgr 2208 del 14 settembre 2001) caseificio, macello, produzione energia elettrica (escluso fotovoltaico), impianti abbattimento, depuratori, mangimificio e altri rilevanti

	n° Scrofe 750-900 n° Suini oltre i 30 kg 2.000-4.000 n° Avicoli 40.000 - 85.000	n° Scrofe 901-1.800 n° Suini oltre i 30 kg 4.001-8.000 n° Avicoli 85.000-170.000	n° Scrofe >1.800 n° Suini oltre i 30 kg > 8.000 n° Avicoli > 170.000	Attività 'complessa' ⁽¹⁾
Riduzione del costo istruttorio per attività (coefficiente di categoria k1) - K1	Sconto 30 %	Sconto 30 %	Sconto 30 %	Sconto 30 %

Tabella A2 - coefficienti di categoria

Eventuale applicazione sconto per certificazioni ambientali: in caso di adozione da parte del Gestore dell'impianto, di certificazioni ambientali, alla Tariffa così calcolata si applicherà un ulteriore sconto (C_{SGA}) secondo le modalità specificate nella tabella A3.

	n° Scrofe 750-900 n° Suini oltre i 30 kg 2.000-4.000 n° Avicoli 40.000 - 85.000	n° Scrofe 901-1.800 n° Suini oltre i 30 kg 4.001-8.000 n° Avicoli 85.000-170.000	n° Scrofe >1.800 n° Suini oltre i 30 kg > 8.000 n° Avicoli > 170.000	Attività 'complessa' ⁽¹⁾
Riduzione del costo istruttorio per impianti ISO 14001	10 %	10 %	10 %	10 %
Riduzione costo istruttorio per impianti EMAS	30 %	30 %	30 %	30 %

Tabella A3 - coefficienti di sconto per attività certificate

B. DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER LE ISTRUTTORIE CONNESSE A RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO II)

La tariffa istruttoria relativa al rinnovo (T_R) di un'Autorizzazione Integrata Ambientale è calcolata secondo i seguenti passaggi:

4. Calcolo T

$$T = T_i * K_1$$

dove:

- $T_i = C_D - C_{DOM} + C_{ARIA} + C_{H2O} + C_{RP} + C_{RNP} + (C_{CA} + C_{RI} + C_{OD} + C_{ST} + C_{RA})$ è calcolata secondo i coefficienti della Tabella A1 di cui sopra;
 - K1**: coefficiente moltiplicativo individuato nella Tabella A2 di cui sopra.
5. Eventuale applicazione sconto per certificazioni ambientali: in caso di adozione da parte del Gestore dell'impianto, di certificazioni ambientali, alla Tariffa così calcolata si applicherà un ulteriore sconto (C_{SGA}) secondo le modalità specificate nella tabella A3.
6. Calcolo T_R con l'applicazione di un ulteriore sconto del 50% alla tariffa determinata secondo i punti precedenti.

C. DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA PER LE ISTRUTTORIE IN CASO DI MODIFICHE NON SOSTANZIALI (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO III)

In caso di modifiche NON SOSTANZIALI che comportano aggiornamento dell'atto ai sensi della dgr 2 febbraio 2012 n.2970 si applica la tariffa forfettaria di 200 euro.
Qualora più modifiche vengano comunicate nell'ambito della medesima istanza, la tariffa non potrà comunque superare l'importo di 750 euro.

D. TARIFFA RELATIVA ALLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (RIF.: DM 24.04.2008, ALLEGATO IV E V)

Richiamato quanto riportato ai paragrafi E ed F della Parte II, la tariffa relativa al singolo controllo, come indicato dall'articolo 3, comma 3, del d.m. 24 aprile 2008 (di seguito T_{CON}) è determinata sommando due diversi fattori:

- la tariffa 'fissa' (di seguito T_c) dovuta alle attività da condurre in ogni controllo (art. 3, comma 1)
- e la tariffa per la esecuzione di prelievi ed analisi (di seguito T_A), determinata sulla base del numero di prelievi ed analisi eseguite nell'ambito del controllo (art.3, comma 2).

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Pertanto:

$$T_{\text{CON}} = T_{\text{C}} + T_{\text{A}}$$

Per le attività di cui al punto 6.6 si stabilisce che:

- la Tariffa fissa (**'T_C'**) è pari al valore forfettario di **850 euro, IVA esclusa**;
- Per la tariffa T_{A} , si rimanda a quanto stabilito al paragrafo F della Parte II, fermo restando che la $T_{\text{A}} \text{ max}$ è pari a 1000 euro (vedi *Tabella M – paragrafo F della Parte II*).

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

D.G. Ambiente, energia e reti

D.d.u.o. 20 dicembre 2012 - n. 12481

Approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del "Progetto operativo di bonifica degli areali 8A e 8B" e della ripermimetrazione del comparto 8, delle aree che ospiteranno l'esposizione universale 2015, ubicate nei comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e autorizzazione alla realizzazione degli interventi in esso previsti

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA TUTELA AMBIENTALE

Visto il decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152: «Norme in materia ambientale», in particolare il Titolo V «Bonifica di siti contaminati» e s.m.i.;

Visto il r.r. 15 giugno 2012, n. 2 «Attuazione dell'art. 21 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 26 – Disciplina dei servizi locali di interesse economico generale. Norme in materia di gestione dei rifiuti, di energia, di utilizzo del sottosuolo e di risorse idriche – relativamente alle procedure e ripristino ambientale dei siti inquinati», ed in particolare l'art. 18 «Interventi di bonifica con il raggiungimento delle concentrazioni soglia di contaminazione»;

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale 23 maggio 2012 n. 3509 «Linee guida per la disciplina del procedimento per il rilascio della certificazione di avvenuta bonifica, messa in sicurezza operativa e messa in sicurezza permanente dei siti contaminati»;

Vista la deliberazione di Giunta regionale 27 giugno 2006, n. 2838 avente ad oggetto: «Modalità applicative del Titolo V «Bonifica di siti contaminati» della parte quarta del d.lgs. 152/2006 – Norme in materia ambientale.»;

Visto l'Accordo di Programma ai sensi e per gli effetti dell'art. 34 del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267 tra Comune di Milano, Regione Lombardia, Provincia di Milano, Comune di Rho, Società Poste Italiane s.p.a. e con l'Adesione di Società Expo 2015 s.p.a. e Società Arexpo s.p.a., finalizzato a consentire la realizzazione dell'esposizione universale 2015, anche attraverso la definizione della idonea disciplina urbanistica e la riqualificazione dell'area successivamente allo svolgimento dell'evento, siglato in data 14 luglio 2011;

Visto il decreto regionale del dirigente dell'Unità Organizzativa Tutela ambientale 26 maggio 2011, n. 4811 di approvazione, ai sensi del comma 3, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del Piano della caratterizzazione delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Expo 2015 s.p.a.;

Preso atto altresì che il Piano della caratterizzazione approvato prevede, quale approccio metodologico, l'intervento per singole sub-aree, in riferimento alle diverse caratteristiche delle porzioni di territorio comprese nel sito, in particolare per il loro uso pregresso, nonché per conciliare, su un sito di ampie dimensioni, le operazioni di bonifica e la realizzazione delle infrastrutture ed opere pubbliche previste dall'evento;

Visti i decreti regionali del dirigente dell'Unità Organizzativa Tutela ambientale:

- 23 dicembre 2011, n. 12818 di approvazione, ai sensi dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, della ripermimetrazione delle aree oggetto di bonifica insistenti nel sito che ospiterà l'Esposizione Universale 2015, ubicato nei Comuni di Milano e Rho (MI), secondo la documentazione trasmessa dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. ad esclusione del ridimensionamento del comparto della subarea ex Deposito Pessina;
- 10 luglio 2012, n. 6144, di approvare ai sensi dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, a seguito delle risultanze della caratterizzazione effettuata, la ripermimetrazione delle aree oggetto di bonifica, escludendo dal relativo procedimento i Comparti 4 – 9 – e 10 risultati non contaminati, insistenti nel sito che ospiterà l'Esposizione Universale 2015, ubicato nei Comuni di Milano e Rho (MI), secondo la documentazione trasmessa dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a.;
- 18 luglio 2012, n. 6445 di approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del «Progetto operativo di bonifica dell'areale 5» della ripermimetrazione

del Comparto 5 delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzazione degli interventi in esso previsti;

- 18 luglio 2012, n. 6447 di approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del «Progetto operativo di bonifica dell'areale 7» della ripermimetrazione del Comparto 7 delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzazione degli interventi in esso previsti;
- 18 luglio 2012, n. 6448 di approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del «Progetto operativo di bonifica dell'areale 11» della ripermimetrazione del Comparto 11 delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzazione degli interventi in esso previsti;
- 18 luglio 2012, n. 6449 di approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del «Progetto operativo di bonifica degli areali 3A e 3B della ripermimetrazione del Comparto 3 delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzazione degli interventi in esso previsti;
- 23 ottobre 2012, n. 9443 di approvazione ai sensi dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152 della ripermimetrazione delle aree oggetto di bonifica, escludendo dal relativo procedimento il Comparto 6 risultato non contaminato, insistente nel sito che ospiterà l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI);
- 23 ottobre 2012, n. 9444 di approvazione di approvazione ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, del Progetto operativo di bonifica degli areali 2A e 2B e della ripermimetrazione del Comparto 2, delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzazione degli interventi in esso previsti;

Vista la nota n. 726 PG 63648 del 15 novembre 2012, agli atti regionali con protocollo 23106 del 19 novembre 2012, con la quale la Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a., con sede in Milano – Via Rovello 2, ha trasmesso il Progetto Operativo di Bonifica degli areali 8A e 8B risultante dalla ripermimetrazione del Comparto 8 del sito di cui trattasi;

Preso atto di quanto indicato nel documento progettuale di cui sopra, ed in particolare della strategia dell'intervento di bonifica che ha come obiettivo il raggiungimento delle Concentrazioni Soglia di Contaminazione (C.S.C.) per la specifica destinazione d'uso;

Atteso che gli areali 8A e 8B interessati dal Progetto Operativo di Bonifica ricadono all'interno di un'area ad uso residenziale e verde pubblico/privato, nel territorio comunale di Milano, tale per cui l'obiettivo dell'intervento di bonifica relativamente ai terreni, è il raggiungimento dei limiti di cui alla colonna A della Tabella 1 dell'Allegato 5 al Titolo V, parte quarta del d.lgs. 152/2006;

Preso atto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa di cui alle disposizioni del Capo III, legge 241/1990 s.m.i., relativo alla partecipazione al procedimento amministrativo;

Considerato che ai fini istruttori, è stata convocata in data 14 dicembre 2012, presso la Direzione Generale Ambiente, Energia e Reti, una Conferenza di Servizi ai sensi dell'art. 14, l. 7 agosto 1990, n. 241, e s.m.i., per l'acquisizione dei pareri sul Progetto Operativo di bonifica degli areali 8A e 8B e per la quale è stata richiesta la presenza della Provincia di Milano, dei Comuni di Milano e Rho, dell'A.R.P.A. Lombardia – Dipartimento Provinciale di Milano, della Società Metropolitana Milanese s.p.a. e della Società Expo 2015 s.p.a.;

Preso atto che la Conferenza predetta, ha ritenuto opportuno, visto ed esaminato il documento progettuale presentato, di approvarne i contenuti, con le osservazioni e prescrizioni di cui alle considerazioni finali della Conferenza di Servizi indicate nel relativo verbale;

Serie Ordinaria n. 2 - Venerdì 11 gennaio 2013

Ritenuto necessario che il verbale della Conferenza di Servizi costituisca parte integrante del presente provvedimento (allegato 1)(*omissis*);

Ritenuto pertanto, di approvare ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, il «Progetto operativo di bonifica degli areali 8A e 8B» delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzare gli interventi in esso previsti, con le osservazioni e prescrizioni espresse dalla Conferenza di Servizi, di cui all'allegato 1 al presente atto(*omissis*);

Ritenuto altresì di approvare ai sensi dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, a seguito delle risultanze della caratterizzazione effettuata, la ripermimetrazione delle aree oggetto di bonifica, escludendo dal relativo procedimento la restante parte del Comparto 8 risultata non contaminata, secondo la documentazione trasmessa dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a., ed in particolare secondo la Figura 19 che costituisce parte integrante del presente provvedimento (allegato 2)(*omissis*), del Progetto Operativo di Bonifica degli Areali 8A e 8B di cui alla nota di parte 726/2012;

Evidenziato che al fine dei necessari controlli a garanzia degli interventi di cui trattasi la Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. dovrà trasmettere agli Enti territorialmente interessati, ogni documento necessario per una corretta informazione tecnico-procedurale, relativa all'esecuzione dei lavori di cui al progetto in oggetto, a mente del programma temporale degli interventi e delle azioni connesse;

Dato atto che il presente provvedimento conclude il relativo procedimento nei termini previsti ai sensi di legge;

Vista la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale», nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

DECRETA

1. di approvare ai sensi del comma 7, dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, il «Progetto operativo di bonifica degli areali 8A e 8B» delle aree che ospiteranno l'Esposizione Universale 2015, ubicate nei Comuni di Milano e Rho (MI), presentato dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. e di autorizzare gli interventi in esso previsti, con le osservazioni e prescrizioni espresse dalla Conferenza di Servizi, il cui verbale costituisce parte integrante del presente provvedimento (allegato 1)(*omissis*);

2. di autorizzare gli interventi previsti dal documento progettuale di cui sopra;

3. di approvare ai sensi dell'art. 242 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, a seguito delle risultanze della caratterizzazione effettuata, la ripermimetrazione delle aree oggetto di bonifica, escludendo dal relativo procedimento la restante parte del Comparto 8 risultata non contaminata, secondo la documentazione trasmessa dalla Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a., ed in particolare secondo la Figura 19 che costituisce parte integrante del presente provvedimento (allegato 2)(*omissis*), del Progetto Operativo di Bonifica degli Areali 8A e 8B di cui alla nota di parte 726/2012;

4. di dare atto che ai fini dei necessari controlli a garanzia degli interventi di cui trattasi la Società Metropolitana Milanese s.p.a. per conto della Società Expo 2015 s.p.a. dovrà trasmettere agli Enti territorialmente interessati, ogni documento necessario per una corretta informazione tecnico-procedurale, relativa all'esecuzione dei lavori di cui al progetto in oggetto, a mente del programma temporale degli interventi e delle azioni connesse;

5. di comunicare il presente atto alla Società Metropolitana Milanese s.p.a. e alla Società Expo 2015 s.p.a. e di inviarne copia alla Provincia di Milano, ai Comuni di Milano e Rho, all'A.R.P.A. Lombardia - Dipartimento Provinciale di Milano, e al Collegio di Vigilanza dell'Accordo di Programma;

6. di provvedere a pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, il presente provvedimento, ad esclusione degli allegati 1 e 2;

7. di dare atto, ai sensi dell'art. 3, legge 7 agosto 1990, n. 241, che contro il presente provvedimento, potrà essere presentato ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di comunicazione dello stesso, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni dalla predetta data.

Il dirigente dell'unità organizzativa
Angelo Elefanti