



Regione
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

A) CONSIGLIO REGIONALE

Deliberazione Consiglio regionale 10 dicembre 2012 - n. IX/564

Presa d'atto della sospensione dalla carica di consigliere regionale del signor Domenico Zambetti e provvedimenti conseguenti 3

Deliberazione Consiglio regionale 10 dicembre 2012 - n. IX/565

Convalida della elezione del consigliere Franco Spada 3

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Deliberazione Giunta regionale 13 dicembre 2012 - n. IX/4489

Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive 4

Deliberazione Giunta regionale 13 dicembre 2012 - n. IX/4490

Approvazione del progetto "Nuova celiachia" e dello schema tipo di convenzione "Accordo regionale con le sigle della grande distribuzione organizzata per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine per gli assistiti lombardi celiaci per il periodo 2013-2015", in attuazione della d.g.r. 4334 del 26 ottobre 2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013" 66

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

Presidenza

Decreto dirigente struttura 5 dicembre 2012 - n. 11375

Direzione centrale Programmazione integrata - Impegno e contestuale liquidazione alle Comunità montane del saldo contributo regionale per le spese di funzionamento relativo all'anno 2012 di cui alla l.r. 19/2008, art. 13, c. 1, lett. c-bis) in esecuzione della d.g.r. n. 4434 del 28 novembre 2012 79

Decreto dirigente struttura 11 dicembre 2012 - n. 11875

Direzione centrale Programmazione integrata - Fondo Nazionale Montagna ex l. 97/94 annualità 2009. Impegno di spesa a favore dei Comuni capoluogo Como, Lecco, Sondrio e Varese in esecuzione della d.g.r. n. 4434 del 28 novembre 2012 80

Decreto dirigente struttura 14 dicembre 2012 - n. 12144

Direzione centrale Programmazione integrata - Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul "Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati" istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata con d.g.r. 8927/2009: approvazione della variazione del piano finanziario del progetto ID n. 12793976 "Eco.Brick" (capofila Tirsi s.r.l.) e della conseguente rideterminazione dell'intervento finanziario concesso 82

D.G. Sistemi verdi e paesaggio

Decreto dirigente struttura 13 dicembre 2012 - n. 12108

Autorizzazione alla raccolta di funghi epigei per motivi scientifici, di studio e ricerca, per l'organizzazione di corsi propedeutici e al fine di consentire l'attività di aggiornamento dei micologi (art. 101 della l.r. 31/2008) - Integrazione/modifica degli elenchi approvati dai decreti n. 5885 del 3 luglio 2012 e n. 6932 del 31 luglio 2012 84

D.G. Agricoltura

Decreto dirigente unità organizzativa 13 dicembre 2012 - n. 12068

Programma di sviluppo rurale 2007-2013. Approvazione del IV° bando della Misura 331 "Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3" 94

Decreto dirigente struttura 12 dicembre 2012 - n. 12005

Revoca della qualifica di primo acquirente rilasciata con decreto n. 3498 del 18 aprile 2011 alla ditta Moana s.r.l. C.F. 03294730985 e conseguente cancellazione dall'albo dei primi acquirenti riconosciuti della Regione Lombardia 131

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.G. Infrastrutture e mobilità

Decreto dirigente struttura 10 dicembre 2012 - n. 11706

Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, Provincia di Sondrio, Declassificazione a strada comunale della s.p. 16 "Orobica" tratto dall'intersezione con la s.p. 16 Dir B "Circonvallazione nord di Caiolo" all'intersezione con l'ex s.p. Dir C "Caiolo s.s. 38" nel comune di Caiolo (SO) 133

D.G. Territorio e urbanistica

Decreto dirigente struttura 12 dicembre 2012 - n. 11955

Modifica del d.d.s. n. 8194 del 24 settembre 2012 avente per oggetto "Aggiornamento dell'elenco degli impianti assoggettati al pagamento del tributo in misura ridotta del deposito in discarica di scarti e sovralli di cui alla d.g.r. 19 dicembre 2007, n. 6235" 134

A) CONSIGLIO REGIONALE

D.c.r. 10 dicembre 2012 - n. IX/564

Presa d'atto della sospensione dalla carica di consigliere regionale del signor Domenico Zambetti e provvedimenti conseguenti

Presidenza del Presidente Cecchetti

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 ottobre 2012, notificato in data 8 novembre 2012 a cura del Prefetto di Milano, con il quale il Consigliere regionale Domenico Zambetti è stato sospeso di diritto dalla carica dal 26 settembre 2012, ai sensi dell'articolo 15, comma 4-bis, della legge 19 marzo 1990, n. 55;

Vista la legge regionale 16 gennaio 1995, n. 6 (Norme di attuazione della legge 18 gennaio 1992, n. 16 e della legge 12 gennaio 1994, n. 30 concernenti la convalida, la sospensione e la decadenza dalla carica dei Consiglieri regionali);

Considerato che il signor Domenico Zambetti nelle elezioni regionali del 28 e 29 marzo 2010 era stato eletto Consigliere regionale nella lista provinciale avente come contrassegno «Il Popolo della libertà», nella circoscrizione provinciale di Milano;

Visto l'articolo 16-bis della legge 17 febbraio 1968, n. 108 (Norme per la elezione dei Consigli regionali delle Regioni a Statuto normale) e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il verbale dell'Ufficio centrale circoscrizionale istituito presso il Tribunale di Milano ed accertato che nella lista «Il Popolo della libertà» l'ordine dei candidati non eletti, in base ai voti riportati, è il seguente: 1 Gallera Giulio, 2 Maiolo Antonella, ...;

con votazione palese, per alzata di mano:

DELIBERA

1. di prendere atto dell'avvenuta sospensione dalla carica del Consigliere regionale Domenico Zambetti a decorrere dal 26 settembre 2012;

2. di prendere atto che Consigliere supplente, ai sensi dell'articolo 16-bis della legge 108/1968 è il signor Giulio Gallera, candidato nella lista provinciale avente come contrassegno «Il Popolo della libertà», nella circoscrizione provinciale di Milano;

3. di disporre l'immediata pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia della presente deliberazione.

Il presidente: Fabrizio Cecchetti

I consiglieri segretari: Dorian Riparbelli - Carlo Spreafico

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Mario Quaglini

D.c.r. 10 dicembre 2012 - n. IX/565

Convalida della elezione del consigliere Franco Spada

Presidenza del Presidente Cecchetti

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Viste le disposizioni della legge 23 aprile 1981, n. 154 (Norme in materia di eleggibilità ed incompatibilità alle cariche di Consigliere regionale, provinciale, comunale e circoscrizionale e in materia di incompatibilità degli addetti al Servizio sanitario nazionale);

Visti l'art. 15 della legge 19 marzo 1990, n. 55 (Nuove disposizioni per la prevenzione della delinquenza di tipo mafioso e di altre gravi forme di manifestazione di pericolosità sociale) e la legge regionale 16 gennaio 1995, n. 6 (Norme di attuazione della legge 18 gennaio 1992, n. 16 e della legge 12 gennaio 1994, n. 30 concernenti la convalida, la sospensione e la decadenza dalla carica dei consiglieri regionali);

Visto l'art. 3, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Vista la legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1 (Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia delle regioni);

Vista la legge 2 luglio 2004, n. 165 (Disposizioni di attuazione dell'art. 122, primo comma della Costituzione);

Visto l'art. 17 della legge 17 febbraio 1968, n. 108 (Norme per l'elezione dei Consigli regionali delle regioni a Statuto normale);

Visti gli articoli 13, comma 4, dello Statuto d'autonomia della Lombardia e 10 del Regolamento generale del Consiglio regionale;

Esaminata e condivisa la motivata relazione approvata dalla Giunta delle elezioni in data 6 dicembre 2012 nella quale si dà conto che non sussistono, in termini di diritto e di fatto, situazioni di ineleggibilità e di incompatibilità a carico del consigliere Franco Spada;

con votazione palese, per alzata di mano:

DELIBERA

- di convalidare ad ogni conseguente effetto di legge l'elezione del consigliere Franco Spada;

- di disporre che la presente deliberazione venga depositata, ai sensi dell'art. 17, quarto comma, della legge 17 febbraio 1968 n. 108, presso la segreteria del Consiglio per l'immediata pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Lombardia.

Il presidente: Fabrizio Cecchetti

I consiglieri segretari: Dorian Riparbelli - Carlo Spreafico

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Mario Quaglini

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

D.g.r. 13 dicembre 2012 - n. IX/4489
Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive

LA GIUNTA REGIONALE

Visto:

- La l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità» nella quale, al titolo VI «Norme in materia di prevenzione e promozione della salute» ed in particolare l'art. 55, enuncia che tale norma «persegue la finalità di una più elevata tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina d un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa»;
- la d.g.r. n. VI/18853 del 30 settembre 2004 «Sorveglianza, notifica e controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia» con la quale sono state innovate le modalità di segnalazione delle malattie infettive e le misure da porre in atto per limitare la diffusione dei casi contagiosi, prevedendo altresì il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - Implementazione del sistema informativo di notifica delle malattie infettive, secondo criteri di completezza e qualità, rispondente alle direttive europee e nazionali in materia di sorveglianza delle malattie trasmissibili;
 - definizione di una rete di laboratori atti ad effettuare indagini microbiologiche con finalità epidemiologiche, onde disporre di dati approfonditi sulle malattie infettive di maggior impatto quali - quantitativo (meningiti, malattie trasmesse da alimenti, influenza da virus emergenti);
 - realizzazione di campagne di comunicazione sulle malattie infettive rivolte alle comunità infantili e di sistemi di reportistica epidemiologica rivolti agli operatori sanitari;

Considerati i seguenti successivi atti in materia di sorveglianza e controllo delle malattie infettive ad integrazione della precedente citata, e in particolare:

- decreto del Direttore generale Sanità n. 6332 del 29 aprile 2005 «Linee guida per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle meningiti batteriche e malattie invasive da meningococco, emofilo e pneumococco, in Regione Lombardia.»;
- circolare n. 7/San del 26 febbraio 2007 «Sorveglianza delle meningiti batteriche. Indagini di laboratorio»;
- circolare n. 8/San del 5 marzo 2007 «Prevenzione e controllo delle Infezioni Ospedaliere e primi risultati dei gruppi di lavoro CRCIO»;
- circolare n. 20/San del 3 luglio 2007 «Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita: indicazioni per la conferma di laboratorio e per la sorveglianza dei casi»;
- d.g.r. n. VIII/6117 del 12 dicembre 2007 «Aggiornamento e integrazione della d.g.r. n. VII/18853/2004 in materia di prevenzione e controllo delle malattie infettive in Regione Lombardia e successive note n. 28088 del 21 luglio 2008 e n. 31963 del 22 agosto 2008»;
- Circolare n. 1/San del 10 gennaio 2008 «Prevenzione e controllo di focolai epidemici di Chikungunya: sintesi e coordinamento degli interventi in Regione Lombardia»;
- decreto del Direttore generale Sanità n. 7846 del 29 luglio 2009 «Prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria - indicazioni per l'organizzazione e rendicontazione delle attività di indirizzo della Direzione generale Sanità e delle strutture sanitarie accreditate di ricovero e cura»;
- d.g.r. n. 8/11154 del 3 febbraio 2010 «Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive»;
- decreto del Direttore generale Sanità n. 7131 19 luglio 2010 e decreto del Direttore generale Sanità n. 7940 del 2 settembre 2011 entrambi ad oggetto «Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS pubbliche della Lombardia per attività di profilassi, indagini e sorveglianza di laboratorio delle malattie infettive», relativi agli anni 2010 e 2011;

- decreto del Direttore generale Sanità n. 7845 del 5 agosto 2011 «Approvazione del documento avente all'oggetto »Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS» e successivo decreto del Direttore generale Sanità n. 3546 del 24 aprile 2012 «Aggiornamento del documento avente ad oggetto »Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS» approvato con decreto del Direttore generale Sanità n. 7458 del 5 agosto 2011» al fine di armonizzare le modalità prescrittive della terapia per il paziente affetto da malattia HIV/AIDS, monitorandone l'appropriatezza e razionalizzandone la relativa spesa.»;

Visti i provvedimenti in materia di prevenzione delle malattie infettive suscettibili di vaccinazione:

- d.g.r. n. VIII/1587 del 22 dicembre 2005 «Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia», con la quale sono stati definite le vaccinazioni raccomandate per infanzia e adulti, le caratteristiche di qualità degli ambulatori vaccinali, gli obiettivi di informatizzazione dei dati vaccinali e del loro inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- d.g.r. n. VIII/5626 del 23 ottobre 2007 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007 - III provvedimento», che ha introdotto la gratuità per le vaccinazioni antipneumococcica eptavalente e antimeningococcica C;
- d.g.r. n. VIII/5873 del 21 novembre 2007 «Attivazione percorso per la definizione di un programma di prevenzione del carcinoma della cervice uterina» e d.g.r. n. VII/6683 del 27 febbraio 2008 «Programma per il carcinoma della cervice uterina in Regione Lombardia», con le quali è stato potenziata l'attività di screening con Pap test e introdotta la vaccinazione anti-HPV nelle bambine di undici anni;
- accordo del 22 maggio 2008 con i Tribunali dei Minorenni di Milano e Brescia sull'adozione del percorso previsto dalla d.g.r. n. V/1587 del 22 dicembre 2005 «Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia» per i soggetti inadempienti le vaccinazioni obbligatorie, tramite il quale sono stati sospesi le sanzioni e gli interventi coercitivi nei confronti di genitori rifiutanti le vaccinazioni obbligatorie;
- decreto Direttore generale Sanità n. 1065 del 9 febbraio 2009 «Revisione della rete degli ambulatori vaccinali della Regione Lombardia», con il quale sono stati definiti requisiti di qualità e di efficienza degli ambulatori, sulla base dei quali ciascuna ASL ha approntato un proprio piano di revisione;

Tenuto conto degli atti nazionali in materia di prevenzione delle malattie infettive suscettibili di vaccinazione:

- «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2010-2015 (PNEMoRc)», approvato con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011;
- «Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014» approvato con Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012;

Considerati altresì i seguenti provvedimenti regionali in relazione ad obiettivi in materia di sorveglianza, prevenzione e controllo della malattia tubercolare:

- d.g.r. n. VII/19767 del 10 dicembre 2004 «Sorveglianza e controllo della tubercolosi» e circolare 27/SAN/2005 del 21 giugno 2005 in attuazione della dg.r. VII/19767 del 10 dicembre 2004;
- d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 - (di concerto con l'Assessore Boscagli)», si ribadisce l'importanza del mantenimento dei requisiti di qualità del sistema informativo MAINF e il miglioramento delle informazioni sulla compliance terapeutica del paziente affetto da malattia tubercolare;
- d.g.r. n. IX/2734 del 22 dicembre 2011 «Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionali» con il quale sono stati ribaditi, attraverso il sistema delle regole, gli obiettivi del mantenimento dei requisiti di qualità del sistema informativo delle malattie infettive MAINF;

Preso atto che il Ministero della Salute ha ritenuto di elaborare delle raccomandazioni relative alla malattie tubercolare in ambito assistenziale e nella popolazione immigrata:

- «Linee guida per il controllo della malattia tubercolare» (accordo in Conferenza Stato Regioni e PPAA. del 17 di-

cembre 1998, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

- Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi «*Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale*». Ministero della Salute - 2009 e aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi «*Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale*». Ministero della Salute - 2010, con i quali sono stati ridefinite le raccomandazioni per gli operatori che lavorano in ambito assistenziale;
- Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi «*Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata*». Ministero della Salute - 2010, con i quali sono state espresse raccomandazioni per la popolazione immigrata;

Considerati i provvedimenti in materia di attività dei laboratori:

- decreto del Direttore generale Sanità n. 42811 del 15 ottobre 1999 «*Direttive in ordine all'attività dei laboratori di analisi mediche a scopo diagnostico*»;
- d.g.r. n. 3313 del 2 febbraio 2001 «*Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12 agosto 1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo*» e successive modifiche e integrazioni;

Preso atto degli obiettivi regionali raggiunti in relazione a:

- implementazione del sistema informativo delle malattie infettive e relativo portale di rielaborazione dei dati aggregati, tale da consentire la produzione di periodici report epidemiologici, pubblicati sul sito della Direzione generale Sanità e diffusi agli operatori sanitari;
- adeguamento della rete di laboratori per l'effettuazione a livello regionale di tutte le indagini microbiologiche di approfondimento epidemiologico, riservando l'invio all'ISS esclusivamente in casi selezionati per conferme di terzo livello;
- utilizzo, coordinamento ed integrazione dei flussi informativi sanitari, in particolare oltre a quello delle malattie infettive, quelli dei ricoveri-SDO e quelli della sorveglianza di laboratorio INFOSP;
- miglioramento della comunicazione con i cittadini mediante la realizzazione e diffusione del materiale informativo «*Percorso vaccinale in età pediatrica Vaccinazioni in 8 lingue*» (tradotto in inglese, francese, spagnolo, romeno, arabo, urdu, cinese e singalese) e «*Malattie infettive e comunità infantili*»;
- promozione e partecipazione a progetti di studio e approfondimento sulle tematiche inerenti le malattie infettive e le vaccinazioni, in particolare:
 - Progetto «*VALutazione e monitoraggio dell'Infezione da HPV e delle patologie correlate in Donne ad elevato rischio per il carcinoma della cervice uterina (VALHIDATE)*», coordinato dall'A.o. Sacco di Milano, con durata 2009-2013 sulla diffusione del papilloma virus e tipizzazione dei relativi ceppi in popolazioni fragili;
 - Progetto «*Sorveglianza delle infezioni da Clostridium Difficile: aspetti epidemiologici e microbiologici*», coordinato, in qualità di capofila, dalla Regione Emilia Romagna, nell'ambito del programma CCM 2011;

Ritenuto pertanto di riconfermare:

- I criteri e le modalità per la sorveglianza delle malattie infettive, come dettagliato nell'Allegato 1 «*Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologiche*», che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
- La rete dei laboratori di riferimento, ugualmente indicati nel citato Allegato 1, che svolgono indagini con finalità epidemiologiche-preventive, per le quali sono retribuiti con finanziamento vincolato regionale;
- L'utilizzo, coordinamento ed integrazione dei flussi informativi sanitari, in particolare, oltre a quello delle malattie infettive - MAINF, quello di ricovero - SDO e quello relativo alle infezioni correlate all'assistenza a partire dalla sorveglianza di laboratorio - INFOSP;
- La realizzazione di iniziative di informazione ed educazione sulla prevenzione delle malattie infettive, secondo principi di efficacia;

Considerata la necessità, alla luce della rilevanza della sorveglianza sanitaria dei soggetti più a rischio e dell'emergenza delle forme multiresistenti e dei relativi aggiornamenti ministeriali, già sopra citati: «*Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale*». Ministero della Salute - 2009, «*Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata*». Ministero della Salute - 2010, nonché dei mutamenti tecnico scientifici per la diagnosi e il trattamento della tubercolosi, di aggiornare gli indirizzi in merito alla attività di prevenzione e controllo della malattia tubercolare, come dettagliato nell'Allegato 2 «*Aggiornamenti su prevenzione dell'infezione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia*»;

Vagliate ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate:

1. di approvare l'Allegato 1 «*Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologica*», parte integrante della presente deliberazione, che aggiorna le modalità di cui alla d.g.r. n. 8/11154 del 3 febbraio 2010;

2. di approvare l'Allegato 2 «*Aggiornamenti su prevenzione dell'infezione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia*», parte integrante della presente Deliberazione, che aggiorna gli atti di indirizzo regionali in materia di prevenzione dell'infezione e di sorveglianza, e controllo della malattia tubercolare;

3. che, in relazione a quanto previsto dagli Allegati 1 e 2, i flussi informativi saranno trattati secondo modalità e tutele previste dal regolamento regionale vigente della privacy;

4. di confermare la rete dei laboratori di riferimento che svolgono indagini con finalità epidemiologiche - preventive per attività di rilievo regionale ugualmente indicati in Allegato 1, per le quali sono retribuiti con finanziamento vincolato regionale correlato a rendicontazione di attività realizzate;

5. di dare atto che eventuali aggiornamenti tecnici dei citati allegati 1 e 2 siano effettuati dalla Direzione generale Sanità con proprio provvedimento;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito web della Direzione generale Sanità.

Il segretario: Marco Pilloni

— • —

"MODALITÀ DI SEGNALEAZIONE E NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E ACCERTAMENTI CON FINALITÀ EPIDEMIOLOGICA"

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALEAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
AIDS	La notifica viene effettuata dal medico che fa diagnosi su modello ministeriale con invio diretto a COA. Le schede numerate vengono fornite da Regione (marco.mentasti@Regione.lombardia.it), le ASL provvedono poi a distribuirle alle struttura di ricovero e cura. I dati di ciascuna notifica vanno inseriti in MAINF (cartella specifica), assolvendo in tal modo al debito informativo (NESSUNA SCHEDA CARTACEA DEVE ESSERE INVIATA A REGIONE).	
INFEZIONE DA HIV	Ogni nuova diagnosi di infezione da HIV prevede la segnalazione da parte del medico che effettua il counselling, all'ASL, utilizzando l'apposita scheda. I dati di ciascuna scheda vanno inseriti in MAINF (cartella specifica). Regione invia i dati annualmente all'ISS.	
AMEBIASI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
ANTRACE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	<ul style="list-style-type: none"> - Le ricerche su materiali sospetti sono effettuate dal Centro di Referenza Nazionale per l'Antrace Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata (http://www.izsfg.it). - Le ricerche su materiali biologici vengono effettuate presso Laboratorio di Microbiologia A.o. Sacco - Via G.B. Grassi, 74 20157 Milano Tel. 0239042239 - 0250319831 fax 0250319832
BLÉNORRAGIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Le segnalazioni, e conseguentemente le notifiche, non possono essere anonime.	
BOTULISMO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda di MAINF va stampata e, unitamente alla scheda specifica per il botulismo, inviate via fax a: <ul style="list-style-type: none"> - Ministero della Salute Uff. 05 Malattie Infettive e Profilassi Internazionali Fax 06 59943096 malinf@sanita.it Dip SPVSA Fax 06 59943598 dav.allerta@sanita.it - ISS - Reparto delle Malattie infettive Fax 0644232444 outbreak@iss.it Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo Fax 0649902045 cnr.botulismo@iss.it Regione (**) 	Le ricerche su materiali sospetti (alimenti) sono effettuate (con oneri - invio campioni a ISS - a carico dell'ASL di residenza del caso) dal Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo Tel: 06 4990 2254 - 2319 Fax 0649902045 cnr.botulismo@iss.it , fabrizio.anniballi.@iss.it
BRUCELLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
COLERA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a: Ministero(**), ISS (**), Regione (**)	
DERMATOFITOSI	Le segnalazioni, sia di casi singoli che di focolai, vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	In caso di focolai che coinvolgano collettività scolastiche o residenziali è necessario la conferma con identificazione della specie da richiedere a: Laboratorio Microbiologia USC Microbiologia e Virologia AO "Ospedali Riuniti di Bergamo" Largo Barozzi 1 - 24128 Bergamo tel. 035.269573 fax 035.266666
DIARREA INFETTIVA	Le segnalazioni, sia di casi singoli che di focolai, vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	In caso di focolai che coinvolgano più di due persone è necessaria l'effettuazione di analisi per l'individuazione dell'agente patogeno, ricercando almeno: Campylobacter, Rotavirus, Norovirus, Clostridium difficile, presso Laboratori accreditati di microbiologia o con sezioni specialistiche.
DIFTERIE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; la scheda va stampata e inviata via fax a: Ministero(**), ISS (**); Regione (**)	
ENCEFALITE DA ZECCHÉ	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
ENCEFALOPATIA di Creutzfeld Jacob	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; va poi compilata la scheda di sorveglianza nazionale (www.iss.it/binary/rncj/cont/fax.1113395643.pdf) da inviare a: <ul style="list-style-type: none"> Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione Ufficio III via Sierra Nevada n. 60 - 00144 Roma, fax 06/5994-4242-4320 e mail: dpv.oemi@sanita.it; Istituto Superiore di Sanità Laboratorio di virologia, reparto di malattie degenerative del sistema nervoso ad eziologia virale, viale Regina Elena n. 299 - 00161 Roma fax 06/4990-3012, e mail : rest@iss.it Azienda Sanitaria Locale in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico. <p>L'invio della scheda comporta il diretto intervento dell'ISS per lo svolgimento dell'indagine epidemiologica e l'acquisizione di ulteriori dati.</p>	Riscontro diagnostico - AO Luigi Sacco, Milano - a fronte di ogni caso sospetto/ segnalato (gli oneri per i pazienti ricoverati in strutture accreditate sono a carico di queste ultime; per i pazienti deceduti a domicilio o in strutture residenziali non ospedaliere gli oneri sono a carico della ASL di residenza). Registro nazionale Encefalopatia di Creutzfeld Jacob Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 00161 - Roma (I) Telefono: 0649903312 Fax: 064990 3012
EPATITE A, B, C, D, E	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. La segnalazione va accolta e registrata solo in caso di forme acute.	
EPATITE NON A, NON B	Sono registrate come epatiti virali non A, non B, le forme clinicamente manifeste, le cui indagini hanno rilevato un agente infettivo diverso dai virus epatitici A, B, C, D, E (che sarà indicato nella scheda diagnosi). Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	Presso l'ISS è attivo il sistema di sorveglianza sulle epatiti virali acute -

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
EPATITE NON SPECIFICATA	Sono registrate come epatiti virali non specificate, le forme clinicamente manifeste, senza effettuazione su indagini sierologiche. Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	SEIEVA: www.iss.it/seieva , cui le ASL sono invitate ad aderire. Il Sistema pubblica periodici report.
FEBBRE EMORRAGICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a: Ministero (**), ISS (**), Regione (**). Direttive sulla gestione dei casi sospetti e trasporto dei campioni su: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_548_allegato.pdf	Per consulenze è possibile rivolgersi a: Virologia molecolare, SS virologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel segreteria 0382502420 Tel laboratorio 0382502283 f.baldanti@smatteo.pv.it
FEBBRE GIALLA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero(**), ISS (**), Regione (**)	Centro di riferimento OMS per arbovirus e febbri emorragiche virali Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 00161 - Roma (I) Telefono: 06 4990 1 Fax: 06 49 38 71 18 Ha compiti di sorveglianza e controllo.
FEBBRE RICORRENTE EPIDEMICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**), Regione (**)	
FEBBRE TIFOIDE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
FILARIOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
GIARDIASI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
INFLUENZA	Non è prevista la segnalazione in MAINF, eccetto che nella prima fase di pandemia (come è stato per A/H1N1v); in tal caso vengono inviate specifiche dalla Regione. La sorveglianza dell'influenza stagionale e nella seconda fase della pandemia si fonda sul sistema sentinella INFLUNET: le ASL debbono annualmente individuare MMG e PLS che aderiscano alla sorveglianza epidemiologica e/o virologica e comunicarlo alla Regione (**)	I Laboratori di riferimento per la sorveglianza virologica sono: - Sezione di Virologia Dipartimento di S.P.M.V. Università di Milano, via Pascal 36/38, 20133 Milano, tel. 0250315121 ; fax: 0250315120 - Virologia molecolare, SS virologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel segreteria 0382502420 Tel laboratorio 0382502283 f.baldanti@smatteo.pv.it A supporto per la diagnostica: - Laboratorio di Microbiologia Ao. Sacco - Via G.B. Grassi, 74 20157 Milano tel 0239042239 - 0250319831 fax 0250319832

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI, INTOSSICAZIONI ALIMENTARI	<p>Le segnalazioni, di casi singoli o focolai, vanno inserite in MAINF, ove non sia stato individuato agente eziologico già ricompreso in altre patologie (salmonellosi, shigellosi, ecc.), compilando obbligatoriamente la scheda contagio.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p> <p>L’inserimento in MAINF sostituisce tutte le rilevazioni inerenti focolai/episodi/casi di malattie a trasmissione alimentare - MTA - quindi ogni debito informativo è così assolto dall’ASL.</p> <p>Sono inserite anche le intossicazioni alimentari da agenti non infettivi (funghi, da istamina, pesticidi, metalli pesanti, ecc.) in specifica scheda.</p>	<p>In caso di focolai che coinvolgano più di due persone è necessaria l’effettuazione di analisi per l’individuazione dell’agente patogeno, ricercando almeno Bacillus cereus, Clostridium perfringens, tossina stafilococcica, Yersinia enterocolitica presso Laboratori di Sanità Pubblica o Laboratori accreditati individuati dall’ASL.</p>
LEBBRA	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p> <p>Al Centro di riferimento va inviato il paziente previa compilazione della specifica scheda (D.g.r. n.VII/18853/2004)</p>	<p>I casi sospetti vanno inviati per la diagnosi e la cura a:</p> <p>Centro di riferimento nazionale per il Morbo di Hansen di Genova Laboratorio Sovraregionale per il Morbo di Hansen Sezione di Dermatologia Tropicale Azienda Ospedaliera Ospedale San Martino Largo Rosanna Benzi, 10 16132 Genova Tel 010 5552578/9 – 010 3538415 Fax 010 3538427 E-mail enrico.nunzi@hsanmartino.it</p> <p>L’indagine epidemiologica, la sorveglianza ed il controllo dei contatti, le informazioni sui benefici economici sono in capo alla ASL di residenza.</p>
LEGIONELLOSI	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede, compresa la scheda dati aggiuntivi.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero, ivi compreso l’invio dei dati di notifica e di tipizzazione al Registro nazionale per la legionellosi (ISS, Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica, Roma; marialuisa.ricci@iss.it, tel. 06 4990 2856; Laboratorio Epidemiologia e biostatistica, Roma; rota@iss.it, tel. 06 49904269)</p>	<p>In caso di cluster o nei casi in cui si sospetti l’esposizione in contesti assistenziali e di natura ricettiva è necessaria l’identificazione del sierotipo presso:</p> <p>Laboratorio di Microbiologia e Virologia A.o. Niguarda, Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano tel. 02 6444.2667/2200 microbiologia@ospedaleniguarda.it</p>
LEISHMANIOSI CUTANEA e VISCERALE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
LEPTOSPIROSI	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	<p>Per quesiti di natura diagnostica (ricerca di anticorpi antileptospira, ricerca di leptospire nel sangue, liquor, urine o altri campioni biologici), svolge funzioni di supporto e consulenza: SC Virologia-Microbiologia, Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo”, Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia 0382/502700</p>
LISTERIOSI	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (comprese le forme di meningite da listeria che non debbono essere dunque registrate come meningiti batteriche). Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	<p>Accertamenti in casi particolari (definiti da ASL di diagnosi):</p> <p>Laboratorio Enterobatteri Patogeni Dipartimento di Scienze della Salute (DISS) Via Pascal 36 - 20139 Milano telefono: +39.02.50315106 (diretto) +39.0250315104-08 (laboratorio) e-mail: cepis@unimi.it</p>

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
MALARIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Il vetrino deve essere inviato, unitamente alla scheda speciale (Circolare Ministero Salute n. 14 dell'11 novembre 1997, reperibile sul sito www.ministerosalute.it) al Ministero della Salute.	
MALATTIA DI LYME	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede ed inserito il sierotipo comunicato dal Laboratorio. Comunicazione in via breve per posta elettronica, anche al solo sospetto, a Regione (**) Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero ed anche ad inviare i dati all'ISS per il sistema di sorveglianza speciale. Non è necessario che la struttura ospedaliera invii la scheda di sorveglianza ed il ceppo all'ISS.	Tipizzazione dei ceppi derivanti da infezioni invasive (meningiti, sepsi, polmoniti,...) presso: Laboratorio Microbiologia Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano Tel. segreteria 02 5503.2918 / 3148 e.torresani@policlinico.mi.it Tel. laboratorio 02 5503.6620 / 2756 - lgarlaschi@policlinico.mi.it
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede ed inserito il sierogruppo comunicato dal Laboratorio. Comunicazione in via breve per posta elettronica, anche al solo sospetto, a Regione (**). Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero ed anche ad inviare i dati all'ISS per il sistema di sorveglianza speciale. Non è necessario che la struttura ospedaliera invii la scheda di sorveglianza ed il ceppo all'ISS.	Tipizzazione dei ceppi derivanti da infezioni invasive presso: Laboratorio Microbiologia Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano Tel segreteria 02 5503.2918 / 3148 - e.torresani@policlinico.mi.it Tel. laboratorio 02 5503.6620 / 2756 - lgarlaschi@policlinico.mi.it In caso di sospetto clinico e esame colturale negativo, invio di materiali biologici disponibili (liquor, sangue).
MALATTIA INVASIVA da EMOFILO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Comunicazione in via breve per posta elettronica, anche al solo sospetto, a Regione (**) Non è necessario che la struttura ospedaliera invii la scheda di sorveglianza ed il ceppo all'ISS.	Tipizzazione dei ceppi derivanti da infezioni invasive presso Laboratorio Microbiologia Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano Tel. segreteria 02 5503.2918 / 3148 e.torresani@policlinico.mi.it Tel. laboratorio 02 5503.6620 / 2756 lgarlaschi@policlinico.mi.it
MALATTIA CHIKUNGUNYA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (è stata inserita nuova scheda specifica, con scheda dati aggiuntivi, che riprende quanto previsto dalla scheda ministeriale). La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**), Regione (**).	Sierologia per la conferma del caso presso Laboratorio di Microbiologia - A.o. Sacco - Via G.B. Grassi, 74 20157 Milano tel 0239042239 - 0250319831 fax 0250319832; - Virologia molecolare, SS virologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. segreteria 0382502420 Tel. laboratorio 0382502283 f.baldanti@smatteo.pv.it Centro di riferimento e ricerca OMS per arbovirus e febbri emorragiche virali - Istituto Superiore di Sanità V.le Regina Elena 299, 00161, Roma (I) Tel 06 4990 3257-3243 Fax: 06 4938 7183 http://www.iss.it/binary/mipi/cont/Fevers.1129188789.pdf

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
MENINGITI BATTERICHE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Viene scelta questa patologia per le forme nelle quali non sia stato individuato quale agente eziologico: streptococcus pneumoniae; neisseria meningitidis; haempophilus i; mycobacterium t.; leptospire; lysteria m; o per le quali sussiste quadro clinico di meningite batterica senza isolamento.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero ed anche ad inviare i dati all'ISS per il sistema di sorveglianza speciale.</p>	
MENINGO ENCEFALITI VIRALI - WEST NILE DISEASE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	<p>Oltre che per finalità diagnostiche è importante siano effettuate indagini per definire l'eziologia (herpes virus, enterovirus). In caso di sospetto di West Nile (permanenza nel periodo estivo in aree con circolazione tra gli animali) l'accertamento può essere richiesto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Virologia molecolare, SS virologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. segreteria 0382502420 Tel. laboratorio 0382502283 f.baldanti@smatteo.pv.it- Laboratorio di Microbiologia A.o. Sacco - Via G.B. Grassi, 74 20157 Milano tel. 0239042239 - 0250319831 fax 0250319832;
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
MONONUCLEOSI	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
MORBILLO	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.</p> <p>Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede compresa la scheda dati aggiuntivi.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p> <p>Sino a conclusione del piano di eliminazione del morbillo, la scheda MAINF va stampata e inviata in formato elettronico a Ministero (**), Regione (**) ISS : cnesps.morbillo@iss.it</p>	<p>Sierologia per la ricerca anticorpi-IgM presso: Laboratorio Microbiologia AO Spedali Civili Brescia Tel 0303995650/651 Fax 030395258 bonfanti@med.unibs.it.</p> <p>Laboratorio di Microbiologia e Virologia AO Niguarda, Milano Tel 026444.3876/2200 Fax 0264442916/3163 microbiologia@ospedaleniguarda.it</p> <p>Laboratorio di Microbiologia AO Sacco, Milano Tel 0239042239 - 0250319831 Fax 0250319832;</p> <p>SS Microbiologia AO Legnano - Presidio di Magenta Tel 02 97963331 - 02 97963326 bianca.osnaghi@ao-legnano.it</p>

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
		<p>Laboratorio Microbiologia A.o. Macchi - Varese tel 0332278585-278311 Fax 0332260517 antonio.toniolo@ospedale.varese.it</p> <p>Laboratorio Microbiologia A.o. di Lecco presidio A. Manzoni - Lecco Tel 0341489603/630 fax 0341489601 f.luzzaro@ospedale.lecco.it n.rusconi@ospedale.lecco.it</p>
PARASSITOSI	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Indicare questa patologia per le forme nelle quali non sia stato individuato parassita cui corrisponda una malattia definita in elenco (es.: malaria, giardiasi, ...)</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
PAROTITE EPIDEMICA	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
PEDICULOSI	<p>Poiché la normativa nazionale prevede la notifica per i soli focolai e le direttive UE non ne prevedono la rilevazione, saranno inseriti i soli focolai, con i nominativi dei primi 10 casi, nei quali sia stata accertata la presenza del parassita (non solo lendini).</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
PERTOSSE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.</p>	
PESTE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**) e Regione (**).</p>	
POLIOMIELITE	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**) e Regione (**).</p>	<p>Segnalazione ed effettuazione di indagini come previste dal protocollo sulle PFA (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_74_allegato.pdf) presso centro regionale di riferimento:</p> <p>Laboratorio di Virologia Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano Via C. Pascal, 36 - 20133 Milano tel. 02 50315125 - 121 fax 02 50315120 sandro.binda@unimi.it</p> <p>Le strutture sanitarie con reparti ove possano essere ricoverati pazienti di età < 15 aa con PFA debbono aderire alla rete di sorveglianza, dando comunicazione del/i referente/i a Direzione generale Sanità (fax 02/3936044), ed inviando le segnalazioni al centro regionale di riferimento</p>
RABBIA	<p>Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.</p> <p>La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero(**), ISS(**) e Regione (**)</p>	

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
RICKETTSIOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
ROSOLIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. In caso di: <ul style="list-style-type: none">- rosolia congenita, viene scelta come patologia "rosolia", compilando anche la scheda dati aggiuntivi;- rosolia in donna gravida va scelta la patologia "rosolia in gravidanza" compilando anche la scheda dati aggiuntivi; Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. In entrambi i casi la scheda viene poi stampata ed inviata a Ministero (**), ISS (**) e Regione (**).	Per la diagnosi di infezione da virus della rosolia (test di avidità delle IgG, Immunoblotting, isolamento, RT-PCR) rivolgersi a laboratori accreditati di virologia o con sezioni specialistiche.
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Sierotipizzazione di casi singoli o focolai presso: <ul style="list-style-type: none">• Laboratorio Microbiologia USC Microbiologia e Virologia A.o. "Ospedali Riuniti di Bergamo" Largo Barozzi 1 - 24128 Bergamo tel 035.269573 fax 035.2666666• Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Brescia Via Cantore 20 - 25124 Brescia tel. 030 3838560 lina.moschini@asl.brescia.it• Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Cremona Via S. Maria in Betlem 1, Cremona tel. 0372 497893 labsan@aslcremona.it• Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Milano Via Juvara 22, Milano tel. 02 85789204 – 9286 rcasa@asl.milano.it laboratorioprevenzione@asl.milano.it• Laboratorio di Sanità Pubblica ASL MI1 Via Spagliardi 19 - Parabiago tel. 0331 498400 maria.alessandra.vitale@aslmi1.mi.it vitale@aslmi1.mi.it lsp@aslmi1.mi.it• Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Lecco Via Longoni, 10 Oggiono tel. 0341 482850/72 laboratorio.sanita.pubblica@asl.lecco.it• Laboratorio Sanità Pubblica ASL Mantova Via dei Toscani, 1 Mantova tel. 0376 334918 lab.medico@aslmn.it• Laboratorio Analisi chimico-cliniche e microbiologia A.O. Sant'Anna - Como tel. 031 /5855349-339 gianni.giana@hsacomo.org

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
		<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Sondrio Via Stelvio 35/a Sondrio tel. 0342 555426-429 uo.medica@asl.sondrio.it SC Virologia-Microbiologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", Via Taramelli, 5 - Pavia Tel 0382/502700/2702, pmarone@smatteo.pv.it Laboratorio di Sanità Pubblica ASL Varese Via Campigli, 5 - Varese 0332 277104/105/ segreteriaabmedico@asl.varese.it <p>Accertamenti ulteriori in casi particolari (definiti da ASL di diagnosi): Laboratorio Enterobatteri Patogeni Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute - Università degli Studi di Milano Via C. Pascal 36 20133 Milano Tel 02 50315106 cepis@unimi.it</p> <p>Presso l'ISS è attivo ENTERNET - Rete Internazionale di Sorveglianza per le infezioni Enteriche da Salmonella e da VTEC 0157 (www.simi.iss.it/EnterNet/index.asp), cui i Laboratori sono invitati ad aderire. Referente regionale: Laboratorio Enterobatteri Patogeni Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute - Università degli Studi di Milano</p>
SCABBIA	Le segnalazioni, di casi singoli o focolai, vanno inserite in MAINF; va obbligatoriamente compilata la scheda contagio. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
SCARLATTINA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
SHIGELLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
SIFILIDE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Le segnalazioni e conseguentemente le notifiche non possono essere anonime.	
TETANO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**), Regione (**).	
TOXOPLASMOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
TIFO ESANTEMATICO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**), Regione (**).	
TRICHINOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda va stampata e inviata via fax a Ministero (**), ISS (**), Regione (**).	

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO
TUBERCOLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede (Allegato 2 presente d.g.r.). Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	<p>Gli approfondimenti diagnostici per i micobatteri sono eseguibili dai laboratori di 1°, 2° e 3° livello così come definiti nell'Allegato 2 Appendice D "Requisiti ed organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri, alla presente d.g.r.</p> <p>Tutti i ceppi isolati debbono essere inviati alla ceppoteca regionale: Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'AO "Ospedale di Niguarda Ca' Granda" di Milano</p> <p>I ceppi MDR sono inviati all'ISS, a cura dell'AO "Ospedale di Niguarda Ca' Granda"</p>
TULAREMIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
VARICELLA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	

(**) Ministero della Salute: Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
- Fax: 06 5994 3096; m.pompa@sanita.it

(**) Istituto Superiore di Sanità : Reparto Epidemiologia Malattie Infettive - Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Protezione della Salute - Fax 06 4423 2444; stefania.salmaso@iss.it

(**) Regione Lombardia - Direzione generale Sanità - Struttura Tutela della persona, Promozione della salute e Igiene degli alimenti
- Fax 02 3936044; liliana_coppola@regione.lombardia.it

**"AGGIORNAMENTI SU PREVENZIONE DELL'INFEZIONE, SORVEGLIANZA
E CONTROLLO DELLA MALATTIA TUBERCOLARE IN REGIONE LOMBARDIA"**

INDICE

- 1. Introduzione**
 - 2. Epidemiologia della tubercolosi in Lombardia**
 - 3. La sorveglianza**
 - 3.1 La sorveglianza dei casi di malattia: segnalazione e notifica*
 - 3.1.1 La segnalazione
 - 3.1.2 Sorveglianza di laboratorio
 - 3.1.3 Segnalazione degli esiti di trattamento
 - 3.1.4 Segnalazione, inchiesta epidemiologica e validazione di caso
 - 3.1.5 Flusso dei dati
 - 3.2 La sorveglianza dell'infezione e circolazione del MT: gli indici tubercolinici nella popolazione generale e nei gruppi a rischio*
 - 3.2.1 Immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare
 - 3.2.2 Soggetti senza fissa dimora
 - 3.2.3 Soggetti con infezione HIV
 - 3.2.4 Soggetti reclusi in istituti di correzione e pena
 - 3.2.5 Soggetti anziani ospiti di RSA e Lungodegenza
 - 3.3 La sorveglianza dei contatti*
 - 3.3.1 Classificazione dei contatti
 - 3.3.2 Gestione dei contatti
 - 4. Diagnosi e terapia della malattia tubercolare**
 - 4.1 Diagnosi dei casi di malattia*
 - 4.2 Terapia della malattia tubercolare*
 - 4.3 La terapia supervisionata*
 - 4.4 Monitoraggio del trattamento*
 - 4.5 Termine della terapia*
 - 4.6 Ospedalizzazione*
 - 4.7 Trattamento a domicilio*
 - 4.8 TB MDR e XDR*
 - 5. Terapia preventiva dell'infezione**
 - 6. Altre misure di prevenzione e controllo**
 - 6.1 La vaccinazione con BCG*
 - 6.2 Disinfezione*
 - 7. Aspetti organizzativi: soggetti coinvolti e relativi ruoli**
 - 7.1 DGS - programmazione ed indirizzo*
 - 7.2 ASL*
 - 7.3 AO e strutture sanitarie accreditate*
 - 7.4 Centro di riferimento regionale per la TB*
 - 8. Prevenzione, controllo e sorveglianza dell'infezione tubercolare negli operatori sanitari**
 - 8.1 Valutazione della suscettibilità individuale e criteri per l'idoneità del personale esposto*
 - 8.2 La vaccinazione con BCG*
 - 8.3 La sorveglianza periodica del personale sanitario in funzione del rischio*
 - 8.4 Esposizione professionale al MT*
 - 8.5 Sicurezza degli operatori: interventi di prevenzione della trasmissione nosocomiale*
- Appendici:**
- A) Definizioni**
 - B) Schede**
 - B.1 Segnalazione Isolamento identificazione di MT*
 - B.2 Segnalazione Sorveglianza esiti trattamento con inizio e fine terapia*
 - B.3 Scheda tipo per valutazione clinica del rischio tubercolare per soggetti di recente immigrazione/irregolari/ SFD*
 - C) Flussi**
 - C.1 Contatto adulti di TB contagiosa*
 - C.1.1 Soggetto Vaccinato

C.1.2 Soggetto Non vaccinato

C.2 Contatto pediatrico di TB contagiosa

D) Requisiti ed organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri**BIBLIOGRAFIA****1 Introduzione**

La **Tubercolosi** (TB) ancora oggi provoca ogni anno nel mondo circa 2 milioni di morti e 9,5 milioni di nuovi casi. Di questi, 440 mila sono *resistenti ai farmaci*, provocando 150 mila decessi.

Dalla seconda metà del Novecento agli anni Ottanta si è assistito a una progressiva riduzione della frequenza della TB nella popolazione italiana, mentre negli ultimi venti anni la frequenza annuale di nuovi casi è stabile. I dati per l'Italia provengono dal sistema di notifica dei casi di tubercolosi del Ministero della Salute e costituiscono il flusso informativo ufficiale, cui si fa riferimento per il monitoraggio dell'andamento della malattia.

L'attuale situazione epidemiologica della TB nel nostro Paese è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, (nel 2009 sono stati notificati 4246 casi pari a 7,5 casi ogni 100 mila abitanti, quindi sotto la soglia dei 10 casi dei Paesi a bassa endemia), dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi di popolazione più a rischio (circa il 40% dei casi segnalati sono pazienti stranieri residenti in Italia) e in alcune classi di età, e dall'emergere di ceppi tubercolari multi - resistenti. L'84,5% dei decessi avviene in persone di età superiore ai 65 anni.

In particolare, nel rapporto del 2008 sulla TB in Italia, redatto dal Ministero della Salute, si afferma che 505 casi (11% del totale nazionale) sono stati registrati tra la popolazione proveniente dalla Romania, seguita da quella del Marocco (5%). Seguono Senegal, Perù, Pakistan. Il rischio di contrarre la malattia per la popolazione immigrata è di 10-15 volte superiore alla popolazione italiana.

In Lombardia l'andamento della malattia tubercolare indica un'incidenza bassa e stabile negli ultimi anni; interessa in prevalenza la popolazione straniera di età giovane-adulta, mentre gli italiani, in minor numero, si collocano nell'età anziana.

I dati dell'ultimo triennio evidenziano una percentuale ancora elevata di soggetti persi al follow-up che, secondo gli standard internazionali, non dovrebbe superare il 15%.

La prima strategia di controllo della TB è da sempre fondata sulla sorveglianza: in Lombardia essa si basa fondamentalmente sui criteri nazionali delineati dal d.m. 15 dicembre 1990 (che definiva le caratteristiche del sistema di sorveglianza delle malattie infettive) ed aggiornati dal d.m. 29 luglio 1998, che ha introdotto una nuova scheda di notifica su base nazionale.

Le epidemie da coinfezione HIV-TB occorse a livello ospedaliero nel decennio 1985-1995 nella nostra regione, hanno avuto un forte impatto epidemiologico sul territorio. Questo ha portato all'elaborazione di diversi atti di indirizzo, assunti a vario titolo dalla Regione Lombardia, per il contenimento della malattia, per lo più con finalità procedurali ed organizzative:

Nel 1993 il "Protocollo operativo per il controllo e la prevenzione della TB"

Nel 1994 le "Linee guida per la prevenzione del rischio tubercolare negli operatori sanitari" ed il "Protocollo di valutazione del sistema di sorveglianza epidemiologica della TB"

Nel 1996, le "Linee guida per la diagnosi e la terapia della malattia tubercolare" e le "Linee guida per l'organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri"

Nel 2002 il "Piano regionale straordinario di controllo nei confronti della TB" di competenza veterinaria, ma con notevoli ricadute in ambito di salute umana, soprattutto per quanto riguarda il comparto dei lavoratori negli allevamenti di bovini.

La d.g.r. n. VII/19767 del 10 dicembre 2004 - Attuazione della d.g.r. 13 marzo 2002, n. VII/462 Piano Socio Sanitario Regionale 2002 - 2004: "Prevenzione, Sorveglianza e controllo della malattia tubercolare" con i successivi provvedimenti e circolari applicative, ha rivisto il sistema organizzativo della rete di prevenzione e controllo della TB in Regione Lombardia ed è intervenuta sul profilo organizzativo delle Strutture e Servizi che effettuano le attività di prevenzione e controllo della malattia tubercolare, e, non ultimo, definito ruoli e responsabilità dei diversi soggetti.

In seguito alla d.g.r. n. VII / 008501 del 26 novembre 2008 sono state verificate e ridefinite le attività dei laboratori sul territorio regionale al fine di giungere all'attribuzione di ciascun laboratorio a uno dei tre livelli previsti dalla d.g.r. VII/006117 con la specifica definizione delle attività da effettuarsi ai fini epidemiologici-preventivi e diagnostici per la TB.

A livello Ministeriale sono stati elaborati gli "Aggiornamenti delle raccomandazioni per le attività di controllo della TB in ambito assistenziale" (2009) e "nella popolazione immigrata" (2010). In esse, le azioni adottate a livello di Regione Lombardia con la d.g.r. n. VII/19767 del 10 dicembre 2004 trovano ulteriore conferma.

Non ultima, la Circolare Ministeriale del 23/08/2011 evidenzia alcuni dati epidemiologici caratteristici delle aree metropolitane e conferma l'importanza di rivolgere programmi di prevenzione specifica per le categorie riconosciute più a rischio.

Il controllo della TB in Lombardia, oltre che su interventi di prevenzione primaria, rivolti all'intera collettività, si basa sulle misure da porre in atto a fronte del *caso di malattia* segnalato dalle unità di diagnosi e cura delle strutture sanitarie, così da garantire che ogni caso di TB attivi il percorso di segnalazione e quello di terapia controllata.

Per gli aspetti tecnico-scientifici e operativi, si raccomanda di riferirsi al Centro di Riferimento regionale per la TB.

Si sottolinea tutt'ora l'importanza del ruolo centrale del **Dipartimento di Prevenzione Medico (DPM)** delle Aziende Sanitarie Locali nei programmi di controllo delle malattie infettive e diffuse che più interagiscono con i comportamenti sociali. In particolare, vista l'importanza della TB nell'odierno panorama socio sanitario lombardo, è necessario che i programmi di intervento posti in essere, continuino a garantire la definizione di precisi compiti e responsabilità degli attori impegnati nella lotta all'infezione tubercolare.

Vista l'analisi epidemiologica dei dati e alla luce dei mutamenti normativi, nonché di quelli tecnico scientifici per la diagnosi e il trattamento della TB, il presente Documento intende aggiornare gli interventi in materia di prevenzione e diagnosi della malattia tubercolare ed insieme, ridefinire i soggetti e le istituzioni coinvolti, con i rispettivi ruoli e responsabilità.

Ciò al fine di garantire una miglior aderenza e accessibilità alla rete dei diversi attori impegnati nella lotta alla TB e una miglior compliance da parte degli utenti.

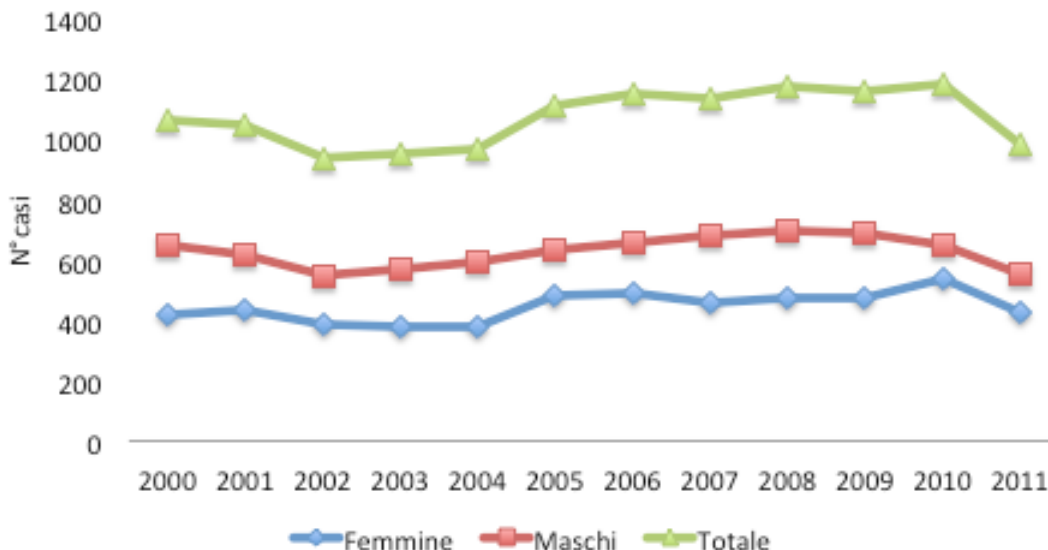
Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

L'adeguatezza del trattamento e l'aderenza ad esso da parte dei pazienti è infatti la misura più efficace per ridurre l'insorgenza di casi di TB resistente ai farmaci, in un periodo in cui l'OMS ha segnalato casi di TB super XDR o totalmente resistenti (notificati dal 2009 in Iran e India e recentemente anche in Europa).

2 Epidemiologia della tubercolosi in Lombardia

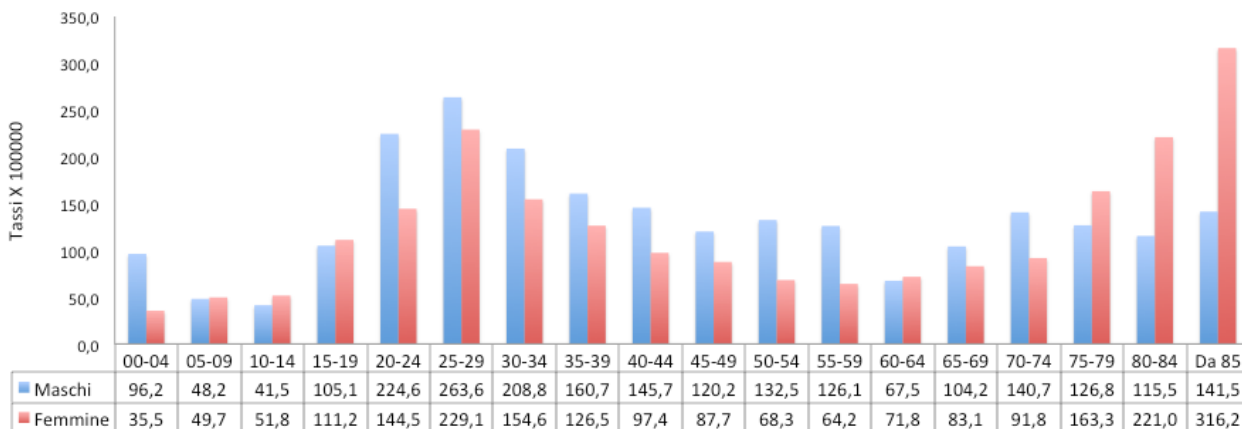
La tubercolosi in Lombardia ha un trend costante negli ultimi anni con un numero di notifiche in media di poco superiore a 1000 casi/anno. Le localizzazioni polmonari sono il 63% del totale dei casi notificati, quelle extrapolmonari il 29% e l'8% sono forme disseminate. La distribuzione per età evidenzia tassi d'incidenza elevati nei giovani adulti.

Trend dei casi di tubercolosi notificati per sesso e anno (anni 2000-2011)



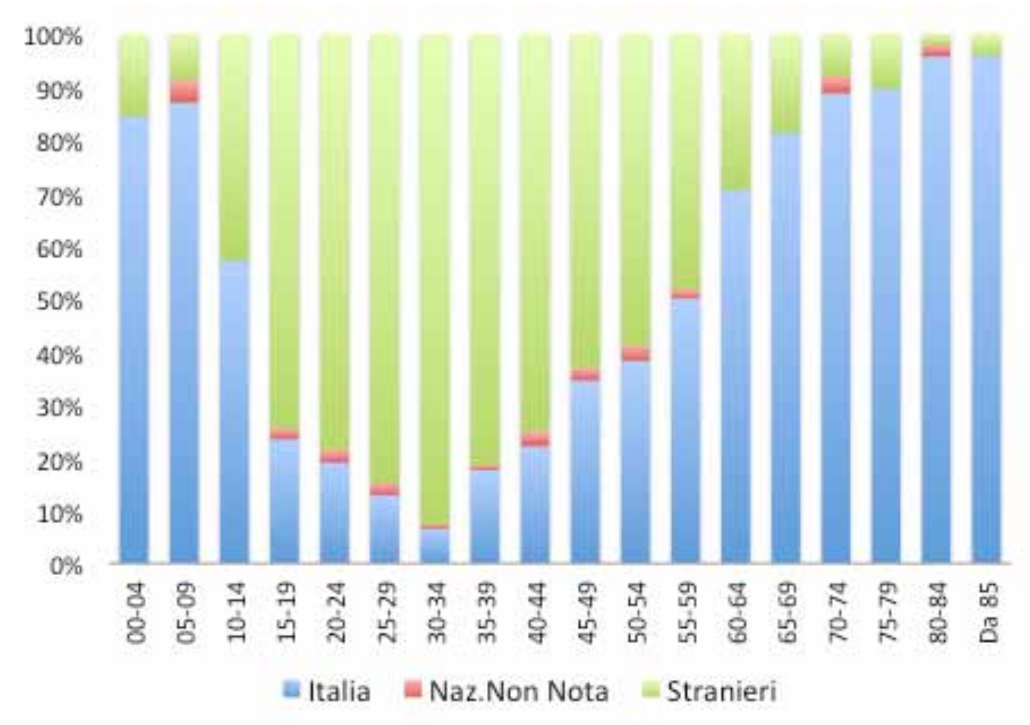
Nel 2011 la diagnosi di tubercolosi in stranieri ha rappresentato il 56% dei casi. I bambini con più di 10 anni e i giovani adulti sono principalmente stranieri.

Tassi età e sesso specifici di tubercolosi notificati (anno 2011)

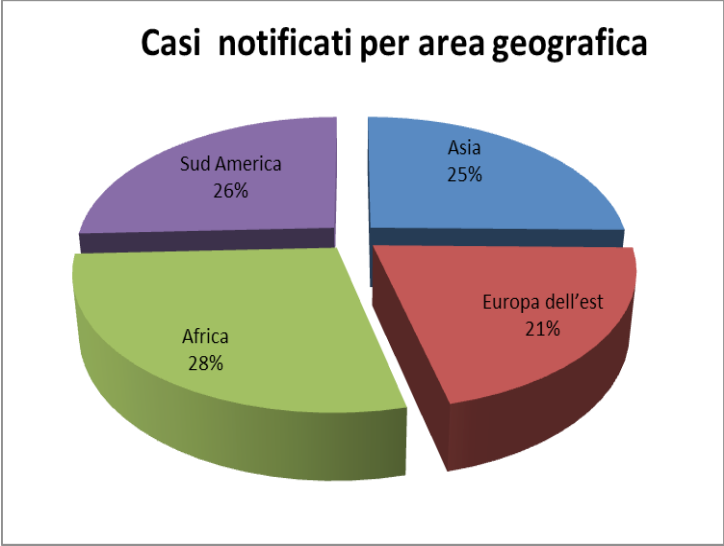


I casi notificati per area geografica di origine sono illustrati nel grafico e nella tabella seguenti.

Casi di tubercolosi notificati nei soggetti italiani e stranieri per classi d'età (anno 2011)



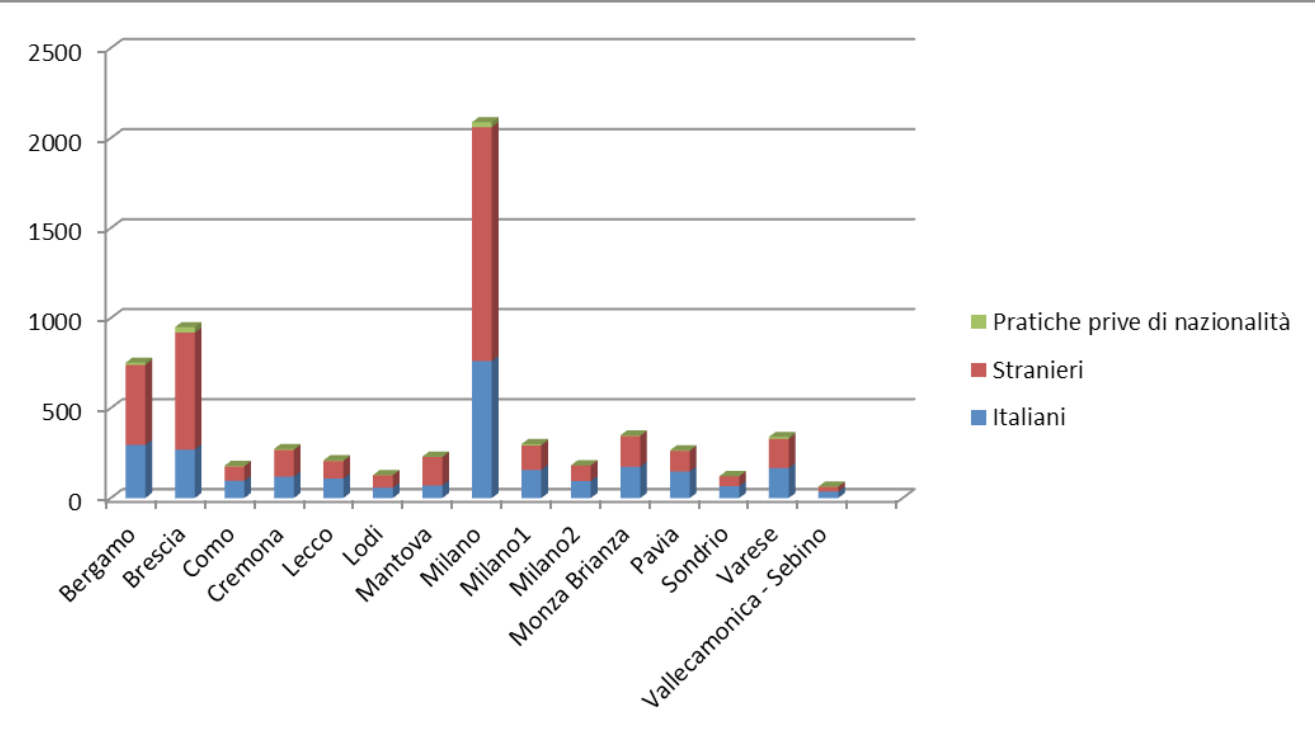
Casi notificati per area geografica di origine (Anni 2007-2011)



I Paesi con il maggior numero di casi occorsi in Lombardia nel quinquennio 2007/2011		
PAESE	N°	%
Romania	273	15,1
Perù	254	14
Filippine	134	7,4
Marocco	130	7,2
Pakistan	108	6
Senegal	103	5,7
Ecuador	85	4,7
India	66	3,6
Cina	63	3,5

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Numero di casi di TB notificati nel quinquennio 2007/2011
suddivisi per provincia e per nazionalità.



Nello stesso periodo i principali fattori di rischio dei casi notificati, rilevabili dal software gestionale delle malattie infettive regionale (MAINF) risultano essere: AIDS, terapie immunosoppressive e alcolismo (5,3%, 2,9% e 1,9% rispettivamente). I detenuti sono lo 0,8% dei casi e i soggetti che risiedono in istituzioni sono lo 0,2%.

Da un'analisi delle modalità di inserimento dei dati in MAINF si rileva che le schede di sorveglianza nel periodo 2010-2011 sono state 2595, di queste è stata compilata la data d'inizio terapia in 2495 schede e la data di fine terapia in 2460 schede (35 dati mancanti). La media dei giorni di terapia è 185. La modifica della terapia è avvenuta in 138 casi, di cui 86 hanno reso disponibile nel campo "note" le ragioni per cui hanno effettuato il cambio di terapia (vedi dettagli in tabella).

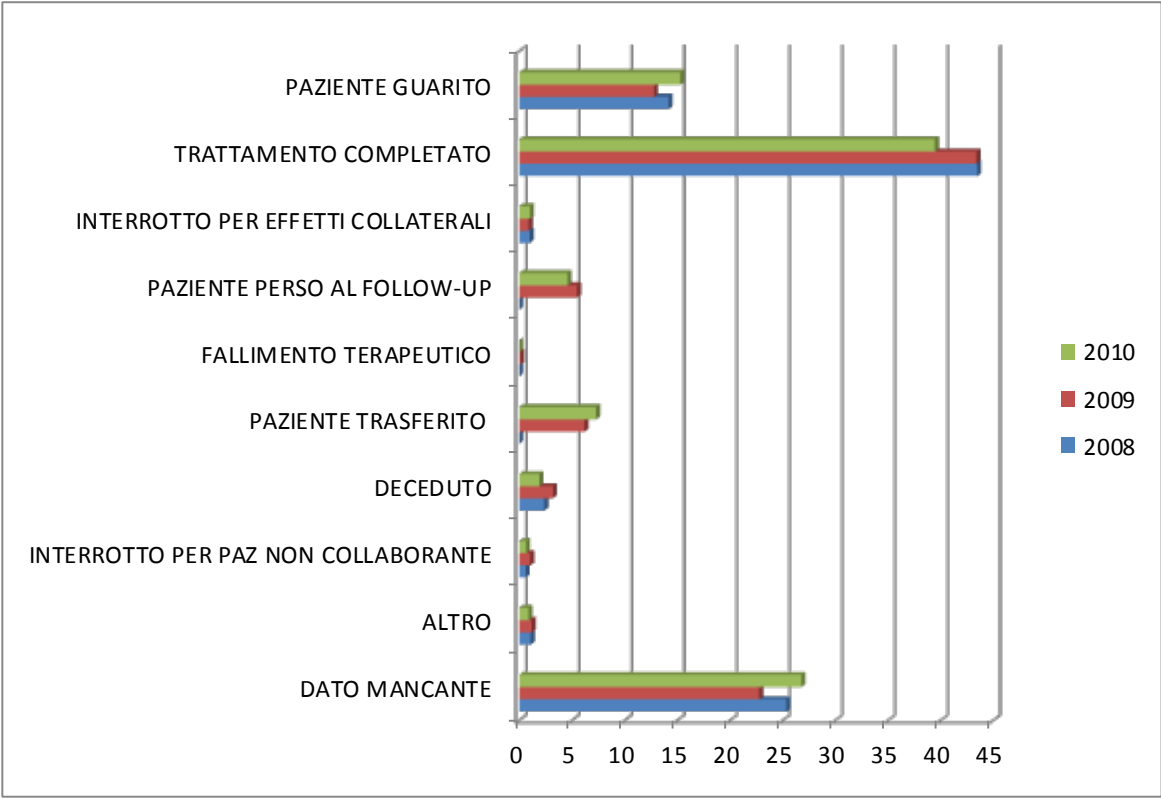
Motivi per modifica della terapia Anno 2010-2011			Unità Operativa che ha preso in carico paziente (1197 dati non disponibili) Anno 2010-2011		
Motivi per la modifica della terapia	N.	%	U.O. che ha preso in carico il paziente	N.	%
Resistenza	31	36	Malattie infettive	503	38,9
Effetti collaterali	14	16,3	Villa Marelli	459	35,5
Sospeso 1 farmaco	10	11,6	Pneumologia	159	12,3
Trasferito	8	9,3	Altro	128	9,9
Diagnosi di TB non confermata	5	5,8	Pediatria	36	2,8
Miglioramento	3	3,5	Fuori Regione	7	0,5
Altro	15	17,4	Totale	1292	100
Totale complessivo	86	100			0

Terapia somministrata (anno 2010-2011)		
Terapia	N.	%
1 farmaco	18	1%
2 farmaci	126	5%
3 farmaci	485	20%
4 farmaci	1816	74%
> 4 farmaci	20	1%
Totale	2465	100%

La terapia con 4 farmaci è data nella maggior parte dei casi (1766 pazienti) dall'associazione di: Rifampicina, Isoniazide, Pirazinamide ed Etambutolo
In 25 pazienti dall'associazione di: Rifabutina, Pirazinamide, Isoniazide ed Etambutolo
Gli altri pazienti hanno seguito regimi con diverse associazioni.

Nel grafico seguente sono riportati i **valori percentuali** dei diversi **esiti di trattamento**, rapportati al numero di casi occorsi nell'anno di riferimento. Non sono riportati i dati del 2011 in quanto per alcuni casi il trattamento è ancora in corso.

Esito terapia (anni 2008/2010)



L'esito della terapia è la guarigione o il suo completamento in oltre il 50% dei pazienti. Il dato ancora elevato di un 35% circa dei pazienti per i quali il trattamento non è stato completato o perché sono stati persi al follow up o perché non è stato registrato il dato in MAINF, documenta che siamo ancora lontani dall'obiettivo dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di trattare con successo l'85% dei casi di TBC polmonare. E' quindi necessaria una maggior precisione sia negli interventi di monitoraggio dell'adesione al trattamento dei pazienti da parte degli operatori dei DPM delle ASL, attraverso il recupero delle schede di fine trattamento, sia nell'inserimento dei dati in MAINF, cosa che permetterà di avere dati più rappresentativi della realtà.

La raccolta di ceppi presso il Laboratorio Regionale di Riferimento afferente alla S.C. Microbiologia e Virologia dell'A.O. Niguarda di Milano, ha portato negli anni 2010 e 2011 a buoni risultati, con un totale di 2177 campioni analizzati da riferire a 1394 soggetti. La rappresentatività del territorio lombardo dei ceppi isolati è migliorata nel 2011, raccogliendo la quasi totalità degli stipiti, anche se rimangono alcune aree in cui l'invio routinario dei ceppi è migliorabile.

	N.TB MDR	N.Totale pazienti
2010	39 (5,7%)	680
2011	31 (4,3%)	714

L'analisi delle antibiotico resistenze ha evidenziato 39 pazienti su un totale di 680 pazienti nel 2010 e 31 pazienti su un totale di 714 pazienti nel 2011 portatori di ceppi multi resistenti (MDR), cioè con contemporanea resistenza a Rifampicina e Isoniazide.

L'invio dei ceppi isolate da parte dei laboratori al Laboratorio Regionale di riferimento, permette inoltre di poter identificare cluster di patologia; i ceppi isolati nel 2011 sono stati tipizzati secondo la tecnica MIRU-VNTR (Mycobacterial Interspersed Repetitive Units - Variable Number Tandem Repeat) a 12 loci. In quello stesso anno i profili più frequenti sono risultati M.tuberculosis Haarlem, M.tuberculosis LAM, M.tuberculosis S e M.tuberculosis Beijing. Nel caso di identità genotipica del test MIRU-VNTR a 12 loci è possibile ampliare la tipizzazione verificando altri 12 loci, attualmente l'allestimento di MIRU a 24 loci viene effettuata in ogni caso di sospetto cluster epidemico su tutti i ceppi con analogo pattern a 12 loci. In seguito a segnalazione di sospetti cluster epidemici la tipizzazione a 24 loci è stata già effettuata negli anni precedenti, in particolare è stata richiesta per quattro episodi nel 2010, per 10 episodi nel 2011 e fino a questo momento nel 2012 è stata richiesta per 2 casi.

L'analisi critica dei **focolai di TB** è un'opportunità per verificare sul campo l'efficacia delle attività di sorveglianza. Nella tabella sottostante sono descritti i focolai di TB registrati nel programma MAINF nel periodo 2007/2011 in Regione Lombardia. La lettera P individua il numero totale delle pratiche di persone coinvolte, la lettera F il numero di focolai.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

	2011		2010		2009		2008		2007	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
Italiani	21	18	38	27	52	31	46	34	33	25
Stranieri	24	17	53	36	54	34	63	46	47	33
Senza nazionalità	6	5	-	-	2	2	4	4	5	5

Si può notare come la nazionalità delle persone coinvolte in un focolaio è poco superiore negli stranieri rispetto agli italiani.

3 La sorveglianza

Con il termine sorveglianza, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, si intende un processo di raccolta continua e sistematica di dati, seguita da una analisi, una interpretazione e una diffusione delle informazioni ottenute al fine di poter intraprendere delle azioni adeguate.

La sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e, in particolare, della TB è elemento centrale del programma di controllo della malattia, permettendo di orientare efficacemente gli interventi e le risorse. Essa comporta:

- lo studio di incidenza della malattia, verificandone i trends temporali e spaziali;
- l'analisi dei singoli casi di malattia, secondo parametri quali l'età, la sussistenza di fattori favorenti, l'andamento clinico e delle complicanze, i ceppi coinvolti e le caratteristiche di farmacoresistenza;
- la pronta individuazione dei focolai epidemici o comunque di casi secondari;
- la valutazione dell'infezione e della circolazione dell'agente patogeno, specie nei gruppi a maggior rischio.

3.1 La sorveglianza dei casi di malattia: segnalazione e notifica

La segnalazione e la notifica della malattia tubercolare in Lombardia si basa su criteri definiti dalla d.g.r. 30 settembre 04 n. 7/18853 che ha rivisto e adattato alle attuali caratteristiche epidemiologiche del territorio, i criteri nazionali delineati a partire dal d.m. 15 dicembre 1990 (applicato in Lombardia mediante il "Protocollo operativo per il controllo e la prevenzione della TB in Lombardia" del 1993), successivamente aggiornati dal d.m. 29 luglio 1998, che ha introdotto una nuova scheda di notifica su base nazionale. Il flusso informativo delle malattie infettive prevede il susseguirsi di fasi che sono, in seguito, brevemente sintetizzate.

3.1.1. La segnalazione

Costituisce il primo e indispensabile adempimento per dare avvio ad un efficace sistema di sorveglianza.

I casi di TB, secondo quanto indicato nel d.m. 15 dicembre 90, sono soggetti a notifica obbligatoria entro 48 ore con scheda di sorveglianza ad hoc, aggiornata nel 1999, in occasione dell'emanazione di linee guida per il controllo della TB (Gazzetta Ufficiale n. 40 del 18 febbraio 1999).

In Regione Lombardia, in base al piano di riordino delle malattie infettive, d.g.r. 30 settembre 04 n. 7/18853, per la malattia tubercolare è stata prevista la segnalazione immediata con l'utilizzo della **SCHEDA DI SEGNALAZIONE**.

La scheda di segnalazione di TB, cartacea o per via informatica, viene compilata dal medico che pone diagnosi:

- Per ogni nuovo caso o recidiva
- In fase di sospetto, anche in assenza di accertamenti di laboratorio probanti
- Ogniquale volta il quadro clinico induca ad iniziare un trattamento antitubercolare.

Il medico segnalatore, attraverso la Direzione Sanitaria (DS) della struttura di appartenenza, invia la scheda di segnalazione di caso al DPM dell'ASL del proprio territorio che provvede all'inserimento dei dati in MAINF.

E' importante, perciò, che i DPM attivino iniziative di informazione ed aggiornamento, rivolte alle strutture specialistiche di diagnosi e cura, finalizzate a sollecitare la segnalazione di malattia tubercolare e la corretta gestione dei flussi informativi che costituiscono momento fondamentale per il controllo della malattia.

In seguito alla ricezione della segnalazione, il DPM provvede all'inserimento dei dati in MAINF, il sistema informativo regionale, che è in grado di filtrare i casi, così da pervenire a dati qualificati ed escludere doppioni legati a più segnalazioni che, visti i possibili differenti passaggi in cura, possono portare alla segnalazione multipla di uno stesso caso.

Oltre alla segnalazione di caso clinico, anche sospetto, la d.g.r. VII/19767 del 10 dicembre 2004 introduce due ulteriori flussi al fine di ridurre ulteriormente i casi di sotto-notifica:

- La segnalazione di isolamento/identificazione micobatteri, da parte dei laboratori, alla propria DS che invierà al DPM della ASL di riferimento.
- L'invio della scheda inizio/fine trattamento, da parte del clinico che segue l'ammalato, alla propria DS che invierà al DPM della ASL di riferimento

3.1.2 Sorveglianza di laboratorio

In Lombardia è attivo un sistema di sorveglianza di laboratorio che integra quello di notifica, questo ha portato a una riduzione della sottostima dei casi di TB.

Il laboratorio pubblico o privato che effettui l'isolamento/ identificazione di micobatteri su campioni biologici è tenuto, **entro 3 giorni** a dare comunicazione, attraverso la Direzione Sanitaria della propria Azienda Ospedaliera (A.O.), al DPM dell'ASL di riferimento.

Ai fini della sorveglianza, il laboratorio **segnala** i risultati positivi delle **seguenti analisi**:

- dimostrazione di BAAR su esame diretto di escreato, broncoaspirato, aspirato gastrico.
- dimostrazione di micobatteri su qualunque campione biologico tramite PCR, amplificazione o sonde geniche, HPLC.

- isolamento di micobatteri del gruppo TB Complex o, in assenza di tipizzazione, di micobatteri tramite coltura su terreno solido o liquido, su qualunque campione biologico.

La segnalazione, utilizzando il modulo in Allegato B/1, deve avvenire per tutti gli isolamenti, anche se già segnalati in precedenza dal laboratorio stesso.

Il DPM:

- Provvederà alla classificazione e aggiornamento dei casi in base all'incrocio tra le informazioni provenienti dai laboratori e le segnalazioni di caso clinico provenienti dal medico che ha fatto la diagnosi di caso.
- Avvierà la ricerca attiva della segnalazione da parte del clinico nel caso questa non sia già stata fatta, informando l'ASL di residenza e di domicilio se il paziente è residente in altra ASL.

E' importante che la segnalazione di isolamento si associ quanto prima alla registrazione dell'andamento delle resistenze dei differenti ceppi: analogamente a quanto sopra, anche l'antibiogramma dovrà essere trasmesso al DPM, utilizzando il modulo di cui all'allegato B/1.

Sarà cura del DPM accertarsi quanto prima che tali accertamenti siano in possesso del clinico che ha in cura il caso indice perché possa verificare l'adeguatezza del trattamento, e comunicarli tempestivamente anche al Centro che ha in carico i contatti del caso, affinché possa essere impostata la terapia più appropriata dell'infezione.

Oltre ad elevare il livello di completezza della notifica, la sorveglianza dei laboratori ha, infatti, anche una valenza epidemiologica più complessiva, relativa al grado di circolazione dei micobatteri, dei ceppi prevalenti e relative resistenze.

E' necessario perciò che le procedure di laboratorio per l'isolamento, la tipizzazione e l'antibiogramma raggiungano elevati livelli di qualità e standardizzazione. Proprio in quest'ottica, in seguito alla d.g.r. n. VII/008501 del 26 novembre 2008, è stata fatta una valutazione e successiva ridefinizione del livello di attribuzione di attività dei laboratori presenti sul territorio.

Non ultimo, per garantire la qualità e la completezza dell'osservatorio di livello regionale, i laboratori che eseguono colture per micobatteri sono tenuti ad inviare i ceppi isolati al Laboratorio del Centro di Riferimento presso l'A.O. di Niguarda.

Questo, a sua volta effettua le indagini di epidemiologia molecolare (MIRU) segnalandone i risultati alla D.S. dell'AO del laboratorio da cui è stato richiesto l'accertamento e, tramite l'inserimento dei dati in MAINF, alle ASL di competenza.

3.1.3 Segnalazione degli esiti di trattamento

Il trattamento antitubercolare costituisce una efficace misura di prevenzione primaria nei confronti della collettività perché: garantisce la guarigione del malato, interrompe il contagio e previene la selezione di ceppi resistenti.

Lo scopo principale della segnalazione degli esiti di trattamento è quello di permettere il recupero dei soggetti che lo interrompono. La sorveglianza degli esiti del trattamento è condotta per tutti i casi di TB, qualora il trattamento sia prolungato rispetto quello preventivo, questo verrà segnalato nella sezione 2 della scheda di esito trattamento (All. B/2).

La competenza della compilazione della *scheda d'inizio/fine trattamento* è del medico che assume il paziente in trattamento, sia immediatamente dopo la diagnosi sia a causa di un trasferimento da altra struttura, e pertanto possono essere presenti più schede di esito trattamento per ogni singolo paziente.

Essa viene inviata al DPM dell'ASL di riferimento della struttura in cui è in carico il paziente. Tale flusso, sarà in forma cartacea fino all'implementazione del nuovo sistema informativo delle malattie infettive in elaborazione.

Ricevuta la scheda d'inizio trattamento, il DPM cui afferisce la struttura di cura, provvederà al suo caricamento, evitando l'invio cartaceo delle copie, come pure la trasmissione al DPM dell'ASL di residenza se l'ammalato proviene da un'altra ASL, questa, infatti, attingerà i dati direttamente dal sistema informativo MAINF.

La necessità di monitorare gli esiti del trattamento tubercolare è evidenziata da una serie di raccomandazioni internazionali già espresse nella d.g.r. VII/19767 del 10 dicembre 2004. Con l'introduzione della scheda di segnalazione degli esiti di trattamento, si avranno a disposizione dati più approfonditi sull'andamento della malattia tubercolare in Lombardia, monitorando nello specifico le terapie e i rispettivi esiti; le schede di esito trattamento debbono essere compilate in **tutti i casi di malattia tubercolare** polmonare ed extrapolmonare.

La scheda si compone, schematicamente, di tre sezioni:

- un'apertura (inizio della terapia)
- una dichiarazione di terapia in corso o perché è stata mutata o perché prosegue oltre il decimo mese.
- una chiusura (fine della terapia)

Possono configurarsi le seguenti situazioni:

- paziente in carico ad una struttura sino alla fine della terapia: è compilata un'unica scheda, nella prima e seconda sezione, che, a conclusione del trattamento va inviata al DPM dell'ASL di riferimento della struttura suddetta;
- paziente inizialmente in carico ad una struttura che prosegue e/o termina il trattamento presso un altro ospedale:
 - La struttura dove il paziente ha cominciato il trattamento compila la prima e la terza sezione della scheda segnalando dove è stato trasferito il paziente e ne invia copia al DPM dell'ASL di riferimento.
 - Le strutture sanitarie successive compileranno una nuova scheda con la prima sezione e, in caso si concluda il trattamento, la seconda; in caso si effettui un nuovo trasferimento saranno compilate la prima e terza sezione.
 - Ciascuna struttura invia al DPM dell'ASL di riferimento copia della scheda ogni qualvolta il paziente è dimesso/trasferito.

L'ASL che riceve le schede provvederà a:

- inviarne copia all'ASL di domicilio/residenza del paziente, che ha il compito di supervisionare la completezza del flusso informativo relativo a tale monitoraggio e quindi di acquisire la scheda compilata nella seconda sezione.
- Inviare copia delle schede compilate, anche all'ASL nella quale si trova la struttura cui il paziente è stato eventualmente trasferito (cosicché attenda o ricerchi la successiva scheda esiti).

Il DPM è tenuto a raccogliere attivamente le schede di fine trattamento e, ricevute le schede dalla struttura di cura, provvederà al loro inserimento sull'applicativo MAINF, evitando l'invio cartaceo delle copie. L'UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria della Regione attingerà i dati direttamente dal sistema.

La U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria della Regione verificherà, periodicamente, che siano raggiunti gli standard previsti dall'OMS con il completamento di almeno l'85% dei trattamenti in modo favorevole (guariti/completati). In caso di scostamento dai valori attesi, sarà colta l'opportunità di verificarne le motivazioni e, in collaborazione con i DPM interessati, individuare possibili interventi di miglioramento.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

3.1.4. Segnalazione, inchiesta epidemiologica e validazione di caso

Segnalazione di caso

Al DPM di ciascuna ASL, può giungere una di queste schede:

- segnalazione di TB da parte del medico che ne sospetta o ne fa la diagnosi.
- isolamento da parte del laboratorio
- inizio trattamento da parte del medico che segue il malato

Nella tabella seguente sono riportati i flussi informativi e i tempi previsti dalla d.g.r.VII/19767 del 10 dicembre 2004.

Scheda	Soggetto segnalatore	Tempi invio	Destinatario	Destinatario finale
Scheda di segnalazione malattia infettiva	Ogni medico che pone diagnosi o sospetto di TB	Immediato	DPM -ASL	Regione, UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria, tramite il flusso MAINF
Scheda di segnalazione isolamento/ identificazione di micobatteri	Il laboratorio che esegue o ha commissionato l'esame	Entro 3 giorni dal riscontro di positività	DPM -ASL	Regione, UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria, tramite il flusso MAINF
Scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento	Ogni centro che assume il paziente in trattamento o lo dimette/trasferisce	All'inizio del trattamento, con invio immediato. Al termine della terapia o per trasferimento ad altra struttura e comunque entro 10 mesi dalla segnalazione	DPM -ASL	Regione, UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria, tramite il flusso MAINF

Inchiesta epidemiologica.

In seguito alla ricezione delle schede di isolamento dai laboratori o di inizio/fine trattamento dai medici che seguono i pazienti, il DPM dovrà verificare innanzitutto la correlazione con una segnalazione di caso clinico che, se non ricevuta dovrà essere ricercata attivamente.

In tutti questi casi, in seguito alla segnalazione, deve essere attivata l'indagine epidemiologica: momento estremamente importante tra gli interventi di sanità pubblica per il controllo della malattia tubercolare, va avviata *il più celermente possibile* nei casi di malattia polmonare, bronchiale e laringea. Per le forme extrapolmonari non infettive, l'inchiesta va comunque condotta, ma in tali casi la finalità è la ricerca della fonte di contagio e non il controllo della diffusione.

Secondo il percorso proposto dalla d.g.r.VII/19767 del 10 dicembre 2004, attraverso la raccolta e l'approfondimento di tutti gli elementi epidemiologici riportati nella scheda di segnalazione e nell'intervista al paziente, ove possibile, *l'inchiesta epidemiologica* ha come primo obiettivo la ricerca della possibile fonte di contagio attraverso:

- la definizione delle *caratteristiche del caso*,
- l'individuazione dei contatti, *secondo le modalità descritte al punto 3.3.1*, permettendo: **a)** di cogliere precocemente eventuali casi secondari e identificare, così, focolai epidemici; **b)** di riconoscere i soggetti con infezione tubercolare latente ad alto rischio di progressione.

La conduzione di una corretta indagine epidemiologica è di fondamentale importanza per la gestione dei contatti cui proporre la chemioterapia preventiva o da sottoporre a sorveglianza clinica. Può rivelarsi particolarmente critica, quando s'interviene in collettività ove siano presenti soggetti ad alto rischio, come per esempio in una comunità scolastica, dove gli alunni siano stati a contatto stretto di un caso di malattia tubercolare polmonare. In tali situazioni, occorre una valutazione ponderata del rischio, così da identificare i soggetti da sottoporre oltre che a controllo, alla profilassi specifica; in tali situazioni è opportuno che il DPM si avvalga del supporto tecnico del Centro di Riferimento Regionale.

Ciascuna ASL adotta un proprio Piano strategico locale aggiornato per la prevenzione dell'infezione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare, in coerenza con il presente documento; detti Piani saranno trasmessi per opportuna conoscenza alla Direzione Generale Sanità.

Per gli interventi di controllo e profilassi che non erogano direttamente, le ASL provvedono a stipulare apposite convenzioni con le strutture sanitarie accreditate. Tali convenzioni devono prevedere le modalità d'invio e l'identificazione di flussi preferenziali, per assicurare un'adeguata compliance degli utenti, per i quali tutte le prestazioni saranno gratuite.

Riguardo gli interventi di chemioprophilassi e relativi accertamenti, effettuati sui contatti, e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per i soggetti cui sia già stata diagnosticata la malattia tubercolare, le stesse saranno erogate secondo le abituali modalità e in regime di esenzione per patologia, fermo restando, in ogni caso, la completa gratuità per l'utente.

Validazione del caso

I **criteri diagnostici** per i casi di malattia tubercolare definiti nel d.m. del 29 luglio 1998 e condivisi dalla d.g.r.n.VII/18853 del 30 settembre 2004 e dalla Circolare 42/SAN/2005, suddividono i casi di TB in ACCERTATO e SOSPETTO.

La Decisione aggiornata del 28/IV/2008 della Commissione Europea in materia di definizione di caso di malattia trasmissibile introduce, riguardo la TB, una novità: i casi infatti, vengono distinti in POSSIBILE, PROBABILE e CONFERMATO. Viene introdotto il caso POSSIBILE: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici: "segni, sintomi e/o reperti radiologici compatibili con una TB attiva in qualsiasi sito e la decisione di un medico di curare il paziente con un ciclo completo di terapia antitubercolare".

Per ACCERTATO s'intende un caso di malattia tubercolare polmonare ed extrapolmonare attiva che risponda a uno dei criteri di seguito riportati:

- A) ISOLAMENTO CULTURALE di M. T. complex (M. hominis, M. bovis, M. africanum, M. microti)
- B) DIAGNOSI MICROSCOPICO-CLINICA con presenza di:

- Esame microscopico (diretto) di liquido biologico (ad es. escreato, liquor) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) **OPPURE** di preparato istologico (ad. es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari

E

- Segni clinici/radiologici suggestivi di TB attiva e/o terapia antitubercolare in corso con due o più farmaci.

C) DIAGNOSI CLINICA

- Segni clinici suggestivi di TB attiva
- E ALMENO DUE** dei seguenti accertamenti
 - Indagini strumentali (ad. es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TB attiva
 - Risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico-radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni
 - Test tubercolinico (Mantoux) positivo

D) DIAGNOSI AUTOPTICA:

evidenza autoptica di TB attiva NON DIAGNOSTICATA in vita.

Tali criteri possono essere riassunti nella tabella seguente, allegato 1 della d.g.r. VII/19767 del 10 dicembre 2004 di seguito riportata e corretta nella Circ. n. 27/SAN 2005.

Criteri diagnostici	Quadro clinico	Esame colturale	Esame microsc. diretto	Test Mantoux	Esame strumentale	Esame istologico	Criterio ex adiuvantibus	Esame autoptico
Isolamento colturale		Pos						
Diagnosi microscopico-clinica	C		Pos					
			Pos		C			
	C					Pos / C		
					C	Pos / C		
			Pos				C	
						Pos / C	C	
Diagnosi clinica	C				C		C	
	C			Pos	C			
	C			Pos			C	
Diagnosi autoptica								Pos

C: compatibile

Pos: positivo

Al fine di poter permettere un’adeguata rappresentazione delle diagnosi di forme linfoghiandolari, si è inserita anche la possibilità di un esame istologico compatibile.

Il software regionale MAINF effettua la notifica, secondo la normativa vigente, di tutti i nuovi casi e le recidive di TB ATTIVA polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico), che soddisfino uno dei criteri diagnostici soprariportati.

Ai fini di garantire in tutti i casi di malattia tubercolare la corretta sorveglianza delle resistenze ai comuni antitubercolari, **è in ogni caso necessario ricorrere all’esame colturale**; solo in caso di riscontro negativo della coltura si potrà ricorrere agli altri criteri sopradescritti.

La notifica dei casi seguirà i criteri e le modalità previste dalla d.g.r. 7/18853 e relativa circolare 42/SAN e quelli previsti dalla Commissione Europea nella Dec. aggiornata del 28/IV/2008.

3.1.5. Flusso dei dati

La Regione Lombardia ha investito molte risorse al fine di disporre di un sistema informativo efficace delle malattie infettive in grado di fornire dati epidemiologici utili alla programmazione dei servizi e alla verifica dei risultati. Dal 1996, aderendo al progetto nazionale d’informatizzazione delle malattie infettive, ha ridefinito le regole concernenti la sorveglianza di quelle soggette a notifica obbligatoria.

A partire dalla d.g.r. VII/18853/2004 si è intervenuti in tre direzioni principali:

1. Migliorare la completezza e qualità dei dati epidemiologici, attraverso la messa a punto di un nuovo software e acquisizione di ulteriori variabili, quali l’agente eziologico, i fattori di rischio individuali, le modalità del contagio ecc.; e l’implementazione di accertamenti microbiologici a valenza epidemiologica presso laboratori di riferimento regionale;
2. Attuare interventi di provata efficacia, riducendo prassi inveterate ma prive di utilità e implementando misure di controllo fondate su dati epidemiologici certi;
3. Aumentare la comunicazione tra operatori sanitari attraverso i report periodici sulle principali malattie infettive e promuovere iniziative di formazione per gli operatori e d’informazione per i cittadini.

Anche per la TB si è informatizzata la scheda di notifica e quella epidemiologica mediante l’uso del sistema informativo MAINF.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Il software permette:

- L'inserimento dei dati in tempo reale, dinamico e completo (tutti i casi e tutti i dati)
- Di avere un identificativo unico della persona, riducendo al minimo la duplicazione dei casi
- La validazione immediata del caso, sia secondo i criteri nazionali, come previsto dal d.m. 29 luglio 1998 del Ministero della Salute, che quelli previsti dalla Commissione Europea nell'ultima Dec. aggiornata del 28/IV/2008 che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.

Dopo l'esperienza di questi anni si sta provvedendo a migliorare la qualità delle informazioni che possono essere utili nella gestione dei casi di tubercolosi. In particolare il sistema permetterà la registrazione:

- a. dei contatti individuati
- b. dell'esito dei test (Mantoux e IGRA) evidenziando le cuticonversioni
- c. dei soggetti sottoposti a profilassi
- d. della data di inizio e fine trattamento, eliminando l'automatismo nell'inserimento di quest'ultima
- e. dell'eventuale resistenza a farmaci con identificazione del farmaco stesso
- f. del centro che segue la sorveglianza del paziente e di eventuali suoi trasferimenti
- g. dei risultati di tipizzazione molecolare ottenuti su ceppi di *Mycobacterium tuberculosis complex*.
- h. del tempo di permanenza in Italia degli stranieri attraverso la possibilità di estrarre la data di arrivo in Italia

3.2 *La sorveglianza dell'infezione e circolazione del micobatterio tubercolare: gli indici tubercolinici nella popolazione generale e nei gruppi a rischio.*

Il **test intradermico secondo Mantoux** rappresenta il test di elezione per lo screening dell'infezione.

Con la legge 23 dicembre 2000, n. 388, art. 98 (legge finanziaria 2001), e con l'entrata in vigore del regolamento relativo (Decreto Presidente della Repubblica 7 novembre 2001, n. 465), è stata abrogata la norma (art. 22, primo comma del d.p.r. 22 dicembre 1967, n. 1518) che prevedeva la rilevazione dell'Indice Tubercolinico (IT) nelle scuole elementari e medie inferiori, nonché quella (art. 49 del d.p.r. 22 dicembre 1967, n. 1518) che disponeva l'obbligo di controlli periodici nei confronti del personale scolastico. Tuttavia l'andamento epidemiologico della TB in Lombardia evidenzia la costante presenza di malattia nella fascia di età pediatrica e per alcune realtà un notevole incremento di bambini provenienti da aree endemiche.

Ciascuna ASL, dopo un'attenta analisi epidemiologica della popolazione presente sul proprio territorio, identificherà i gruppi a più elevato rischio di ammalare di TB. Quindi, valutate le priorità, individuerà le risorse disponibili al fine di poter garantire un intervento appropriato per la prevenzione della malattia e a sostenere la compliance da parte dell'utente sia nell'indagine tubercolinica che nell'aderenza alla terapia preventiva o ad altri eventuali provvedimenti assunti.

Vi è consenso unanime per la conduzione di screening o altri interventi di sorveglianza attiva da effettuarsi nei confronti di **gruppi ad alto rischio**, quelli cioè in cui l'incidenza annuale di malattia sia superiore a 50 casi/100.000 abitanti.

Tutt'oggi, sono riconosciute come categorie di gruppi a rischio quelle descritte nel documento di Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112:

- contatti di un caso di TB
- persone con infezione da HIV
- altri gruppi a rischio:
 - o soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia;
 - o soggetti esposti a rischio professionale;
 - o soggetti senza dimora, ospiti di ricoveri notturni, rifugiati, baraccati;
 - o soggetti reclusi in istituti di correzione e di pena;
 - o tossicodipendenti;
 - o soggetti con esiti fibrotici, non trattati farmacologicamente;
 - o soggetti con patologie o condizioni favorenti: diabete mellito scompensato, silicosi, terapia immunosoppressiva, gastrectomia, malnutrizione, alcolismo e altro;
 - o soggetti anziani ospiti di case di riposo e di lunga degenza.

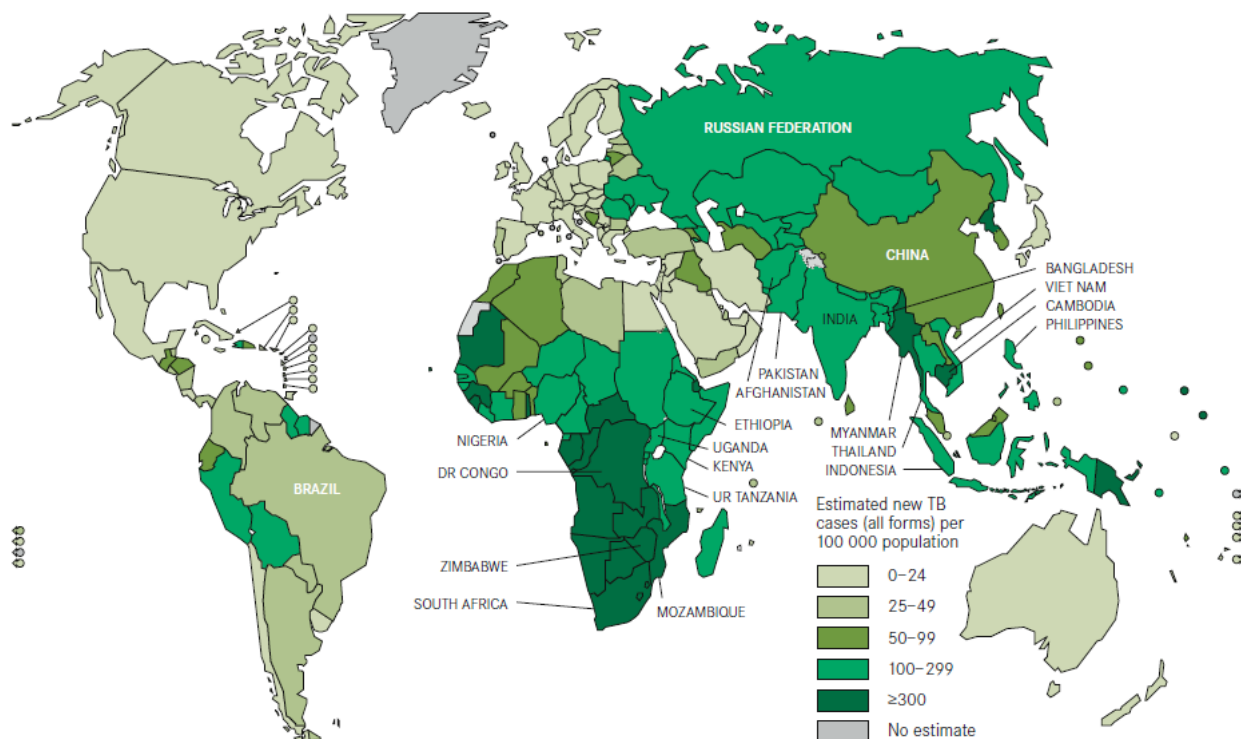
Per la gestione dei contatti di un caso di TB si veda il punto 3.3 del presente capitolo. Per i soggetti esposti a rischio professionale si veda il Capitolo 8 "Prevenzione, controllo e sorveglianza dell'infezione tubercolare negli operatori sanitari" e l'Aggiornamento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, delle "Raccomandazioni per le attività di controllo della TB in ambito assistenziale" (2009).

Per gli altri gruppi a rischio rimane valido, in linea generale, quanto indicato nel documento di Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, del Ministero della Salute con le integrazioni e specificazioni di seguito riportate.

3.2.1 Immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare

Di seguito la mappa con i tassi di incidenza di TB nei vari Paesi del mondo (tratta dal WHO Report TB del 2011). Un Paese è definito ad alta endemia tubercolare quando l'incidenza di TB è stimata >100 casi / 100.000 abitanti.

Estimated TB incidence rates, 2010



L'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità nel suo ultimo rapporto sugli immigrati in Lombardia, stima che la quota di stranieri (regolari e non) presenti sul nostro territorio sia pari a poco meno di ¼ del totale nazionale, evidenziando la tendenza ad accrescere la consistenza di tali presenze.

L'analisi delle notifiche di TB evidenzia che dal 1999 al 2008, i casi di TB registrati in "cittadini nati all'estero" hanno rappresentato, nel complesso, il 36,5% del totale dei casi notificati in Italia. Nel periodo esaminato si è verificato un costante aumento di tale proporzione (dal 22% del 1999 al 46% nel 2008). Nel 2008 sono stati notificati 2026 casi di TB in cittadini stranieri a fronte dei 2102 casi in italiani. Vi è stata pertanto una costante diminuzione del numero di casi tra i soggetti nati in Italia, mentre il numero dei casi in immigrati stranieri è progressivamente aumentato. In generale, nonostante l'incidenza si sia ridotta negli ultimi anni, la popolazione immigrata ha ancora un rischio relativo di andare incontro a TB che è 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana.

In Lombardia, negli ultimi anni, mentre sembra in costante diminuzione la proporzione di casi di TB in persone provenienti dall'Africa, sono in aumento i casi provenienti dall'Est europeo (in particolare la Romania) e dall'Asia, soggetti che, in molti casi, sono impiegati presso famiglie come badanti o collaboratori familiari e in strutture sanitarie e RSA come OSS o ASA.

La distribuzione dei casi tra soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia, varia notevolmente tra le diverse ASL riflettendo gli andamenti dei flussi migratori, questo rende necessario lo sviluppo di programmi di controllo e prevenzione adeguati alle diverse realtà locali.

Le priorità del controllo della TB negli stranieri sono le stesse della popolazione italiana e cioè l'identificazione precoce del maggior numero di casi possibile ed il loro trattamento completo, l'identificazione ed il management dei contatti, lo screening dei gruppi a maggior rischio.

Tali azioni devono essere garantite sia per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale che per quelli non iscritti considerato che la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive, ed eventualmente bonifica dei relativi focolai, rientrano tra le prestazioni elencate dal d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Titolo V, art. 35) da erogare senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti.

Il PSSN 2003-2005 evidenzia tra le azioni prioritarie, rivolte alla popolazione immigrata, la riduzione della TB, unitamente alle malattie sessualmente trasmesse, tramite interventi di prevenzione mirata.

Ciascuna ASL, in attuazione di quanto sopra indicato, in relazione al proprio contesto e quindi alla presenza di popolazione straniera, favorirà l'effettuazione di screening in gruppi di persone provenienti da Paesi ad alta endemia, anche utilizzando i momenti di accesso al SSR per altre motivazioni o, ancora, coinvolgendo il mondo dell'associazionismo nella realizzazione di screening sia all'interno delle strutture di volontariato che di centri di aggregazione. E' consigliabile, in tal caso, favorire momenti di formazione e aggiornamento scientifico anche attraverso il confronto tra gli operatori sanitari e la rete delle Associazioni.

Si sottolinea inoltre, l'importanza di azioni atte a garantire pari opportunità di accesso ai servizi con l'obiettivo di ridurre barriere sia linguistiche che culturali che limitano la fruibilità dei servizi da parte degli immigrati.

Ove possibile, va ricercata anche la collaborazione con le amministrazioni locali per la gestione di casi con problematiche sociali, ciò al fine di favorire condizioni di continuità nella gestione di un corretto trattamento terapeutico.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

3.2.2. Soggetti senza fissa dimora

Premessa la necessità che anche queste fasce di popolazione così deboli possano usufruire delle stesse opportunità di diagnosi, cura e di prevenzione previste per ogni altro cittadino, è evidente la necessità di favorire, dove possibile, collaborazioni con associazioni o enti di volontariato che possano concorrere a garantire il completamento degli accertamenti e/o delle cure.

Si ritiene prioritario il controllo dei soggetti senza fissa dimora che affluiscono agli istituti di prima accoglienza, ai centri di volontariato e ai dormitori.

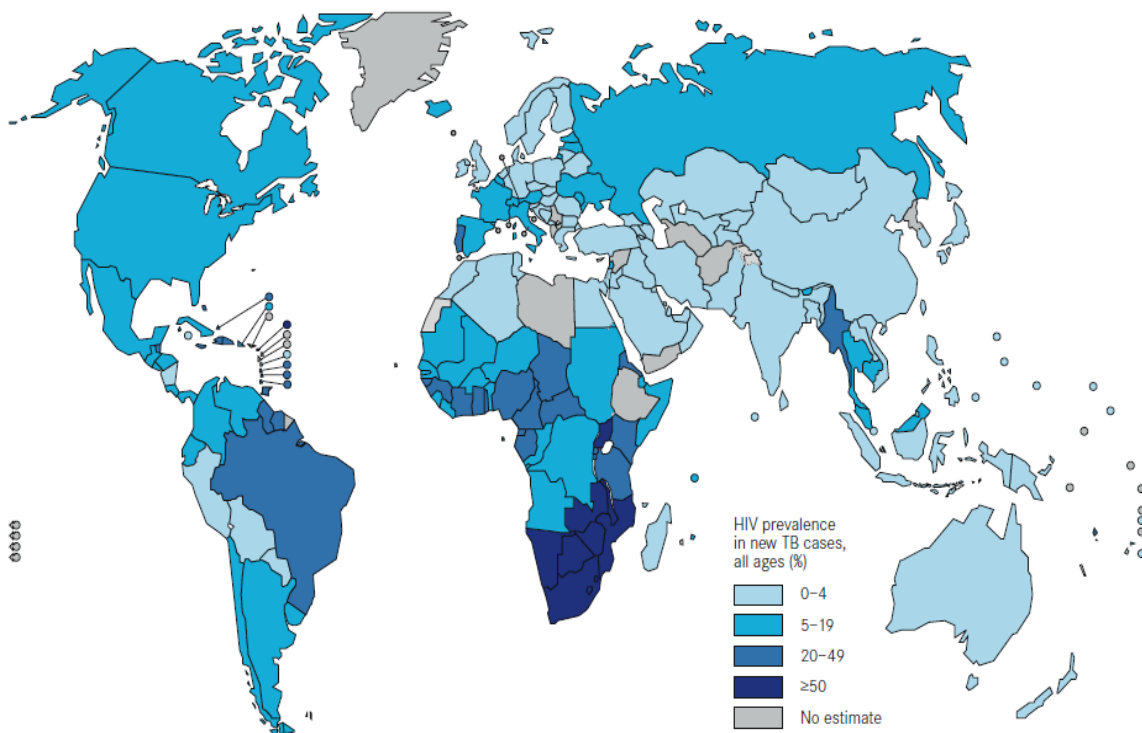
Per tali soggetti si prevede l'esecuzione del test tubercolinico all'ingresso, attraverso la segnalazione dell'avvenuto accesso dell'ospite all'ASL di riferimento, secondo le modalità concordate. Quando ciò è difficoltoso e dove possibile, può essere prevista da parte degli operatori o mediatori culturali dell'ente di volontariato, la somministrazione di un questionario per la rilevazione di dati anamnestici e sintomi suggestivi di TB (All. B/3). Così che, qualora il completamento dell'indagine tubercolinica fosse difficoltoso, oppure il questionario desse esito positivo, cioè fosse suggestivo per TB, l'ospite sia accompagnato o indirizzato presso gli ambulatori specialistici di riferimento per gli opportuni approfondimenti diagnostici e l'eventuale terapia.

Tali accertamenti non devono essere eseguiti come un filtro volto ad impedire l'ingresso in comunità ma un'opportunità per gli ospiti e per la comunità di verificare il loro stato di benessere e non contagiosità.

3.2.3. Soggetti con infezione da HIV

Secondo i dati forniti dal Centro operativo AIDS (Coa), dell'ISS, in Italia, dal 1993 si è osservato un aumento costante dei casi di TB in pazienti con AIDS: dal 6,8% nel 1993 si è passati al 11% nel 2010. Dal 1993 al 2010 sono stati notificati 4075 casi di TB in pazienti con AIDS: il 34,1% sono stranieri; di questi poco più della metà proviene dall'Africa, mentre i restanti provengono per lo più dall'America del Sud e dall'Europa dell'Est; di seguito la cartografia tratta dal WHO Report TB del 2011.

Estimated HIV prevalence in new TB cases, 2010



Per la sorveglianza e il controllo della TB nei soggetti con infezione da HIV fanno da riferimento:

- le "Linee guida per la chemioterapia preventiva della TB nelle persone con infezione da HIV in Italia" predisposte dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS - Ministero della Sanità così come stabilito nel Documento di Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
- il documento ministeriale di "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della TB: gestione dei contatti e della TB in ambito assistenziale" (2009).
- le "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" (luglio 2012) del Ministero della Salute, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, la Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS e SIMIT.

L'infezione da HIV incrementa significativamente il rischio di progressione da infezione tubercolare latente (ITL) a malattia tubercolare attiva; infatti, mentre un soggetto con la sola ITL ha la probabilità di ammalare di TB del 5-10 % nel corso della vita, una persona che presenti anche infezione da HIV ha la probabilità di ammalare del 10% ogni anno.

In tutti i soggetti con infezione da HIV di primo riscontro, è indicata la ricerca di una possibile infezione da MT. La diagnosi di ITL può essere basata sulla positività del TST (≥ 5 mm) oppure del test IGRA.

Per i soggetti con CD4 <200 si raccomanda l'esecuzione sia del TST sia del test IGRA. Coloro che risultano negativi ad entrambi, li ripeteranno a distanza di 12 settimane; soggetti positivi ad uno o ad entrambe i test verranno sottoposti a radiografia del torace, se quest'ultima sarà negativa seguiranno la profilassi.

Persone con infezione da HIV e CD4 <200 che siano state esposte a casi affetti da TB polmonare contagiosa dovrebbero iniziare un ciclo di trattamento per ITL indipendentemente dal risultato dei test diagnostici per ITL.

Soggetti con test negativo per ITL ma appartenenti a gruppi a rischio per esposizione a M. Tuberculosis, dovrebbero essere sottoposti a test per ITL con cadenza annuale.

Persone con infezione da HIV e ITL che non abbiano in precedenza completato un ciclo di trattamento per TB o per ITL devono essere sottoposte a radiografia del torace ed esame clinico per escludere una malattia tubercolare attiva e, se esclusa, iniziare un ciclo di trattamento per ITL con Isoniazide 300 mg/die per sei mesi.

In persone in cui l'isoniazide non può essere somministrata o che siano intolleranti al farmaco, può essere impiegato il regime alternativo Rifampicina 600 mg/die per quattro mesi oppure Rifabutina 300 mg/die per quattro mesi.

Infine in considerazione dell'incremento della prevalenza d'infezione da HIV tra i soggetti con TB, il test per HIV dovrebbe essere offerto a tutti i soggetti al momento della diagnosi di TB.

Il documento redatto dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS è annualmente aggiornato ed è disponibile nel sito del Ministero della Salute nel settore Prevenzione, titolo " HIV e AIDS".

3.2.4. Soggetti reclusi in istituti di correzione e pena

L'articolo 1 del decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230, stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

Il PSSR 2002-2004, nelle linee strategiche per l'area penale, identificava tra gli obiettivi prioritari per l'area adulta la tutela della salute dei soggetti detenuti. Ulteriori applicazioni si trovano nella d.g.r. n. 3040 del 26 marzo 2010: "Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario".

Tutti i detenuti, con pregressa prova tubercolinica non nota o non eseguita al momento del loro ingresso nell'Istituto Penitenziario, devono essere sottoposti allo screening tubercolinico mediante intradermoreazione di Mantoux.

Il test viene effettuato dal personale sanitario della Struttura Penitenziaria, nell'ambito della visita d'ingresso di cui all'art. 23 d.p.r. 230/00. L'esito è registrato sulla cartella sanitaria del detenuto. Il test si considera positivo quando, alla lettura effettuata a 72 ore dall'esecuzione, si rileva un infiltrato con diametro maggiore ≥ 10 mm.; nel caso in cui il valore sia inferiore viene programmata la sorveglianza periodica mediante ripetizione della Mantoux. Una periodicità biennale può ritenersi congrua, fatti salvi intervalli minori per situazioni particolari che si dovessero verificare, quale l'esposizione ad un caso di malattia.

Il riscontro di un valore ≥ 10 mm prevede l'effettuazione di RX torace con esame clinico; l'esito negativo di questi determina la prescrizione della terapia preventiva antitubercolare là dove non vi siano controindicazioni specifiche.

Nei soggetti con pregressa prova tubercolinica nota occorre valutarne la data di esecuzione e l'esito. Se è stato riscontrato un valore della Mantoux <10 mm, si programma il controllo periodico sulla base della data di esecuzione del test; nel caso in cui fosse stato riscontrato un valore della Mantoux ≥ 10 mm si procede a una verifica della documentazione clinica e agli eventuali accertamenti.

L'individuazione di casi sospetti e/o accertati deve essere immediatamente segnalata ai DPM delle ASL dove è ubicato il carcere, utilizzando l'apposita scheda di segnalazione di malattia infettiva.

La terapia sarà sempre supervisionata e devono essere applicate le stesse norme di isolamento valide per altri pazienti; in ogni caso dovrà essere attivata anche la sorveglianza degli esiti della terapia, così come indicato al Cap 3.1.3.

Prima del rilascio del paziente, dovrà essere ricercata la struttura di riferimento cui indirizzare l'ammalato perché possa continuare ad essere seguito fino al termine del trattamento supervisionato.

3.2.5. Soggetti anziani ospiti di case di riposo e di lunga degenza

Al momento dell'accoglienza nella casa di riposo o nella struttura di lunga degenza, gli ospiti, devono essere sottoposti a colloquio al fine di raccogliere l'anamnesi relativa a precedente malattia tubercolare e alla concomitante presenza di patologie o condizioni favorevoli. Successivamente, per consentire una tempestiva diagnosi, deve essere effettuata la sorveglianza dei sintomi suggestivi di malattia tubercolare. Se un ospite è affetto da TB, devono essere avviate le procedure di segnalazione del caso, per permettere l'identificazione rapida dei contatti ed il loro screening, e di sorveglianza degli esiti di terapia. I soggetti affetti devono essere posti in stanze singole e comunque in isolamento respiratorio fintanto che sono in forma contagiosa.

Non è dunque indicata l'esecuzione routinaria di screening tubercolinici, né all'ingresso né durante la degenza.

3.3. La sorveglianza dei contatti

I contatti di una persona affetta da TB contagiosa sono ad alto rischio di infezione e di malattia tubercolare. Tale rischio dipende da alcuni "fattore chiave" tra cui principalmente si distinguono:

- il grado di infettività dell'ammalato
- le caratteristiche della persona che è stata a contatto con l'ammalato
- l'ambiente in cui si è verificato il contatto.

La trasmissione interumana della TB avviene attraverso particelle infettanti espulse da soggetto malato chiamate droplet nuclei. I droplet nuclei hanno una traiettoria di abbattimento molto rapida e quindi la trasmissione del micobatterio è molto efficace in caso di contatti stretti. Per tali motivi, **non appena c'è il sospetto di un caso di TB** sia attraverso la sorveglianza di laboratorio che quella clinica **deve essere immediatamente attivata la ricerca dei contatti**. Tale ricerca comporta una stretta collaborazione tra i centri di diagnosi e cura e le unità territoriali di prevenzione in modo da garantire tempestive informazioni sia sul versante clinico del caso, che su quello epidemiologico (identificazione di cluster, coinvolgimento collettività a rischio). In tal senso va rilevato che le interviste per la ricerca dei contatti devono essere iniziate indipendentemente dall'esito colturale degli esami di laboratorio se l'anamnesi e altri riscontri sono compatibili con la definizione di caso sospetto di TB contagioso.

Il d.m. sulla "Gestione dei contatti e della TB in ambito assistenziale" (2009) definisce che per ogni paziente cui è diagnosticata una forma di TB respiratoria, va determinato il **grado di contagiosità** della malattia in base alla sede anatomica (polmone, laringe), ai reperti microbiologici (positività dell'espettorato per bacilli alcol-acido resistenti -BAAR- all'esame microscopico) e radiologici (presenza di cavitazioni) e altri elementi che favoriscano la contagiosità (tosse frequente, canto, contatti sociali frequenti in spazi confinati).

Inoltre, segnala che, secondo le LG CDC 2005 (LIV 2) il **periodo di contagiosità** raccomandato per la ricerca dei contatti è da mettersi in relazione alle caratteristiche della malattia tubercolare:

- Se l'ammalato presenta sintomi, positività all'escreato e cavitazioni al Rx torace, la ricerca dei contatti va fatta fino a 3 mesi antecedenti l'insorgenza dei sintomi o del primo riscontro di malattia compatibile con TB. Questo non esclude, tuttavia, che in circostanze particolari, debba essere considerato un periodo di contagiosità più lungo.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

- Qualora non vi siano sintomi, né positività dell'escreato o cavitazioni radiologiche, la ricerca dei contatti va fatta fino a 4 settimane antecedenti la sospetta diagnosi.

La **trasmissione da parte di bambini** di età <10 anni è infrequente; la ricerca dei contatti in casi pediatrici ha fondamentalmente lo scopo di rintracciare l'adulto ammalato che ha infettato il bambino. La ricerca di soggetti infettati da parte del bambino deve essere intrapresa solo in circostanze particolari, perché i bambini e i giovani adulti con TB primaria sono raramente contagiosi; saranno considerati tali se dovessero presentare caratteristiche di malattia "di tipo adulto" (ad es. tosse produttiva e lesioni cavitari o lesioni estese del lobo superiore alla RX del torace).

In generale la ricerca attiva dei contatti tende ad individuare, attraverso poche tappe, i soggetti con malattia ed i soggetti con infezione; inoltre, in considerazione della rapida progressione a malattia nei contatti HIV positivi, la conoscenza di tale coinfezione comporta un immediato cambiamento nella gestione dell'inchiesta e nell'impostazione di una chemioprophilassi.

La trasmissione di bacilli tubercolari avviene principalmente attraverso il **volume di aria condivisa** tra paziente e contatto; se questo volume è ridotto (ad es. piccole stanze) la trasmissione è elevata. Analogamente il grado di rinnovo o di ricircolo dell'aria in comune tra paziente e contatto influenza la trasmissione, quindi, la probabilità di infezione del contatto.

In generale si devono considerare contatti *potenzialmente infetti* tutte le persone che abbiano condiviso volumi di aria con un soggetto affetto da TB contagiosa. Tuttavia le caratteristiche del contatto modificano le probabilità di infezione sia aumentandole che diminuendole.

Generalmente la stretta convivenza aumenta le possibilità di trasmettere il bacillo tubercolare, ma una precedente infezione tubercolare (dimostrata da una precedente positività al TST) riduce il rischio di infezione.

Fattori propri dell'ospite quali il grado di suscettibilità del soggetto determinata da cause plausibilmente genetiche o immunologiche quali: razza, età avanzata e stato immunologico, possono invece aumentare le probabilità del rischio di infezione.

Il **periodo di contagiosità del caso indice** potrà essere considerato chiuso quando siano soddisfatti i seguenti criteri:

- somministrazione di un trattamento efficace per un tempo uguale o maggiore a due settimane (l'efficacia essendo dimostrata dai test di farmaco sensibilità sul M. Tuberculosis)
- riduzione dei sintomi
- risposta microbiologica (riduzione della carica bacillare sull'esame diretto dell'espettorato).

Nel caso che il paziente torni a convivere con soggetti suscettibili all'infezione dovrà presentare almeno tre espettorati negativi per BAAR effettuati consecutivamente, ad un minimo di 8 ore di distanza, di cui almeno uno raccolto al mattino.

Le azioni per l'identificazione dei casi d'infezione e il loro trattamento sono coordinate dalle Aziende Sanitarie Locali.

Va inoltre precisato che, trattandosi di interventi riguardanti la tutela della salute della collettività, tutti gli interventi devono essere erogati in regime di gratuità; quando gli accertamenti non siano erogati direttamente dall'ASL, la loro prescrizione sarà eseguita da medici di strutture specialistiche convenzionate con il DPM.

A tal fine le ASL individuano le strutture sanitarie con le quali stipulano apposite convenzioni per la fornitura delle prestazioni, che saranno rendicontate nel flusso della Circolare 28/SAN, solo ai fini della quantificazione delle prestazioni ma non della loro remunerazione.

Le richieste (accertamenti radiologici, visite pneumotisiologiche, somministrazione di chemioprophilassi e relativi esami) saranno redatte su ricetta ad hoc e dovranno obbligatoriamente riportare il timbro del medico igienista prescrittore completo di codice fiscale.

L'organizzazione (prescrizione e prenotazione-accesso, effettuazione dell'esame, consegna del referto) e la rendicontazione saranno definite in un protocollo redatto dal DPM in accordo con le strutture erogatrici e terranno in considerazione la duplice necessità di favorire la compliance dell'utente e garantire la tempestività della risposta.

3.3.2. Classificazione dei contatti

Sulla base di quanto sopra descritto i contatti di un caso di TB contagioso vengono suddivisi:

1. *In relazione alla durata e modalità del contatto: stretti, regolari e occasionali*

Un contatto stretto è definito come una persona che abbia condiviso con il paziente, per un tempo sufficientemente lungo, un volume di aria ristretto. In tale categoria si classificano:

- membri della stessa famiglia convivente nella medesima abitazione;
- soggetti che hanno condiviso con il paziente un ambiente di vita, lavoro o svago per un periodo prolungato, ad es.: coabitanti, compagni di classe, colleghi quotidiani di lavoro in ambienti poco areati o con basso riciclo, reclusi nella stessa cella.

Un contatto regolare è definito come una persona che abbia condiviso spazi anche ristretti ma per periodi brevi, per esempio:

- compagni abituali di pendolarismo (auto, bus o treno);
- o che condividono il momento del pasto.

Un contatto occasionale è definito come una persona che abbia condiviso un volume di aria anche relativamente elevato, ma per periodi saltuari. In tale categoria si classificano:

- membri allargati della famiglia (familiari non conviventi);
- soggetti che temporaneamente hanno condiviso un ambiente (visitatori, amici, compagni di scuola, colleghi di lavoro che non condividono lo stesso ambiente).

2. *In relazione alle caratteristiche individuali: basso o alto rischio*

I soggetti che rientrano nella categoria ad alto rischio sono:

- soggetti HIV positivi noti, persone che assumano cronicamente farmaci immunosoppressori (chemioterapia antitumorale, farmaci contro il rigetto d'organo, antagonisti del TNF alfa), tossicodipendenti per via IV, soggetti affetti da neoplasia maligna (solida o ematologica)
- soggetti affetti da altre patologie favorenti: silicosi, malnutrizione, alcolismo, diabete mellito, gastrectomia, bypass digiuno ileale, soggetti sottopeso, IRC o emodializzati.
- soggetti di età inferiore a 16 anni.

3. In relazione alla fonte di contagio: elevata o bassa esposizione

La valutazione del rischio di disseminazione dei bacilli tubercolari da parte del paziente deriva da considerazioni inerenti:

- le caratteristiche della malattia: polmonare o extrapolmonare
- la positività o meno per micobatteri nell'escreato (esame diretto o coltura), ottenuto direttamente, per induzione o durante broncoscopia
- la durata dei sintomi respiratori a partire dall'esordio della malattia

3.3.3. Gestione dei contatti

Verificando gli elementi sopra indicati è possibile suddividere i contatti sulla base del rischio di avvenuto contagio e, in caso positivo, di suscettibilità a sviluppare l'infezione.

Sulla base della rilevazione effettuata, devono dunque essere definiti i livelli di priorità di intervento.

I contatti verranno suddivisi per livello di esposizione e in relazione al rischio di progressione della malattia secondo il **modello dei cerchi concentrici**, tenendo in considerazione la durata dell'esposizione durante il periodo di contagiosità e la cubatura dell'ambiente condiviso. Inoltre, in tale valutazione, quale che sia il tipo di contatto, andrà data priorità ai soggetti maggiormente suscettibili al rischio di progressione della malattia.

La ricerca dei contatti pertanto, andrà iniziata in primo luogo tra i contatti familiari e soggetti assimilabili, collocati nella porzione più centrale. Essi devono essere contattati il più presto possibile e sottoposti a screening attraverso intradermoreazione di Mantoux, per valutare la presenza di infezione. L'intradermoreazione va eseguita solo se il soggetto risulta in modo certo anamnesticamente negativo o debolmente positivo (< 10 mm); in caso contrario i soggetti di questo cerchio vanno sottoposti a sorveglianza clinica con esecuzione di Rx torace da ripetere dopo 2-4 mesi.

In questo cerchio il cut off di cuticonversione è stabilito a 5 mm del diametro trasverso dell'infiltrato.

In caso di **Mantoux negativa** (<5mm): si ripeterà il test dopo 10 - 12 settimane, durante le quali, solo se si tratta di soggetto con età inferiore a 5 anni, sarà iniziata la chemioprolassi antitubercolare che verrà interrotta qual'ora il secondo test avesse esito negativo.

In caso di **Mantoux positiva** (≥5 mm), sia di primo accertamento (tempo 0) che al riesame (tempo 10 - 12 sett.), al contatto dovrà essere eseguito un Rx torace.

Se la Mantoux eseguita in un adulto precedentemente negativo al test, ha una positività tra 5 e 10 mm, si consiglia l'esecuzione di test IGRA a conferma dell'avvenuta infezione.

Se il **radiogramma toracico** sarà **negativo**, dopo un'accurata anamnesi volta ad escludere eventuali controindicazioni, verrà proposta profilassi antitubercolare.

Coloro i quali *non accettano il trattamento* o hanno controindicazioni ad effettuarlo devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria per 2 anni con visita pneumotisiologica ogni 6 mesi e Rx torace effettuato secondo indicazioni dello specialista.

In caso di radiogramma toracico **positivo**, cioè con segni di malattia, si dovrà iniziare al più presto il trattamento antitubercolare.

Nei soggetti **vaccinati con BCG**, se l'intradermoreazione di Mantoux ha dato esito positivo, si consiglia di utilizzare il test **IGRA**, basato sul rilascio dell'interferon-gamma: se sarà positivo confermerà l'infezione tubercolare, se negativo indicherà che la positività della Mantoux è legata alla vaccinazione. Nel primo caso, confermata l'infezione, dopo l'esecuzione del radiogramma toracico, ed escluse eventuali controindicazioni, verrà proposta la profilassi.

Nei soggetti con **infezione da HIV** e bassa conta di linfociti CD4+(<200) e negli altri pazienti con **grave compromissione immunitaria**, in caso di Mantoux negativa è raccomandato l'uso del test IGRA. Se questo avrà esito positivo si proporrà la profilassi antitubercolare. Quando l'ammalato presenti alta infettività e il contatto abbia una importante immunodepressione, è consigliabile proporre comunque la profilassi dopo aver escluso eventuali controindicazioni.

Esistono pochi dati scientifici riguardanti la performance dei test IGRA nei bambini, soprattutto se di età inferiore a 5 anni. Per questa ragione e poiché il tasso di progressione da infezione latente a malattia attiva sono più elevate nei neonati e nei bambini, si suggerisce cautela e si raccomanda di consultarsi con il Centri di Riferimento per l'utilizzo di tale test, ma soprattutto di iniziare quanto prima la profilassi.

La ricerca dei contatti andrà quindi estesa al cerchio successivo: cioè ai contatti regolari e, in seguito, ai contatti occasionali qualora si rilevi, tra i contatti già valutati, un tasso di prevalenza dell'infezione TB superiore a quello atteso nella popolazione generale di riferimento, oppure qualora il caso indice abbia elevata contagiosità. Tali soggetti saranno sottoposti alla medesima procedura.

I soggetti riconosciuti tra i contatti più periferici (contatti occasionali con bassa infettività del caso indice) sono soggetti alla stessa sorveglianza con l'unica eccezione che il cut - off di cuticonversione per gli adulti è fissato a 10 mm e che non devono essere sottoposti a test se tra i contatti più prossimi non si sono registrati casi di cuticonversione.

Nei **contatti di TB MDR** non cambiano le raccomandazioni per l'assegnazione delle priorità dei contatti. Speciali considerazioni vanno fatte quando la resistenza si acquisisce durante il trattamento in quanto questi pazienti possono avere avuto prolungati periodi di contagiosità. Non esiste, al momento, alcun trattamento di provata efficacia preventiva per i contatti di persone affette da TB MDR anche se recenti studi pubblicati dai CDC di Atlanta hanno dimostrato l'efficacia di regimi alternativi, questi però necessitano di una più ampia validazione internazionale. I contatti di persone affette da TB MDR dovranno, pertanto, essere sottoposti a sorveglianza clinica per almeno due anni.

In tutti questi casi è opportuno consultarsi con il Centro di Riferimento Regionale per affrontare le diverse problematiche nel modo più adeguato.

Premesso che i **conviventi sono sempre classificati come contatti stretti**, a titolo indicativo, ci si può riferire alla seguente tabella per la pianificazione delle attività di screening:

	Scuola	Luogo di lavoro	Collettività
Contatto Stretto	Studenti e insegnanti della stessa classe	Dividono lo stesso ufficio	Compagni di camera, di stanza di degenza
Contatto Regolare	Frequentano regolarmente spazi comuni (palestra, mensa, laboratori, mezzi di trasporto ecc.)	Dividono regolarmente i pasti con il caso	Frequentano regolarmente spazi comuni (mensa, luoghi di relax, laboratori, ecc.)
Contatto Occasionale	Altri (es. aule della stessa sezione o piano)	Altri (es. uffici dello stesso piano)	Altri (es. stesso reparto)

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

4. Diagnosi e terapia della malattia tubercolare

L'evoluzione della malattia tubercolare, dal punto di vista epidemiologico, microbiologico e clinico, impone la revisione e l'aggiornamento anche delle strategie diagnostiche e terapeutiche.

In tal senso, più che per gli aspetti strettamente tecnico-scientifici, il ruolo della Regione va esercitato nell'implementare iniziative che migliorino complessivamente la qualità delle prestazioni, standardizzino i principali interventi, a garanzia del cittadino che possa così ricevere, indipendentemente dall'erogatore, assistenza di elevato livello, ed infine nell'accrescere l'appropriatezza degli interventi di diagnosi e cura.

Lo strumento maggiormente adottato in ambito clinico è costituito da protocolli diagnostico-terapeutici, così da definire, classificate le diverse condizioni patologiche, quali siano gli strumenti di diagnosi – per tipologia e periodicità –, di terapia e di assetto assistenziale – ricovero, day hospital o ambulatoriale – che routinariamente debbano essere adottati.

Anche per la malattia tubercolare c'è già una tradizione in questo senso, sia a livello regionale che nazionale e internazionale; in situazioni particolari, come per esempio di fronte a forme di resistenza farmacologica, per l'adozione di protocolli terapeutici è opportuno riferirsi agli specialisti del Centro di Riferimento Regionale.

4.1. Diagnosi dei casi di malattia

I sintomi più comuni di TB polmonare sono tosse persistente con o senza produzione di espettorato, per più di due settimane, raramente associata ad emottisi (sangue nel muco). I sintomi respiratori possono essere associati a febbre (generalmente febbricola serale), sudorazione profusa notturna, astenia, perdita d'appetito e di peso. Questi segni e sintomi sono comuni a una vasta gamma di patologie respiratorie, quali le infezioni respiratorie acute, le riacutizzazioni di BPCO, etc. Vi sono pazienti che non lamentano alcuna sintomatologia e il riscontro è casuale.

Nelle forme extrapolmonari la sintomatologia è quella caratteristica dell'organo colpito.

E' importante perciò, anche per il clinico, indagare la storia del paziente, sia nel contesto familiare sia riguardo precedenti contatti con persone ammalate di TB e riguardo alla presenza di eventuali fattori di rischio (Vedi 3.2.).

Pertanto tutte le persone che presentano segni o sintomi, storia o fattori di rischio compatibili con la malattia tubercolare, devono essere sottoposte ad accertamenti quanto più tempestivamente possibile per giungere alla diagnosi di TB e così garantire, quanto prima, un trattamento efficace e quindi il controllo dell'infezione nella popolazione.

La ricerca dell'agente eziologico è il fattore decisivo nella diagnosi di malattia tubercolare ma anche uno dei punti più critici giacché, in Italia, ad oggi, solo il 40% dei casi diagnostici presenta una coltura positiva.

In appendice D sono descritte le indicazioni, anche di carattere operativo, per una corretta utilizzazione degli strumenti attualmente a disposizione, con l'attualizzazione della classificazione dei laboratori di primo, secondo e terzo livello di cui alla dgr 11154/2010.

Le strutture ospedaliere che non fossero in possesso dei requisiti minimi per l'effettuazione delle differenti tipologie degli esami microbiologici dovranno riferirsi al Centro di Riferimento Regionale di Niguarda o altre strutture adeguate.

Nei pazienti con sospetta TB-MDR deve essere richiesta l'esecuzione dei test molecolari per la resistenza a farmaci antitubercolari di prima linea (Rifampicina, Rifampicina e Isoniazide) su campioni di espettorato e, in caso di forte sospetto, le resistenze molecolari di seconda linea. Ove non disponibili, si raccomanda comunque l'esecuzione in tempi rapidi dei test di sensibilità su terreno liquido e il riferimento al Centro di Riferimento Regionale di Villa Marelli.

4.2. Terapia della malattia tubercolare

La terapia antitubercolare ha come obiettivo la guarigione delle persone trattate permettendo contestualmente la riduzione delle fonti di infezione. La terapia antitubercolare è, infatti, prevenzione primaria della malattia. La prescrizione di uno schema terapeutico corretto e l'assunzione regolare dei farmaci da parte del paziente, per tutto il periodo della terapia, sono le basi perché la cura sia efficace, limitando così l'insorgenza e la diffusione di nuovi casi di malattia e di resistenze a farmaci antimicrobici.

La terapia prevede l'utilizzo di **più farmaci in associazione**, secondo quanto previsto dalle linee guida stilate da diverse società scientifiche nazionali e internazionali (OMS, CDC di Atlanta, etc.). Tali linee guida sono periodicamente aggiornate al fine di standardizzare i regimi terapeutici di provata efficacia.

In tutti i nuovi casi di TB, la terapia breve a 6 mesi - che prevede nei primi due mesi la prescrizione di Rifampicina, Isoniazide, Pirazinamide ed Etambutolo - è generalmente in grado di curare la malattia con successo. Dopo i primi due mesi, con 4 farmaci, ottenuta la negativizzazione dell'escreato, segue la fase di mantenimento condotta solitamente per un minimo di 4 mesi, con Isoniazide e Rifampicina.

L'OMS prevede la possibilità di una variante che è il trattamento intermittente là dove insorgano effetti collaterali e di tossicità da accumulo; va quindi considerato come una modifica al trattamento standardizzato. In questi casi è opportuno riferirsi al Centro di Riferimento per la TB cui, oltre che per la diagnosi, la Regione Lombardia demanda la stesura e la revisione periodica delle raccomandazioni tecniche per la terapia, anche preventiva, della malattia tubercolare.

Il successo degli schemi terapeutici proposti è incrementato dal fattore epidemiologico - la bassa incidenza di resistenze primarie nel territorio - e dall'azione coordinata dei diversi operatori:

- servizi ambulatoriali ben strutturati
- educazione sanitaria dei pazienti
- supervisione dei trattamenti.

Il successo della terapia è indubbiamente condizionato dall'aderenza del paziente al trattamento prescritto. In base al grado di collaborazione del paziente, dovranno essere adottati comportamenti differenziati, secondo le seguenti indicazioni:

- **soggetto collaborante:** trattamento ambulatoriale o in regime di ricovero, secondo la gravità della malattia
- **soggetto con dubbia aderenza:** trattamento in regime di ricovero per la fase iniziale e, successivamente, terapia ambulatoriale strettamente monitorata, con controlli ambulatoriali frequenti.
- **soggetto non collaborante:** da trattare esclusivamente con DOT o in regime di ricovero, per tutto il periodo di terapia.

In situazioni particolari, come è il caso di pazienti contagiosi che rifiutino qualsiasi forma di trattamento, tanto più se sono affetti da una TB resistente ai comuni farmaci antitubercolari, potrà essere attivata la procedura di ricovero coatto ("trattamento sanitario obbligatorio") tramite l'emissione di Ordinanza del Sindaco, ai sensi degli artt. 253 e succ.vi, e 280 del T.U.L.L.SS, nonché dell'art. 33 della legge 833/78.

Tutti i pazienti che nel corso del trattamento ambulatoriale vengono persi al follow - up devono essere attivamente ricercati e inviati alla terapia supervisionata.

Vengono di seguito dati alcuni suggerimenti che possono aumentare la collaborazione dei pazienti al trattamento:

- programma rigido di appuntamenti, onde evidenziare tempestivamente se un paziente non si presenta al controllo previsto, con

una ragionevole flessibilità.

- consegna di un prospetto terapeutico di semplice comprensione che contenga, oltre ai farmaci e alla loro posologia, alcune indicazioni generali sulla malattia, sulla possibilità di guarigione, sui rischi legati alla scorretta assunzione della terapia, sugli effetti collaterali più frequenti; detto prospetto dovrà recare anche il recapito telefonico per le urgenze
- moduli tradotti per gli immigrati
- utilizzo, dov'è possibile, di associazioni di farmaci che rendano più accettabile la terapia riducendo il numero delle assunzioni
- distribuzione diretta e gratuita dei farmaci
- avviso al paziente che la mancata aderenza al trattamento comporta anche la sospensione del sussidio previsto dalla normativa vigente (R.d. 27 dicembre 27 n. 2055, l. 14 dicembre 70 n. 1088, l. 6 agosto 75 n. 419).
- ricerca attiva dei pazienti che non si presentano ai controlli.
- ove possibile, coinvolgimento dei familiari del paziente, attraverso un counseling adeguato, al fine di costruire una rete di protezione familiare.

Le misure indicate nel presente documento per migliorare l'aderenza al trattamento, sono decise dal medico dell'ambulatorio specialistico accreditato che ha in cura il caso il quale deve comunicare, alla ASL competente per territorio, l'inizio ed il termine della terapia.

4.3. *La terapia supervisionata*

La terapia supervisionata (DOT = directly observed therapy, cioè osservazione diretta da parte del personale dell'assunzione della terapia prescritta) è altamente raccomandata dall'OMS come elemento indispensabile per il conseguimento della corretta collaborazione al trattamento antitubercolare.

Recenti studi hanno dimostrato una riduzione dei tassi di incidenza di TB e un decremento nell'isolamento di ceppi resistenti con un significativo aumento della percentuale di guarigione nei paesi che hanno adottato programmi di DOT.

Trend opposti sono stati osservati nei Paesi a bassa endemia tubercolare, cioè in realtà simili a quella italiana ove la DOT non è al momento utilizzata. Si raccomanda, a tale riguardo, il coinvolgimento dei familiari del paziente, attraverso un counseling adeguato, al fine di costruire una rete di protezione familiare.

In regime di ricovero deve essere sempre eseguita la terapia supervisionata, con utilizzo dello schema quotidiano di somministrazione. I farmaci indicati nella terapia supervisionata possono anche essere somministrati in regime ambulatoriale.

Ogni ASL definisce, tramite protocolli di intesa con le Aziende Ospedaliere, la rete dei servizi in grado di effettuare la terapia supervisionata dandone comunicazione alla Regione Lombardia, Unità Organizzativa Governo di Prevenzione e Tutela Sanitaria.

4.4. *Monitoraggio del trattamento*

Il monitoraggio del trattamento antitubercolare ha tre obiettivi principali:

- individuare l'eventuale insorgenza di effetti indesiderati
- valutare l'aderenza al trattamento
- verificare i risultati della terapia.

A tal fine, è stata individuata una serie di accertamenti da effettuarsi periodicamente nel corso del trattamento.

1. *Inizio terapia*

Prima di avviare la terapia, oltre agli esami effettuati per l'accertamento diagnostico, devono essere eseguiti:

- visita e colloquio (sottolineando l'importanza dell'aderenza al trattamento ed i principali effetti collaterali possibili)
- esami ematici (emocromo, piastrine, funzionalità renale ed epatica, acido urico)
- ricerca anticorpi anti-HIV

2. *Dopo un mese di terapia*

- visita e colloquio (valutazione aderenza ed eventuali effetti collaterali)
- esame microscopico e colturale dell'espettorato
- esami ematici come al punto 1.

3. *Dopo 2 mesi di terapia*

- visita e colloquio
- indagine radiologica
- esame microscopico e colturale dell'espettorato. Nei casi ancora positivi all'esame microscopico è opportuno ripetere gli stessi accertamenti al terzo mese, valutando il ricorso al ricovero o alla terapia ambulatoriale strettamente supervisionata
- esami ematici come al punto 1.

4. *Dopo 3 mesi di terapia e mensilmente fino alla fine del trattamento*

- visita e colloquio

5. *Dopo 4 mesi di terapia ed ogni 2 mesi fino alla fine del trattamento*

- visita e colloquio
- esami ematici come al punto 1
- indagine radiologica (su giudizio clinico)
- esame microscopico e colturale dell'espettorato (su giudizio clinico)

Dopo la fine del trattamento e la registrazione del suo esito, si raccomanda l'invio della scheda di fine trattamento; non sono da prevedere ulteriori controlli radiologici salvo per i pazienti con decorso clinico radiologico non ottimale o con presenza di multiresistenza a farmaci.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

4.5. Termine della terapia

Gli esiti del trattamento antitubercolare sono classificati in base alle indicazioni dell'OMS in:

- **Guarito:** un paziente viene considerato guarito quando ha completato il trattamento antitubercolare e
 - a) se la diagnosi era stata fatta sulla base della coltura esiste almeno una conversione documentata (coltura negativa) in almeno una occasione durante la fase di proseguimento oppure
 - b) se la diagnosi era basata sull'esame microscopico, vi è documentazione di due microscopici negativi durante la fase di proseguimento.
- **Trattamento completato:** un paziente viene definito come trattamento completato se il trattamento prescritto è stato completato e l'episodio assistenziale è stato ufficialmente dichiarato concluso dal medico curante, ma nel quale
 - a) la diagnosi era stata posta su base clinica e radiologica,
 - b) la diagnosi era basata sulla coltura, ma non è stata documentata la conversione batteriologica, oppure
 - c) la diagnosi era basata sull'esame microscopico, ma non sono disponibili risultati dell'esame microscopico al termine del trattamento.
- **Fallimento terapeutico:** paziente con esami batteriologici ancora positivi dopo 5 mesi dall'inizio del trattamento eseguito correttamente o che, dopo conversione, diventa nuovamente coltura o diretto positivo.
- **Trattamento interrotto:** paziente che interrompe il trattamento per qualunque motivo per un periodo di almeno due mesi.
- **Paziente perso al follow-up:** paziente che non ha avuto più contatti con il centro per almeno due mesi.
- **Trasferito:** paziente inviato ad altra struttura per prosecuzione della terapia.
- **Deceduto:** paziente che muore per qualsiasi causa nel corso del trattamento antitubercolare.

Per ogni paziente trattato verrà compilata la scheda di inizio e di esito del trattamento così come indicato nel Cap. 3.1.3.

4.6. Ospedalizzazione

Esiste ampia evidenza scientifica che la TB possa essere trattata con successo ambulatorialmente anche nella fase intensiva e con paziente escretore positivo.

Oggi l'ospedalizzazione del paziente con malattia tubercolare è quindi riservata a casi particolari:

- condizioni cliniche gravi
- scarsa compliance alla terapia
- fallimento terapeutico
- patologie associate gravi
- effetti collaterali gravi
- presenza di multiresistenza
- presenza di neonati, bambini o persone immunocompromesse al domicilio
- condizioni socio-economiche scadute

Il malato infettivo in caso di ospedalizzazione deve essere ricoverato in isolamento respiratorio occupando camere singole o al massimo a due letti con pazienti ammalati solo di TB (per i quali siano esclusi l'infezione da HIV e/o resistenze all'antibiogramma) e provviste di adeguata ventilazione.

Il paziente posto in isolamento va adeguatamente informato e incoraggiato rispetto alle finalità di questa pratica e sulle modalità di attuazione: per esempio sull'utilità di utilizzare fazzoletti di carta per coprire la bocca quando tossisce. Egli, inoltre, non deve lasciare la camera di degenza se non per l'esecuzione di procedure diagnostiche o terapeutiche non differibili e non eseguibili nella stessa stanza.

Il personale sanitario dovrà indossare i dispositivi di protezione individuale (DPI) previsti dalle norme per la tutela dei lavoratori; il malato dovrà utilizzare una maschera chirurgica quando dovrà spostarsi fuori dalla camera e in ogni caso in presenza di altre persone. L'individuo a contatto con il malato ha maggiore probabilità di contrarre la malattia se ha un deficit delle difese immunitarie, in particolare il paziente HIV positivo, soprattutto se in fase di AIDS conclamato, e il paziente in terapia immunosoppressiva, è quindi necessario evitare il contatto tra questi pazienti e il malato contagioso.

Così come per i criteri di ospedalizzazione, la positività all'espettorato non controindica di per sé la dimissione del paziente. Essa potrà avvenire anche in presenza di espettorato positivo a condizione che il paziente:

- dia garanzia di aderenza al trattamento
- non abbia multiresistenze documentate o l'evoluzione clinico-radiologica non ne faccia sospettare l'esistenza
- non conviva con neonati o bambini
- non conviva con persone immunodepresse
- non risieda in comunità.

La garanzia di aderenza al trattamento è fondamentale soprattutto nella fase intensiva. Si raccomanda l'estensione del ricovero fino a due mesi qualora non esistano condizioni di garanzia. La terapia eseguita in regime di ricovero è convenzionalmente supervisionata.

4.7. Trattamento a domicilio

Nel caso di trattamento senza ospedalizzazione, devono essere osservate le indicazioni previste per l'isolamento respiratorio che si realizzano mediante:

- l'utilizzo di una stanza singola almeno di notte;
- la frequente ventilazione naturale del locale;
- l'utilizzo da parte del paziente di mascherine chirurgiche o fazzoletti nel caso di tosse e starnuti al fine di diminuire la dispersione dei droplet nuclei nell'aria;

- nei primi venti giorni di trattamento ridurre al minimo i contatti con i conviventi ed evitare nuovi contatti.

4.8. TB MDR e XDR

La crescente resistenza del M. Tuberculosis è attualmente un'importante fonte di preoccupazione. Essa può insorgere in due modi:

- Per infezione recente da ceppi di TB altamente resistenti: rara nella maggior parte delle regioni europee.
- A causa della mancata aderenza alla terapia da parte del paziente, per prescrizioni insufficienti, sistemi sanitari inadeguati, mancanza di farmaci, trattamento interrotto, ecc. E' la causa più frequente e, in Europa, è molto frequente nei Paesi dell'Est.

Tutti i soggetti riconosciuti affetti da TB MDR o XDR **devono essere ricoverati** fino a quando non venga definita la terapia più adeguata e il paziente non sia più contagioso. Nei casi di TB XDR il paziente deve essere indirizzato presso il Centro di Riferimento dell'UO di Tisiologia Sondalo afferente all'A.O. della Valtellina e Valchiavenna, ente referente per il trattamento e la cura di questi pazienti. I pazienti affetti da TB MDR, saranno ricoverati in strutture che possano fornire farmaci di seconda linea sia durante il ricovero che nei successivi controlli ambulatoriali. E' bene che lo specialista, nel decidere la terapia, abbia cura di confrontarsi con il Centro di Riferimento della struttura di Villa Marelli afferente all'U.O. di Pneumologia dell'A.O. Niguarda di Milano.

Ove possibile, il ricovero deve avvenire in camere a pressione negativa, così come raccomanda anche l'aggiornamento ministeriale sulla "Gestione dei contatti e della TB in ambito assistenziale" (2009) che afferma che "Tutti i pazienti nei quali possa essere sospettata una infezione da TB MDR dovrebbero essere accolti in locali a pressione negativa". Tali locali devono rispondere alle seguenti caratteristiche:

- mantenimento di una pressione negativa continua (2.5 Pa) rispetto alla pressione a livello del corridoio con controlli seriati della pressione o continui attraverso dispositivi automatici
- le stanze dovranno essere ben sigillate all'esterno e dotate di dispositivi che facciano chiudere automaticamente le porte
- la ventilazione dovrà assicurare ≥ 12 ricambi d'aria per ora per le stanze di nuova costruzione e ≥ 6 ricambi d'aria per ora per quelle già esistenti.
- l'aria dovrà essere emessa direttamente all'esterno e lontano da riprese d'aria. Se ciò non fosse possibile e se l'aria sarà fatta ricircolare, sarà necessario filtrarla attraverso filtri HEPA

Il corretto funzionamento delle stanze a pressione negativa va verificato con controlli periodici.

Ai pazienti ricoverati in isolamento respiratorio per TB contagiosa, accertata o sospetta, deve essere richiesto, con spiegazioni adeguate, di indossare una maschera chirurgica ogni qualvolta escano dalla stanza. E' auspicabile che i pazienti con TB MDR sospetta o accertata non lascino la stanza se non per motivi strettamente assistenziali.

E' assolutamente necessario che la **dimissione** avvenga in modo **protetto**, cioè che la struttura ospedaliera di ricovero e diagnosi, dopo aver impostato il piano terapeutico provveda ad avvisare il DPM dell'ASL di residenza della prossima dimissione, in modo che gli operatori dell'ASL possano verificare l'idoneità di permanenza al domicilio del paziente e la situazione familiare. Inoltre, qualora la struttura di diagnosi non sia nella stessa ASL di residenza del paziente, è necessario che provveda a segnalare al presidio del territorio di competenza dove risiede l'ammalato, la prossima dimissione e il piano terapeutico affinché sia garantita la continuità erogativa dei farmaci.

5. Terapia preventiva dell'infezione

La terapia preventiva dell'infezione ha lo scopo di evitare la progressione da infezione a malattia tubercolare, attraverso la somministrazione di farmaci antitubercolari per un periodo di tempo definito. È stato dimostrato che essa è efficace nel prevenire la progressione dall'infezione alla malattia conclamata nel 60-88% dei casi trattati.

La persona con infezione tubercolare può presentare una o più di queste caratteristiche:

- Mantoux positiva oltre il valore soglia specifico della categoria di rischio di appartenenza
- Test IGRA positivo
- Anamnesi e clinica tali per cui il clinico ritiene l'infezione altamente probabile.

La chemioprolassi antitubercolare è particolarmente indicata in questi soggetti, tanto più se vi è il riscontro di una cuticonversione tubercolinica recente, o presentino Mantoux positiva e condizioni che possono facilitare la riattivazione dell'infezione tubercolare (infezione da HIV, diabete, silicosi, immunodepressione, etc.).

Il farmaco utilizzato per la chemioterapia preventiva è l'**Isoniazide**.

Esistono anche regimi alternativi, in caso di resistenza o intolleranza all'Isoniazide, per i quali si raccomanda di consultare il Centro di Riferimento.

Nei contatti di forme MDR o XDR solitamente l'unico provvedimento da intraprendere è il controllo clinico periodico per almeno due anni con radiografia del torace a tempo 0 e ogni volta che compaiono sintomi sospetti per TB attiva.

L'isoniazide deve essere somministrata alla dose di 5 mg/Kg/die negli adulti e 10 mg/kg/die nei bambini (massimo 300 mg/die). La durata minima del trattamento è di 6 mesi. Interruzioni brevi dell'assunzione non inficiano sostanzialmente il trattamento, ma una sospensione di almeno due mesi richiede l'inizio di un nuovo ciclo completo.

Prima di cominciare la chemioterapia preventiva è indispensabile eseguire una radiografia del torace ed ogni altro esame ritenuto necessario, per escludere la presenza di una TB attiva ed eventuali controindicazioni alla profilassi. Esami ematochimici di funzionalità epatorenale, indici infiammatori, emocromo, etc

Un'accurata anamnesi verificherà la presenza di:

- Malattie neuropsichiatriche che, di per sé o per le terapie effettuate, possono controindicare la chemioprolassi, soprattutto se basata sull'uso di Isoniazide.
- Epatopatie gravi o comunque di un'elevazione di ALT maggiore di 3-5 volte rispetto al valore normale.
- Assunzione di farmaci quali gli anticoagulanti orali che possono veder ridotta la loro efficacia dai farmaci antitubercolari.

Particolare cautela andrà inoltre prestata nella seguenti condizioni:

- a. età superiore a 35 anni;
- b. assunzione di elevate quantità di alcolici;
- c. preesistente epatopatia;

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

- d. assunzione di farmaci quali fenitoina, disulfiram, carbamazepina, anticoagulanti orali, benzodiazepine e vitamina D;
- e. malnutrizione, diabete, insufficienza renale cronica o sono in terapia con anticonvulsivanti.

Infatti le condizioni di cui ai punti a), b) e c) comportano un aumentato rischio di epatite fulminante da Isoniazide, i farmaci di cui al punto d) interferiscono con il metabolismo dell'Isoniazide; le condizioni di cui al punto b) ed e) sono associate ad un rischio aumentato di neuropatia periferica da Isoniazide.

La terapia preventiva può essere proposta ai soggetti con età maggiore di 35 anni se:

- Contatti di casi contagiosi.
- HIV positivi.
- Presentino fibrosi post tubercolare (se non trattata).
- Soggetti in terapia con farmaci o affetti da patologie che provochino immunosoppressione.

I **bambini** di età > di 6 mesi e ≤ a 5 anni con intradermoreazione di Mantoux negativa a tempo zero, che sono stati a stretto contatto di casi di TB contagiosa, dovranno essere considerati potenzialmente infetti.

- Inizieranno pertanto profilassi antitubercolare in attesa del secondo test intradermico fatto a 12 settimane dal contatto.
- Qualora anche il secondo test sia negativo e non vi siano segni o sintomi sospetti per TB polmonare attiva o extrapolmonare, la profilassi verrà sospesa.
- Se il secondo test Mantoux sarà positivo, il bambino verrà sottoposto a indagini clinico-radiologiche per escludere la presenza di malattia tubercolare attiva e, in caso di negatività, proseguirà la profilassi come da protocollo.

Nei bambini di età < 6 mesi, considerati potenzialmente infetti, è opportuno, dopo aver effettuato il TST, indipendentemente dall'esito, iniziare subito la profilassi. Per essi il trattamento preventivo durerà sei mesi. In coloro i quali il TST precedente era negativo verrà ripetuto al termine del trattamento preventivo; in caso di cuticonversione il bambino verrà sottoposto a radiografia del torace per escludere la malattia.

In **gravidanza**, per le difficoltà a distinguere la nausea gravidica con i primi segni dell'intolleranza epatica, si preferisce posticipare a dopo il parto l'inizio della profilassi, raccomandando alla paziente di presentarsi qualora insorga sintomatologia sospetta per TB attiva. La gravidanza non è comunque controindicazione alla profilassi.

Nell'**allattamento** la quantità di Isoniazide che passa nel latte materno è modesta e non garantisce la protezione del neonato che dovrà comunque assumere la profilassi se necessario.

Le persone che assumono la chemioterapia preventiva con Isoniazide vanno informate sul rischio di epatite tossica istruite sulla necessità d'interrompere immediatamente l'assunzione del farmaco e di contattare il medico curante in caso di comparsa di sintomi che suggeriscano un'epatite acuta.

La contemporanea somministrazione di vitamina B6 riduce il rischio di neuropatia periferica.

Il **monitoraggio della terapia preventiva** effettuato a 1 mese di distanza e poi con cadenza bimestrale, con controlli clinici ed eventuali esami ematochimici periodici, oltre che essere utile per escludere l'insorgenza di effetti collaterali, si è dimostrato essere correlato ad una maggior aderenza al trattamento e portare a una buona percentuale di completamento dello stesso.

Nel caso si osservi un'epatite acuta la chemioterapia andrà definitivamente interrotta.

Qualora si rilevi un aumento asintomatico delle transaminasi maggiore di tre volte rispetto ai valori normali, la chemioterapia andrà sospesa e l'opportunità di riprenderla, dopo la normalizzazione di tale dato, andrà valutata caso per caso.

Sono descritte, in letteratura, terapie preventive alternative con:

- Rifampicina per 4 mesi,
- Rifampicina e Isoniazide per tre mesi
- Rifapentina e Isoniazide 900 mg/die, una volta la settimana per 12 settimane in regime DOT.

6. Altre misure di prevenzione e controllo

6.1 La vaccinazione con BCG

La vaccinazione antitubercolare attualmente in uso è costituita dal Bacillo di Calmette Guérin (BCG), a partire da un ceppo vivo attenuato di *Mycobacterium bovis*. Viene somministrato per via intradermica.

La vaccinazione obbligatoria per le categorie individuate dal d.p.r. 7 novembre 2001, n. 465 "Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare" è di fatto implicitamente abrogata dall'art. 304, comma 1, lettera d) del D.Lgs. 81/2008.

Il BCG infatti, è un presidio a bassa efficacia, dando una protezione che può variare dal 40 all'80% per non oltre 10 anni e la cui ripetizione non è stato dimostrato essere utile. Sarebbe opportuno, ove possibile, evitarne l'uso ricorrendo a provvedimenti alternativi più efficaci: allontanando dal caso indice, attribuendo il personale a reparti a minor rischio, etc.

Nell'attuale situazione epidemiologica e di rischio, essa può essere considerata essenzialmente come una misura di protezione individuale, limitandone l'indicazione solo alle sotto elencate particolari situazioni:

- neonati e bambini di età inferiore 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o contatti stretti di persone con TB in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio;
- personale sanitario, studenti di medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti, oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa, in caso di cuticonversione, essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

La vaccinazione è assolutamente controindicata nei bambini HIV positivi e comunque sconsigliata anche negli adulti con infezione da HIV.

6.2. Disinfezione

Di norma non sono necessari particolari interventi di disinfezione degli ambienti di vita e di lavoro; è invece importante attuare una corretta e frequente aerazione dei locali (5-10 minuti ogni ora).

Il trattamento di disinfezione degli ambienti dove ha soggiornato un soggetto malato di TB mediante nebulizzazione deve essere considerato inutile per la prevenzione della malattia.

Viene fatta salva la necessità di trattare opportunamente superfici, oggetti, effetti personali, ecc., che siano stati contaminati da materiale organico.

7. Aspetti organizzativi: soggetti coinvolti e relativi ruoli

L'attuale situazione epidemiologica presenta una relativa stabilizzazione dell'incidenza della malattia e dei fattori di rischio e favorevoli, che risultano per lo più circoscritti ad alcune categorie e gruppi di persone.

Per questo, secondo quanto previsto dalla d.g.r. VII/19767 del 10 dicembre 2004, la rete di servizi che si occupano della malattia tubercolare, rientra nella gestione ordinaria delle malattie infettive e diffusive ma, pur non essendo istituite strutture specifiche e separate, è necessario vengano mantenute e valorizzate le competenze professionali acquisite e le esperienze maturate.

E' esperienza comune che è necessario vengano potenziate la collaborazione, la comunicazione ed il coordinamento tra i diversi servizi ed operatori delle ASL e le strutture di diagnosi e cura, anche attraverso il comune raccordo con la Direzione generale Sanità regionale.

L'innegabile particolarità della patologia tubercolare, comporta che il livello regionale, con compiti di programmazione ed indirizzo, sia supportato sotto il profilo tecnico-scientifico dal Centro Regionale di riferimento, che svolge altresì un ruolo di supporto operativo al livello locale, delle strutture di erogazione e dei DPM.

Di seguito vengono pertanto riassunti i compiti e le funzioni minime richieste per la prevenzione, diagnosi, cura e controllo della TB, relazionandoli agli ambiti nei quali gli stessi dovrebbero essere ricondotti, ferma restando comunque l'autonomia organizzativa delle ASL e la possibile individuazione di modelli consoni alle diverse realtà territoriali.

A tutti i diversi livelli, l'esperienza di questi anni dimostra che, là dove vi sia il rapporto con l'utente, sia esso l'ammalato che il suo contatto o il soggetto da sottoporre a screening, è necessario si interfacci personale particolarmente motivato sull'utilità dei provvedimenti da prendere, in grado perciò di avere un atteggiamento incoraggiante nei confronti del cittadino. Non di meno, buona parte del tempo con l'utente è necessario per renderlo edotto rispetto il significato e il vantaggio che derivano dalle indicazioni date.

7.1. Direzione generale Sanità: programmazione ed indirizzo

La Direzione generale Sanità, principalmente attraverso l'Unità Organizzativa Governo della Prevenzione e tutela sanitaria, svolge un ruolo di programmazione ed indirizzo.

In particolare:

- predispone aggiornamenti del presente Documento "Interventi strategici per la prevenzione dell'infezione, la sorveglianza ed il controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia", di linee-guida e protocolli-percorsi diagnostico terapeutici;
- analizza i dati delle notifiche pervenute dalle ASL
- predispone report annuali sull'epidemiologia della TB in Lombardia, in collaborazione e con il supporto del Centro di Riferimento regionale per la TB: in aggiunta quindi alle attività previste dal Sistema Informativo delle Malattie Infettive attivo in Lombardia, annualmente si provvede a diffondere un rapporto epidemiologico analitico teso a descrivere l'andamento della patologia e i principali determinanti della diffusione dell'infezione
- facilita la formazione e aggiornamento degli operatori, tramite iniziative proprie

7.2. Aziende Sanitarie Locali

Il ruolo principale nella prevenzione e controllo della malattia tubercolare è assunto dai Dipartimenti di Prevenzione Medici, che, tramite le proprie articolazioni di servizio e distrettuali, in base ai differenti modelli organizzativi, ed in integrazione con le strutture specialistiche che afferenti al proprio territorio svolge compiti di:

- Inchiesta epidemiologica e validazione delle segnalazioni di malattia infettiva ed analisi dei dati pervenienti dai Laboratori (ceppi ed antibiogramma)
- Inserimento dei dati nel programma MAINF
- Individuazione e valutazione dei contatti e loro gestione, compreso l'eventuale invio alle strutture specialistiche per accertamenti di secondo livello o chemioprolassi
- Raccolta e ricerca attiva delle schede di inizio/esito della terapia
- Ricerca dei soggetti persi al follow-up per il recupero
- Definizione degli screening di popolazione eventualmente necessari e pianificazione degli screening sui gruppi a rischio
- Elaborazione periodica dei dati e invio per comunicazione ai diversi Enti territoriali e di riferimento

Di particolare delicatezza risulta la gestione dei contatti e dunque gli operatori cui tale compito è assegnato dovranno altresì assicurare:

- la corretta esecuzione delle intradermoreazioni secondo Mantoux
- il rispetto della tempistica di lettura delle intradermoreazioni
- la disponibilità dello specialista ambulatoriale che possa valutare le indagini radiografiche e stabilire le corrette profilassi o terapie
- gli eventuali raccordi in caso di trasferimento del soggetto
- la rintracciabilità del soggetto in caso di rifiuto o controindicazioni alla chemioprolassi o alla chemioterapia.

A tal fine è evidente la necessità che all'interno del DPM vi siano persone specificatamente individuate che possano fungere da punti di riferimento anche per l'utenza, facilitando la compliance degli afferenti.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

7.3. Aziende ospedaliere e strutture sanitarie accreditate

Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate o autorizzate che effettuano diagnosi e cura della malattia tubercolare sono tenute a mantenere gli standard qualitativi ed ad osservare le indicazioni operative previste dalla vigente normativa e dal presente atto. Al fine di favorire il perseguimento comune degli obiettivi previsti nel presente documento e nell'ottica dell'integrazione tra ASL e strutture specialistiche, queste ultime provvederanno a:

- segnalare immediatamente tutti i casi di TB sospetti, polmonari e non, nuovi o recidive
- somministrazione e monitoraggio della terapia
- invio delle schede di inizio ed esito della terapia all'ASL di riferimento
- effettuazione degli esami radiologici, visite nei contatti inviati dalle ASL o positivi in corso di screening
- prescrizione, somministrazione e monitoraggio della chemioprolifassi
- istruttoria delle pratiche pensionistiche e di indennità per malattia tubercolare

I laboratori che effettuino attività diagnostica specifica⁽¹⁾, tramite la Direzione Sanitaria, provvedono a:

- invio della scheda di isolamento di M.T. e dei risultati degli antibiogrammi alla ASL
- invio dei ceppi isolati da coltura alla ceppoteca del Centro di Riferimento regionale per la TB

7.4. Centro di riferimento regionale per la TB

La particolarità della patologia infettiva tubercolare richiede il supporto continuativo di riferimenti tecnico-scientifici ed anche operativi per particolari aspetti e problematiche diagnostico-terapeutiche.

Fermo restando che ogni ASL ha individuato un centro per la gestione ordinaria dei casi di tubercolosi afferenti al proprio territorio, attualmente i tre Centri di Riferimento individuati dalla Regione Lombardia sono costituiti, **per la gestione dei casi clinici**, dalla Struttura di Villa Marelli⁽²⁾, afferente all'U.O. di Pneumologia dell'A.O. Niguarda di Milano e dall'UO di Tisiologia di Sondalo, afferente dall'UO di Tisiologia di Sondalo, afferente all'A.O. della Valtellina e Valchiavenna e, **per gli aspetti laboratoristici**, dal Laboratorio Regionale di Riferimento afferente alla S.C. Microbiologia e Virologia dell'A.O. Niguarda di Milano.

Ai centri di riferimento sopracitati è assicurata la necessaria autonomia strutturale e funzionale, pur nel rispetto dei modelli organizzativi propri delle rispettive Aziende di appartenenza.

L'Unità Operativa di Broncopneumotisiologia dell'ospedale di Sondalo è il centro di riferimento per la diagnosi e terapia delle forme multiresistenti.

I Centri di Riferimento Regionale per la TB, in accordo con la Direzione generale Sanità, devono essere in grado di:

- Elaborare percorsi diagnostico-terapeutici per la malattia tubercolare;
- Garantire consulenza alle strutture sanitarie pubbliche e private per la gestione dei casi di malattia di particolare rilevanza o difficoltà;
- Fornire supporto nella gestione dei contatti in particolari situazioni e in caso di epidemia;
- Elaborare i dati epidemiologici trasmessi dalle ASL, con particolare riguardo ai ceppi isolati ed alle antibiotico resistenze;
- Conservare i ceppi inviati dai laboratori (ceppoteca regionale) e provvedere alla genotipizzazione dei ceppi ricevuti, alla comunicazione di eventuali cluster epidemici sospettati sulla base dei dati molecolari ed a indagini supplementari sui ceppi ricevuti quando richiesta da altri laboratori o dalle ASL;
- Supportare l'U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria nella definizione e aggiornamento dei requisiti dei laboratori, che ne garantiscano la qualità diagnostica ai diversi livelli.
- Formazione ed aggiornamento degli operatori in collaborazione con l'U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria - Direzione generale Sanità - Regione Lombardia.

8. Prevenzione, controllo e sorveglianza dell'infezione tubercolare negli operatori sanitari

Numerosi studi internazionali documentano come gli operatori sanitari siano tra i soggetti che corrono il maggior rischio di contrarre l'infezione e la malattia tubercolare.

Nel corso del 2010 i ricoveri per Tubercolosi negli ospedali lombardi sono stati 1537. La maggior parte erano tubercolosi infettive. L'operatore sanitario svolgendo la propria attività può venire a contatto sia con il soggetto ammalato che con i materiali potenzialmente contaminati. Tuttavia c'è anche la possibilità che contragga una malattia contagiosa al di fuori dell'ambito lavorativo, rappresentando poi un fattore di rischio per i colleghi e ancor di più per gli assistiti che possono presentare patologie che li rendono particolarmente suscettibili all'infezione.

L'attuale normativa (D.p.r. 7 novembre 01 n. 465), sulla base dei dati di letteratura internazionale che ridimensionano l'utilità della vaccinazione nei contesti a rischio ridotto come quello del nostro Paese, abolisce in modo estensivo l'obbligatorietà della vaccinazione antitubercolare al personale sanitario, mantenendola solo per alcune categorie a particolare rischio (vedi punto 6.1).

La gestione della riduzione del rischio di contrarre infezioni in ambito lavorativo da parte degli operatori sanitari e dei soggetti ad essi equiparati, è compito specifico del datore di lavoro e dei suoi delegati, ai sensi del decreto legislativo 81/08 e successive modifiche ed integrazioni; ai sensi dell'allegato XLVI, il micobatterio tubercolare è classificato tra gli agenti biologici del gruppo 3 ("un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche").

Il Medico Competente che operi in una struttura con adeguato supporto e abbia competenze mediche adeguate, si ritiene possa evitare il sistematico supporto dello specialista e gestire autonomamente il percorso diagnostico terapeutico dell'infezione tubercolare. In questa revisione sono inoltre inserite anche le indicazioni del documento di Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della Tubercolosi in ambito assistenziale, prodotto dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali nel 2009.

8.1. Valutazione della suscettibilità individuale e criteri per l'idoneità del personale esposto.

Secondo il Piano di Sorveglianza Sanitario definito dal Medico Competente, tutti gli operatori destinati a mansioni di carattere sanitario^(*) all'atto dell'assunzione o in caso di trasferimento in ambiente di lavoro a rischio intermedio-alto di infezione tubercolare, devono essere sottoposti a valutazione dello stato di suscettibilità individuale nell'ambito dell'effettuazione della **visita medica preventiva**

(1) Vedi APPENDICE C "Requisiti ed organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri".

(2) Villa Marelli è, inoltre, sede dell'Associazione Stop TB Italia, organizzazione di volontariato che, in collaborazione con Stop TB Partnership di Ginevra, si propone di coordinare e fornire consulenza ai progetti italiani di collaborazione internazionale sulla TB e sede anche del Centro di Formazione permanente sulla TB.

(*) ELENCO, NON ESAUSTIVO, DEGLI OPERATORI ADDETTI A MANSIONI SANITARIE: Ausiliario, ASA, OSS, Biologo anatomia patologica/medicina di laboratorio, Chimico medico di laboratorio, Fisioterapista, Infermiere, Medico, Ostetrica, Puericultrice, Tecnico di laboratorio anatomia patologica/medicina di laboratorio, Tecnico di medicina nucleare/radiologo, Animatore, Educatore.
NON sono da considerarsi mansioni di carattere sanitario le seguenti: amministrativi, addetti reception, bar, call center, lavanderia, guardaroba, piegatura, mensa, cuoco, aiuto cuoco, farmacista, operaio manutentore, ed, in generale, tutti gli operatori che svolgono attività che non prevedono il contatto abituale con pazienti.

prevista dal d.lgs. 81/08 e s.m.i.. Tale valutazione specifica ha lo scopo di identificare eventuali fattori predisponenti all'infezione tubercolare o alla malattia (diabete, HIV+, immunodepressione di altro tipo) o che comportino limitazioni all'adozione di eventuali misure protettive (uso di DPI, terapia preventiva post esposizione). Nello stesso decreto, per l'esposizione ad agenti biologici, test di riferimento per la diagnosi di infezione tubercolare negli operatori sanitari è il test secondo Mantoux (TST). Pertanto in occasione della visita medica preventiva è necessario acquisire l'esito del TST o del test IGRA.

Non sono da utilizzare i test eseguiti con dispositivi multipuntura (Test TINE) in quanto non permettono una valutazione quantitativa della risposta.

Per l'esecuzione dei test tubercolinici quando non sia presente personale adeguatamente preparato, la struttura potrà stilare delle convenzioni con Aziende Sanitarie o Ospedaliere che abbiano personale adeguatamente formato e che li effettui con regolarità.

Al momento della visita medica dovrà essere raccolta anche l'informazione di una pregressa vaccinazione BCG, possibilmente confermandola con la certificazione o l'esame della cicatrice.

Nei Paesi ad alta endemia (Vedi paragrafo 3.2.1) la vaccinazione BCG è prevista dai calendari vaccinali, alla nascita.

L'esame della cicatrice da BCG a volte prevede la diagnosi differenziale con quella da vaccino contro il vaiolo. Si tenga presente che la vaccinazione antivaiolosa è stata sospesa, nei diversi Paesi del mondo tra il 1970 e il 1980, in Italia nel 1977.

La cicatrice da vaccino BCG è, di norma, effettuata sulla parte superiore del braccio sinistro, sopra il deltoide. Ha diametro generalmente inferiore al cm, con la parte centrale più sollevata. La cicatrice data dal vaccino contro il vaiolo, solitamente è anch'essa posta sul braccio sinistro ma ha quasi sempre un diametro maggiore, intorno al cm o poco più, appare depressa e presenta linee che dal centro vanno verso l'esterno.

Nel caso il lavoratore provenga da altra Azienda Sanitaria, ove lavorava in area a rischio per forme tubercolari, verrà richiesta la certificazione del TST recente, cioè non anteriore al periodo previsto sulla base del rischio presente per l'attività di provenienza.

Nella visita preventiva si effettua **intradermoreazione di Mantoux** agli operatori che:

- non presentino una documentata o riferita pregressa positività al test ($\geq 10\text{mm}$)
 - non siano mai stati ammalati di TB
- in caso di negatività del test i soggetti immunocompetenti terminano gli accertamenti relativi al rischio TB nell'ambito della prima visita.
- Per i soggetti portatori di malattie o condizioni che aumentino la possibilità di ammalare (diabete, HIV+, immunodepressione, etc.), dopo TST, quando questa è negativa, verrà effettuato il test IGRA. Questo perché il TST potrebbe aver esito negativo a causa dell'immunodepressione.
- In seguito, in occasione dei controlli periodici previsti, i lavoratori immunodepressi con IGRA *negativo*, ripeteranno il test IGRA ad ogni controllo periodico.
- Se il test IGRA sarà *positivo* dovrà essere esclusa la malattia mediante visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace; lo stesso specialista darà indicazioni in merito all'opportunità di sottoporre il lavoratore a chemioprolassi antitubercolare.
- in caso di positività del TST (con infiltrato dermico di diametro $\geq 10\text{ mm}$ a 72 ore dall'inoculo) dovrà essere esclusa la malattia mediante visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace; lo stesso specialista darà indicazioni in merito all'opportunità di sottoporre il lavoratore a chemioprolassi antitubercolare. Nel caso in cui la cutipositività si associ ad anamnesi positiva per contatto con un soggetto ammalato nei 24 mesi immediatamente antecedenti la visita, la formulazione del giudizio di idoneità specifica a mansione è subordinata all'esito della valutazione specialistica.

Nei soggetti **vaccinati con BCG** (vaccinazione documentata o cicatrice), verrà comunque eseguito TST e in caso di positività al test, verrà eseguito test IGRA.

- Se il test IGRA sarà *negativo*, la positività del TST è da riferire alla vaccinazione. In tal caso, il lavoratore dovrà essere sottoposto allo stesso test IGRA in occasione di ogni controllo periodico previsto dal piano di sorveglianza sanitario.
- Se il test IGRA sarà *positivo*, la positività del TST è da riferire ad una pregressa infezione; dovrà quindi essere esclusa la malattia tubercolare mediante visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace; lo stesso specialista darà indicazioni in merito all'opportunità di sottoporre il lavoratore a chemioprolassi antitubercolare.
- Quando il test IGRA ha un esito indeterminato o dubbio (cioè con risposta inclusa in un range di valori intorno al *cut off* di positività), esso dovrà essere ripetuto. Qualora il valore si mantenga indeterminato, dovrà essere valutato il contesto clinico.

Nella visita preventiva **NON si effettua il TST** agli operatori che, non essendo mai stati vaccinati, presentino una documentata pregressa positività al test.

In questi casi, qualora non sia mai stato effettuato, potrà essere prevista l'esecuzione del test IGRA per confermare l'infezione e successivamente, esclusa la malattia attiva, eventualmente proposta la terapia dell'infezione a cura dello specialista pneumologo/infettivologo.

Il lavoratore che sarà sottoposto a profilassi antitubercolare effettuerà controlli periodici clinici a cura del medico specialista pneumologo/infettivologo che lo prende in carico.

Il lavoratore che non potrà o non vorrà sottoporsi a chemioprolassi seguirà le indicazioni date dallo specialista pneumologo. Il medico competente in collaborazione con lo specialista pneumologo adotterà le decisioni conseguenti in merito all'idoneità lavorativa.

I lavoratori portatori di malattie o soggetti a stati che aumentino la possibilità di ammalare quali diabete insulinodipendente, HIV+, immunodepressione, etc. non devono di norma essere adibiti a mansioni presso le U.O. a rischio elevato.

Analoghe limitazioni vanno applicate a soggetti affetti da patologie che aumentano in misura non accettabile i rischi del trattamento preventivo/terapeutico (epatopatie gravi, etc.).

La gravidanza è criterio di esclusione dalle attività a rischio elevato.

Precedenti affezioni TB o altre affezioni respiratorie non costituiscono criterio di esclusione.

8.2. La vaccinazione con BCG

Negli operatori sanitari la vaccinazione è disposta, ai sensi del d.p.r. 465/01, al momento dell'assunzione nei soggetti cutinegativi (TST effettuato da non oltre 30 giorni) che si trovino ad operare in ambiente ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti, oppure che operino in ambiente ad alto rischio e non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva perché presentano controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

In adesione a quanto già espresso con la Circ. Reg.le 13 marzo 02 - pr. H1.2002.0015986, si ribadisce che la vaccinazione è da considerarsi quale estrema misura di contenimento della malattia, da utilizzare nella impossibilità di utilizzare altri mezzi, di pari o superiore efficacia, di tipo amministrativo, strutturale e personale.

L'obbligo della vaccinazione, è stato implicitamente abrogato dall'art. 304, *comma 1 let. d-*) del d.lgs. n. 81/2008.

Il risultato della vaccinazione deve essere controllato a distanza di 3 mesi dell'inoculo del vaccino mediante nuovo accertamento tubercolinico.

Non devono essere sottoposti a rivaccinazione i soggetti che risultassero cutinegativi dopo la prima vaccinazione.

8.3. La sorveglianza periodica del personale sanitario in funzione del rischio

Lo screening tubercolinico, con intervalli di frequenza diversi a seconda del livello di rischio (vedi gestione dei contatti), consente di sorvegliare attivamente il contagio tubercolare tra gli operatori sanitari e di intervenire, ove necessario, con chemioterapia preventiva.

Nei **controlli periodici ordinari**, gli operatori da sorvegliare con il test tubercolinico (TST) e visita medica sono:

- soggetti cutinegativi (<10 mm), anche se vaccinati.
 - a. Se il TST è negativo si continua secondo i controlli programmati.
 - b. Se il TST si positivizza in un soggetto *non vaccinato*, è segno di un'infezione recente. In questo caso sarà approfondita l'anamnesi e verificata l'adeguatezza delle misure protettive in atto nell'ambiente di lavoro. Verrà esclusa la malattia mediante visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace; lo stesso specialista darà indicazioni in merito all'opportunità di sottoporre il lavoratore a chemioprophilassi antitubercolare.
Nell'impossibilità di seguire la profilassi o in caso di rifiuto, il medico competente in accordo con lo specialista, adotterà le decisioni conseguenti riguardo l'idoneità lavorativa e sulla necessità di ricorrere alla sorveglianza sanitaria, con controlli clinici più frequenti nei primi due anni, perché è questo il periodo a maggior probabilità di ammalare dopo un'infezione recente.
 - c. Se il TST si positivizza in una soggetto *vaccinato*, si esegue il test IGRA. Qualora quest'ultimo fosse negativo, attesterebbe che la positività del TST è legata alla vaccinazione e il lavoratore continuerà ad effettuare il test IGRA nei controlli periodici ordinari. Se il test IGRA è positivo confermerebbe l'infezione tubercolare e ci si comporterà come al punto b.
 - Quando il test IGRA ha un esito indeterminato o dubbio (cioè con risposta inclusa in un range di valori intorno al *cut off* di positività), se ne consiglia la ripetizione dopo 2 o 3 mesi e se il valore si mantenesse indeterminato, dovrà essere valutato il contesto clinico.

Nei controlli periodi ordinari sono **esclusi dagli screening** con test tubercolinico o test IGRA:

- I soggetti con pregressa positività, vaccinati o meno.
- I soggetti con pregressa malattia polmonare documentata.

Per questi soggetti è previsto un controllo clinico periodico con anamnesi approfondita.

Visita del Medico Competente su richiesta del lavoratore

Ai sensi del d.lgs. 81/08 e s.m.i., qualora la richiesta del lavoratore sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa, è previsto che il Medico Competente effettui la visita medica richiesta dal lavoratore.

La d.g.r. n. VII/19767 del 10 dicembre 2004 nel definire la periodicità della valutazione con screening tubercolinico in funzione del livello di rischio, aveva suddiviso in tre classi il tipo di rischio che qui vengono proposte aggiornate. Il livello di rischio viene determinato in base al verificarsi anche di una sola delle condizioni indicate :

Rischio elevato

Sono da considerare esposti a rischio elevato gli operatori che lavorano in U.O. (Unità Operative) nelle quali nei 12 mesi precedenti si sia realizzata una delle seguenti condizioni:

- siano stati diagnosticati 3 o più casi di TB polmonare contagiosa;
- presenza di un caso di trasmissione nosocomiale (paziente-paziente o paziente-operatore);
- presenza di malattia in un operatore;
- presenza di un cluster di cuticonversione tra operatori (due o più).

Si considera **cuticonversione**, il superamento della soglia di positività della reazione cutanea ³ 10 mm (per la categoria di appartenenza) rispetto a un dato negativo rilevato nei 2 anni precedenti.

La sorveglianza periodica prevede che gli operatori ad alto rischio siano sottoposti *annualmente* a visita medica e a controllo tubercolinico.

Rischio intermedio

Sono da considerare esposti a rischio intermedio gli operatori che lavorano in U.O. per le quali nei 12 mesi precedenti siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- non vi siano stati cluster di cuticonversione tra operatori;
- non sia stata rilevata trasmissione nosocomiale tra pazienti o tra paziente ed operatore;
- siano stati diagnosticati 1 - 2 casi di TB polmonare contagiosa.

La sorveglianza periodica prevede che gli operatori a rischio intermedio siano sottoposti con cadenza biennale a visita medica e a controllo tubercolinico (soggetti con infiltrato < 10 mm).

Rischio basso

Sono da considerare esposti a basso rischio gli operatori che lavorano in U.O. nelle quali nei 12 mesi precedenti siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- non vi siano stati cluster di cuticonversione tra operatori
- non sia stata rilevata trasmissione nosocomiale tra pazienti o tra paziente ed operatore;
- non siano stati diagnosticati casi di TB polmonare contagiosa.

La sorveglianza periodica prevede che gli operatori a basso rischio siano sottoposti a visita medica e controllo tubercolinico (soggetti con infiltrato < 10 mm.) esclusivamente in caso di contatto con forme di TB polmonare o laringea contagiosa, nell’ambito della sorveglianza sanitaria straordinaria prevista per questi casi.

Gli "Aggiornamenti delle raccomandazioni per le attività di controllo della Tubercolosi in ambito assistenziale" prodotti dal Ministero della salute e delle politiche sociali nel 2009, coerentemente con gli indirizzi forniti nella d.g.r. n. VII/19767 del 10 dicembre 2004, raccomandano di procedere a una **periodica revisione** della valutazione dei rischi di contrarre TB per gli operatori, prendendo in considerazione, come già ribadito:

- il numero dei pazienti con TB contagiosa ricoverati;
- i risultati dei programmi di sorveglianza sanitaria degli operatori (tasso d’incidenza di infezione);
- gli eventuali cluster o casi di trasmissione agli operatori e/o tra i pazienti;

Tale revisione deve essere finalizzata a produrre indicazioni aggiornate, sulla base di specifiche valutazioni di rischio per le singole aree e i singoli profili professionali, circa la necessità di ulteriore effettuazione del test per TB e la relativa cadenza periodica .

Qualora nella struttura sanitaria non siano disponibili le informazioni sopra specificate, indispensabili per procedere alla graduazione del rischio nelle fasce elevato – intermedio – basso sulla base di riscontri epidemiologici propri della struttura, si potrà effettuare la classificazione sulla base del livello di rischio presunto. Schematizzando ed esemplificando, possono così essere classificate come mansioni/reparti a rischio elevato – intermedio – basso i seguenti contesti di lavoro:

RISCHIO ELEVATO	RISCHIO INTERMEDIO	RISCHIO BASSO
Addetti endoscopia e broncoscopia Malattie Infettive Pneumotisiologie	Pneumologia Chirurgia toracica Fisioterapia e fisiopatologia respiratoria Addetti laboratori microbiologia (tecnici/biologi) Anatomia Patologica : attività autoptica. Addetti Medicina Generale Addetti Terapia intensiva	Addetti Laboratori (esclusa la microbiologia) Anatomia Patologica (non autoptica) Addetti sale operatorie Addetti Radiologia e diagnostica per immagini Restanti reparti Operatori RSA

Tutti i lavoratori dipendenti che vengono trasferiti ad operare in reparti "a rischio elevato o intermedio", devono essere immediatamente segnalati, da parte delle Direzioni Sanitarie/Servizi Risorse Umane, al Medico Competente perché vengano inseriti nello screening periodico.

8.4. Esposizione professionale al *Mycobacterium tuberculosis*

In caso di esposizione professionale saranno attivate le seguenti procedure:

- inchiesta epidemiologica e valutazione dell’entità del rischio dei soggetti esposti;
- sorveglianza attiva degli operatori esposti a caso di TB polmonare contagiosa;
- informazioni per il personale ed i pazienti.

L’inchiesta epidemiologica e la valutazione dell’entità del rischio dei soggetti esposti in ambito ospedaliero, è compito della Direzione Sanitaria del presidio / struttura di ricovero, in particolare avendo cura di:

- identificare tutti gli spostamenti che il paziente ha effettuato e loro durata (reparti di degenza con relativi periodi di permanenza, stanze e letti compreso l’elenco dei degenti compagni di camera; spostamenti e permanenza in eventuali servizi diagnostici)
- identificare tutte le manovre a rischio di trasmissione diretta (broncoscopia, aerosol, autopsia, etc.) effettuate sul paziente e loro durata
- richiedere al Laboratorio di segnalare in modo semiquantitativo (da 1+ a 4+) i micobatteri eliminati nell’espettorato, presumendo che il rischio di trasmissione aumenti con l’aumentare del numero di micobatteri presenti nel vetrino; per contro, si conviene che un microscopico negativo con colturale o altre indagini positivi abbia un basso rischio di trasmissione
- compilare l’elenco dei "contatti stretti"; vengono considerati contatti stretti quelli intercorsi tra il personale e il paziente a seguito di assistenza continuativa, a seguito di effettuazione di manovre particolarmente a rischio, a seguito di permanenza in uno stesso ambiente confinato (ad esempio durante la degenza ospedaliera).

CLASSIFICAZIONE DEI CONTATTI DI CASO IN RELAZIONE ALLA DURATA ED ALLE MODALITÀ DI ESPOSIZIONE

	CONTATTO STRETTO	CONTATTO REGOLARE	CONTATTO OCCASIONALE	NESSUN CONTATTO
CONDIVISIONE DELL’AMBIENTE PER PERIODI PROLUNGATI > 4 ore/die	Operatori Sanitari che hanno assistito in modo diretto e continuativo il paziente ⁽²⁾ senza corretto utilizzo di adeguati DPI ⁽¹⁾			Operatori Sanitari che hanno assistito il paziente utilizzando sempre e correttamente gli adeguati DPI ⁽¹⁾

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

	CONTATTO STRETTO	CONTATTO REGOLARE	CONTATTO OCCASIONALE	NESSUN CONTATTO
CONDIVISIONE DELL'AMBIENTE PER PERIODI BREVI < 4 ore/die	<p>Operatori Sanitari che hanno effettuato manovre a rischio di trasmissione diretta senza corretto utilizzo di adeguati DPI⁽¹⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> manovre di rianimazione cardiorespiratoria indagini invasive sull'apparato respiratorio (broncoscopia, broncoaspirazione, intubazione) fisiocinesiterapia respiratoria espettorazione indotta procedure invasive che producono aerosol (manovre di irrigazione o drenaggio di ascessi e cavità tubercolari) manovre atte ad indurre tosse indagini autoptiche indagini microbiologiche 	<p>Operatori Sanitari che hanno effettuato, durante il ricovero del paziente, almeno tre turni di lavoro in cui si siano verificate occasioni di contatto⁽²⁾ senza corretto utilizzo di adeguati DPI⁽¹⁾</p>	<p>Operatori Sanitari che hanno effettuato, durante il ricovero del paziente, meno di tre turni di lavoro in cui si siano verificate occasioni di contatto⁽²⁾ senza corretto utilizzo di adeguati DPI⁽¹⁾</p>	<p>Operatori Sanitari che hanno effettuato turni di lavoro durante il ricovero del paziente ma senza occasioni di contatto</p>

(1) Mascherine facciali filtranti di classe FFP2. I dispositivi della classe FFP3 dovranno invece essere utilizzati esclusivamente durante le procedure ad elevato rischio.

(2) Igiene della persona, rifacimento letti, assistenza al pasto, visita medica, medicazioni complesse, ecc.

I fattori integranti la valutazione del rischio di contagio sono:

- carica microbica nell'espettorato
- esposizione diretta (a colpi di tosse, a broncoscopia o altri aerosol)
- durata del tempo di esposizione a "droplet nuclei" infetti
- volume dell'ambiente in cui si è confinati
- fattori di rischio personali.

La Sorveglianza Attiva si attua per tutti gli operatori vaccinati e non, senza escludere i soggetti con storia documentata di tubercolosi trattata, in quanto possono essere andati incontro a una reinfezione. Per questi soggetti si applica la stessa procedura prevista per i soggetti con TST positivo.

La sorveglianza attiva prevede:

- Nei soggetti con infiltrato noto in anamnesi < 10 mm:
 - Controllo tubercolinico al tempo 0 (entro 15 - 30 giorni dall'esposizione). In caso di negatività del test (<10mm) questo dovrà essere ripetuto dopo 12 settimane dall'esposizione.
 - Se il TST a tempo zero o al secondo controllo si positivizza (≥10mm), il lavoratore che non era mai stato vaccinato con BCG, dovrà essere sottoposto a visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace per la valutazione di eventuale chemioprolifassi o terapia e successivamente inviato al Medico Competente per le cautele prevenzionistiche in riferimento all'idoneità specifica a mansione.
 - Se il lavoratore era stato vaccinato con BCG, qualora il TST sia positivo a tempo 0 oppure si positivizzi al secondo controllo, dovrà seguire l'esecuzione del test IGRA. Nel caso sia confermata la positività, il lavoratore dovrà essere sottoposto a visita specialistica pneumologica/infettivologica ed eventuale radiografia del torace per la valutazione di eventuale chemioprolifassi o terapia e successivamente inviato al Medico Competente per le cautele prevenzionistiche in riferimento all'idoneità specifica a mansione.
 - Quando il test IGRA fosse negativo a tempo 0, verrà ripetuto alla dodicesima settimana dal contatto. Se fosse negativo anche al secondo controllo, il lavoratore terminerà la sorveglianza relativa al contatto avuto con l'ammalato e nei controlli di sorveglianza periodica successivi verrà sottoposto a IGRA test.
- Nei soggetti cutipositivi con infiltrato anamnestico noto ≥ 10 mm.: visita medica da parte del medico competente che valuterà la necessità o meno di procedere ad ulteriori accertamenti clinico-strumentali.

Informazioni per il personale ed il paziente

Quando si identifica un caso di tubercolosi aperta, si può avere una corretta gestione del rischio solo se personale, pazienti e visitatori sono informati dei rischi potenziali. Le principali indicazioni sono le seguenti:

- Personale del reparto
 - Informare il personale del reparto che vi è stato un caso di TB contagiosa;
 - Ricordare le modalità di trasmissione dell'infezione tubercolare;
 - Ricordare tutte le norme da rispettare (isolamento del paziente in ambiente areato e ben illuminato; uso di tutti i DPI necessari; avvisare il personale delle pulizie. Se il paziente deve essere trasportato altrove fargli indossare una mascherina chirurgica.
- Personale dei reparti/servizi dove il paziente è trasferito

Il personale addetto al trasporto e quello dell'unità presso cui il paziente viene trasferito deve essere avvisato del potenziale rischio e deve attivare le norme di comportamento richieste.

▪ Paziente

Istruire il paziente sulle norme igieniche da osservare per non diffondere goccioline di saliva infette (es. rimanere in stanza; tenere la porta chiusa; coprire naso e bocca con un fazzoletto durante gli accessi di tosse; usare la mascherina chirurgica quando deve uscire di stanza).

▪ Compagni di stanza

Se ancora ricoverati devono essere informati del problema e sottoposti ad una valutazione clinica e tubercolinica. Alla loro dimissione il problema deve essere segnalato al medico curante e, attraverso la Direzione Medica dell’Ospedale, all’ASL di residenza che si prenderà carico della continuazione della sorveglianza.

Se già dimessi devono essere segnalati alla Direzione Sanitaria dell’A.O. che avviserà l’ASL di riferimento che provvederà agli adempimenti di competenza.

▪ Visitatori e familiari

Regolamentare l’accesso dei visitatori riducendone il numero e informarli sulle norme igieniche da osservare durante la visita (uso della mascherina, lavaggio delle mani).

Qualora siano segnalati come contatti del caso indice a rischio di infezione, i loro nominativi saranno segnalati attraverso la Direzione Medica dell’Ospedale, all’ASL di residenza per tutti gli adempimenti necessari.

8.5. Sicurezza degli operatori: interventi di prevenzione della trasmissione nosocomiale

Gli interventi di prevenzione della trasmissione nosocomiale devono basarsi contemporaneamente su quattro diversi approcci:

1. Prevenzione della formazione di droplet nuclei infetti attraverso:

- la *diagnosi precoce*
- il *trattamento appropriato* dei soggetti con tubercolosi attiva.

2. Prevenzione della diffusione dei droplet nuclei infetti nell’ambiente:

- l’*isolamento respiratorio* di ogni paziente con tubercolosi sospetta o accertata è il provvedimento principale.
I soggetti con TB accertata o sospetta dell’apparato respiratorio che non abbiano iniziato, o abbiano iniziato da meno di venti giorni una terapia antitubercolare, o che non rispondano alla terapia, vanno considerati potenzialmente contagiosi; i pazienti con TB localizzata in altre sedi non sono considerati contagiosi ad eccezione della localizzazione laringea. La contagiosità è più elevata in presenza di tosse, lesioni polmonari escavate e di positività della ricerca di bacillo alcool-acido resistenti (BAAR) nell’esame diretto dell’espettorato.
Il paziente non deve mai lasciare la stanza di degenza se non per l’esecuzione di procedure diagnostiche non eseguibili nella stanza medesima. In tal caso il paziente dovrà indossare una mascherina chirurgica.
E’ opportuno che la Direzione Sanitaria predisponga opportuni protocolli che definiscano criteri, modalità dell’isolamento e norme comportamentali per il personale ed il paziente. La gestione degli esami broncoscopici, dei test di fisiopatologia respiratoria e degli aerosol terapeutici deve avvenire in locali con caratteristiche adeguate di ventilazione.
Tutti gli *operatori* che entrano nella stanza di isolamento o che entrano in contatto con il paziente devono indossare adeguati DPI (vedi oltre).
L’isolamento del paziente che presentava BAAR positivo, deve protrarsi sino a quando la ricerca di BAAR su 3 esami consecutivi diretti dell’espettorato non dia esito negativo. Nei pazienti in cui il BAAR era negativo, l’isolamento permane fino a quando non abbiano completato almeno due settimane di trattamento appropriato.
I pazienti con TB MDR sospetta o accertata dovrebbero proseguire l’isolamento finché non si sia ottenuto un esame colturale negativo di campioni respiratori ovvero si dimostri che la TB è causata da un ceppo non MDR e ricorrano le condizioni sopra descritte per la sospensione dell’isolamento.
Per i pazienti con TB MDR può essere comunque presa in considerazione la dimissione ove sia presente un chiaro miglioramento clinico e si siano ottenuti tre espettorati consecutivi negativi all’esame microscopico per BAAR, raccolti in giorni diversi.

3. Riduzione della contaminazione microbica dell’aria mediante appropriata ventilazione

- a) La riduzione dei “droplet nuclei” è in funzione della ventilazione dell’ambiente; i locali di degenza devono pertanto disporre di adeguati livelli di aerazione naturale.
- b) In particolare, il documento “Aggiornamenti delle raccomandazioni per le attività di controllo della Tubercolosi in ambito assistenziale” prodotto dal Ministero della salute e delle politiche sociali nel 2009, afferma che tutti i pazienti con sospetta TB siano accolti in locali a pressione negativa, se disponibili, ma per le persone a cui possa essere sospettata una infezione da TB MDR si afferma che dovrebbero essere accolti in locali con pressione negativa.
- c) La nebulizzazione di disinfettanti a questo proposito è inutile.
- d) La pulizia della stanza non richiede procedure particolari; le superfici contaminate con materiale organico devono essere decontaminate e il materiale rimosso ed eliminato come potenzialmente infetto. Gli effetti lettereschi devono essere inviati al lavaggio separatamente.
- e) Per tutti gli altri ambienti, dotati di sistemi di aerazione forzata, possono essere utilizzati i parametri di cui alla tabella seguente.

Tempo di rimozione dei contaminanti aerei in funzione della ventilazione

Ricambi/h	Minuti per 90% di efficienza rimozione	Minuti per 99% di efficienza rimozione	Minuti per 99.9% di efficienza rimozione
1	138’	276’	414’
2	69’	138’	207’
4	35’	69’	104’
6	23’	46’	69’
9	15’	31’	46’
12	12’	23’	35’
15	9’	18’	28’
20	7’	14’	21’

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

4. Protezione degli esposti con DPI

L'uso dei DPI può offrire una valida riduzione del rischio di contagio per le persone che si trovano a contatto con pazienti con TB accertata o sospetta o che operino in U.O. a rischio elevato di contagio aereo (servizi di broncoscopia e fisiopatologia respiratoria).

Ogni Azienda Sanitaria dovrebbe definire, in accordo con Servizio di Prevenzione, medico competente e Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO), un protocollo per l'uso dei DPI.

Dispositivi di protezione respiratoria individuale (DIPR)

In termini generali il loro utilizzo dovrebbe essere raccomandato per gli operatori sanitari o altre persone che entrino in contatto con pazienti sospetti per TBC attiva o che operino in U.O. a rischio elevato.

Sulla base delle indicazioni formulate da Agenzie di Sanità Pubblica nazionali ed internazionali si ritiene che vadano utilizzati DIPR certificati per uso industriale. In linea generale quindi i DIPR da usarsi in ambiente sanitario dovranno essere scelti tra i facciali filtranti per particelle.

In caso di contatto con pazienti affetti da sospetta TB, un livello minimo accettabile di protezione può essere ottenuto con l'utilizzo di facciali filtranti di classe FFP2. L'impiego di facciali filtranti a protezione maggiore, di classe FFP3, è comunque consigliato solo per le situazioni con rischio più elevato.

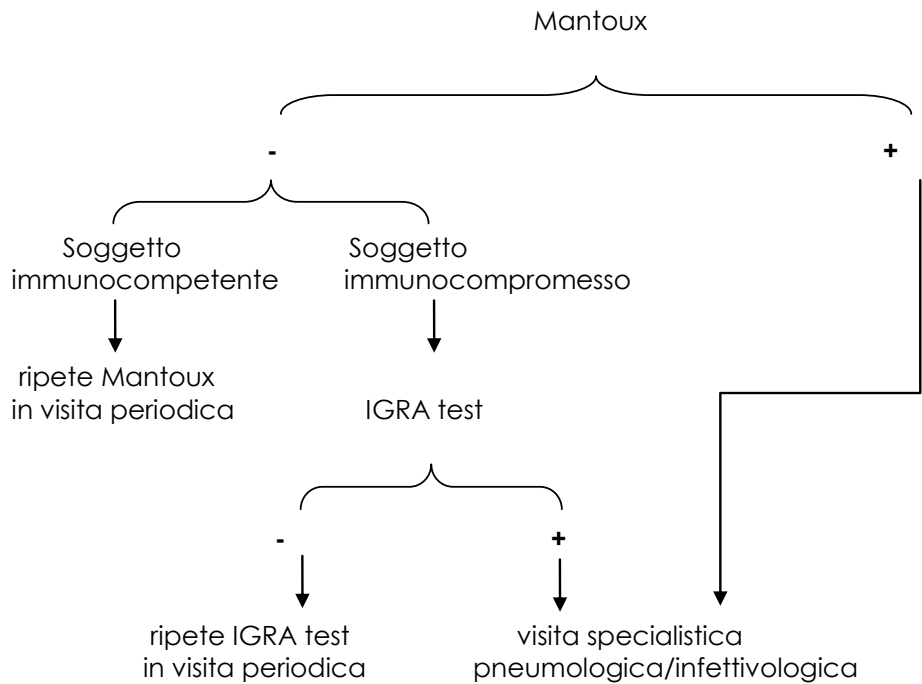
I reparti individuati quindi come "più a rischio", saranno dotati abitualmente di mascherine facciali filtranti di classe FFP2. I dispositivi della classe FFP3 dovranno invece essere utilizzati dal personale operante nei reparti su indicati, esclusivamente durante le procedure ad elevato rischio (es. broncoscopia, broncolavaggio, induzione dell'espettorato).

Pur non essendo indicato esplicitamente nella nota tecnica allegata alla confezione, per quanto tempo possa essere utilizzato un facciale filtrante, si ritiene ragionevole un utilizzo per tutto un turno lavorativo di 8 ore od un cumulo di utilizzo di 8 ore su più turni, a meno che non sia chiaramente contaminato da materiali biologici o visibilmente danneggiato.

Va infine ricordato che qualunque DIPR venga scelto, è indispensabile che il personale venga adeguatamente istruito ed addestrato all'uso corretto di esso, in particolare ad indossare il DIPR in modo tale da ridurre al minimo la perdita dal bordo di tenuta, e alla corretta conservazione nei momenti di non utilizzo.

Gli operatori che prestano assistenza al paziente con TB accertata o sospetta dovranno anche indossare sovracamice, guanti ed eventualmente gli occhiali protettivi per le manovre più a rischio.

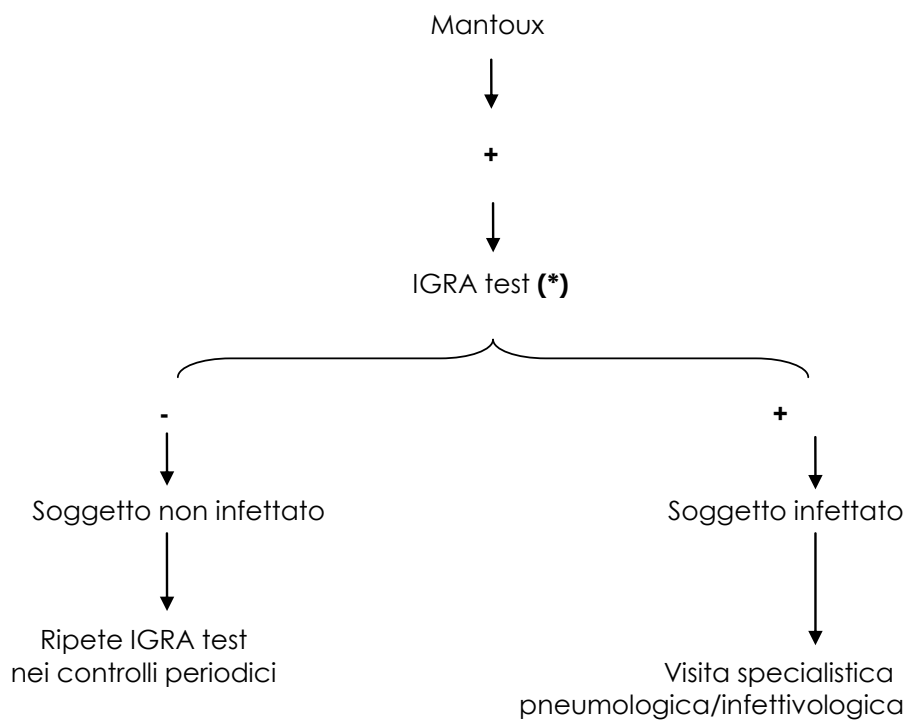
Visita preventiva in soggetti Mantoux negativi



Visita preventiva in soggetti con pregressa Mantoux positiva

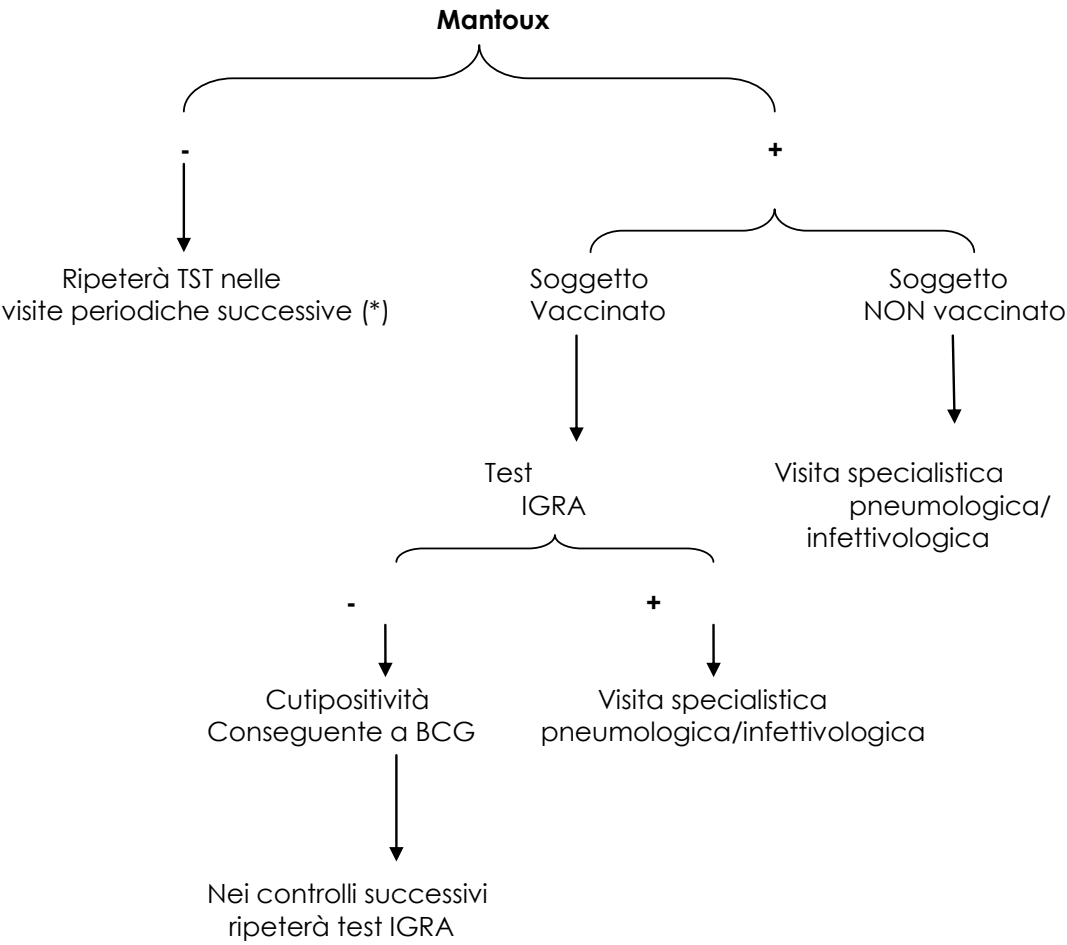


Visita preventiva in soggetti vaccinati con BCG



(*) in caso di risultato dubbio, ripetere il test IGRA

Visita periodica in soggetti con pregressa Mantoux negativa



(*)

Livello di rischio	Periodicità dei controlli
Alto	Annuale
Medio	Biennale
Basso	Non previsti controlli programmati

Definizioni**ANTI-TNF**

anti Tumor - Necrosis-Factor (TNF)

Farmaci biologici utilizzati nel trattamento di disordini autoimmuni. Hanno effetto inibitorio sui linfociti della serie T.

BAAR

Bacillo Alcool Acido Resistente

BCG

Vaccino con germi vivi attenuati, che impedisce la primo- infezione e riduce la comparsa di malattia; è dotato di efficacia oscillante tra 0 e 80 %, a seconda degli studi.

Caso di TB contagioso

Sicuramente contagioso è da considerare il soggetto affetto da TB polmonare e laringea, in cui è dimostrata, nell'espettorato, la presenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) all'esame microscopico diretto e/o di *Mycobacterium tuberculosis* all'esame colturale.

Probabilmente contagioso va considerato il caso di TB polmonare con lesioni radiologiche estese, specie se di tipo ulcerativo, indipendentemente dall'esito dell'esame batterioscopico diretto.

A bassa contagiosità deve essere considerato un caso di TB polmonare e le forme laringee estese con negatività dell'esame diretto dell'espettorato e in cui l'esame radiologico documenta lesioni di modesta entità e/o assenza di lesioni ulcerative cavitarie e le forme laringee minime.

Non contagiose sono da considerare le forme di TB extra-polmonare e delle sierose, con l'eccezione della localizzazione laringea.

Classificazione dei casi

(Secondo la Dec. aggiornata del 28/IV/2008 per la sorveglianza europea)

a. caso possibile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

b. caso probabile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio per un caso probabile.

c. caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e i criteri di laboratorio per la conferma del caso.

Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti le seguenti due manifestazioni:

- segni, sintomi e/o reperti radiologici compatibili con una tubercolosi attiva in qualsiasi sito

E

- la decisione di un medico di curare il paziente con un ciclo completo di terapia antitubercolare

O

Un caso scoperto post mortem con un quadro patologico compatibile con una tubercolosi attiva che avrebbe richiesto un trattamento antibiotico antitubercolare se la malattia fosse stata diagnosticata prima del decesso.

Criteri di laboratorioCaso probabile

Almeno uno dei seguenti tre criteri:

- microscopia per i bacilli acido-resistenti o colorazione fluorescente equivalente dei bacilli in microscopia ottica;
- identificazione dell'acido nucleico del complesso *Mycobacterium tuberculosis* in un campione clinico;
- presenza istologica di granulomi.

Caso accertato

Almeno uno dei seguenti due criteri:

- isolamento del complesso *Mycobacterium tuberculosis* (tranne il BCG M. bovis) da un campione clinico;
- identificazione dell'acido nucleico del complesso *Mycobacterium tuberculosis* in un campione clinico E microscopia positiva per i bacilli acido-resistenti o colorazione fluorescente equivalente dei bacilli in microscopia ottica

Criteri epidemiologici.

non ammessi

Caso di TB multifarmacoresistente MDR

Il micobatterio isolato presenta resistenza contemporaneamente a Rifampicina (RMP) e Isoniazide (INI).

Caso di TB multifarmacoresistente XDR

Il ceppo presenta resistenza a RMP e INI e a un chinolonico e a un farmaco iniettabile di seconda linea.

Contatti a rischio elevato di malattia

Si definisce contatto a rischio elevato (vedi cap. 4) un soggetto che, venuto a contatto con un caso di TB, appartiene ai seguenti gruppi:

- soggetti noti HIV positivi
- soggetti con patologie favorenti (terapia steroidea o immunosoppressiva, diabete, leucosi, ecc.)
- soggetti di età \leq a 5 anni

Cutipositivo

Soggetto che presenta, dopo almeno 48 ore dall'esecuzione del test tubercolinico, una reazione palpabile significativa nella sede di inoculo.

Effetto booster

Positivizzazione del test TST, inizialmente falso negativo, in un soggetto già infettato o vaccinato con BCG ma in cui lo stimolo antigenico è assente da un tempo sufficiente.

Farmaci di seconda linea

Sono tutti i farmaci usati nel trattamento delle forme resistenti eccetto Rifampicina, Isoniazide, Etambutolo, Pirazinamide e Streptomina.

Gruppi a rischio

Gruppi di soggetti / comunità, costituiti da esposti a rischi di carattere ambientale o personale, in cui si osserva una incidenza annua \geq 50 casi ogni 100.000 soggetti esposti.

Incidenza

Nuovi casi nell'intervallo tempo t_1-t_0 / Popolazione suscettibile nell'intervallo tempo t_1-t_0 .

Indice tubercolinico

Prevalenza di cutipositività in una data popolazione. Si esprime come percentuale ed è un importante indicatore della diffusione di MT nella popolazione.

Infezione tubercolare latente (ITL)

Si intende l'avvenuto contatto con micobatteri tubercolari, che non necessariamente sfocia in malattia. Il soggetto infettato viene riconosciuto dalla positività al test tubercolinico secondo Mantoux.

Paesi a bassa incidenza

Paesi nei quali l'incidenza annua di tutte le forme di TB è inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti.

Paesi ad alta endemia tubercolare

Paesi in cui l'incidenza annua stimata di tutte le forme di TB è superiore a 100 casi per 100.000 abitanti.

Prevalenza

Casi presenti nell'intervallo tempo t_1-t_0 / Popolazione media nell'intervallo tempo t_1-t_0 .

Protein Purified Derivative (PPD)

Derivato proteico purificato, estratto da colture cellulari di *Mycobacterium tuberculosis* (MT).

Recidiva

Soggetto che, a qualsiasi distanza di tempo dal completamento, con successo, di adeguata terapia, si riammala.

Soglia di positività tubercolinica con il test secondo Mantoux

Si definisce "soglia di positività" o "cut-off" la misura in millimetri del diametro dell'infiltrato cutaneo al di sotto della quale il soggetto è considerato tubercolino negativo. La soglia di positività varia in base all'uso clinico o epidemiologico del test tubercolinico e secondo l'eventuale appartenenza del soggetto ad un gruppo a rischio.

Terapia anti-tubercolare

Trattamento polifarmacologico del soggetto malato.

Elimina le fonti di infezione, abolendo la contagiosità in tempi rapidi.

Terapia anti-tubercolare preventiva (chemioprofassi o chemioprevenzione)

Trattamento dei soggetti infettati da MT, allo scopo di evitare la progressione della infezione allo stadio di malattia attiva.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Test Gamma Interferon (IGRA)

Test su sangue per la diagnosi di infezione tubercolare. Disegnati con lo scopo di superare i limiti di specificità e sensibilità del test cutaneo, si basano sulla capacità dei linfociti T effettori circolanti di produrre interferone gamma (IFN γ) a seguito di stimolazione specifica in vitro.

Si usano in casi particolari per la conferma di un test Mantoux positivo, o in caso di negatività della Mantoux in soggetti immunodepressi.

Test tubercolinico (TST)

Test utilizzato per saggiare la presenza di reazione immunitaria cellulo-mediata al PPD tramite reazione immunologica di IV tipo. Esistono vari metodi di esecuzione: intradermo-reazione secondo Mantoux (TST: Tuberculin Test Skin), test per multipunture, ecc.

SCHEDA

B.1 Segnalazione Isolamento identificazione di MT



Segnalazione di isolamento/identificazione di micobatteri

Azienda Ospedaliera _____ Presidio _____

Laboratorio _____

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita e luogo di nascita |__|__|/|__|__|/|__|__|_____

Comune di domicilio Provincia

DATI DEL MEDICO CHE RICHIEDE L'ESAME

Ospedale / ASL _____ Reparto / Servizio _____

Nominativo del medico	Recapito interno
-----------------------	------------------

DATI SUL CAMPIONE				Campione pervenuto il _ _ / _ _ / _ _	
Materiale: <input type="checkbox"/> escreato <input type="checkbox"/> escreato indotto <input type="checkbox"/> broncoaspirato/broncolavaggio <input type="checkbox"/> altro _____				Eseguito da:	
Esame positivo: Data di positività:				Timbro e firma:	
<input type="checkbox"/> microscopico _ _ / _ _ / _ _				Tel. _____	
<input type="checkbox"/> coltura _ _ / _ _ / _ _					
<input type="checkbox"/> PCR _ _ / _ _ / _ _					
Micobatterio isolato: _ _ / _ _ / _ _					
<input type="checkbox"/> non tipizzato					
<input type="checkbox"/> MTB Complex					
<input type="checkbox"/> MTBs					
<input type="checkbox"/> M bovis					
<input type="checkbox"/> M africanum					
ANTIBIOGRAMMA _ _ / _ _ / _ _				Campione pervenuto il _ _ / _ _ / _ _	
Farmaco	Sensibile	Resistente	Note	Eseguito da:	
Isoniazide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timbro e firma :	
Streptomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tel. _____	
Etambutolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rifampicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pirazinamide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....				

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Istruzioni per la compilazione

SCHEDA: comunicazione di isolamento/ identificazione di micobatteri

O = campo obbligatorio

R = campo raccomandato

Azienda ospedaliera (O): denominazione dell'Azienda Ospedaliera dove viene eseguito l'esame di laboratorio

Presidio (O): denominazione del Presidio dove viene eseguito l'esame di laboratorio

Laboratorio (O): denominazione del laboratorio che esegue l'esame

Cognome (O): scrivere il cognome completo, in stampatello, senza abbreviazioni

Nome (O): scrivere il nome completo, in stampatello, senza abbreviazioni

Data e luogo di nascita (O): gg/mm/aa. Se paziente straniero è importante segnalare il Paese dove è nato.

Comune di domicilio (F): comune di domicilio abituale del paziente

Provincia (F): provincia di domicilio abituale del paziente

Ospedale/ASL (O): denominazione dell'Azienda Ospedaliera o della ASL che ha richiesto l'esame

Reparto/Servizio (O): denominazione del reparto/servizio/UO che ha richiesto l'esame

Nominativo del medico (R): nome del medico che ha richiesto l'esame

Recapito interno (R): recapito telefonico interno del medico che ha richiesto l'esame

Campione pervenuto il (O): data in cui il campione è giunto al laboratorio (gg/mm/aa)

Riscontrato positivo il (O): data in cui il campione analizzato è stato riscontrato positivo (gg/mm/aa)

Materiale (O): barrare la casella corrispondente; specificare se "altro"

Esame (O): barrare la casella corrispondente; specificare se "altro"

Tipo di micobatterio (O): barrare la casella corrispondente (non tipizzato: quando **non** è stata eseguita la tipizzazione; MTB Complex: quando è stata eseguita la tipizzazione di gruppo; MTBs, M bovis, M africanum: quando è stata eseguita la tipizzazione di specie).

Antibiogramma: sbarrare il quadratino cui si riferisce l'esito. Compilare sempre il dato di chi ha eseguito l'accertamento.

Alla base della scheda di segnalazione, l'ASL compila il Servizio preposto a con una crocetta indica se il campione era già stato segnalato.

B.2 Segnalazione Sorveglianza esiti trattamento con inizio e fine terapia



Scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento dei casi di TB

ASL/Azienda Ospedaliera _____ Presidio _____
Centro (reparto/servizio/UO) _____

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Sesso ☐ maschio ☐ femmina
Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_| Paese di nascita _____
Comune di domicilio _____ Provincia _____

Sezione 1. Inizio della terapia

Paziente trasferito da altro centro: ☐ sì ☐ no In terapia dal: |_|_|/|_|_|/|_|_|
Data di inizio terapia (presso il centro che compila la scheda): |_|_|/|_|_|/|_|_|
Modalità: ☐ ricovero ☐ ambulatorio
DOT: ☐ sì ☐ no

Terapia programmata	Fase iniziale (mesi)	Continuazione (mesi)	Note
Isoniazide			
Rifampicina			
Pirazinamide			
Etambutolo			
Streptomicina			

Sezione 2. Terapia in corso

Prosecuzione terapia in atto: ☐ sì ☐ no
Terapia modificata in data |_|_|/|_|_|/|_|_| per: ☐ effetti collaterali
☐ fallimento
☐ resistenze a _____
☐ altro _____

Sezione 3. Fine della terapia

Data di fine terapia |_|_|/|_|_|/|_|_|
Esito del trattamento: ☐ paziente guarito
☐ trattamento completato
☐ deceduto
☐ fallimento terapeutico
☐ trattamento interrotto per effetti collaterali
☐ trattamento interrotto per pz non collaborante
☐ paziente perso al follow_up
☐ trasferito c/o _____

Timbro, firma e numero tel. di chi ha compilato la scheda _____ Data di chiusura |_|_|/|_|_|/|_|_|

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Istruzioni per la compilazione

SCHEDA: Scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento dei casi di TB

O = campo obbligatorio

R = campo raccomandato

La sorveglianza degli esiti del trattamento viene condotta solo per tutti i casi di TB. E' fondamentale registrare in modo completo ed accurato i dati relativi al centro che ha preso in carico il paziente ed i dati anagrafici del soggetto poiché, sulla base di questi dati, si realizzerà il collegamento con il flusso informativo delle notifiche ed i dati di resistenza ai farmaci.

I dati relativi al centro, i dati anagrafici e la sezione 1 (Inizio della terapia) vanno compilati al momento della presa in carico del paziente per la somministrazione della terapia; la scheda così compilata va trasmessa all'UO di Igiene Pubblica del DPM della ASL di competenza.

La scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento va successivamente completata con la compilazione della sezione 2 (Terapia in corso) nel caso che il trattamento venga modificato o che il trattamento si prolunghi oltre il decimo mese.

La sezione 3 (Fine della terapia) al termine del trattamento; la scheda così completa va trasmessa al DPM della ASL di competenza.

ASL/Azienda ospedaliera (O): denominazione della ASL o dell'Azienda Ospedaliera che prende in carico il paziente per la terapia

Presidio (O): denominazione del Presidio che prende in carico il paziente per la terapia

Centro (O): denominazione del reparto/servizio/UO che prende in carico il paziente per la terapia

Cognome (O): scrivere il cognome completo, in stampatello, senza abbreviazioni

Nome (O): scrivere il nome completo, in stampatello, senza abbreviazioni

Sesso (O): barrare la casella corrispondente

Data di nascita (O): gg/mm/aa

Paese di nascita (O): campo obbligatorio quando il paziente è nato all'estero

Comune di domicilio (O): comune di domicilio abituale del paziente

Provincia (R): provincia di domicilio abituale del paziente

Sezione 1. Inizio della terapia

Paziente trasferito da altro centro (O): barrare sì se il paziente proviene da un altro centro dove è stata posta la diagnosi e/o era in terapia

In terapia dal (O): per i pazienti che avevano iniziato la terapia presso un altro centro, indicare la data in cui tale terapia è iniziata

Data di inizio terapia (O): data in cui il centro che sta compilando la scheda ha preso in carico il paziente (gg/mm/aa)

Modalità (O): indicare se il paziente è ricoverato o seguito in ambulatorio barrando la casella corrispondente.

DOT (O): indicare se la terapia è supervisionata o no. Per terapia supervisionata si intende l'assunzione dei farmaci da parte del paziente per almeno 3 giorni la settimana sotto il diretto controllo del personale del centro.

Terapia programmata (O): indicare per ogni farmaco i mesi programmati di terapia per la fase iniziale e per la fase di continuazione a partire dal momento della presa in carico del paziente. Se si tratta di un soggetto che inizia la terapia (non trasferito da altro centro) registrare la terapia prevista sia per la fase iniziale sia per quella di continuazione. Se si tratta di un soggetto trasferito da altro centro in trattamento, registrare la terapia prevista dal momento della presa in carico in poi: se il soggetto ha, ad esempio, già completato la fase iniziale, riportare solo i farmaci prescritti da quel momento in poi per la fase di continuazione.

Nel caso vengano somministrati farmaci diversi da quelli elencati nella scheda, specificare il principio attivo, riportando anche in questo caso la fase e il numero di mesi previsti di utilizzo.

Sezione 2. Terapia in corso

Tale sezione è da compilare da parte del medico che ha in cura il paziente in due casi:

- Quando viene modificata la terapia o
- per segnalare che al decimo mese di trattamento, il paziente sta ancora seguendo la terapia.

Se la terapia è la stessa iniziale si barra il SI, se è mutata si barra il NO, quindi si segnala la data di modifica della stessa e le cause in entrambi i casi.

Terapia modificata in data (O): se la terapia inizialmente programmata viene modificata indicare la data di modifica (gg/mm/aa). Si ritiene modificato un regime terapeutico per cui:

- sono stati sottratti e/o aggiunti farmaci diversi da quelli previsti nello schema terapeutico impostato inizialmente;
- la durata del trattamento di almeno un farmaco è stata modificata: riduzione o prolungamento superiore a 6 settimane della somministrazione prevista.

Non sono da considerare modifiche del trattamento:

- l'estensione di un mese del trattamento iniziale in caso di positività per micobatteri dopo due mesi nei casi di primo trattamento).
- la modifica del dosaggio del farmaco che è stato però regolarmente somministrato per il tempo previsto.

Per (O): indicare il motivo che ha portato alla modifica della terapia barrando la casella corrispondente; se si barra "altro" si deve poi specificare.

Sezione 3. Fine della terapia

Data di fine terapia (O): data in cui il paziente termina il trattamento presso il centro che sta compilando la scheda (gg/mm/aa). Se

il paziente è deceduto indicarlo qui la data del decesso.

Esito del trattamento (O): barrare la casella corrispondente.

Gli esiti del trattamento antitubercolare sono classificati in base alle indicazioni dell'OMS in:

- **Guarito:** un paziente viene considerato guarito quando ha completato il trattamento antitubercolare e
 - c) se la diagnosi era stata fatta sulla base della coltura esiste almeno una conversione documentata (coltura negativa) in almeno una occasione durante la fase di proseguimento oppure
 - d) se la diagnosi era basata sull'esame microscopico, vi è documentazione di due microscopici negativi durante la fase di proseguimento.
- **Trattamento completato:** un paziente viene definito come trattamento completato se il trattamento prescritto è stato completato e l'episodio assistenziale è stato ufficialmente dichiarato concluso dal medico curante, ma nel quale
 - a) la diagnosi era stata posta su base clinica e radiologica,
 - b) la diagnosi era basata sulla coltura, ma non è stata documentata la conversione batteriologica, oppure
 - c) la diagnosi era basata sull'esame microscopico, ma non sono disponibili risultati dell'esame microscopico al termine del trattamento.
- **Fallimento terapeutico:** un paziente con esami batteriologici ancora positivi dopo 5 mesi dall'inizio del trattamento eseguito correttamente o che, dopo conversione, diventa nuovamente coltura o diretto positivo.
- **Deceduto:** un paziente che muore per qualsiasi motivo nel corso del trattamento antitubercolare è registrato come deceduto.
- **Trattamento mutato per insorgenza di resistenze, specificare i farmaci cui è resistente.**
- **Trattamento interrotto per effetti collaterali:** trattamento interrotto dal medico per comparsa di effetti collaterali importanti. L'interruzione del trattamento deve essere durata per almeno due mesi.
- **Trattamento interrotto per paziente non collaborante:** interruzione del trattamento attribuibile all'inosservanza dello schema terapeutico da parte del paziente, inclusa l'assunzione di dosi più basse (meno dell'80% di quanto prescritto). L'interruzione del trattamento deve essere durata per almeno due mesi.
- **Paziente perso al follow-up:** paziente che non ha avuto più contatti con il centro per almeno due mesi.
- **Trasferito c/o:** alcuni pazienti possono cambiare centro durante il trattamento ed in questo caso il paziente deve essere registrato come "trasferito". E' necessario rilevare per questi pazienti il centro che li ha presi in carico. Nel caso che non siano disponibili le informazioni su chi continua il trattamento del paziente, il paziente non può essere considerato come trasferito ma, trascorsi due mesi, deve essere registrato come "perso al follow-up".

Se un paziente viene trasferito dal reparto ad un ambulatorio della stessa AO, la scheda va comunque chiusa dal reparto e come esito va indicato "trasferimento c/o" con l'indicazione dell'ambulatorio e del presidio che prenderà in carico il paziente per il proseguimento della terapia.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

B.3 Scheda tipo per valutazione clinica del rischio tubercolare per soggetti di recente immigrazione/irregolari/ SFD

Sig./ra. _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a: _____

Arrivo in Italia. Anno: _____

A Dati socio-demografici e anamnestici	Score A	B Sorveglianza sindromica	Score B	Totale A + B
Incidenza Paese $\geq 100 \times 100.000$	2	Tosse ≥ 3 settimane	2	
In Italia < 5 anni	1	Sudorazione notturna	2	
Senza fissa dimora	1	Calo ponderale negli ultimi 3 mesi	2	
Casi di TB tra i familiari/conviventi	4	Febbre	2	
Curato per TB in passato	4	Dolore toracico	2	
Totale		Totale		

Il paziente necessita di ulteriori accertamenti in quanto presenta score di rischio ≥ 5 .

Patologie correlate: _____

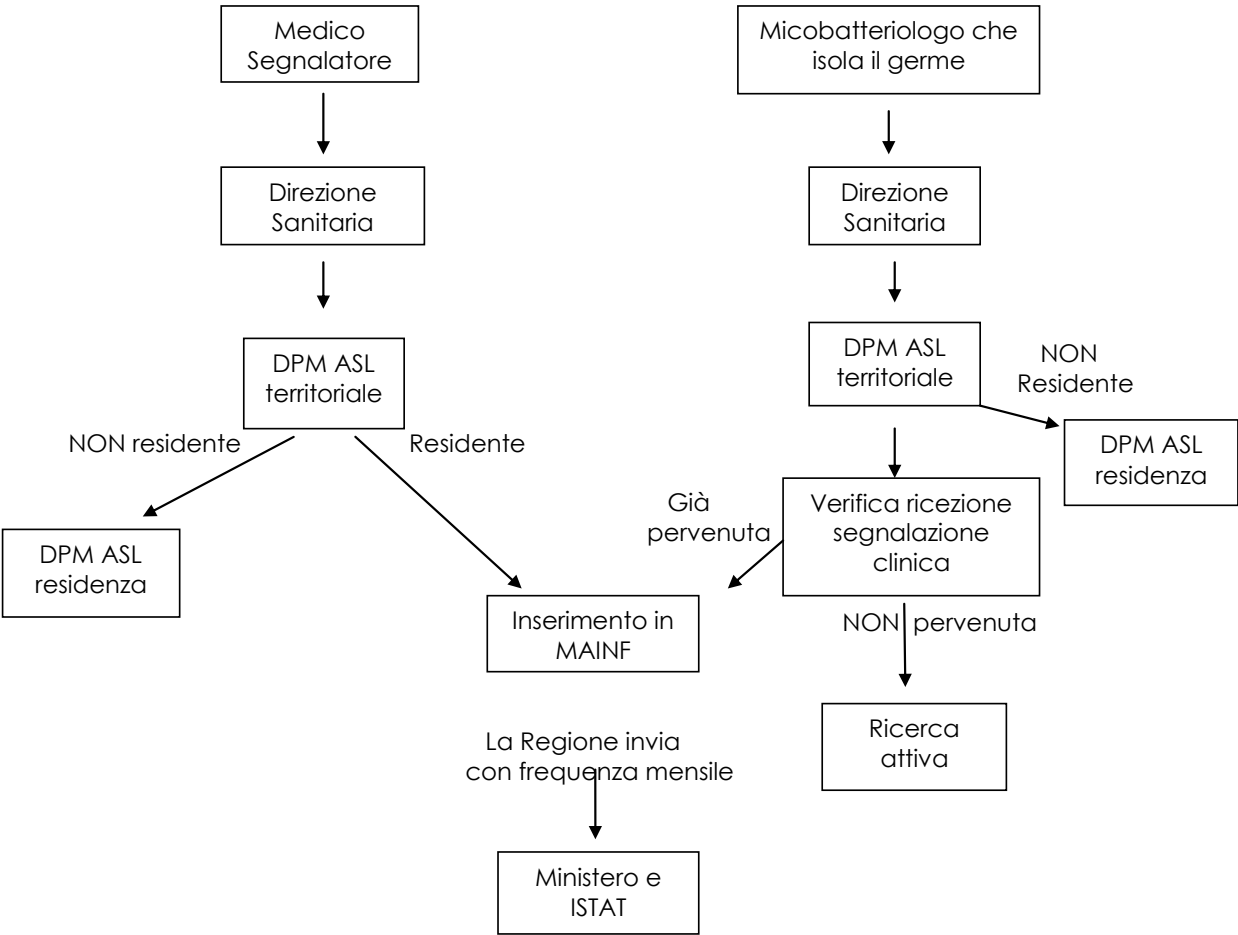
Accertamenti già eseguiti: _____

Data:

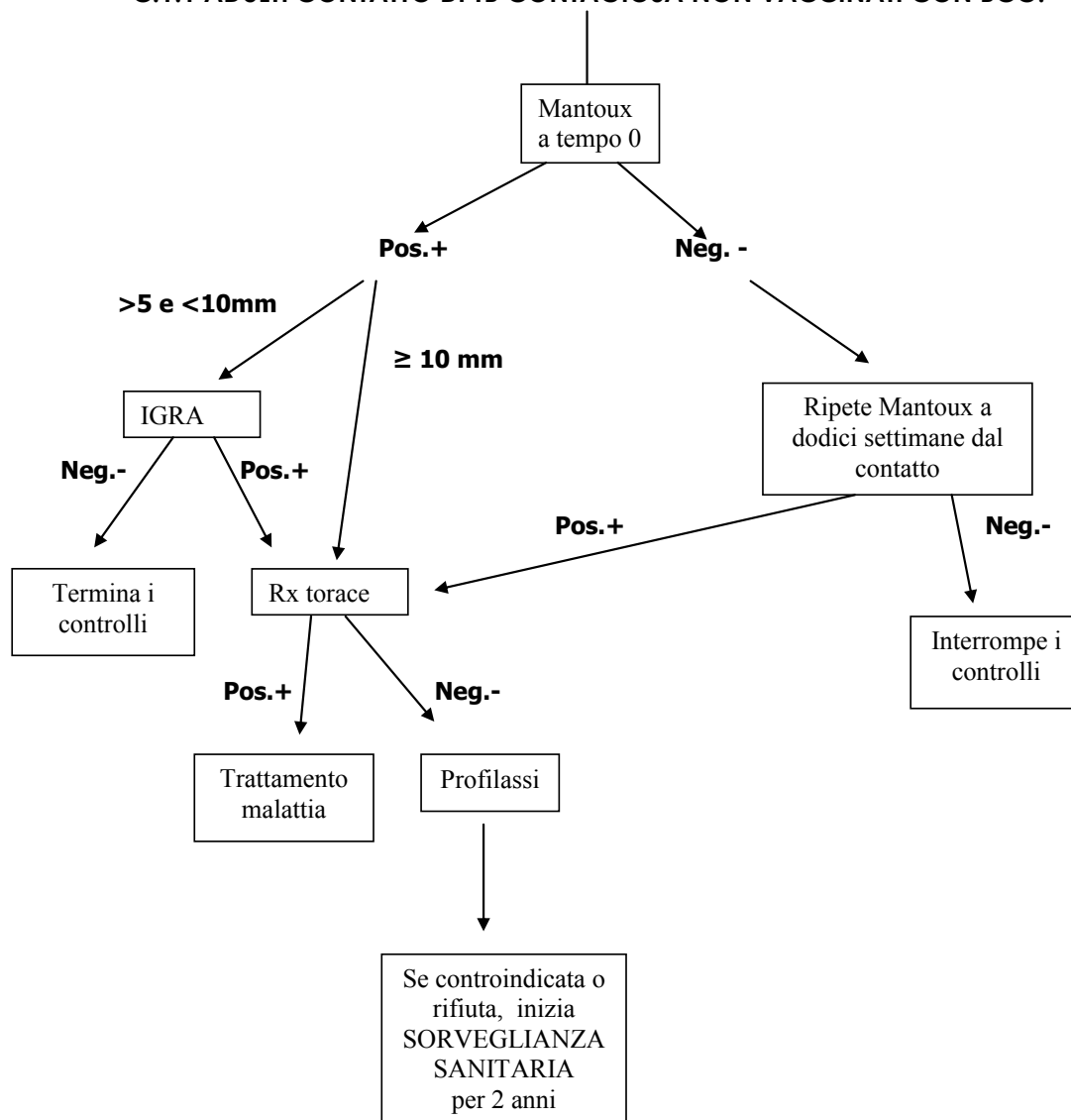
Il Medico Addetto

FLUSSI INFORMATIVI

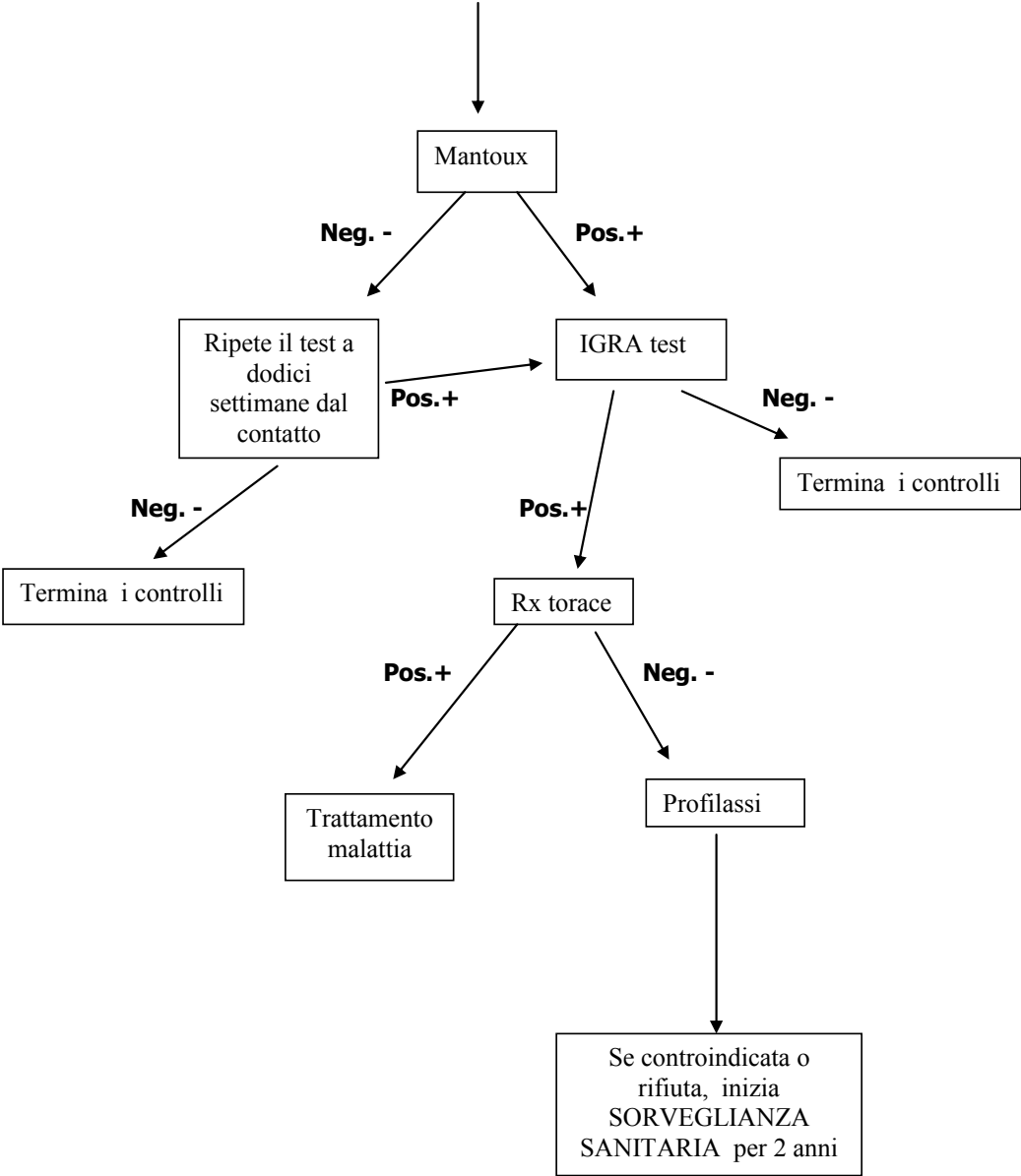
C.1 Contatto adulti di TB contagiosa



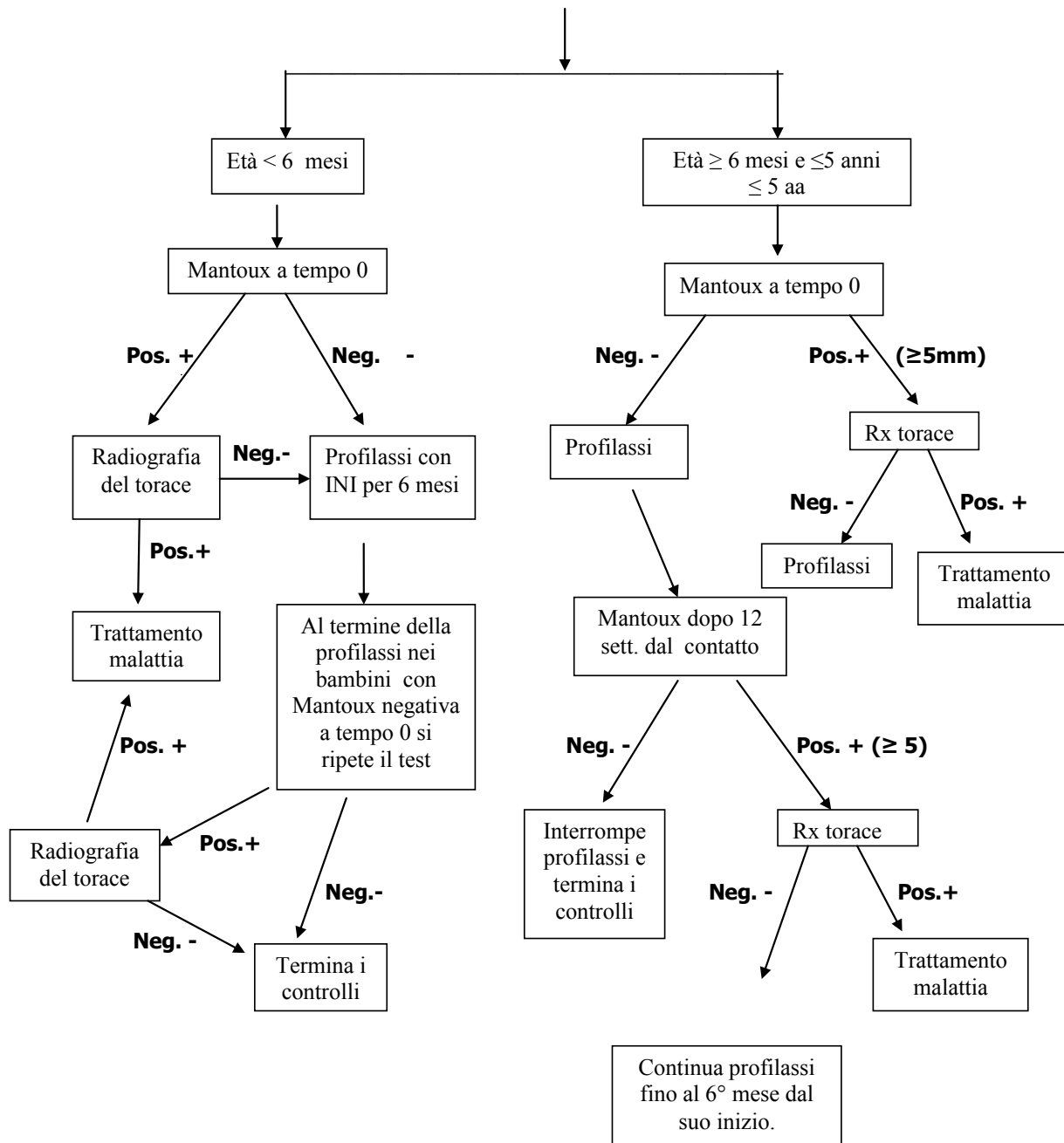
C.1.1 ADULTI CONTATTO DI TB CONTAGIOSA NON VACCINATI CON BCG.



C.1.2 ADULTI VACCINATI CON BCG CONTATTO DI TB CONTAGIOSA



C.2 BAMBINI CONTATTO DI CASO DI TB CONTAGIOSA



REQUISITI ED ORGANIZZAZIONE DEI LABORATORI PER LA DIAGNOSTICA DEI MICOBATTERI**Laboratori di livello 1 per le indagini micobatterologiche**

I laboratori di livello 1 svolgono un ruolo essenziale nella rete di sorveglianza in quanto garantiscono la correttezza della fase preanalitica dei test per la diagnostica della tubercolosi e delle micobatteriosi e agiscono come sistema di collegamento tra i clinici ed i laboratori preposti alle attività diagnostiche specifiche.

I laboratori di livello 1 devono:

1. Scegliere il laboratorio di riferimento, di livello 3, cui far eseguire le analisi in accordo con la normativa sul service (D.d.g. Sanità n. 42811 del 15 ottobre 1999).
2. Concordare con il laboratorio prescelto un documento scritto che definisca le modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei campioni per indagini micobatterologiche. Il laboratorio prescelto per l'esecuzione delle indagini deve fornire indicazioni dettagliate per una corretta fase preanalitica in ottemperanza a Linee Guida Nazionali ed Internazionali.
3. Richiedere al laboratorio prescelto i tempi di refertazione, in particolare garanzie sulla rapidità nell'esecuzione dell'esame microscopico e del test molecolare sul campione. Il test molecolare può essere richiesto solo contestualmente all'esame microscopico e colturale (vedi compiti dei laboratori di livello 2 punto b "Ricerca acidi nucleici").
4. Acquisire dal laboratorio prescelto le attestazioni relative alle valutazioni esterne di qualità cui partecipa e le attestazioni relative alle valutazioni interne di qualità che esegue
5. Acquisire e monitorare le informazioni relative alle performance del laboratorio che esegue le analisi (dati periodici sulle verifiche interne di qualità e dati relativi alla valutazione esterna di qualità).
6. Acquisire autocertificazione relativa all'accreditamento regionale che attesti il conseguimento del livello del laboratorio prescelto nell'ambito della rete regionale per la tubercolosi ed il suo mantenimento negli anni.

Allo scopo di garantire la corretta raccolta e trasporto dei campioni biologici e la tempestiva refertazione dei campioni positivi i laboratori di livello 1 devono:

1. Fornire istruzioni scritte ai propri utenti (reparti ospedalieri e utenti esterni) con indicazioni precise sulle modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei campioni biologici per la diagnosi di tubercolosi.
2. Verificare l'idoneità dei campioni biologici prima della spedizione al laboratorio di riferimento per l'esecuzione delle indagini. In generale campioni non idonei sono:
 - di volume insufficiente;
 - raccolti in tempi diversi in un unico contenitore (pool);
 - pervenuti in contenitori non correttamente chiusi o rotti;
 - pervenuti in contenitori manifestamente contaminati all'esterno dal materiale biologico contenuto;
 - pervenuti in laboratorio oltre i 3 giorni dalla raccolta;
 - manifestamente salivari anziché escreti;
 - prelevati con tamponi.
3. Verificare la correttezza e completezza delle informazioni anagrafiche che accompagnano i campioni.
4. Eseguire una corretta accettazione dei campioni biologici.
5. Confezionare i campioni biologici per il trasporto in ottemperanza alla normativa vigenti sul trasporto di campioni biologici potenzialmente infetti (Ministero della Salute Circolare 16/1994 e Circolare 3/2003, Normativa Europea ADR 2009).
6. Inviare i campioni al laboratorio di riferimento prescelto entro il successivo giorno utile lavorativo dall'accettazione in laboratorio del campione in laboratorio, mantenendo il campione a 4°C se il tempo di trasporto è superiore a un'ora.
7. Indicare un recapito telefonico e/o un numero di fax presidiato mediante i quali il laboratorio di riferimento possa comunicare tempestivamente i referti positivi.

Requisiti per i laboratori di livello 1

1. Il laboratorio deve essere in possesso dei requisiti di un laboratorio generale di base secondo le previsioni della DGR 3313/01 e successive integrazioni e modifiche.

I laboratori di livello 1 sono responsabili della corretta e tempestiva segnalazione dei casi di tubercolosi, mediante la corretta compilazione e spedizione della "Scheda di isolamento/identificazione di micobatteri" per i pazienti sia interni sia ambulatoriali afferenti al laboratorio. La compilazione della scheda è essenziale per tutti gli adempimenti successivi a carico della Direzione Sanitaria e della ASL di competenza.

Laboratori di livello 2 per le indagini micobatterologiche

I laboratori di livello 2 garantiscono l'esecuzione dei test loro affidati nel più breve tempo possibile sia che siano ricevuti da utenti interni, sia da utenti ambulatoriali.

I laboratori di livello 2 devono:

1. Eseguire tutti i test necessari alla ricerca ed individuazione di *Mycobacterium* species:
 - a. esame microscopico diretto dopo concentrazione e decontaminazione del campione.
L'esame microscopico per la ricerca di bacilli acido-alcool resistenti deve essere eseguito dopo decontaminazione e concentrazione del campione biologico e adeguata fissazione del vetrino. La metodica di colorazione raccomandata è quella che utilizza fluorocromi (Auramina o Auramina/Rodamina) o, come alternativa, la colorazione Ziehl-Neelsen. Non è invece ritenuta alternativa idonea la colorazione di Kinyoun.
Il referto deve essere disponibile entro il successivo giorno utile lavorativo dall'accettazione in laboratorio del campione;
 - b. ricerca di acidi nucleici di *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTB).
In ogni soggetto con segni o sintomi sospetti per TB polmonare si raccomanda di eseguire almeno un test di amplificazione

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

degli acidi nucleici su campione biologico respiratorio.

Su un campione risultato positivo all'esame microscopico un test di ricerca degli acidi nucleici positivo costituisce un elemento fortemente rafforzante la diagnosi di tubercolosi, mentre un test risultato negativo suggerisce una infezione da micobatteri non tubercolari. Viste le rilevanti implicazioni epidemiologiche, si raccomanda ai laboratori di livello 2 l'esecuzione del test molecolare nel più breve tempo possibile (entro 24 ore) su campioni positivi all'esame microscopico ed, in ogni caso, l'esecuzione di test di biologia molecolare con frequenza di almeno tre volte a settimana in modo da garantire l'esito entro 48 ore.

Sui campioni negativi all'esame microscopico nessuno dei test oggi disponibili ha un livello di sensibilità superiore all'esame colturale, di conseguenza l'esecuzione della ricerca di acidi nucleici di MTB non deve in alcun modo sostituirsi all'esame colturale.

Il referto deve essere disponibile entro i successivi 2 giorni utili lavorativi dall'accettazione in laboratorio del campione;

- c. esame colturale su terreno liquido e su terreno solido.

L'esame colturale rimane il metodo diagnostico più sensibile per l'individuazione di MTB nei campioni clinici, soprattutto per i campioni negativi all'esame microscopico.

L'esame colturale deve essere sempre eseguito sia su terreno liquido, sia su terreno solido.

Il referto di un esame negativo deve essere disponibile, di norma, tra le 6 e le 8 settimane dall'accettazione in laboratorio del campione.

- d. test rapidi di identificazione di *Mycobacterium tuberculosis* complex.

Su esame colturale positivo per bacilli acido-alcol resistenti i laboratori di livello 2 devono intraprendere tutte le azioni possibili per ridurre i tempi di conferma che l'isolato sia MTB.

Sono disponibili metodi commerciali sia molecolari che immunologici in grado di confermare l'identità dell'isolato come MTB.

È facoltà del laboratorio di livello 2 decidere se utilizzare metodi di identificazione diretti dalla coltura o inviare, nel più breve tempo possibile, l'isolato ad un laboratorio di livello 3, in modo da essere in grado di produrre un referto entro, di norma, 21 giorni dall'inizio dell'esame colturale.

2. Scegliere il laboratorio di riferimento, di livello 3, cui inviare le colture positive per l'esecuzione dei test di antibiotico sensibilità, di identificazione di MTB, se non eseguita in sede, e di identificazione di Micobatteri Non Tubercolari (MNT). La spedizione e il trasporto delle colture deve essere eseguita in accordo con la normativa sul service (D.d.g. Sanità n. 42811 del 15 ottobre 1999) e secondo quanto indicato per i laboratori di livello 1.

Requisiti per i laboratori di livello 2

1. Il laboratorio deve essere in possesso dei requisiti di un laboratorio generale di base con sezione specializzata in microbiologia e virologia oppure di un laboratorio specializzato in microbiologia e virologia secondo le previsioni della d.g.r. 3313/01 e successive integrazioni e modifiche.
2. Esecuzione di un adeguato volume di attività microbiologica per la diagnostica della tubercolosi pari ad almeno 1000 campioni/anno.
3. Disponibilità di almeno un locale dedicato alla diagnostica dei micobatteri con disponibilità di cappa a flusso laminare di classe II.
4. L'accesso al locale deve avvenire tramite una porta a tenuta e deve essere limitato al personale deputato alla diagnostica di laboratorio dei micobatteri.
5. Disponibilità di centrifuga refrigerata con protezione da rischio biologico.
6. Partecipazione a programmi di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) e conservazione delle attestazioni relative alla performance del laboratorio per almeno tre anni secondo quanto specificato nell'allegato 11 alla d.g.r. 19688/04.
7. Esecuzione di programmi di Controllo di Qualità Interno (CQI) con registrazione dei risultati ottenuti e loro conservazione per almeno un anno secondo quanto specificato nell'allegato 11 alla d.g.r. 19688/04.
8. Specifico addestramento e aggiornamento continuo del personale deputato alla diagnostica di laboratorio dei micobatteri.

I laboratori di livello 2 sono responsabili della corretta e tempestiva segnalazione dei casi di tubercolosi, mediante la corretta compilazione e spedizione della "Scheda di isolamento/identificazione di micobatteri" per i pazienti sia interni sia ambulatoriali afferenti al laboratorio. La compilazione della scheda è essenziale per tutti gli adempimenti successivi a carico della Direzione Sanitaria e della ASL di competenza.

Laboratori di livello 3 per le indagini micobatterologiche

I laboratori di livello 3 devono:

1. Eseguire tutte le attività del precedente livello 2.
2. Essere in grado di identificare *Mycobacterium tuberculosis* complex e le specie di micobatteri non tubercolari di più frequente riscontro clinico
3. Essere in grado di eseguire i test di sensibilità su *Mycobacterium tuberculosis* complex almeno agli agenti antitubercolari di prima scelta.

Possono eseguire

4. I test di sensibilità su *Mycobacterium tuberculosis* complex agli agenti antitubercolari di seconda scelta.
5. I test di sensibilità sui micobatteri non tubercolari di più frequente riscontro clinico, ove indicato.

Devono, inoltre:

6. Inserire in MAINF i dati relativi all'antibiogramma di *Mycobacterium tuberculosis* complex.
7. Inviare al Centro di Riferimento Regionale:
 - a. i ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* complex multiresistenti (MDR) per l'esecuzione dei test di sensibilità agli agenti tubercolari di seconda scelta, se non eseguiti in sede;
 - b. i ceppi di MNT per l'identificazione e l'esecuzione dei test di sensibilità, ove indicato, se non eseguiti in sede.

La spedizione e il trasporto delle colture deve essere eseguita in accordo con la normativa sul service (D.d.g. Sanità n. 42811 del 15 ottobre 1999) e secondo quanto indicato per i laboratori di livello 1. L'invio al Centro di Riferimento Regionale di colture di micobatteri provenienti da laboratori di livello 1 e 2 che fanno riferimento al laboratorio di livello 3 non configura triangolazione.

8. Refertare, sia per i pazienti direttamente afferenti, sia per i pazienti afferenti da laboratori di livello 1 e 2:
 - a. esame microscopico diretto: entro il successivo giorno utile lavorativo dall'accettazione in laboratorio del campione;
 - b. ricerca di acidi nucleici di *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTB): entro i successivi 2 giorni utili lavorativi dall'accettazione in laboratorio del campione;

- c. esame colturale su terreno liquido e su terreno solido: di norma, l'esito di un esame negativo deve essere refertato tra le 6 e le 8 settimane dall'accettazione in laboratorio del campione;
 - d. identificazione rapida di *Mycobacterium tuberculosis* complex: entro i successivi 2 giorni utili lavorativi dalla positivizzazione della/e coltura/e;
 - e. test di sensibilità: tra le 2 e le 4 settimane dal momento dell'inoculo dell'antibiogramma.
9. Inviare periodicamente i ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* complex isolati alla ceppoteca del Centro di Riferimento Regionale. Devono essere inviati sia i ceppi provenienti dai campioni dei pazienti direttamente afferenti al laboratorio, sia quelli provenienti dai laboratori di livello 1 e 2 che afferiscono i loro campioni o isolati al laboratorio di livello 3.

Requisiti per i laboratori di livello 3

1. Possesso di tutti i requisiti del laboratorio di livello 2
2. Possesso delle caratteristiche di biosicurezza pari ad un laboratorio di classe 3^a (BSL3) con certificazione di idoneità annuale.
3. Accettazione dei campioni almeno 6 giorni su 7

I laboratori di livello 3 sono responsabili della corretta e tempestiva segnalazione dei casi di tubercolosi, mediante la corretta compilazione e spedizione della "Scheda di isolamento/identificazione di micobatteri" per i pazienti sia interni sia ambulatoriali afferenti al laboratorio. La compilazione della scheda è essenziale per tutti gli adempimenti successivi a carico della Direzione Sanitaria e della ASL di competenza.

Laboratorio di Riferimento Regionale per le indagini micobatterologiche

Il laboratorio di riferimento regionale è collocato presso il Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'A.O. "Ospedale di Niguarda Ca' Granda" di Milano.

La Direzione generale Sanità identifica nei compiti svolti dal laboratorio di riferimento regionale il supporto epidemiologico necessario alla sorveglianza microbiologica delle infezioni da Micobatteri.

Il laboratorio di riferimento regionale deve:

1. Eseguire tutte le attività dei laboratori di livello 3.
2. Essere in grado di identificare tutte le specie di micobatteri isolate da campioni clinici se non altrimenti identificate.
3. Eseguire i test di sensibilità su *Mycobacterium tuberculosis* complex con antibiotici di seconda scelta per i ceppi MDR.
4. Eseguire i test di sensibilità di ceppi di MNT, ove richiesto.

Ulteriori compiti del laboratorio di riferimento regionale:

5. Tipizzazione a livello molecolare di tutti i ceppi di MTB ricevuti, nel più breve tempo possibile, e segnalazione alle ASL e alla Regione dei casi di sospetti cluster epidemici.
6. Registrazione in MAINF dei risultati di tipizzazione molecolare ottenuti su ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* complex.
7. Esecuzione di ulteriori test di caratterizzazione epidemiologica di gruppi di isolati di MTB, su eventuale richiesta delle ASL.
8. Invio degli isolati *Mycobacterium tuberculosis* complex MDR all'Istituto Superiore di Sanità.
9. Conservazione e mantenimento della ceppoteca regionale
10. Attività di formazione.
11. Collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio per l'implementazione di una VEQ per i test colturali e di sensibilità dei micobatteri.

Requisiti per il Laboratorio di Riferimento Regionale

1. Possesso di tutti i requisiti di un Laboratorio di livello 3

I Laboratori si adeguano, laddove necessario, ai requisiti previsti (livello 1, livello 2, livello 3) entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

BIBLIOGRAFIA

- D.g.r. RL 25 giugno 1993, n. V/38190 "Approvazione Protocollo Operativo per il controllo e la prevenzione delle tubercolosi in Regione Lombardia"
- Regione Lombardia: "Linee guida per la prevenzione del rischio tubercolare negli operatori sanitari" e "Protocollo di valutazione del sistema di sorveglianza epidemiologica della TB" 1994.
- Circolare del Ministero della Sanità del 27 marzo 1995 : "Protocollo per la notifica dei casi di tubercolosi".
- D.g.r. RL 5 luglio 1996 n. VI/15467 "Approvazione linee guida per la diagnosi e la terapia della malattia tubercolare" e "Linee guida per l'organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri".
- Ministero della Salute. "Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi o contatti." Roma: CM n. 4 del 13 marzo 1998, prot. 400.3/26/1189.
- Decreto del Ministero della Sanità del 29 luglio 1998 – Modificazione della scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale del 15 dicembre 1990.
- Provvedimento della Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 1998. "Documento di linee guida per il controllo della malattia tubercolare", su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
- D.m. 15 dicembre 1990: "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" pubblicato sulla G.U. del 6 settembre 1998.
- Legge 23 dicembre 2000, n° 388, art. 98 (legge finanziaria 2001), e Regolamento relativo d.p.r. 7 novembre 2001, n. 465, G.U. N.7 del 9 gennaio 2002. "Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.
- D.g.r. RL n. 434 del 15 gennaio 2002: "Piano regionale straordinario di controllo nei confronti della tubercolosi", settore zootecnico.
- Gruppo Multidisciplinare Tubercolosi: "Protocollo di gestione clinica della tubercolosi. Revisione n. 1 – maggio 2004". Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" – IRCCS, 2004
- D.g.r. RL 30 settembre 2004 - n. 7/18853 "Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia"
- D.g.r. RL 10 dicembre 2004 - n. 7/19767. Attuazione della d.c.r. 13 marzo 2002, n. VII/462 Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004: "Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare".
- Circ. 27 SAN-2005 – Dg.r. 10 dicembre 2004 - n. 7/19767 "Attuazione della d.c.r. 13 marzo 2002 n. VII/462 Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004: "Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare". Indicazioni per l'attuazione. Ulteriori precisazioni.
- MMWR December 30, 2005 / Vol. 54 / No. RR-17. CDC: Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, 2005.
- D.d.g. Sanità RL 14081 del 22 novembre 2007 "Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario"
- D.g.r. RL VIII/006117 del 12 dicembre 2007. "Aggiornamento e integrazione della d.g.r. VIII/18853/2004 in materia di prevenzione e controllo delle malattie infettive in Regione Lombardia".
- Arnold C. "Molecular evolution of Mycobacterium tuberculosis". Clin.Microbiol.Infect. 2007 Feb;13 (2):120-8.
- Decreto L. 9 aprile 2008 , n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" (G.U. n. 101 del 30 aprile 2008)
- WHO: Management of MDR-TB: a field guide (2008)
- WHO: Tuberculosis and air travel: guidelines for prevention and control (2008)
- D.g.r. RL del 5 luglio 1996 - n. 6/15467 in cui i laboratori di microbiologia venivano classificati in tre livelli diagnostici;
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi, gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale", anno 2009.
- D. Placidi, M. Bacis, L. Belotti, N. Biggi, P. Carrer, L. Cologni, V. Gattini, V. Lodi, N. Magnavita, G. Micheloni, C. Negro, R. Polato, V. Puro, F. Tonelli, B. Tonozzi, S. Porru. "La tubercolosi, Focus sulla valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità: risultati e prospettive di un gruppo di lavoro multicentrico". G Italian Lav Erg 2010;32:3, 273-281.
- D.g.r. RL VIII/011154 del 3 febbraio 2010. "Revisione e aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive in Regione Lombardia".
- Ministero della Salute, Manuale tecnico per la diagnosi microbiologica della tubercolosi. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_614_allegato.pdf -27.09.2010.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali : Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - anno 2010. "Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale - versione integrale"
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: Aggiornamento sulle politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" (2010).
- WHO: Guidelines for treatment of tuberculosis, fourth edition (2010)
- D.d.g. Sanità RL n. 3040 del 23 marzo 2010 "Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario"
- MMWR June 25, 2010 / Vol. 59 / No. RR-5. CDC: Updated Guidelines for Using Interferon Gamma Release Assays to Detect Mycobacterium tuberculosis Infection - United States, 2010.
- WHO: Global tuberculosis control, 2011
- WHO: Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. (2011)
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Tuberculosis: Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. London: NICE, 2011.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), march 2011: "Use of interferon gamma release assays in support of TB diagnosis".
- ECDC, march 2011: Management of contacts of MDR TB and XDR TB patients.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for use of an isoniazid-rifapentine regimen with direct observation to treat latent Mycobacterium tuberculosis infection. MMWR Morb Mortal Wkly. Rep. 2011 Dec 9;60(48):1650-3.

Erratum in: MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012 Feb 3;61:80.

- Eur Respir J 2012; 39: 807–819. G.B. ECDC: "European Union Standards for Tuberculosis care".
- D.d.g. Sanità, RL 23 aprile 2012 - n. 3546 "Aggiornamento del documento avente per oggetto - Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS - approvato con decreto del direttore generale sanità n. 7458 del 5 agosto 2011."
- P. Borgia, A. Cambieri, F. Chini, L. Coltella, G. Delogu, E. Di Rosa, G. Fadda, P. Giorgi Rossi, E. Girardi, D. Goletti, G. Guasticchi, A. Morrone, P. Pezzotti, C. Romagnoli, C. Russo, M.T. Sacerdote, A. Villani, L. Zarelli: "Sospetto di contagio di tubercolosi da una infermiera a una neonata, in un reparto maternità di un ospedale universitario di Roma, 2011: descrizione dei casi, identificazione della coorte degli esposti, azioni intraprese" <http://www.epicentro.iss.it/regioni/lazio/pdf/TbcRoma2011.pdf>
- Ministero della Salute. La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1472_allegato.pdf
- Ministero della Salute, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, la Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS e SIMIT: "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" 18 luglio 2012 <http://www.epicentro.iss.it/regioni/lazio/pdf/TbcRoma2011.pdf>
- Ministero della Salute – Circolare del 23.08.2012. "Misure di prevenzione e controllo della tubercolosi."
- L. Camoni, V. Regine, S. Boros, M.C. Salfa, M. Raimondo, B. Suligoi: "AIDS patients with tuberculosis: characteristics and trend of cases reported to the National AIDS Registry in Italy – 1993-2010". European Journal of Public Health, 1-5; september 9, 2012.
- WHO policy on collaborative HIV/TB activities, Guidelines for national programs and other stakeholders. 2012

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.g.r. 13 dicembre 2012 - n. IX/4490

Approvazione del progetto "Nuova celiachia" e dello schema tipo di convenzione "Accordo regionale con le sigle della grande distribuzione organizzata per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine per gli assistiti lombardi celiaci per il periodo 2013-2015", in attuazione della d.g.r. 4334 del 26 ottobre 2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013"

LA GIUNTA REGIONALE

Visto: il d.m. 8 giugno 2001 «Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati a una alimentazione particolare» e, nello specifico:

- l'art. 1, lett. C) che sancisce l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza dell'erogazione dei prodotti destinati all'alimentazione delle persone affette da morbo celiaco, previsione successivamente confermata nel d.p.c.m. 29 novembre 2001: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»;
- l'art. 6 che dispone che i prodotti per celiaci siano erogati direttamente dai centri di riferimento presso i quali sono in cura le persone, dai presidi delle aziende unità sanitarie locali, dalle farmacie convenzionate o, secondo direttive all'uopo emanate dalle regioni, da altri fornitori incaricati dalle aziende unità sanitarie locali;
- l'art. 7 che prevede che gli alimenti dispensabili con onere a carico del SSN siano inseriti nel Registro Nazionale degli Alimenti destinati ad una alimentazione particolare, predisposto e aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute;

Visti inoltre:

- la l. 4 luglio 2005, n. 123 «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia» che riconosce la malattia celiaca o celiachia come malattia sociale e prevede interventi posti in essere dalle Regioni e dalle articolazioni del Servizio sanitario nazionale diretti a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia;
- il d.m. 4 maggio 2006 «Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della l. 4 luglio 2005, n. 123»;

Visto l'art. 50, del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326, e successive modificazioni, recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie;

Considerato che è un obiettivo regionale assicurare il sostegno all'equilibrio e al pluralismo dei format distributivi del commercio, all'impatto socioeconomico, territoriale e ambientale delle grandi strutture per il rilancio della centralità dei bisogni dei cittadini e dei consumatori, anche in coerenza con i principi della responsabilità sociale dell'impresa;

Richiamate:

- la delibera della Giunta regionale n. 5738 del 31 ottobre 2007 avente per oggetto «Progetto CRS-SISS: prima attuazione art. 1 l.r. 18/2007» che, a seguito della legge regionale n. 18 del 31 luglio 2007, sancisce l'obbligatorietà all'adesione e all'utilizzo del SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario) da parte di tutti gli operatori del sistema regionale socio-sanitario in particolare per permettere la comunicazione e l'elaborazione dei dati sanitari garantendo il controllo e il contenimento della spesa, tra cui l'assistenza integrativa e dietetica;
- la delibera della Giunta regionale n. 10031 del 7 agosto 2009 avente per oggetto «Determinazioni in merito all'evoluzione del progetto CRS-SISS» che decreta l'approvazione dell'evoluzione del progetto SISS ai fini della semplificazione degli adempimenti amministrativi del cittadino e del controllo della spesa;
- la delibera della Giunta regionale n. 10512 del 9 novembre 2009 avente per oggetto: «Determinazioni in merito all'evoluzione del progetto CRS-SISS - Approvazione della pianificazione di dettaglio, dello schema d'incarico a Lombardia Informatica spa e degli schemi di convenzione tra Regione Lombardia e Aziende Sanitarie»;

Richiamata la delibera della Giunta regionale n. 4334 del 26 ottobre 2012 avente per oggetto «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013 - (di concerto con l'Assessore Pellegrini)» ed, in particola-

re l'Allegato 1, sezione «Farmaceutica territoriale, ospedaliera e profesica», nella parte in cui prevede:

- «Relativamente all'erogazione dei prodotti dietetici per celiaci di cui al d.m. 4 maggio 2006, al fine di tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia e ad un'erogazione centralizzata, garantendo la libera circolazione degli Assistiti sul territorio attraverso il SISS con la previsione della gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, Regione Lombardia procederà entro il 31 dicembre 2012 alla definizione di nuove modalità erogative, con specifica progettualità e all'aggiornamento dei limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della l. 4 luglio 2005, n. 123»;

Dato atto che attualmente la distribuzione degli alimenti per celiaci viene gestita attraverso l'applicativo Web Care, in base ad accordi specifici stipulati dalle singole ASL;

Rilevato che la suddetta modalità di distribuzione ha evidenziato, nel tempo, alcuni limiti, quali:

- totale separazione per ASL dei domini, con conseguente mancata circolarità dei cittadini e difficoltà di gestione di esercizi diversi dalle farmacie;
- erogazione e rendicontazione basate su processo cartaceo;
- assenza di verifica puntuale su Anagrafica Regionale della sussistenza del diritto all'erogazione dei prodotti per celiachia;
- mancato aggiornamento automatico dell'anagrafe degli assistiti;

Evidenziato che, al fine di superare i suddetti limiti, coerentemente con le previsioni della citata delibera della Giunta regionale n. 4334 del 26 ottobre 2012, si ravvisa la necessità prevedere un modello organizzativo e distributivo uniforme a livello regionale, garantendo la libera circolarità degli Assistiti sul territorio e la possibilità di adesione dei diversi soggetti coinvolti con il riconoscimento da parte delle singole ASL, assumendo in proprio, attraverso il SISS, la gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, in modo da tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia;

Visti:

- il Progetto «Nuova Celiachia», elaborato dalla D.g. Sanità, dalla D.g. Commercio, Turismo e Servizi, da Lombardia Informatica s.p.a., sentito il tavolo tecnico degli operatori interessati, Allegato 1, parte integrante del presente atto;
- lo schema tipo di convenzione, avente ad oggetto «Accordo regionale con le sigle della grande distribuzione organizzata per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine per gli assistiti lombardi celiaci per il periodo 2013-2015», Allegato 2, parte integrante del presente atto, con i relativi sub-allegati tecnici;

Precisato che detto Progetto, in sintesi prevede:

- la gestione uniforme/omogenea a livello regionale degli assistiti di Regione Lombardia per cui è stata certificata la patologia di «Morbo Celiaco» o «Dermatite Erpetiforme», con piena circolarità, all'interno della regione, nell'accesso al budget mensile da parte del cittadino;
- la fruizione del budget mensile, di un assistito «avente diritto», estesa a esercizi di diversa natura e in particolare a tutti i punti vendita della grande distribuzione organizzata (GDO) presenti sul territorio;
- l'applicazione di un processo dematerializzato attraverso la distribuzione ai cittadini di un Codice Celiachia (codice personale) dedicato alla celiachia, che, associato alla CRS del cittadino (di cui deve essere letto il numero seriale), permette da parte di quest'ultimo l'attestazione dell'erogazione, anche in sostituzione dell'attuale firma sul modulo cartaceo, a comprova dell'avvenuta erogazione;
- la gestione e il controllo della rendicontazione mensile inviata dagli erogatori;

Ritenuto pertanto di approvare:

- il Progetto «Nuova Celiachia», elaborato dalla D.g. Sanità, dalla D.g. Commercio, Turismo e Servizi, da Lombardia Informatica s.p.a., sentito il tavolo tecnico degli operatori interessati, Allegato 1, parte integrante del presente atto;
- lo schema tipo di convenzione, avente ad oggetto «Accordo regionale con le sigle della grande distribuzione

organizzata per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine per gli assistiti lombardi celiaci per il periodo 2013-2015», Allegato 2, parte integrante del presente atto, con i relativi sub-allegati tecnici;

Precisato che:

- detto schema tipo accordo potrà essere sottoscritto da tutte le sigle della GDO interessate ad aderirvi;
- le ASL individueranno i singoli punti vendita, siti sul territorio di competenza, appartenenti alle sigle della GDO aderenti;
- l'eventuale adesione al Progetto degli altri soggetti di cui al d.m. 8 giugno 2001 sarà oggetto di apposito accordo tra le ASL territorialmente competenti e i singoli esercizi commerciali, purché questi ultimi abbiano i requisiti tecnici indicati nei sub-allegati tecnici alla convenzione;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito web della Direzione generale Sanità;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Di approvare:

- il Progetto «Nuova Celiachia», elaborato dalla D.g. Sanità, dalla D.g. Commercio, Turismo e Servizi, da Lombardia Informatica s.p.a., sentito il tavolo tecnico degli operatori interessati, Allegato 1, parte integrante del presente atto;
- lo schema tipo di convenzione, avente ad oggetto «*Accordo regionale con le sigle della grande distribuzione organizzata per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine per gli assistiti lombardi celiaci per il periodo 2013-2015*», Allegato 2, parte integrante del presente atto, con i relativi sub-allegati tecnici;

2. Di precisare che:

- detto schema tipo accordo potrà essere sottoscritto da tutte le sigle della GDO interessate ad aderirvi;
- le ASL individueranno i singoli punti vendita, siti sul territorio di competenza, appartenenti alle sigle della GDO aderenti;
- l'eventuale adesione al Progetto degli altri soggetti di cui al d.m. 8 giugno 2001 sarà oggetto di apposito accordo tra le ASL territorialmente competenti e i singoli esercizi commerciali, purché questi ultimi abbiano i requisiti tecnici indicati nei sub-allegati tecnici alla convenzione;

3. Di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito web della Direzione generale Sanità.

Il segretario: Marco Pilloni

_____ • _____

Nuova Celiachia**Caratteristiche dell'applicazione in fase di realizzazione****INDICE**

- 1. INTRODUZIONE**
- 2. REQUISITI DEL SISTEMA CELIACHIA**
- 3. PROCESSI**
 - 3.1 *Processo di convenzionamento dei punti di vendita*
 - 3.2 *Processo di certificazione del cittadino "avente diritto"*
 - 3.3 *Processo di autorizzazione del piano terapeutico da parte della ASL;*
 - 3.4 *Processo di erogazione Prodotti-Processo di cassa GDO*
 - 3.5 *Processo di erogazione Prodotti effettuato attraverso WebCare*
 - 3.6 *Processo di rendicontazione e fatturazione*
- 4. COMPONENTI DEL SISTEMA**
- 5. ARCHIVI DI BASE**
 - 5.1 *Anagrafica dei punti di vendita convenzionati*
 - 5.2 *Anagrafica dei prodotti per celiaci*
- 6. ATTORI DEL SISTEMA**
- 7. ARCHITETTURA**
 - 7.1 *Architettura software*
 - 7.2 *Architettura Applicativa*
 - 7.3 *Architettura hardware*

1. INTRODUZIONE

Oggi la distribuzione degli alimenti per celiaci viene gestita attraverso l'applicativo Web Care, in base ad accordi specifici stipulati dalle singole ASL.

Vi sono alcuni principali limiti attuali che hanno imposto la definizione di un percorso evolutivo:

- Totale separazione per ASL dei domini, con conseguente mancata circolarità dei cittadini e difficoltà di gestione di esercizi diversi dalle farmacie: con le regole attuali, un erogatore che voglia abilitarsi alla distribuzione ai cittadini di più ASL, deve attivare altrettanti Webcare distinti.
- Erogazione e rendicontazione basate su processo cartaceo (stampa moduli Webcare, apposizione fustelle, disponibili però solo in alcuni casi)
- Scarsa sicurezza: l'applicativo è esposto su Internet ed è accessibile con username e password per funzioni anche di download massivo degli elenchi dei pazienti
- Assenza di verifica puntuale su Anagrafica Regionale della sussistenza del diritto all'erogazione dei prodotti per celiachia
- Mancato aggiornamento automatico dell'anagrafe degli assistiti

La Regione ha quindi stabilito la necessità di erogare un Servizio in modo centralizzato, garantendo la libera circolarità degli Assistiti sul territorio, assumendo in proprio, attraverso il SISS, la gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, in modo da tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia.

2. REQUISITI DEL SISTEMA CELIACHIA

I requisiti evolutivi che hanno guidato la definizione della nuova piattaforma sono sintetizzabili nei punti seguenti

- gestione centralizzata degli assistiti di Regione Lombardia per cui è stata certificata la patologia di "Morbo Celiaco" o "Dermatite Erpetiforme", con piena circolarità, all'interno della regione, nell'accesso al budget mensile da parte del cittadino
- fruizione del budget mensile, di un assistito "avente diritto", estesa a esercizi di diversa natura e in particolare a tutti i punti vendita della GDO presenti sul territorio
- applicazione di un processo dematerializzato attraverso la distribuzione ai cittadini di un CODICE CELIACHIA (codice personale) dedicato alla celiachia, che, associato alla CRS del cittadino (di cui deve essere letto il numero seriale), permette da parte di quest'ultimo l'attestazione dell'erogazione, anche in sostituzione dell'attuale firma sul modulo cartaceo, a comprova dell'avvenuta erogazione
- gestione e controllo della rendicontazione mensile inviata dagli erogatori.

3. PROCESSI

Il servizio "Celiachia" a regime si comporrà dei seguenti processi:

- Processo di convenzionamento dei punti di vendita;
- Processo di certificazione del cittadino "avente diritto";
- Processo di autorizzazione del piano terapeutico da parte della ASL;
- Processo di erogazione Prodotti-Processo di cassa GDO
- Processo di erogazione Prodotti effettuato attraverso WebCare
- Processo di rendicontazione e fatturazione.

In una prima fase è previsto che il processo di certificazione del cittadino "avente diritto", segua le attuali procedure e il cittadino si rechi presso l'ASL con la documentazione rilasciata dal medico specialista per l'inserimento del Piano Terapeutico sul nuovo Sistema Celiachia.

3.1 *Processo di convenzionamento dei punti di vendita*

Il sistema dovrà tenere l'anagrafe degli esercizi abilitati all'erogazione permettendo alle ASL la gestione dell'apertura e della chiusura dei singoli negozi, sia indipendenti, sia appartenenti a catene della GDO. In particolare, per quanto riguarda la GDO, il processo di convenzionamento prevederà i seguenti passi:

1. L'azienda capogruppo, per ogni punto vendita, richiede l'autorizzazione alla ASL a cui il punto di vendita fa capo territorialmente presentando tutta la documentazione definita da Regione Lombardia in merito al processo di convenzionamento.
2. L'azienda capogruppo, per ogni punto vendita, trasmette il Codice con cui il punto di vendita è identificato univocamente all'interno delle transazioni bancarie (Codice SIA + Codice Gruppo + Codice Stabilimento).
3. La ASL riceve e valuta la domanda di autorizzazione.
4. La ASL registra, nel proprio Albo Fornitori, i punti di vendita.

3.2 *Processo di certificazione del cittadino "avente diritto"*

Il processo si compone dei seguenti passi.

1. Il cittadino si reca da un medico specialista, operante in una struttura sanitaria accreditata di Regione Lombardia, per l'accertamento della malattia.
2. Il medico identifica il cittadino sul NAR (Anagrafe Regionale), attraverso la CRS SISS e i servizi SISS specifici.
3. Il medico specialista certifica al cittadino la patologia di "Morbo Celiaco" o "Dermatite Erpetiforme"
4. Il medico specialista redige il piano terapeutico specifico per il cittadino, indicando il budget di spesa mensile, e lo firma digitalmente.

3.3 *Processo di autorizzazione del piano terapeutico da parte della ASL;*

Il processo si compone dei seguenti passi:

1. La ASL di residenza del cittadino verifica e approva il piano terapeutico redatto dal medico specialista.
2. La ASL assegna al cittadino il CODICE CELIACHIA che il cittadino dovrà utilizzare, con la propria CRS, ai POS delle casse.

3.4 *Processo di erogazione Prodotti-Processo di cassa GDO*

Il processo si basa sull'interazione tra il software di cassa del punto di vendita e il sistema che realizza il servizio "Celiachia".

Il processo di cassa viene attivato immediatamente prima dell'emissione dello scontrino e si compone dei seguenti passi.

1. Il cittadino inserisce la propria CRS nel POS della cassa.
2. Il software della cassa riconosce la carta CRS e richiede la digitazione del CODICE CELIACHIA al cittadino.
3. Il cittadino digita il CODICE CELIACHIA (assegnato dalla ASL in fase di autorizzazione).
4. Il software di cassa acquisisce il codice CODICE CELIACHIA e legge il seriale della carta CSR.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

5. Il software di cassa richiede la verifica di ammissibilità della spesa al sistema di gestione del servizio "Celiachia".
6. Il sistema "Celiachia" verifica se il cittadino è "avente diritto" e il budget disponibile e procede con la trasmissione della risposta.
7. Il software di cassa procede con la conferma o meno della transazione a seconda che l'esito della verifica sia positivo o meno.
8. In caso di conferma, il sistema celiachia assegna un "codice autorizzazione" alla transazione e decrementa il budget dell'importo per cui è stata richiesta autorizzazione.

I dettagli dell'interazione e dei messaggi sono descritti nel documento "TSP-SS-Az-GOP-Pagamenti_Vari_Rel_1.5"

3.5 Processo di erogazione Prodotti effettuato attraverso WebCare

Il servizio attualmente in essere presso le Farmacie e i piccoli distributori, basato su WebCare, dovrà evolvere in modo graduale, garantendo continuità di servizio ma traguardando gli obiettivi del progetto. Pertanto si distinguono due fasi:

1. WebCare viene adeguato per collegarsi da subito, via Web Service, al nuovo sistema a cui "delega" la verifica del diritto all'erogazione e la gestione del budget, che, come detto, deve avvenire in un unico punto. Ciò viene fatto per tutte le singole istanze.
2. Viene intrapreso un percorso di adeguamento che porta all'unificazione delle basi dati, al fine di garantire la circolarità del cittadino a livello regionale, e la revisione del processo di consegna in forma dematerializzata secondo i criteri stabiliti (utilizzo del CODICE CELIACHIA, ecc.). Di conseguenza sarà fatta evolvere anche la modalità di rendicontazione, che abbandonerà le attuali procedure per convergere con quelle ora previste.

Per questa seconda fase occorrerà ricevere una proposta di progetto da parte del fornitore.

Gli esercizi privati non appartenenti alla GDO potranno convenzionarsi utilizzando Web Care o altre soluzioni SW, ma per ottenere il convenzionamento dovranno dimostrare:

- l'aderenza ai requisiti del processo dematerializzato, in particolare: adozione di documenti contabili di cassa certificati e riscontrabili tramite la correlazione con la singola transazione autorizzata dal sistema.
- l'adozione di un processo di distribuzione tecnicamente aderente a quanto previsto dal progetto: lettura della Smartcard, in particolare del numero seriale, possibilità di digitazione del PIN Celiachia, ecc.

3.6 Processo di rendicontazione e fatturazione

La rendicontazione avrà periodicità mensile e avverrà utilizzando il canale del servizio regionale che gestisce i flussi del Debito Informativo Territoriale (SMAF). Le aziende effettueranno l'upload dei file di rendicontazione firmati digitalmente con una carta operatore SISS o con una carta firma.

Il Sistema "Celiachia" deve:

- Acquisire i file di rendicontazione trasmessi dalla GDO o dagli esercizi commerciali convenzionati
- effettuare i controlli di validità dei dati trasmessi;
- eseguire la riconciliazione dei dati di dettaglio con la transazione attestata dal cittadino alla cassa;
- effettuare i controlli relativi alla presenza di articoli (codici EAN) non presenti nel Nomenclatore.
- effettuare i controlli relativi alla presenza dei codici punti vendita nell'Anagrafica Punti Vendita presente sul Sistema Celiachia.
- generare la reportistica a supporto del pagamento e degli eventuali contenziosi tra ASL e GDO/esercizi commerciali mettendo a confronto i seguenti elementi:
 - a) l'importo autorizzato nel processo di cassa
 - b) l'importo rendicontato mensilmente
 - c) l'importo "validato" ossia l'importo relativo a articoli effettivamente soggetti a rimborso

4. COMPONENTI DEL SISTEMA

Per la gestione dei processi precedentemente descritti, sono state individuate le seguenti componenti principali del sistema:

- a) **Gestione assistiti celiaci** – Web application dedicata ai medici e agli operatori ASL, che permette la gestione anagrafica del cittadino e la definizione del "piano di cura", che attualmente coincide con l'attivazione del budget mensile ma potrà facilmente evolvere secondo eventuali indicazioni da parte del governo regionale.
- b) **Gestione degli erogatori** – con capacità di gestire più livelli in caso di organizzazioni complesse
- c) **Gestione nomenclatore prodotti** – componente interno che consente la gestione anagrafica dei prodotti che possono

essere dispensati con la copertura SSN e ne permette l'aggiornamento

- d) **Gestione del budget in fase di erogazione** – Web Services per la fase di erogazione dei prodotti che permettono la verifica in sincrono dell'identità del cittadino, della sussistenza del diritto al servizio e del budget residuo disponibile per il cittadino, sulla base della CRS e del CODICE CELIACHIA.
- e) **Calcolo dei consuntivi e controllo rendicontazione** – componente che permette di effettuare i controlli contabili e di generare mensilmente i report di sintesi e di dettaglio

5. ARCHIVI DI BASE

Il servizio "celiachia" deve gestire i seguenti archivi regionali:

- anagrafica dei punti di vendita convenzionati;
- anagrafica dei prodotti per celiaci in carico al SSR.

5.1 Anagrafica dei punti di vendita convenzionati

L'anagrafica dei punti di vendita è l'esito del processo di convenzionamento.

Ogni punto di vendita della GDO o qualsiasi esercizio commerciale che aderisce al convenzionamento deve essere identificato in maniera univoca

Nel caso dei punti vendita della GDO, essi sono identificati univocamente dal "Codice SIA", impiegato nelle transazioni bancarie", costituito da 3 parti:

- Codice SIA;
- Codice del Centro Logistico del Gruppo;
- Codice del Punto di Vendita.

E' compito della GDO comunicare all'ASL territorialmente di competenza eventuali variazioni dei punti vendita, in maniera che l'anagrafica sia sempre allineata sul Sistema Celiachia al momento della rendicontazione.

L'anagrafica dei punti vendita della GDO convenzionata deve essere consultabile dal sistema "Celiachia".

5.2 Anagrafica dei prodotti per celiaci

L'anagrafica dei prodotti per celiachia, in carico al SSR, viene gestita centralmente sul sistema "Celiachia" e l'allineamento di quest'ultima è in capo a L.I.

Ogni prodotto viene identificato univocamente dal Codice EAN.

L'anagrafica dei prodotti deve essere allineata mensilmente per il processo di rendicontazione e deve essere consultabile dal sistema "Celiachia".

6. ATTORI DEL SISTEMA

Il medico specialista, via PdL SISS e Carta Operatore SISS, utilizza il sistema "Celiachia" per redigere il Piano Diagnostico Terapeutico (PDT) che attesta la patologia di "Morbo Celiaco" o "Dermatite Erpetiforme" del cittadino. In particolare:

- l'inserimento del PDT è subordinato alla lettura della carta CRS e all'identificazione del cittadino sul NAR mediante il servizio SISS di identificazione cittadino (ICCE);
- il PDT è identificato univocamente dal codice IUP (ottenuto attraverso il servizio SISS GSSC);
- il PDT definisce il tetto di spesa mensile del paziente;
- il PDT è firmato digitalmente dal medico specialista attraverso i servizi SISS di firma (SA).

L'operatore ASL, via PdL SISS e Carta Operatore SISS, utilizza il sistema "Celiachia" per:

- verificare e autorizzare i PDT degli assistiti residenti;
- assegnare agli assistiti "aventi diritto" il CODICE CELIACHIA necessario per la fruizione del budget mensile;
- consultare e verificare l'anagrafica dei punti di vendita convenzionati;
- consultare l'anagrafica dei prodotti per celiaci in carico al SSR;
- effettuare i controlli a supporto del processo di rendicontazione mensile.

Il gateway TSP interagisce con il sistema "Celiachia", attraverso linea dedicata TSP/L.I e protocollo HTTPS, per la gestione del processo di cassa della GDO secondo le specifiche di interfaccia definite.

I Web Services del sistema Celiachia saranno accessibili, via canale Internet/HTTPS, anche a ulteriori SW di terze parti.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

In particolare, il sistema WebCare interagisce con il sistema "Celiachia", via canale Internet/HTTPS, per l'accesso alle posizioni anagrafiche e relativo budget. Si sottolinea che l'utilizzo del CF al posto del numero CRS sarà concesso in deroga solo in una prima fase - e dovrà essere previsto dai Web Services - ma il suo abbandono è da ritenersi assolutamente prioritario e obbligatorio nelle evoluzioni del sistema.

Lo SMAF di L.I. viene messa a disposizione degli utenti del nuovo sistema "Celiachia", per la trasmissione dei file di rendicontazione mensili da parte delle catene GDO e degli aderenti

Il sistema "Celiachia" prevede inoltre un'interazione, via canale Internet/HTTPS e autenticazione semplice basata su username/password, per:

- gli operatori dell' Associazione Italiana Celiachia Lombardia Onlus che necessitano di consultare l'anagrafica dei prodotti per celiaci in carico al SSR;
- per gli operatori della GDO che necessitano di consultare e aggiornare l'elenco dei punti di vendita convenzionati e di consultare la reportistica di controllo della rendicontazione a loro dedicata;
- l'amministratore di sistema per controllo e monitoraggio del sistema, aggiornamento dei dati di configurazione del sistema, gestione dei profili applicativi del sistema.

7. ARCHITETTURA

Il sistema "Celiachia" è realizzato come applicazione web basata sulla piattaforma tecnologica Java 2 Enterprise Edition (J2EE). Questa soluzione garantisce:

- accesso al sistema via canale HTTP/HTTPS e Browser Web (i.e non sono necessarie componenti aggiuntive sui PC client usati dagli utenti del sistema);
- indipendenza dell'applicazione dalla piattaforma di deployment, perchè scritta in linguaggio JAVA;
- elevata interoperabilità del sistema verso sistemi esterni eterogenei grazie all'ampia gamma di librerie JAVA offerte dall'architettura J2EE;
- portabilità dell'applicazione su qualunque Application Server J2EE compliant;
- indipendenza del sistema dal tipo di DB Server;

7.1 Architettura software

L'architettura software del sistema "Celiachia" è di tipo three-tier (i.e "a tre strati") come schematizzato nella Figura 1.

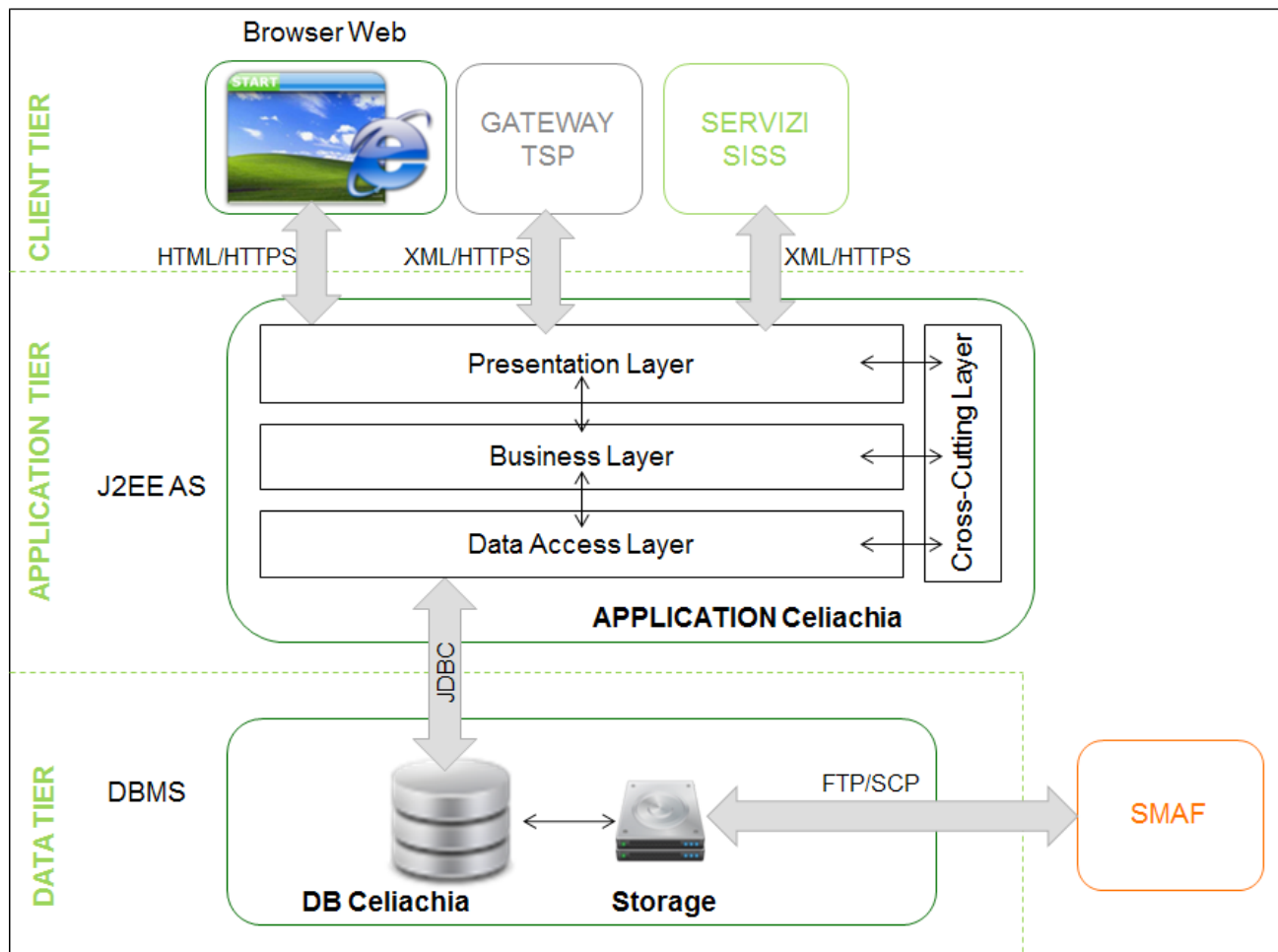


Figura 1 - Architettura Software

Il sistema "Celiachia" è suddiviso in 3 diversi livelli software dedicati rispettivamente all'interfaccia utente (client-tier), alla logica applicativa (application-tier) e alla gestione dei dati persistenti del sistema (data-tier).

La comunicazione tra il client-tier e l'application tier avviene attraverso il protocollo HTTPS, mentre la comunicazione tra l'application-tier e il data-tier avviene attraverso la Java API JDBC.

Per la definizione del software di base, impiegato ai vari livelli dell'architettura, si rimanda alla fase di definizione e validazione dell'infrastruttura HW e SW del sistema con L.I.

Per le regole di esposizione dell'applicazione "Celiachia" sulla Extranet-SISS e sulla rete Internet si rimanda al documento CRS-SIAU-ISAU#25 del progetto SISS.

7.2 Architettura Applicativa

Le componenti "funzionali", che realizzano la logica applicativa del sistema "Celiachia", sono suddivise in quattro livelli logico-funzionali (layer) come riportato in Figura 1.

- Data Access Layer: contiene tutte le componenti per l'accesso ai dati del sistema. Questo livello realizza l'interfaccia tra l'application tier e il data tier dell'architettura software del sistema.
- Business Layer: contiene tutte le componenti che realizzano le logiche applicative (i.e regole di business) del sistema;
- Presentation Layer: contiene tutte le componenti che gestiscono le interazioni del sistema con gli utenti e con i sistemi esterni di terze parti. Tale strato consente di separare le logiche applicative dalla modalità di presentazione dei dati di I/O del sistema. Questo livello realizza l'interfaccia tra il client tier e l'application tier;
- Cross-Cutting Layer: contiene tutte le componenti che realizzano funzioni trasversali a tutti i livelli sopra indicati, quali la gestione dei log del sistema e il controllo degli accessi alle risorse applicative del sistema.

7.3 Architettura hardware

L'architettura hardware(i.e. fisica) del sistema "Celiachia" è quella riportata in Figura 2.

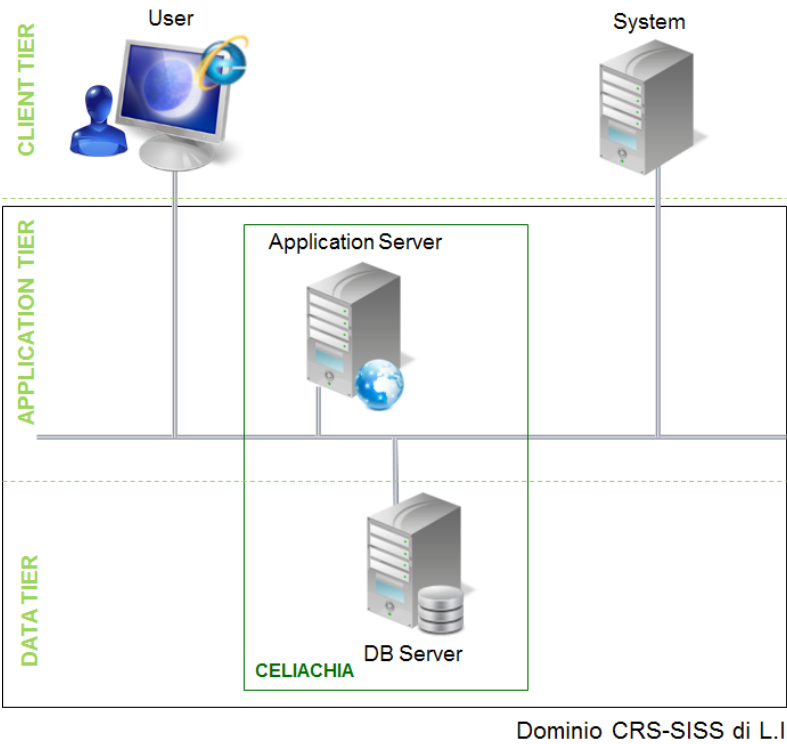


Figura 2 - Architettura Hardware

Per la definizione delle caratteristiche HW delle diverse macchine si rimanda alla fase di definizione e validazione dell'infrastruttura HW e SW del sistema con L.I.

**"ACCORDO REGIONALE CON LE SIGLE DELLA GRANDE DISTRIBUZIONE ORGANIZZATA PER L'EROGAZIONE
DI PRODOTTI DIETETICI SENZA GLUTINE PER GLI ASSISTITI LOMBARDI CELIACI PER IL PERIODO 2013-2015"**

TRA

REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE SANITA', nella persona del Direttore Generale dott. Carlo Lucchina

REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI, nella persona del Direttore Generale dott. Giuseppe Pannuti

E

LA SIGLA DELLA GRANDE DISTRIBUZIONE ORGANIZZATA (GDO), nella persona di:

VISTI

Il d.m. 8 giugno 2001 "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati a una alimentazione particolare" e, nello specifico:

- L'art. 1 lett. C) che sancisce l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza dell'erogazione dei prodotti destinati all'alimentazione delle persone affette da morbo celiaco, previsione successivamente confermata nel d.p.c.m. 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- L'art. 6 che dispone che i prodotti per celiaci siano erogati direttamente dai centri di riferimento presso i quali sono in cura le persone, dai presidi delle aziende unità sanitarie locali, dalle farmacie convenzionate o, secondo direttive all'uopo emanate dalle regioni, da altri fornitori incaricati dalle aziende unità sanitarie locali;
- L'art. 7 che prevede che gli alimenti dispensabili con onere a carico del SSN siano inseriti nel Registro Nazionale degli Alimenti destinati ad una alimentazione particolare, predisposto e aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute.

La legislazione nazionale successivamente intervenuta in materia di assistenza alle persone affette da morbo celiaco ed in particolare:

- La l. 4 luglio 2005, n. 123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" che riconosce la malattia celiaca o celiachia come malattia sociale e prevede interventi posti in essere dalle Regioni e dalle articolazioni del Servizio sanitario nazionale diretti a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia;
- Il d.m. 4 maggio 2006 "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della l. 4 luglio 2005, n. 123";

<i>Fasce d'età D.m. 4 maggio 2006</i>	<i>Tetto mensile MASCHI D.m. 4 maggio 2006</i>	<i>Tetto mensile FEMMINE D.m. 4 maggio 2006</i>
6 mesi – 1 anno	Euro 45,00	Euro 45,00
Fino a 3,5 anni	Euro 62,00	Euro 62,00
Fino a 10 anni	Euro 94,00	Euro 94,00
Età adulta	Euro 140,00	Euro 99,00

La delibera della Giunta regionale n. 5738 del 31 ottobre 2007 avente per oggetto "PROGETTO CRS-SISS: PRIMA ATTUAZIONE ART.1 L.R. 18/2007" che, a seguito della legge regionale n. 18 del 31 luglio 2007, sancisce l'obbligatorietà all'adesione e all'utilizzo del SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario) da parte di tutti gli operatori del sistema regionale socio-sanitario in particolare per permettere la comunicazione e l'elaborazione dei dati sanitari garantendo il controllo e il contenimento della spesa, tra cui l'assistenza integrativa e dietetica.

La delibera della Giunta regionale n. 10031 del 7 agosto 2009 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'EVOLUZIONE DEL PROGETTO CRS-SISS" che decreta l'approvazione dell'evoluzione del progetto SISS ai fini della semplificazione degli adempimenti amministrativi del cittadino e del controllo della spesa.

La delibera della Giunta regionale n. 10512 del 9 novembre 2009 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'EVOLUZIONE DEL PROGETTO CRS-SISS - APPROVAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE DI DETTAGLIO, DELLO SCHEMA D'INCARICO A LOMBARDIA INFORMATICA S.P.A. E DEGLI SCHEMI DI CONVENZIONE TRA REGIONE LOMBARDIA S.P.A. E AZIENDE SANITARIE".

L'art. 50, del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326, e successive modificazioni, recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

Lo schema di convenzione tra Regione Lombardia e Agenzia delle Entrate per l'attuazione degli adempimenti tecnici relativi alla CRS di cui all'art. 50 del decreto legge 269/2003 convertito con legge 326/2003.

La d.g.r. n. del che approva il presente schema tipo di convenzione.

PREMESSO:

che la normativa inerente i rapporti con le farmacie pubbliche e private (D.p.r. 371/1988, art. 2 comma 2) nel riconoscere la possibilità per le farmacie di erogare prodotti dietetici a carico del Servizio Sanitario Nazionale, non individua tale canale distributivo come esclusivo;

che il sistema SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario) connettendo in rete tutti gli operatori Socio sanitari della Lombardia in un unico sistema informativo, costituisce l'infrastruttura info-telematica che supporta il ciclo prescrittivo-erogativo, in particolare fornendo gli strumenti idonei per la dematerializzazione dell'intero processo, per il supporto alle fasi di rendicontazione e per la gestione degli assistiti di tutte le ASL del territorio;

che ai sensi di quanto disposto dall'articolo 50 della legge n. 326 dell'11 novembre 2003 le strutture di erogazione di servizi sanitari, tra cui l'assistenza integrativa e dietetica, devono effettuare la rilevazione e la trasmissione dei dati ai sistemi regionali SISS, secondo quanto stabilito dalle delibere di attuazione del SISS (delibera 5738 del 31 ottobre 2007 e successive);

che il percorso configurato dal progetto "Nuova Celiachia" di cui all'allegato 1 alla d.g.r. n. del prevede, in particolare, che:

- le ASL inseriscano gli Assistiti celiaci nel sistema SISS abilitandoli all'approvvigionamento dei prodotti per Celiaci secondo il Piano Terapeutico opportunamente predisposto dallo specialista;
- venga attribuito un CODICE CELIACHIA legato all'attivazione del Piano Terapeutico
- il CODICE CELIACHIA, a discrezione delle singole ASL, venga consegnato al momento dell'autorizzazione del Piano Terapeutico o recapitato in caso di cittadini già autorizzati;
- i punti vendita che aderiscono al progetto effettuino la lettura della CRS
- le aziende inviino mensilmente al SISS un flusso di rendicontazione dei prodotti erogati con tracciato record specificato al sub-allegato 1 (Tracciato_Rendicontazione);
- l'anagrafe dei prodotti erogabili in regime SSR presenti nella sezione celiachia del Registro Nazionale del Ministero della Salute sia gestito centralmente nel sistema SISS;

che tale sistema costituisce un valore aggiunto rispetto al soddisfacimento di talune esigenze manifestate dalle Associazioni Italiana Celiachia Lombardia Onlus, ed in particolare:

- possibilità di approvvigionarsi dei prodotti a carico del Servizio Sanitario Regionale non solo all'interno delle farmacie, ma anche all'interno di comuni punti vendita dei prodotti alimentari;
- possibilità di superare i limiti provinciali per l'approvvigionamento dei prodotti, consentendo la libera circolazione e scelta del cittadino su tutto il territorio regionale;

che l'attivazione di un sistema che soddisfi le esigenze sopra riportate risulta pertanto volto a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia, in coerenza alle finalità perseguite dalla citata l. 123/2005, favorendo maggiore accessibilità e uniformità delle modalità di acquisto degli alimenti rispetto alla generalità della popolazione;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**Art. 1****Oggetto dell'accordo**

Oggetto dell'accordo è la fornitura, a carico del Servizio Sanitario Regionale, di alimenti dietetici ai cittadini affetti da celiachia tramite i punti vendita delle Sigle della Grande Distribuzione Organizzata che aderiranno al presente accordo.

Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo, si fa riferimento a quanto indicato nei sub-allegati tecnici.

Art. 2**Prodotti concedibili**

I prodotti dietetici rimborsabili dal SSR ed erogabili sono quelli riportati nel Registro nazionale sezione Celiachia in vigore, consultabili sul sito www.ministerosalute.it/alimenti/dietetica/dieApprofondimento.

L'anagrafica di tali prodotti viene gestita centralmente dal sistema SISS che effettuerà i necessari controlli di pertinenza delle erogazioni con riferimento a tale anagrafica. In fase Pilota il primo impianto viene effettuato da un'anagrafica condivisa e arricchita con il contributo delle singole Sigle della GDO. Tale Nomenclatore, aggiornato sui sistemi centrali tramite una Banca dati certificata, viene messo a disposizione dei punti vendita aderenti in modo che ogni aderente possa consultarlo ed effettuarne il download. Nel sub-allegato 4 (Gestione_AnagraficaProdotti) sono descritte le modalità operative e tecniche.

Art. 3**Condizioni di vendita**

L'Azienda partecipante al progetto può determinare liberamente lo sconto sul prezzo dei prodotti di cui al registro nazionale e il prezzo del prodotto deve essere esposto in modo leggibile e chiaro al cittadino.

L'Azienda si impegna a garantire, nei propri punti vendita, le condizioni ambientali idonee alla corretta conservazione dei prodotti.

Eventuali resi (per qualsiasi causa) di alimenti possono essere sostituiti unicamente con altri prodotti compresi nell'elenco nazionale e concedibili da SSR.

Art. 4

Percorso del paziente

I Cittadini possono effettuare il proprio approvvigionamento a carico del SSR sia presso i punti vendita delle Sigle della GDO che hanno aderito al progetto, sia presso le Farmacie e gli esercizi commerciali convenzionati con le singole ASL. Il percorso tipico è il seguente: il cittadino si reca presso uno dei punti vendita aderenti al progetto, sceglie gli alimenti che desidera acquistare, giunto alla cassa inserisce la CRS nel POS e digita il CODICE CELIACHIA fornitogli dall'ASL di Residenza. Il totale dei prodotti rimborsabili dal SSR verrà decurtato dal budget mensile disponibile. L'eventuale differenza in eccesso rispetto al budget disponibile verrà saldato attraverso le modalità tradizionali. Al termine dell'operazione il cittadino riceverà sullo scontrino l'informazione dell'ammontare del credito residuo mensile.

Art. 5

Obblighi delle aziende

Le Aziende che aderiscono al progetto, secondo quanto disposto dal sub-allegato 6 (Procedura per la stipula di convenzione) devono comunicare alle ASL territorialmente competenti quali siano i punti vendita abilitati. In fase di start up l'impianto dell'anagrafica dei punti vendita viene effettuata da Lombardia Informatica sul sistema SISS sulla base di un elenco fornito dalle singole aziende. Nel sub-allegato 5 (Gestione_AnagraficaPuntiVendita) sono descritte le modalità operative.

I punti di vendita che aderiscono al progetto devono abilitare presso le casse un dispositivo in grado di leggere il chip della CRS e recepire la digitazione del CODICE CELIACHIA; la documentazione per la lettura della CRS è disponibile sul sito: <http://www.crs.lombardia.it> nella sezione "La CRS per gli Enti locali".

Il sistema casse dovrà acquisire il codice personale cittadino (CODICE CELIACHIA) e il Numero Seriale presente sulla carta e inviare tali dati al sistema SISS attraverso opportuni protocolli di comunicazione descritti nelle specifiche che verranno consegnate agli aderenti.

Le Aziende inviano mensilmente al SISS tramite SMAF un file avente tracciato informatico definito nel sub-allegato 1 (Tracciato_Rendicontazione), contenente le informazioni di dettaglio di tutte le erogazioni di prodotti per Celiaci rimborsabili SSR effettuate nel corso del mese.

Tale file costituisce l'unica modalità per dar seguito al rimborso.

Art. 6

Importo di spesa

L'ASL per il tramite del sistema SISS autorizza il cittadino celiaco ad usufruire ogni mese dell'importo di spesa individuato come il limite massimo di cui al d.m. 4 maggio 2006 da utilizzare nel mese di riferimento presso i punti vendita abilitati, presso le farmacie o gli esercizi commerciali convenzionati.

Art. 7

Aspetti economici

Le Aziende aderenti al progetto inviano, entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento, al sistema SMAF il flusso di rendicontazione dei prodotti erogati secondo le modalità tecniche individuate nel sub-allegato 2 (SMAF_manuale_utente_GDO). Il tracciato informatico di tale flusso è definito nel sub-allegato 1 (Tracciato_Rendicontazione).

Qualora il sistema di controllo rilevasse inesattezze nel flusso di rendicontazione (ad esempio prodotti non in elenco) verranno esclusi dal pagamento solo gli articoli errati. In maniera analoga, qualora il sistema rilevasse nel flusso di rendicontazione punti vendita non presenti fra quelli per cui è stato richiesto il convenzionamento, verranno esclusi dal pagamento i soli punti vendita non convenzionati.

Non potrà imputarsi alcuna responsabilità alle Aziende della GDO aderenti in caso di problemi riguardanti la carta CRS (manomissioni, clonazioni, ecc.).

Unitamente all'invio del file di rendicontazione l'Azienda deve far pervenire alle ASL territorialmente competenti i punti vendita un documento cartaceo di riepilogo mensile per dar seguito ai pagamenti. L'importo del documento di riepilogo mensile non potrà essere comunque superiore alla somma degli importi autorizzati dal sistema SISS ai singoli assistiti nel mese di riferimento.

La documentazione soprarichiamata costituisce l'unica modalità per dar seguito al rimborso.

L'ASL rimborsa le somme per le quali riceve fatturazione (una fattura mensile per ciascuna ASL in forma cumulativa, ovvero una fattura a fronte di più scontrini di vendita puntualmente individuati) da parte dell'Azienda e contenente il riferimento alla fattispecie "cessioni che hanno per oggetto denaro o crediti in denaro" ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. a) del d.p.r. 603/72 e quindi non considerate cessioni di beni e di conseguenza senza ulteriore aggravio di IVA, ritenendo corretta la procedura tenuta per la vendita dell'Azienda al consumatore finale, ovvero l'emissione di uno scontrino comprensivo dell'IVA dovuta.

Art. 8

Rispetto normativa sulla privacy

In conformità alle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali, durante le attività previste nell'ambito dell'erogazione del Servizio Celiachia, deve essere assicurata la riservatezza e l'integrità di qualsiasi informazione rilevata (dati e documenti) relativa ai soggetti celiaci, con particolare riguardo alle informazioni di natura sensibile. Per ulteriori specifiche e indicazioni riguardo alla normativa sulla privacy si fa riferimento al sub-allegato 3 (Raccomandazioni-Privacy).

Art. 9 Controversie

Per eventuali controversie che potranno insorgere tra l'Amministrazione e la ditta fornitrice o al termine del contratto, in osservanza a quanto previsto dall'art. 25 C.P.C., le parti dichiarano di riconoscere competente il Foro di Milano.

Art. 10 Risoluzione del Contratto

Nel caso di introduzione di nuove delibere e determinate regionali in materia, incompatibili con quanto definito in questo contratto, lo stesso dovrà nuovamente essere oggetto di discussione e potrà costituire motivo di risoluzione unilaterale del contratto.

La Regione inoltre, potrà avvalendosi della facoltà di cui all'art. 1456 c.c. (clausola risolutiva espressa), risolvere di diritto il contratto, previa comunicazione scritta al negozio aderente da effettuarsi a mezzo lettera raccomandata A.R., nei seguenti casi:

- in caso di frode nella fornitura;
- in caso di grave, reiterata, negligenza nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali, dopo due contestazioni scritte;
- in caso di cessazione dell'attività o in caso di concordato preventivo, di fallimento, di stato di moratoria e di conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'Impresa;
- in caso di cessione del contratto, cessione d'azienda o subappalto non autorizzati dalla Regione;

Nel caso di variazione della soggettività giuridica del fornitore, la prosecuzione del rapporto dovrà essere autorizzata dalla Regione.

Le Aziende della GDO aderenti potranno a loro volta avvalersi della facoltà di cui all'art. 1456 c.c. nei seguenti casi:

- in caso di grave, reiterata, negligenza nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali della controparte.
- In caso di riduzione drastica dell'importo di spesa concesso ai cittadini celiaci da parte dell'ASL.

Per quanto non previsto dal presente articolo, si applicano le disposizioni di cui al codice civile.

Art. 11 Sottoscrizione Accordo

Le Aziende della GDO aderenti danno atto di essere a conoscenza che il presente accordo potrà essere sottoscritto con altri negozi o catene della grande distribuzione organizzata e che nessun diritto di esclusività è riconosciuto alla stesso con la sottoscrizione del presente accordo.

Art. 12 Progetto Pilota

Al fine di dare attuazione al progetto e verificare le eventuali criticità da risolvere viene data la possibilità alle Aziende della GDO aderenti di prendere parte ad attivare una fase pilota a partire da dicembre 2012.

Tale fase prevede per il mese di dicembre 2012 una fase di test utilizzando Carte Virtuali e, successivamente, il coinvolgimento di un numero ridotto di ASL fra quelle in cui si ha una maggior presenza di punti vendita aderenti al progetto e un numero definito di assistiti che in libera scelta, temporaneamente, sceglieranno il canale di approvvigionamento presso i punti vendita della GDO.

Gli assistiti che parteciperanno alla sperimentazione, a garanzia del proprio approvvigionamento avranno la possibilità di usufruire sia del canale GDO sia del canale utilizzato in precedenza. La fase pilota si concluderà entro marzo con la messa a regime del sistema.

Art. 13 Modifica sub-allegati

I sub-allegati tecnici potranno essere modificati concordemente tra le parti in relazione a nuove esigenze sopravvenute nel tempo.

Art. 14 Durata

La presente convenzione decorre dalla data di sottoscrizione sino all'1 dicembre 2015, rinnovabile su concorde volontà delle parti.

Data _____

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Per la REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE SANITÀ
il Direttore Generale dott. Carlo Lucchina _____

Per la REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI
il Direttore Generale dott. Giuseppe Pannuti _____

Per la Sigla della Grande Distribuzione Organizzata _____

Ai sensi e agli effetti degli art. 1341 e 1342 del Codice Civile si approvano espressamente i seguenti articoli:
art. 7 "Aspetti economici", art. 9 "Controversie", art. 10 "risoluzione del contratto", art. 11 "Sottoscrizione accordo", art. 13 "Modifica sub-allegati"

Per la REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE SANITÀ
il Direttore Generale dott. Carlo Lucchina _____

Per la REGIONE LOMBARDIA - DIREZIONE GENERALE COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI
il Direttore Generale dott. Giuseppe Pannuti _____

Per la Sigla della Grande Distribuzione Organizzata _____

Sub - Allegati Tecnici (*omissis*):

- Sub-Allegato 1 "Tracciato_Rendicontazione"
- Sub-Allegato 2 "SMAF_manuale_utente_GDO"
- Sub-Allegato 3 "Raccomandazioni-Privacy"
- Sub-Allegato 4 "Gestione_AnagraficaProdotti"
- Sub-Allegato 5 "Gestione_AnagraficaPuntiVendita"
- Sub-Allegato 6 "Procedura per la stipula di convenzione"

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

Presidenza

D.d.s. 5 dicembre 2012 - n. 11375

Direzione centrale Programmazione integrata - Impegno e contestuale liquidazione alle Comunità montane del saldo contributo regionale per le spese di funzionamento relativo all'anno 2012 di cui alla l.r. 19/2008, art. 13, c. 1, lett. c-bis) in esecuzione della d.g.r. n. 4434 del 28 novembre 2012

IL DIRETTORE DI FUNZIONE SPECIALISTICA
DELLA STRUTTURA PROMOZIONE DEL TERRITORIO E MONTAGNA

Vista la l.r. 19/2008 «*Riordino delle comunità montane della Lombardia, disciplina delle unioni di comuni lombarde e sostegno all'esercizio associato di funzioni e servizi comunali*»;

Vista la l.r. 11/2011 «*Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2011 ed al bilancio pluriennale 2011/2013 a legislazione vigente e programmatico - I Provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali*», che in particolare all'art. 6 comma 1 interviene con modifiche alla l.r. 19/2008;

Visti i commi 1.b) e 1.c) dell'art. 6 della citata l.r. 11/2011, che aggiungono i seguenti commi nella l.r. 19/2008:

- al comma 1 dell'art. 13 l.r. 19/08 dopo la lettera c): «*c-bis) le eventuali risorse finanziarie regionali come contributo al funzionamento, da determinarsi annualmente con legge di approvazione del bilancio.*»
- dopo il comma 1 dell'art. 22 l.r. 19/08: «*1-bis) Alle spese per il finanziamento di cui all'art. 13 comma 1, lettera c-bis), si provvede con le risorse di cui all'UPB 3.2.0.2.293 «Territorio montano e piccoli comuni» dello stato di previsione delle spese del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale a legislazione vigente 2011-2013.*»

Visto l'art. 3 comma 1, lett. d) della l.r. 22/2011, che ha così integrato ulteriormente la l.r. 19/2008:

- dopo il comma 2 dell'articolo 13 sono aggiunti i seguenti:

2 bis. Nelle more della definizione dei costi standard per le comunità montane, le risorse finanziarie ad esse destinate ai sensi del comma 1, lettera c bis), sono ripartite secondo criteri deliberati dalla Giunta regionale sentita la Conferenza dei presidenti di cui all'articolo 14, comma 4, e il Comitato per la montagna di cui all'articolo 7 della l.r. 25/2007. Nelle more della deliberazione si applicano i criteri di cui all'articolo 4, comma 3, della l.r. 25/2007.;

2 ter. In caso di straordinaria e comprovata necessità, una quota non superiore al 5 per cento delle risorse di cui al comma 1, lettera c bis), può essere diversamente destinata con deliberazione della Giunta regionale. La sussistenza del presupposto per l'intervento deve essere previamente riconosciuta dalla Conferenza dei presidenti di cui all'articolo 14, comma 4, che si esprime a maggioranza assoluta.;

Richiamata la d.g.r. n. 3120 del 14 marzo 2012 con oggetto «Assegnazione per l'anno 2012 alle Comunità Montane del contributo regionale per le spese di funzionamento (art.13, c.1, lett.c bis), l.r. 19/2008»;

Dato atto che la richiamata d.g.r. 3120/2012 assegna per l'anno 2012 la somma complessiva di € 9.300.000,00 = (nove milioni trecentomila) a favore delle Comunità Montane, di cui 438.857,25 da tenere di riserva in attesa di assegnazione entro l'anno, e 8.861.142,75 Euro da assegnare e liquidare immediatamente alle Comunità montane;

Vista la d.g.r. n. 4434 del 28 novembre 2012 in cui si prende atto che, per l'intervenuto scioglimento del Consiglio regionale e quindi per l'interruzione della IX Legislatura con conseguente riduzione a poteri di ordinaria amministrazione della Giunta regionale, non è possibile procedere a una decisione circa l'assegnazione in tutto o in parte del c.d. «fondo di riserva» accantonato per il 2012 a norma dell'art. 3 comma 1 lett. d) della l.r. 22/2011, pari ad Euro 438.857,25; e che si rende quindi necessario restituire le quote di fondo di riserva a quelle stesse Comunità montane dalle quali erano state prelevate nel momento della sua costituzione, come segue:

- CM Iaghi Bergamaschi (BG) - Euro 85.064,10
- CM valle Seriana (BG) - Euro 97.708,95
- CM Iario Orientale Valle S. Martino (LC) - Euro 62.742,60
- CM valli del Lario e del Ceresio (CO) - Euro 75.076,65

- CM del Piambello (VA) - Euro 53.267,10
- CM valli del Verbano (VA) - Euro 64.997,85

Ritenuto pertanto necessario provvedere all'impegno e alla contestuale liquidazione dell'importo di € 438.857,25 (quattrocentotrentottomilaottocentocinquantasette/25) = come da riparto di cui sopra, a valere sull'U.P.B. 3.2.0.2.293 cap. 7627 del bilancio per l'esercizio 2012 che presenta la necessaria disponibilità;

Vista la l.r. 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della IX Legislatura;

Vista la l.r. 34/1978 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché il regolamento di contabilità e la legge regionale di approvazione del Bilancio di previsione dell'anno in corso;

Verificato che la spesa oggetto del presente atto non rientra nell'ambito di applicazione dell'art. 3 della l. 136/2010 (tracciabilità dei flussi finanziari);

DECRETA

1. Di impegnare e contestualmente liquidare la somma di Euro 438.857,25 a valere sul capitolo di bilancio 3.2.0.2.293.7627 dell'esercizio finanziario in corso, che offre la sufficiente disponibilità di competenza e di cassa, a favore Beneficiari Diversi (cod. 41272) come di seguito suddivisi:

- CM Iaghi Bergamaschi (BG) - Euro 85.064,10
- CM valle Seriana (BG) - Euro 97.708,95
- CM Iario Orientale Valle S. Martino (LC) - Euro 62.742,60
- CM valli del Lario e del Ceresio (CO) - Euro 75.076,65
- CM del Piambello (VA) - Euro 53.267,10
- CM valli del Verbano (VA) - Euro 64.997,85

2. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL

Il direttore di funzione specialistica della
struttura promozione del territorio e montagna
Raffaele Raja

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.d.s. 11 dicembre 2012 - n. 11875**Direzione centrale Programmazione integrata - Fondo Nazionale Montagna ex l. 97/94 annualità 2009. Impegno di spesa a favore dei Comuni capoluogo Como, Lecco, Sondrio e Varese in esecuzione della d.g.r.n. 4434 del 28 novembre 2012****IL DIRETTORE DI FUNZIONE SPECIALISTICA
DELLA STRUTTURA PROMOZIONE DEL TERRITORIO E MONTAGNA**

Vista la legge n. 97 del 31 gennaio 1994 «Nuove disposizioni per le zone montane», ed in particolare l'art. 2 che istituisce presso il Ministero del bilancio e della programmazione economica il Fondo nazionale per la montagna alimentato da trasferimenti comunitari, dello Stato e di enti pubblici, ripartiti tra le regioni e le province autonome;

Vista la l.r. 25/2007, recante «Interventi regionali in favore della popolazione dei territori montani»;

Vista la l.r. 19/2008 «Riordino delle comunità montane della Lombardia, disciplina delle unioni di comuni lombarde e sostegno all'esercizio associato di funzioni e servizi comunali»;

Considerato che le risorse finanziarie per il funzionamento ed il sostegno dell'attività delle Comunità Montane, ai sensi della l.r. 19/2008 art. 13, comma 1, lettera a), sono sostenute anche con risorse provenienti dal Fondo nazionale suddetto;

Vista la deliberazione CIPE n. 13/2012 pubblicata sulla G.U. n. 150 del 29 giugno 2012;

Richiamata la d.g.r. n. IX/4304 del 26 ottobre 2012 recante «Variazioni al bilancio per l'esercizio finanziario 2012 e bilancio pluriennale 2012-2014 a legislazione vigente e programmatico (d. lgs. 118/11 - l.r. 34/78, art. 49, co. 7 - co. 3 - co. 2, l.r. 37/95, art. 27, co. 5 bis) - 14° provvedimento» che apporta al bilancio per l'esercizio finanziario 2012 la necessaria variazione al capitolo di entrata 4.3.195.4352 e al relativo capitolo di spesa connesso 3.2.0.3.114.4353, per un importo complessivo pari a € 2.792.448,00= (duemilionisettecentonovantaduemilaquattrocentoquarantotto/00), per il Riparto 2009 del Fondo Nazionale per la montagna, assegnato dal CIPE con la citata deliberazione n. 13/2012 pubblicata sulla GU n. 150 del 29 giugno 2012;

Visto il decreto di accertamento n. 10907 del 27 novembre 2012;

Vista la d.g.r. n. 4434 del 28 novembre 2012 in cui si stabilisce che la quota lombarda del Fondo nazionale Montagna per il 2009 deve essere ripartita tra le Comunità montane secondo i criteri in vigore nell'anno 2009, per la prima metà dell'anno riferita alle esistenti 30 Comunità e per la seconda metà dell'anno a 23 Comunità, a seguito del riordino recato dalla l.r. 19/08 come da riparto specificato nell'allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto;

Preso atto che il cap. 4353 della citata UPB 3.2.0.3.114 è per spese di investimento in capitale, e quindi deve conformemente essere utilizzato dalle Comunità montane e dai Comuni Capoluogo per gli impieghi consentiti dalla legge;

Ritenuto pertanto necessario provvedere all'impegno della spesa di € 18.903,75= (diciottomilanovecentotre/75), a favore dei Beneficiari individuati a seguito del riordino recato dalla l.r. 19/08 e come dettagliato nella seguente tabella, a valere sull'UPB 3.2.0.3.114 cap. 4353 del bilancio per l'esercizio 2012 che presenta la necessaria disponibilità;

Id	Comune Capoluogo fino 30 giugno 2009	Riparto 2009 calcolato dal 1 gennaio 2009 al 30 giugno 2009	Id	Comune Capoluogo dal 1 Luglio 2009 e individuate a seguito del riordino recato dalla l.r. 19/08	Riparto 2009 calcolato dal 1 luglio 2009 al 31/12/2009	Totale FNM 2009
	COMO	€ 283,24		COMO	€ 283,25	€ 566,49
	LECCO	€ 2.779,64		LECCO	€ 2.779,64	€ 5.559,27
	SONDRIO	€ 5.634,98		SONDRIO	€ 5.634,98	€ 11.269,97
	VARESE	€ 754,01		VARESE	€ 754,01	€ 1.508,02
	TOTALE	€ 9.451,87		TOTALE	€ 9.451,88	€ 18.903,75

Vista la l.r. 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

Vista la l.r. 34/1978 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché il regolamento di contabilità e la legge regionale di approvazione del Bilancio di previsione dell'anno in corso;

Verificato che la spesa oggetto del presente atto non rientra nell'ambito di applicazione dell'art. 3 della l. 136/2010 (tracciabilità dei flussi finanziari)».

DECRETA

1. di assumere impegni a favore dei beneficiari indicati nella tabella seguente, con imputazione ai capitoli ivi indicati:

Beneficiario/ Ruolo	Codice	Capitolo	Importo anno1	Importo anno2	Importo anno3
COMUNE DI COMO	10531	3.2.0.3.114.4353	566,49	0,00	0,00
COMUNE DI LECCO	10580	3.2.0.3.114.4353	5.559,27	0,00	0,00
COMUNE DI SONDRIO	11388	3.2.0.3.114.4353	11.269,97	0,00	0,00
COMUNE DI VARESE	11539	3.2.0.3.114.4353	1.508,02	0,00	0,00

2. di stabilire che il pagamento delle somme impegnate e non liquidate con il presente atto sarà effettuato nel corso del mese di dicembre 2012;

3. di disporre la pubblicazione del presente atto con il relativo allegato sul BURL

Il direttore di funzione specialistica della
struttura promozione del territorio e montagna
Raffaele Raja

_____ • _____

FONDO NAZIONALE DELLA MONTAGNA - ANNUALITÀ 2009

<i>id</i>	<i>COMUNITÀ MONTANA fino 30/06/2009</i>	<i>Riparto 2009 calcolato dal 1/1/2009 al 30/6/2009</i>	<i>id</i>	<i>COMUNITÀ MONTANA dal 01/07/2009</i>	<i>Riparto 2009 calcolato dal 1/7/2009 al 31/12/2009</i>	<i>TOTALE FNM 2009</i>
1	OLTREPO' PAVESE	€ 61.257,13	1	DELL'OLTREPO' PAVESE	€ 68.630,45	€ 129.887,58
2	ALTO GARDA BRESCIANO	€ 47.577,05	2	ALTO GARDA BRESCIANO	€ 53.329,45	€ 100.906,50
3	VALLE SABBIA	€ 58.329,67	3	DI VALLE SABBIA	€ 63.552,45	€ 121.882,12
4	VAL TROMPIA	€ 57.140,89	4	DELLA VALLE TROMPIA	€ 61.778,50	€ 118.919,39
5	VALLE CAMONICA	€ 98.258,67	5	DI VALLE CAMONICA	€ 104.079,23	€ 202.337,90
6	SEBINO BRESCIANO	€ 33.362,24	6	DEL SEBINO BRESCIANO	€ 38.172,10	€ 71.534,34
7	M.TE BRONZONE E BASSO SEBINO	€ 27.720,23	7	DEI LAGHI BERGAMASCHI	€ 55.399,32	€ 139.925,52
8	ALTO SEBINO	€ 27.999,68				
9	VALLE CAVALLINA	€ 28.806,29				
10	VALLE SERIANA SUPERIORE	€ 51.677,75	8	VALLE SERIANA	€ 79.832,63	€ 131.510,38
11	VAL DI SCALVE	€ 49.066,48	9	DI SCALVE	€ 56.993,06	€ 151.247,20
12	VAL SERIANA	€ 45.187,66				
13	VAL BREMBANA	€ 62.849,30	10	VALLE BREMBANA	€ 68.796,07	€ 131.645,37
14	VALLE IMAGNA	€ 27.509,95	11	VALLE IMAGNA	€ 32.148,47	€ 59.658,42
15	VALLE SAN MARTINO	€ 23.214,39	12	LARIO ORIENTALE - VALLE SAN MARTINO	€ 50.971,30	€ 113.171,81
16	LARIO ORIENTALE	€ 38.986,12				
17	VALSASSINA	€ 46.425,09	13	VALSASSINA VALVARRONE VAL D'ESINO E RIVIERA	€ 51.967,16	€ 98.392,25
18	TRIANGOLO LARIANO	€ 44.214,30	14	TRIANGOLO LARIANO	€ 48.860,70	€ 93.075,00
19	LARIO INTELVESE	€ 33.939,04	15	LARIO INTELVESE	€ 38.944,26	€ 72.883,30
20	ALPI LEPTONINE	€ 35.183,07	16	VALLI DEL LARIO E DEL CERESIO	€ 55.883,41	€ 130.710,77
21	ALTO LARIO OCCIDENTALE	€ 39.644,29				
22	VALTELLINA BORMIO	€ 88.536,38	17	ALTA VALTELLINA	€ 97.016,32	€ 185.552,70
23	VALTELLINA TIRANO	€ 52.500,49	18	VALTELLINA DI TIRANO	€ 58.524,20	€ 111.024,69
24	VALTELLINA SONDRIO	€ 72.499,82	19	VALTELLINA DI SONDRIO	€ 79.267,02	€ 151.766,84
25	VALTELLINA MORBEGNO	€ 53.809,41	20	VALTELLINA DI MORBEGNO	€ 59.293,63	€ 113.103,04
26	VALCHIAVENNA	€ 63.636,31	21	DELLA VALCHIAVENNA	€ 70.572,81	€ 134.209,12
27	VALCERESIO	€ 29.912,40	22	DEL PIAMBELLO	€ 41.239,08	€ 94.131,99
28	VALGANNA VALMARCHIROLO	€ 22.980,51				
29	VALLI DEL LUINESE	€ 33.449,23	23	VALLI DEL VERBANO	€ 51.520,51	€ 116.068,03
30	VALCUVIA	€ 31.098,29				
	Riparto CCMM 2009 calcolato dal 1/1/2009 al 30/6/2009	€ 1.386.772,13		Riparto CCMM 2009 calcolato dal 1/7/2009 al 31/12/2009	€ 1.386.772,13	€
TOTALE CCMM- RIPARTO 2009						2.773.544,26
37	COMO	€ 283,24	37	COMO	€ 283,24	€ 566,48
39	LECCO	€ 2.779,64	39	LECCO	€ 2.779,64	€ 5.559,27
43	SONDRIO	€ 5.634,98	43	SONDRIO	€ 5.634,98	€ 11.269,97
45	VARESE	€ 754,01	45	VARESE	€ 754,01	€ 1.508,02
	Riparto Comuni capoluogo 2009 calcolato dal 1/1/2009 al 30/6/2009	€ 9.451,87		Riparto Comuni capoluogo 2009 calcolato dal 1/7/2009 al 31/12/2009	€ 9.451,87	
TOTALE COMUNI CAPOLUOGO - RIPARTO 2009						€ 18.903,74
TOTALE COMPLESSIVO RIPARTO 2009						€ 2.792.448,00

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.d.s. 14 dicembre 2012 - n. 12144

Direzione centrale Programmazione integrata - Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul "Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati" istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata con d.g.r. 8927/2009: approvazione della variazione del piano finanziario del progetto ID n. 12793976 "Eco.Brick" (capofila Tirsi s.r.l.) e della conseguente rideterminazione dell'intervento finanziario concesso

IL DIRETTORE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA
UNIVERSITÀ E RICERCA

Viste:

- la legge regionale n. 1 del 2 febbraio 2007 «Strumenti di competitività per le imprese e per il territorio della Lombardia»;
- la d.g.r. n. 7025 del 9 aprile 2008, che ha istituito il «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati e azioni conseguenti» identificando Finlombarda s.p.a. quale gestore del Fondo medesimo;
- la d.g.r. n. 8927/2009 che ha integrato e modificato alcuni dispositivi della d.g.r. n. 7025/2008, stabilendo di procedere all'emanazione del «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia - ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati e azioni conseguenti» e definendo la dotazione finanziaria del bando complessivamente in € 20 milioni;
- la d.g.r. n. 10669 del 2 dicembre 2009 che ha stabilito la dotazione complessiva del bando emanato con decreto n. 3186 del 1 aprile 2009 sottocitato in € 27milioni;

Richiamati:

- il decreto n. 3186 del 1 aprile 2009 avente per oggetto «Approvazione del bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati ed azioni conseguenti» istituito con d.g.r. n. 7025/2008, integrata con d.g.r. n. 8927/2009»;
- il decreto n. 14433 del 23 dicembre 2009 con oggetto: «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati istituito con d.g.r. n. 7025/2008, integrata con d.g.r. 8927/2009: approvazione degli esiti dell'istruttoria di ammissibilità formale e della valutazione preliminare di merito» con particolare riferimento all'allegato B1, elenco dei soggetti ammessi alla fase di valutazione finale»;
- il decreto n. 4999 del 13 maggio 2010 con oggetto: «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata con d.g.r. n. 8927/2009: approvazione graduatoria finale iniziative progettuali ammesse e non ammesse: concessione intervento finanziario»;
- il decreto n. 10466 del 10 novembre 2011 con oggetto: «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata con d.g.r. n. 8927/2009: approvazione delle variazioni del partenariato del progetto «Produzione di biometano di seconda generazione da biomasse lignocellulosiche agricole residue» - ID Progetto 12771762 e del progetto «BIOCOMP» - ID Progetto 12816036 e della variazione della distribuzione dei costi del budget del progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976» con cui l'intervento finanziario concesso relativamente al progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976 è passato da € 988.427,00 (importo indicato nel decreto n. 4999 del 13 maggio 2010) ad € 985.830,55, pur rimanendo inalterato il costo totale del progetto;

Considerato che, in sede di verifica della rendicontazione finale di progetto inviata dalla società capofila TIRSI SRL, Finlombarda SpA ha accertato una rimodulazione del budget finanziario ammesso relativamente al progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976, che comporta una variazione dell'importo dell'intervento finanziario concesso da € 985.830,55 (importo indicato

nel decreto 10466 del 10 novembre 2011) ad € 975.761,41, pur rimanendo inalterato il costo totale del progetto;

Richiamate le linee guida pubblicate sul portale regionale il 13 maggio 2011 con le quali sono fornite precisazioni per la gestione delle variazioni dei Programmi di R&S, presentati nell'ambito del bando Fondo espressioni di interesse e ammessi a finanziamento con d.d.s. n. 4999 del 13 maggio 2010 ed è indicata la corretta procedura da seguire per la valutazione e l'approvazione delle richieste di variazione inerenti i progetti di R&S ammessi all'intervento finanziario a valere sul bando di cui al d.d.s. 1 aprile 2009 - n. 3186;

Richiamate in particolare le fattispecie di variazione indicate all'art. 3.2.2 b) delle linee guida sopracitate relativamente alla «variazione della distribuzione dei costi tra le diverse tipologie di spesa per singolo beneficiario con scostamento compreso tra il 33,4% (1/3) e il 50% (1/2) del budget totale del partner interessato»;

Vista la nota del 4 ottobre 2012, in atti regionali prot. n. A1.2012.0083189 del 5 ottobre 2012, con cui Finlombarda, dopo aver attivato, in corso di verifica di rendicontazione finale, la procedura sopra menzionata, comunica che, rispetto al progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976, si è conclusa positivamente l'istruttoria formale, anche a seguito dell'acquisizione del parere positivo espresso dall'esperto indipendente, rinviando alla verifica della nuova rendicontazione finale da parte del beneficiario l'approvazione delle modifiche stesse;

Vista la nota del 15 novembre 2012, in atti regionali prot. n. A1.2012.0097189 del 22 novembre 2012, con cui Finlombarda formula parere favorevole all'autorizzazione delle variazioni accertate con le seguenti specifiche:

PROGETTO «ECO.BRICK»

**IMPORTI COSTI TOTALI AMMESSI E APPROVATI CON DECRETO
N. 10466 DEL 10 NOVEMBRE 2011 RELATIVI AL PROGETTO -
ID 12793976**

Denominazione Giuridica Soggetto Beneficiario	Costo Totale Progetto	Finanziamento €	Contributo a Fondo Perduto €	Intervento Finanziario Concesso €
TOTALE PROGETTO.	€ 1.993.451,00	€ 588.237,47	€ 397.593,08	€ 985.830,55
TIRSI SRL		€ 193.612,11	€ 130.914,48	
ECOFOR SRL		€ 174.530,27	€ 117.345,38	
LAVANALYSIS SRL		€ 134.098,63	€ 90.985,13	
UNIVERSITA' DI PAVIA		€ 85.996,46	€ 58.348,09	

VARIAZIONI FINANZIARIE ACCERTATE RELATIVAMENTE ALL'IMPORTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO

Denominazione Giuridica Soggetto Beneficiario	Costo Totale Progetto	Finanziamento €	Contributo a Fondo Perduto €	Intervento Finanziario Concesso €
TOTALE PROGETTO	€ 1.993.451,00	€ 583.840,86	€ 391.920,54	€ 975.761,41
TIRSI SRL		€ 190.935,11	€ 127.337,39	
ECOFOR SRL		€ 172.810,66	€ 115.249,93	
LAVANALYSIS SRL		€ 134.098,63	€ 90.985,13	
UNIVERSITA' DI PAVIA		€ 85.996,46	€ 58.348,09	

Dato atto, altresì, che la variazione, accertata da Finlombarda in sede di verifica di rendicontazione finale, della distribuzione dei costi tra le diverse tipologie di voci di costo e la conseguente rimodulazione del piano finanziario e del contributo e finanziamento concesso, non hanno inciso in modo significativo sul prosieguo delle attività del progetto che si sono concluse positivamente e sulla qualità progettuale del progetto che risulta comunque superiore alla soglia minima finanziabile in base ai criteri definiti nel bando;

Ritenuto pertanto, opportuno ai sensi delle disposizioni contenute nel «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata

con d.g.r. 8927/2009», di approvare la rimodulazione del piano finanziario del progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976 - società capofila TIRSI s.r.l.;

Ritenuto altresì di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito della Regione Lombardia all'indirizzo, <http://www.regione.lombardia.it/> sezione aiuti di stato, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 9, paragrafo 2 del reg. 800/2008 e di comunicare l'approvazione della variazione accertata ai beneficiari che hanno presentato la rendicontazione dei progetti sopra menzionati;

Vista la l.r. 34/78 e successive modifiche e integrazioni, nonché il regolamento di contabilità e la legge regionale di approvazione del bilancio e previsione dell'anno in corso;

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

DECRETA

ai sensi delle disposizioni contenute nel «Bando di invito a presentare progetti innovativi nei settori energia-ambiente, agroalimentare, salute e manifatturiero avanzato a valere sul «Fondo per la promozione delle espressioni di interesse dei privati istituito con d.g.r. n. 7025/2008 integrata con d.g.r. 8927/2009», emanato con decreto n. 3186/2009, di:

1. approvare la rimodulazione del piano finanziario, che non prevede oneri finanziari aggiuntivi a carico di Regione Lombardia, rettificando il decreto 10466/2011, del progetto «ECO.BRICK» - ID Progetto 12793976 - società capofila TIRSI s.r.l. come riportato nella seguente tabella:

Denominazione Giuridica Soggetto Beneficiario	Costo Totale Progetto	Finanziamento €	Contributo a Fondo Perduto €	Intervento Finanziario Concesso €
TOTALE PROGETTO	€ 1.993.451,00	€ 583.840,86	€ 391.920,54	€ 975.761,41
TIRSI SRL		€ 190.935,11	€ 127.337,39	
ECOFOR SRL		€ 172.810,66	€ 115.249,93	
LAVA- NALYSIS SRL		€ 134.098,63	€ 90.985,13	
UNIVERSITA' DI PAVIA		€ 85.996,46	€ 58.348,09	

2. disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito della Regione Lombardia all'indirizzo <http://www.regione.lombardia.it>, sezione aiuti di stato, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 9, paragrafo 2 del regolamento CE 800/2008 del 6 agosto 2008;

3. disporre che Finlombarda s.p.a., in qualità di Soggetto Gestore del suddetto Fondo, provveda a dare comunicazione, ai sensi della normativa vigente, del predetto provvedimento ai soggetti Beneficiari del progetto di cui al punto 1.

Il direttore della funzione specialistica università e ricerca
Armando De Crinito

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.G. Sistemi verdi e paesaggio

D.d.s. 13 dicembre 2012 - n. 12108**Autorizzazione alla raccolta di funghi epigei per motivi scientifici, di studio e ricerca, per l'organizzazione di corsi propedeutici e al fine di consentire l'attività di aggiornamento dei micologi (art. 101 della l.r. 31/2008) - Integrazione/modifica degli elenchi approvati dai decreti n. 5885 del 3 luglio 2012 e n. 6932 del 31 luglio 2012**

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA FORESTE

Vista la legge regionale 5 dicembre 2008, n. 31 «Testo unico delle leggi regionali in materia di agricoltura, foreste, pesca e sviluppo rurale» e s.m.i. e, in particolare, l'art. 101, ai sensi del quale la Regione può rilasciare autorizzazioni gratuite, per un periodo non superiore ad un anno e rinnovabili, per motivi scientifici, di studio e di ricerca, in occasione di mostre, di seminari, per i corsi propedeutici e per le necessità di aggiornamento dei micologi;

Visto il decreto n. 7495 del 5 agosto 2011 «Criteri per il rilascio, in Regione Lombardia, dell'autorizzazione alla raccolta dei funghi epigei spontanei per motivi di studio e di ricerca, in occasione di mostre, di seminari, per i corsi propedeutici e per le necessità di aggiornamento dei micologi» ai sensi dell'art. 101 della l.r. 5 dicembre 2008, n. 31;

Richiamati i decreti:

- n. 5885 del 3 luglio 2012 che, tra l'altro, autorizza alla raccolta dei funghi epigei i micologi in servizio presso gli Ispettorati Micologici delle ASL lombarde, così come elencati nell'Allegato 1;
- n. 6932 del 31 luglio 2012 che, tra l'altro, autorizza alla raccolta dei funghi epigei i docenti e i partecipanti al corso per micologi, organizzato da Eupolis Lombardia - Scuola di Direzione in Sanità, su incarico della Direzione generale Sanità, così come elencati nell'Allegato 1;

Vista la nota n. 29564 del 12 ottobre 2012, con la quale la Direzione generale Sanità - Governo della prevenzione e Tutela Sanitaria, ha chiesto:

- l'inserimento del dott. Marco Chiesa, Dirigente medico dell'ASL di Mantova, micologo n. 2359/323, nell'elenco degli operatori in servizio presso gli Ispettorati Micologici delle ASL lombarde, di cui all'allegato 1 al decreto n. 5885 del 3 luglio 2012;
- l'inserimento della dott.ssa Alessandra Marino, Dirigente Chimico dell'ASL di Brescia, nell'elenco dei partecipanti al corso per micologi di cui all'allegato 1 al decreto n. 6932 del 31 luglio 2012;
- lo stralcio dei nominativi di Carla Caputo, Nicoletta Cornaggia, Giulio Lacavalla e Aldo Papetti dall'elenco dei partecipanti al corso per micologi di cui all'allegato 1 al decreto n. 6932 del 31 luglio 2012;

Visti il punto 4 del decreto n. 5885 del 3 luglio 2012 e il punto 3 del decreto n. 6932 del 31 luglio 2012, ai sensi dei quali, in caso di motivata necessità, possono essere effettuate variazioni agli elenchi approvati;

Visti la l.r. n. 20/2008 e i provvedimenti organizzativi della IX Legislatura;

DECRETA

1. di disporre, ad integrazione del decreto n. 5885 del 3 luglio 2012, l'inserimento del dott. Marco Chiesa, Dirigente medico dell'ASL di Mantova, micologo n. 2359/323, nell'elenco degli operatori in servizio presso gli Ispettorati Micologici delle ASL lombarde, di cui all'allegato 1 al decreto medesimo;

2. di disporre, ad integrazione e modifica del decreto n. 6932 del 31 luglio 2012:

- l'inserimento della dott.ssa Alessandra Marino, Dirigente Chimico dell'ASL di Brescia, nell'elenco dei partecipanti al corso per micologi di cui all'allegato 1 al decreto medesimo;
- lo stralcio dei nominativi di Carla Caputo, Nicoletta Cornaggia, Giulio Lacavalla e Aldo Papetti dall'elenco dei partecipanti al corso per micologi di cui all'allegato 1 al decreto medesimo;

3. di approvare gli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente decreto, concernenti l'aggiornamento dell'allegato 1 al decreto n. 5885 del 3 luglio 2012 e dell'allegato 1 al decreto n. 6932 del 31 luglio 2012, a seguito delle integrazioni/modifiche di cui ai punti 1. e 2., approvate dal presente decreto;

4. di disporre la pubblicazione del presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione generale Sistemi Verdi e Paesaggio (<http://www.sistemiverdi.regione.lombardia.it>).

Il dirigente della struttura foreste
Roberto Carovigno

_____ • _____

Elenco dei micologi autorizzati alla raccolta di funghi) per comprovati motivi di ordine scientifico ai sensi dell’art. 3, lettera A), del decreto n. 7495 del 5 agosto 2011, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a decorrere dalla data di approvazione del presente decreto fino al 30 giugno 2013;
- nel limite giornaliero pro-capite di 4 (quattro) esemplari o, a scelta del ricercatore, di 50 grammi per ogni specie botanica rinvenuta, per un massimo complessivo ponderale di 3 Kg;
- su tutto il territorio regionale, ad esclusione delle aree per le quali vigono le limitazioni previste dalla l.r. 31/2008;
- con esclusione della raccolta di funghi riconosciuti eduli, con particolare riferimento a Boletus edulis, Boletus pinophilus, Boletus aereus e Boletus aestivalis, per i quali è necessario essere in possesso dell’eventuale tesserino rilasciato dai comuni ai sensi dell’art. 97 della l.r. 31/08.

Micologici

A.S.L./ Gruppo Micologico	COGNOME	NOME	QUALIFICA	N. albo naz. / reg.
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	AZZOLARI	ELIO	TECNICO PREVENZIONE	1331/126
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	BREMBILLA	MONICA	TECNICO PREVENZIONE	445/14
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	CATTANEO	LORENZO	TECNICO PREVENZIONE	1337/132
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	CIVITA	CARMELA	DIRIGENTE MEDICO	219/40 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	MANZONI	MARIA GRAZIA	TECNICO PREVENZIONE	665/111 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	PIEVANI	GIACOMO	TECNICO PREVENZIONE	1345/140
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	RIGANTI	MONICA	TECNICO PREVENZIONE	496/65
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	CHIARI	STEFANIA	TECNICO PREVENZIONE	1761/176
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	FRUTTA	MARIA GIULIA	TECNICO PREVENZIONE	921/159 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	GATTA	MARIO	TECNICO PREVENZIONE COORD.	470/39
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	PAPA	GIORGIO	TECNICO PREVENZIONE	472/41
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	PEZZAIOLI	FABIO	TECNICO PREVENZIONE COORD.	1344/139
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	SCALFI	IVAN	TECNICO PREVENZIONE	1769/185
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	ZANONI	ALBERTO	TECNICO PREVENZIONE	1772/188
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	BERTOCCHI	CLAUDIO	TECNICO PREVENZIONE COORD.	in formazione
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	CONTINANZA	TORUCCI	TECNICO PREVENZIONE	449/18
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	DELORENZI	RAFFAELE	DIRIGENTE MEDICO	ER 325
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	GANDOLA	SECONDO	MICOLOGO VOLONTARIO	459/29
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	LARGHI	MARCO	DIRIGENTE MEDICO	1305/118
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	MARCONI	MAURIZIO	TECNICO PREVENZIONE	514/84
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	MERONI	GIULIO	TECNICO PREVENZIONE	440/10
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	MURATORE	GIUSEPPE	TECNICO PREVENZIONE	512/82
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	MURRONE	SALVATORE	TECNICO PREVENZIONE	in formazione
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	POZZI	CARLO	TECNICO PREVENZIONE	1402/152
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	RACCA	NICOLA	TECNICO PREVENZIONE	513/83
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	REDAELLI	GIOVANNI	TECNICO PREVENZIONE	1328/141
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	SABBADINI	CINZIA	TECNICO PREVENZIONE	1403/153
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	TETTAMANZI	ROBERTO	TECNICO PREVENZIONE	447/17
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	ADORNI	CRISTIANO	TECNICO PREVENZIONE	189/REG
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	LOPOPOLO	FRANCESCO	TECNICO PREVENZIONE COORD.	439/8
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	MAZZURINI	ENRICO	TECNICO PREVENZIONE	180/REG
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	PEDRAZZANI	STEFANO	TECNICO PREVENZIONE	181/REG
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	PIZZACANI	ROBERTO	TECNICO PREVENZIONE	447/16
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	PORRO BELLINI	RICCARDO	TECNICO PREVENZIONE	182/REG
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	ALDI	MANILA	TECNICO PREVENZIONE	155
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	BRIVIO	MARISA	TECNICO PREVENZIONE	523/.92T
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	ORIO	MONICA	TECNICO PREVENZIONE	677
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	VERCELLONI	SIMONA	TECNICO PREVENZIONE	1812/2004

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

<i>A.S.L./ Gruppo Micologico</i>	<i>COGNOME</i>	<i>NOME</i>	<i>QUALIFICA</i>	<i>N. albo naz./ reg.</i>
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	CABRI	RICHARD	TECNICO PREVENZIONE	653/99TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	FERRARI	LUIGI	TECNICO PREVENZIONE	512/81
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	POZZI	CLAUDIO	TECNICO PREVENZIONE	488/57
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	ARIENTI	GIORGIO	TECNICO PREVENZIONE	481/50
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	BELUSSI	IRIS	TECNICO PREVENZIONE	190
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	BRAGA	ANGELO	TECNICO PREVENZIONE	1333/128
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	GHIZZI	CESARE	TECNICO PREVENZIONE	466/35
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	MAIOLI	ERMANNIO	TECNICO PREVENZIONE	467/36
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	NODARI	LUIGI	TECNICO PREVENZIONE	1326/121
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	CHIESA	MARCO	DIRIGENTE MEDICO	2359/323
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	ACCORINTI	FABIO	TECNICO PREVENZIONE	1330/125
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	BERTA	LUCIA	DIRIGENTE MEDICO	456/26
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	CORBETTA	MAURO	TECNICO PREVENZIONE	480/49
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	FERRARESI	MARCO	TECNICO PREVENZIONE	500/69
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	FILIPPONE	SILVANA	DIRIGENTE MEDICO	501/70
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	MAGGI	MARCO	TECNICO PREVENZIONE	664/110
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	RIVA	GABRIELLA	TECNICO PREVENZIONE	251/72
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	SOZZI	GIANCARLO	TECNICO PREVENZIONE	507/76
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	VISMARA	GIUSEPPE	TECNICO PREVENZIONE	508/77
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	CASAVOLA	GUALTIERO	TECNICO PREVENZIONE	1336/131
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	DOMINONI	LORELLA	TECNICO PREVENZIONE	1339/134
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	SCIPIONI	DAVIDE	TECNICO PREVENZIONE	1348/143
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA e Gruppo AMB Desio	BALESTRERI	STEFANO	TECNICO PREVENZIONE	698/78 ER
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	CALLEGARI	FAUSTO	TECNICO PREVENZIONE	1334/129
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	CASALINI	ENRICO RENZO	TECNICO PREVENZIONE	656/102 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	DIPROSSIMO	VINCENZO	TECNICO PREVENZIONE	485/54
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	GAROFALO	GIUSEPPE	TECNICO PREVENZIONE	1340/135
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA e Gruppo AMB "C. Vittadini"	MAURI	FAUSTO	TECNICO PREVENZIONE	486/55
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	PUGLIA	VITTORIO	TECNICO PREVENZIONE	1767/183
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	ROMANATO	STEFANIA	TECNICO PREVENZIONE	1347/142
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	UGOLOTTI	MARCO	TECNICO PREVENZIONE	733/113 ER
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	ALBERTAZZI	GIANPIERO	TECNICO PREVENZIONE	534/104 Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	ARGENTIERI	MAURO	TECNICO PREVENZIONE	518/88 Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	BERETTA	MARIO	TECNICO PREVENZIONE	464/34 Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	CARENA	FABRIZIO	TECNICO PREVENZIONE	1317/130Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	DELFINI	GIOVANNI	TECNICO PREVENZIONE	224/45 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	MANSTRETTA	EMILIO	TECNICO PREVENZIONE	517/87 Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	MARINI	DANILO	TECNICO PREVENZIONE	1399/149 L
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	MEAZZA	ELENA	TECNICO PREVENZIONE	666/117 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PASINI	SIRO	TECNICO PREVENZIONE	1400/150 L
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PERDUCA	NADIA	TECNICO PREVENZIONE	675/126 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PERONE	MARIO	TECNICO PREVENZIONE	1401/151 L
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PROTTI	PAOLO	TECNICO PREVENZIONE	248/70 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	VERONESI	MASSIMO	TECNICO PREVENZIONE	1404/154 L
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	ZAVERI	TINO	TECNICO PREVENZIONE	463/33 Lom
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	BRENZ VERCA	STEFANO	TECNICO PREVENZIONE	1317/112
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	BUCCHIERI	MARISA	TECNICO PREVENZIONE	1448/158
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	MAFFI	PAOLO EZIO	TECNICO PREVENZIONE	1802
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	MERALDI	PAOLO	TECNICO PREVENZIONE	452/21 TN
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	ROGANTINI	ITALO	TECNICO PREVENZIONE	253/74 TN

A.S.L./ Gruppo Micologico	COGNOME	NOME	QUALIFICA	N. albo naz./ reg.
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	CLERICI	WALTER	TECNICO PREVENZIONE	1178/173ER
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	COLOMBO	GIANLUIGI	TECNICO PREVENZIONE	443/3
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	MORANDI	SANDRO	TECNICO PREVENZIONE	534/1103
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	PASCIUCCO	ANTONIO	TECNICO PREVENZIONE	436/5
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE e Gruppo AMB "CRAL WHIRLPOOL"	PASSARO	PAOLA	TECNICO PREVENZIONE	198 Reg
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	PERRONE	GIUSEPPE	TECNICO PREVENZIONE	524/93
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	SALVATORI	RAFFAELE	TECNICO PREVENZIONE	2216/314ER
A.S.L. DI MILANO	CALLEGARI	LUCA	TECNICO PREVENZIONE	1490/160
A.S.L. DI MILANO	GENTILI	GABRIELLA	DIRIGENTE BIOLOGO	490/59
A.S.L. DI MILANO	GRAZZINI	GIANLUCA	TECNICO PREVENZIONE	1332/117
A.S.L. DI MILANO	VERZOLLA	MASSIMO	TECNICO PREVENZIONE	1328/123
A.S.L. DI MILANO	VIVARELLI	STEFANO	TECNICO PREVENZIONE	1329/124
A.S.L. VALLECAMONICA-SEBINO	BELOTTI	LUCIANO	TECNICO PREVENZIONE	1316/111
A.S.L. VALLECAMONICA-SEBINO	BIONDI	SANDRA	DIRIGENTE MEDICO	157
A.S.L. VALLECAMONICA-SEBINO	VANGELISTI	BONIFACIO	DIRIGENTE MEDICO	257/78 TN
AMB Gruppo Agratese, Via Santa Maria 1 20864 Agrate Brianza - MB	RESTOCCHI	STEFANO	MICOLOGO	416 TN
AMB Gruppo "Mario Galli" Largo Diaz 20030 Barlassina MB	PEREGO	SILVIA	MICOLOGO	1325
AMB Gruppo "Mario Galli" Largo Diaz 20030 Barlassina MB	PONTIGGIA	SIMONE	MICOLOGO	1809
Gruppo Micologico di Corsico Via XXIV Maggio 51 20094 Corsico - MI	FRASSINI	DORIANO	MICOLOGO	445
A.M.B. Gruppo Micologico Naturalistico Cremonese Via Gardinali 9 26022 Castelveverde CR	ALBANESI	GIANLUIGI	MICOLOGO	295 ER
A.M.B. Gruppo di Mantova Viale Europa 31 46100 MANTOVA	SETTI	LEDO	MICOLOGO	1015
Gruppo Micologico Milanese c/o Provincia di Milano Viale Piceno 60 20129 MILANO	MAZZA	RICCARDO	MICOLOGO	536
Gruppo Micologico Milanese c/o Provincia di Milano Viale Piceno 60 20129 MILANO	MAZIERO	ROSANA	MICOLOGO	1324
Gruppo Micologico Romanese Via Tasso 9 24058 Romano di Lombardia - BG	GALLINARI	GIACOMO	MICOLOGO	531
	BERSELLI	CLAUDIO	MICOLOGO	1757
	CALLEDDA	FEDERICO	MICOLOGO	287 TN
	FIANDACA	MAURIZIO	MICOLOGO	441
	MAINA	GIUSEPE	MICOLOGO	461
	MOROSINI	MATTEO CARLO	MICOLOGO	159 UM
	PERRI	SALVATORE	MICOLOGO	442
	ROGANTINI	ITALO	MICOLOGO	252

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Elenco degli esperti autorizzati alla raccolta di funghi) per l'organizzazione di seminari, corsi, manifestazioni di particolare interesse micologico e naturalistico e per le attività scientifiche e didattiche all'interno dei gruppi , ai sensi dell'Art. 3 , lettera B) del decreto n. 7495 del 05/08/2011, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a decorrere dalla data di approvazione del presente decreto fino al 30/06/2013 limitatamente :
 - ✓ per mostre e altre manifestazioni di particolare interesse micologico e naturalistico, a partire da tre giorni prima dell'iniziativa a cui si riferiscono e fino alla data di conclusione dell'iniziativa stessa;
 - ✓ per seminari o corsi che prevedono esercitazioni in bosco ovvero singole escursioni, o per le attività didattiche dei gruppi, con validità riferite agli specifici programmi presentati;
- nel limite giornaliero pro-capite di 4 (quattro) esemplari o, a scelta del ricercatore, di 50 grammi per ogni specie botanica rinvenuta, per un massimo complessivo ponderale di 3 Kg;
- su tutto il territorio regionale, ad esclusione delle aree per le quali vigono le limitazioni previste dalla l.r. 31/2008;
- con esclusione della raccolta di funghi riconosciuti eduli, con particolare riferimento a *Boletus edulis*, *Boletus pinophilus*, *Boletus aereus* e *Boletus aestivialis*, per i quali è necessario essere in possesso dell'eventuale tesserino rilasciato dai comuni ai sensi dell'art. 97 della l.r. 31/08.

Federazione Micologica Lombarda

Nome del Gruppo	Cognome-Nome	Qualifica	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
AMB Gruppo Agratese Via Santa Maria 1 20041 Agrate Brianza -MI	Boffelli Alessandro Costanzo Giuseppe Villa Luigi	Doc. - Determ Doc. - Determ Doc. - Determ	28/01/1968 12/11/1954 19.03.1942	Milano Bari Agrate Brianza	Via Bergamo 10 Cassina de' Pecchi Via Tonale n. 3 Vimercate MI Via Mazzini 43 Agrate Brianza MI
AMB Gruppo "Amici del Fungo" Via Carducci 1 24040 Arcene-Bg	Mantovani Massimo Mariani Angelo Biraghi Massimo Mariani Francesco Mombrini Sergio	Determinatore Com.Sc.Naz. Doc. - Determ Doc. - Determ Doc. - Determ	01/03/1957 17/09/1951 04/12/1955 11/11/1946 9/11/1962	Milano Capralba-Cr Milano Capralba-Cr Caravaggio-Bg	Via Nosari 3 Osio di Sotto BG Via dell' Arcobaleno 31 Arcene BG Via Manzoni 22 Arcene BG Via Cavour 17 Arcene BG
AMB Gruppo "Mario Galli" Largo Diaz 20030 Barlassina MI	Villa Pietro Bellio Ezio Bincoletto Angelo	Docente Determinatore Docente	12/01/1938 15/09/1929 03/03/1951	Meda-MI Mogliano Veneto Jesolo-Ve	Via dei Pini 9 Meda MI Via Colombo 49 Meda MI Via Tevere 19 Meda MI
Gruppo Micologico Amici del Bosco Via Vittorio E. 2 Basiglio di Mairago LO	Bogoni Fabio Bozzini Stefano C a m p a g n o l a Giuseppe	Doc. - Determ Determinatore Doc. - Determ	12/11/1971 10/12/1949 3/03/1936	Bergamo Mairago LO Somalia Lod. LO	Via Tobagi 24 Bergamo Via Giovanni XXIII 25 Mairago LO Via Cavallotti 66 Casalpusterlengo LO
Circolo Micologico "G. Carini" Brescia c/o Museo Civico Scienze Naturali- Via Ozanam 4 25100 BRESCIA	Papetti Carlo Chiari Maurizio M e d a r d i Gianfranco Dogali Dario Borghesi Lorenzo Paoletti Bruno	Docente Determinatore Docente Determinatore Determinatore Determinatore	10/06/1951 20/11/1936 13/11/1958 06/12/1951 06/01/1954 02/04/1939	Brescia Ospitaletto BS Brescia Artogne BS Lumezzane BS Pergine V.TN	Via Foro Boario 5/a Brescia Via R. Psaro 41 Brescia Via Mazzini 2 Rezzato BS Via Laffranchi, Rovato BS Via Sarnico 34 Predore BG Via Garella 52 Mazzano BS
Gruppo Micologico S. Adele c/o Oratorio S. Adele Via Garibaldi 11 20090 Buccinasco-MI	Cattoni Cesare Radaelli Vanda Farioli Florindo Astori Cesare Malandra Pietro	Docente Determinatore Determinatore Docente Determinatore	31/10/1941 13/08/1946 28/02/1946 23/04/1948 27/04/1946	Albairate MI Corsico MI Corsico MI Milano Rosate	Via A. Diaz 32 Corsico MI Via Vitt. Eman. 21 Buccinasco-MI Via Garibaldi 2 Buccinasco-MI Via Boccaccio 2 Cesano Boscone Via Pietro Nenni 6 Assago-MI
AMB Gruppo Micologico Ambientalista Via Galileo Galilei 3 Casalpusterlengo LO	Cabrini Lucio Molinari Alberto Montini Carlo B e r n a z z a n i Giuseppe Trambaglio Vittorio	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	29/01/1940 04/10/1941 20/03/1948 25/12/1960 17/10/1972	Piacenza Castiglione d'Ad. Casalpusterlengo Vigolzone LO Casalpusterlengo	Fraz.Olzia, Monticelli D'Ongina PC Via Papa Giovanni XXIII Castig. LO Via D. Minzoni 78 Casalpusterlengo Via C.A. Dalla Chiesa 20 Rottofreno Via Arno 5 Casalpusterlengo LO
AMB Gruppo Lago Gerundo Via Medaglie D'Argento 17-19 26012 Castelleone CR	Frigoli Rodolfo Tansini Gianbattista Sali Abele Tedoldi Mauro Vailati Venturi Giuseppe	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	30/01/1948 01/03/1955 15/08/1942 27/01/1952 22/12/1964	Soresina CR Pandino CR Castelleone CR Bordolano CR Crema CR	Via Togliatti 5 Genivolta CR Via Mazzini 30 Sergnano CR Via Fucheria 17 Castelleone CR Via Pozzo Grande 5/b Bordolano CR Via Gorizia 2 Crema CR
A.M.B. Gruppo Micologico "Cral Whirlpool" Via Al Lido 9 20126 Gavirate VA	Peron Walter Pedroni Giancarlo Galbiati Franco	Determinatore Determinatore Determinatore	29/10/1952 22/09/1943 23/11/1950	Besozzo-Va Vescovato-Cr Varese	Via Amendola 24- Gavirate-Va Via XXV Aprile n40 Monvalle-Va Via Duca degli Abruzzi n10-Varese

Nome del Gruppo	Cognome-Nome	Qualifica	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
Circolo Micologico Lariano Via Grandi 21 22100 COMO	Lucchetti Giancarlo Maestri Alberto Nese Lino Jacolina Riccardo R i g a m o n t i Piergiorgio Sansone Francesco Ziergobel Stephanie	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore Docente Determinatore	25/02/1944 08/04/1936 26/04/1946 01/01/1952 09/02/1948 22/12/1939 23/06/1946	Lainate (Mi) BorgoValditaro Rovigo Tortoleto TE Como Casale Moneff. Zeilhard-D	Via Meucci,23 Como Via Scalabrini 360c Como Via Don Guanella,4 Montano Luc. Via Canturina 200 Como Via Croto Sergente 1 Como Via G. Gnocchi n. 28-Como Via G. Gnocchi n 28- Como
AMB Gruppo Como & Cantù c/o CAI Via Volta 58 COMO	Brenna Patrizia C a r d i n e t t i Francesco Croci Alberto Gaffuri Giovanni Ghidelli Silvano Mauceri Emanuela	Docente Docente Docente Determinatore Determinatore Determinatore	09/08/1953 27/12/1949 09/08/1966 08/03/1963 10/06/1943 12/10/1956	Erba CO Cantù CO Como Como Marengo BG Como	Via Roma 2/b Tavernerio CO Via Cantù 2 Cantù CO Via Rienza Como Via Cermenate 21b Cantù CO Via Baracca 69/1 Cantù CO Loc. Rovascio 41 Tavernerio CO
Gruppo Micologico di Corsico Via XXIV Maggio 51 20094 Corsico MI	Petroni Augusto Pettinari Romano Weith Alfio	Doc.-Determin. Determinatore Determinatore	27/11/1948 22/01/1942 27/06/1943	Milano Casorate Primo Fiume TS	Via R. Sanzio 20 Corsico MI Via Sauro 18 Cesano Boscone MI Via Molinetto di Lorenteggio Corsico MI
Gruppo Micologico di Crema Via F. Donati 10/A 26013 Crema CR	Pini Emilio Rigoni Emilio Bonadeni Attilio De Poli Adolfo Viale Ernesto	Doc.-Determin. Doc.-Determin. Doc.-Determin. Determinatore Determinatore	28/01/1944 18/08/1963 05/02/1951 22/06/1942 14/06/1949	Parona-Pv Milano Bagnolo Cr. CR Crema CR Crema CR	Via E. Martini 62/L Crema Via J. Palma 3 Milano Via Bonomi Bagnolo Cr. CR Via Boldori 7 Crema CR Via Barelli 25 Crema CR
A.M.B. Gruppo Micologico Naturalistico Cremonese Via Gardinali 9 26022 Castelveverde CR	Zovadelli Carlo Stefanoni Paolo Busseti Marzio Bianchi Marco	Doc.-Determin. Doc.-Determin. Determinatore Determinatore	13/02/1952 24/05/1966 24/10/1971 14/12/1981	Sesto e Uniti CR Soresina CR Cremona Cremona	Via Bergamo 87 Castelveverde CR Via Ormezzani 7 Casalmorano CR Via Quartiere 1 Cremona Via Cimitero 2 Cremona
A.M.B. Gruppo di Desio Via Lampugnani 78 20033 Desio MI	Rocconi Dante De Vito Antonio Jon Raffaello Brenna Maria Luisa	Determinatore Doc.-Determin. Doc.-Determin. Determinatore	20/09/1948 03/09/1944 26/03/1947 28/11/1951	Pto S.GiorgioAP Celenza FG Biella BI Seregno VA	Via G. Amendola 10 Monza Via Arienti 27 Seregno MB Via Manin 94/A Brughiero MB Via Partigiani d'Italia 14 Desio MB
Gruppo Micologico "Monte Barro" Villa Marselli Piazza Trieste 5 22043 Galbiate LC	Spreafico Luigi Castelli Ferruccio Colombo Carillo Arrigoni Pierfranco Crimella Mario	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	06/06/1949 24/11/1941 07/03/1945 27/02/1945 27/08/1945	Lecco Castiglione Olon. Galbiate LC Valmadrera LC Valmadrera LC	Via Lecco 20 Galbiate LC Via Del Selvetto 6 Sala al Barro LC Via Don Sironi 1 Galbiate LC Via Concordia 8 Valmadrera LC Via del Selvetto 6 Galbiate LC
AMB Gruppo "La Brughiera" Via Piave 11 20030 Lentate s. Seveso MB	Boscolo Dino Di Cairano Giuseppe Piuri Carlo Vecchio Cristina	Determinatore Determinatore Doc.-Determin. Determinatore	12/08/1950 29/01/1977 07/06/1948 23/01/1946	Chioggia VE Cantù CO Misinto MI Cornigliano GE	Via M. Lissoni 36 Misinto MB Via Piave 11 Lazzate MB Via Udine 1 Lentate s. Seveso MB V.le Prealpi 6 Saronno VA
A.M.B. Gruppo di Mantova Viale Europa 31 46100 MANTOVA	Bottole Erminio Ganelli Secondo Rossi Elia Trentini Gabriele	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	12/04/1952 11/05/1946 19/08/1983 17/12/1958	Marcaria MN Porto Mant. MN Mantova Borgoforte MN	Via L. da Vinci 14 Curtatone MN Via Gottardi 1/a Porto Mant. MN Via Ferri 6/b Curtatone MN Va Parini 218 Borgoforte MN
Gruppo Botanico Milanese C/o Museo Storia Naturale Corso Venezia 55 20121 MILANO	Ceffali Giorgio Cavagna Ernesto Sessi Alberto Tozzato Gaspare Bardelli Giorgio	Docente Determinatore Docente Determinatore Docente	28/09/1936 05/08/1935 12/12/1939 21/01/1940 19/08/1965	Milano Casei Gerola Milano Breganzio -Tv Milano	Via S. Anguissola n. 23 - Mi Via F. Engels 11 Milano Via Valsesia n. 28 - Mi Largo Vulci 7 - Mi Piazza Lima 1 - Mi
Gruppo Micologico Milanese c/o Provincia di Milano Viale Piceno 60 20129 MILANO	Roberto Galli Massimo Tasselli	Doc.-Determin. Doc.-Determin.	17/07/1954 14/06/1969	Milano Milano	Via Cadore 10 - Milano Via Bignami 10 - Milano
AMB Gruppo "C. Vittadini" C/o SAM Via Ghilini 4/b 20052 Monza MI	Imperatori Giovanni La Chiusa Lillo Magni Paolo Pierucci Lido Riva Angelo Serra Raul	Doc.-Determin. Doc.-Determin. Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	09/09/1943 02/01/1954 08/06/1960 12/10/1954 06/01/1947 16/10/1954	Monza-Mi Cerde - Pa Monza Frantone PU Monza ARGENTINA	Via Pelizza da Volpedo 6 - Monza Viale Principale 53a Pessano - MI Via Palestrina 30 - Monza MB Via S. Giuliana 5 - Muggiò MB Via V. Hugo 4 - Seregno MB Via Sertorio 2 - Monza

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Nome del Gruppo	Cognome-Nome	Qualifica	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
AMB Gruppo Padernese Via Italia 13 20037 Paderno Dugnano MI	Caserta Raffaele Bacci Maurizio Riva Sergio Tagliabue Emilio	Determinatore Docente Determinatore Determinatore	25/01/1954 06/04/1946 04/12/1943 12/03/1946	Capaccio-SA Chioggia-VE Paderno Dug.-MI Mariano Co.-CO	Via Piaggio 2- Paderno Dugnano MI Via Gorizia 24-Paderno Dugnano MI Via Valtellina 14 Paderno Dugnano Via Adda 6 Giussano MB
AMB Gruppo Brianza-Rogeno Via C. Battisti 7 22040 Rogeno CO	Moron Angelo Della Rovere Alfredo Ratti Giuseppe Frigerio Giuseppe Ugo Paolo	Docente Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	14/02/1944 11/02/1952 01/06/1955 16/01/1945 08/04/1935	Piombino D. PD Butrio UD Rogeno LC Albere c.Cassano Torino	Via Cassina 5/c Costa Masnaga-Lc Via Trento e Trieste 12-Alzate Brianza CO Via D. Minzoni 38 Rogeno CO Via G. Torti 5c Erba CO Via M. Buonarroti 34 Erba CO
Gruppo Micologico Romanese Via Torquato Tasso 9 24058 Romano di Lombardia BG	Martinelli Mario Tognoli Franco Tognoli Paolo Manenti Pietro	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	19/01/1941 14/02/1949 19/09/1948 07/03/1949	Soncino-CR Romano-BG Romano-BG Romano-BG	Via Settembrini 25- Romano di Lombardia - BG Via Maggioni 26 Romano di Lombardia - BG Via Maggioni 6/8 Romano di Lombardia - BG Via XXV Aprile 15 Romano di Lombardia - BG
Gruppo Micologico Rozzano c/o Centro Socio Culturale via Garofani 21 20089 Rozzano MI	Mistrone Claudio Ferroni Bruno Palma Raul Mistè Luca Moscadelli Mario	Determinatore Doc.-Determin. Doc.-Determin. Doc.-Determin. Determinatore	22/02/1940 07/06/1947 04/03/1950 16/12/1964 30/04/1941	Villeport-Francia Comacchio - Fe Milano Valdagno - Vi Genova	Via Pionieri Cr. Rossa 3 Siziano MI Viale Lazio 76 - Rozzano - MI Via Solari 13 - Milano Viale Faenza 26/4 - Milano Via Giotto Basiglio MI
Gruppo G. Ceriani Via Parini 54 20147 Saronno VA	Monti Antonio Campi Fabio Iannone Armando	Doc.-Determin. Doc.-Determin. Doc.-Determin.	24/06/1955 07/04/1959 25/04/1953	Misinto - MI Cogliate - MI Castiglione d.G.	Via per Saronno 20 Misinto MI Via Dante A. 17/a Cogliate MI Viale Rimembranze 16 Saronno VA
AMB Gruppo di Sesto S. Giovanni c/o ACAT Via Tonale 40 20099 Sesto San Giovanni MI	Garbellotto Aldo Carta Salvatore Uboldi Daniele Turati Enrico	Com.Sc.Naz Determinatore Determinatore Determinatore	24/05/1939 10/11/1939 21/08/1951 22/09/1939	Milano Quartu S.Elena Teglio SO Sesto S. Giovanni	Via Gramsci 135- Sesto S.Giovanni Via XXV Aprile 23 Cambiagio Via Livorno 15 Sesto S.Giovanni Via L. da Vinci 49 Sesto S.Giovanni
Associazione Micologica Soresinese Via Genala 5 26015 Soresina CR	B e r g a m a s c h i Stefano Stefanoni Franco Galelli Claudio	Determinatore Determinatore Determinatore	30/08/1945 13/10/1946 03/10/1957	Cremona Casalmarano-Cr Soresina	Via Paulli 10- Soresina-Cr Via Vittime del Terrorismo 1 Cr Via Cremona 21 Soresina-Cr.
A.M.B. Gruppo Alta Valtellina Via Fumarago 84 23030 Valdosotto SO	G i a c o m e l l a Giuliano Zampol Guido	Determinatore Determinatore	26/04/1956 12/03/1964	Valdisotto SO Bormio SO	Via Santelone 7-Bormio-So Via San Francesco 25b Bormio-So
AMB Gruppo di Varese Via Piani 15 21100 VARESE	Cervini Mario Cirila Angelo C r u g n o l a Gianfranco Gabba Giorgio Macchi Giovanni Cartabia Marco Orlandi Beppe	Docente Determinatore Determinatore Determinatore Docente Determinatore Determinatore Determinatore	30/06/1966 13/08/1946 07/05/1948 23/07/1962 12/12/1934 08/03/1992 12/07/1946	B. Arsizio VA Malnate VA Varese Varese Varese Varese Empoli FI	Via Belvedere 31 Castronno VA Via Macazzola 20 Malnate VA Via Biancamano Conte 25 Varese Via F.lli d.Rovere 8/a Varese Via Libertà 15 Arcisate VA Via Lazio 19 Varese Via Aurora 4 Varese
AMB Gruppo di Vigevano Via Santa Maria 24 27029 Vigevano PV	Bianchi F. Luigi Morra Giuseppe Mercurillo Vito Prim Alfredo Spata Salvatore	Doc.-Determin. Determinatore Determinatore Doc.-Determin. Doc.-Determin.	27/06/1943 17/04/1949 27/11/1948 07/12/1960 12/04/1946	Vigevano PV Tornaco NO Chiaromonte RG Vigevano PV Travia PA	C.so Novara 98 Vigevano PV Via E. Toti 3 Cassolnovo PV C.so Argentina 39 Vigevano PV Via Boselli 3 Vigevano PV Via Maggi 53 Abbiategrasso PV
AMB Gruppo di Villa D'Ogna Largo Europa 152 24020 Villa D'Ogna BG	Bertezzaghi Renato Bigoni Pierino Griffi Mario Ballabeni Angelo Rossi Flavio	Com.Sc. Naz. Com.Sc.Naz. Determinatore Determinatore Determinatore	27/10/1933 15/10/1950 11/06/1943 15/05/1949 29/09/1970	Bergamo Villa d'Ogna Alzano Lomb. Poviglio Bergamo	Via Cremasca n.80-Azzano - Via De Gasperi 127 Villa d'Ogna- Via Torino 10- Piaro -BG Viale Europa Unità 6- Caravaggio Via F.Turati 2 Dalmine BG
Gruppo Micologico Naturalistico Villasantese Via L. Da Vinci 68 20058 Villasanta M	Aiana Salvatore Colombo Silvano Aloise Franco Terrile Massimo	Determinatore Determinatore Determinatore Determinatore	06/04/1946 01/03/1946 01/05/1948 04/12/1943	Barrumini CA Correzzana MB S. Martino Finita Genova	Via Cavour n.4-Villasanta MB Via Mte Rosa 21 Lesmo MB Via Edison 22 Arcore MB Via Principale 11 Correzzana MB

Nome del Gruppo	Cognome-Nome	Qualifica	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
AMB Gruppo di Voghera Via Albero 16 27045 Voghera PV	Altobelli Elisa	Docente	24/05/1984	Pavia	Via Certosa 1/f S. Genesio U.PV
	Savino Elena	Docente	07/12/1957	Pavia	Via XX settembre 29 Pavia
	Dovana Francesco	Determinatore	12/06/1979	Alessandria	Via Spalto Rovereto 57 Alessandria
	Restelli Teresio	Doc.-Determin	27/07/1952	Magenta MI	Via Scaldasole 4 Torre d'Isola PV
	Gatti Alfredo	Determinatore	19/08/1949	Voghera PV	Via Albero 20 Voghera PV

“Gruppo Micologico Orobico di Verdello” (BG)

Nominativo	Qualifica	D a t a nascita	Luogo di nascita	Luogo di residenza
Duzioni Francesco	Determinatore	14.09.42	Bergamo	Verdello - via Daminelli n.53 - BG

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

ALLEGATO B

1) Elenco dei docenti e dei partecipanti al corso per micologi, autorizzati alla raccolta di funghi, ai sensi dell'Art. 3 , lettera B) del decreto n. 7495 del 5 agosto 2011, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a decorrere dalla data di approvazione del presente decreto fino al 31 dicembre 2013;
- nel limite giornaliero pro-capite di 4 (quattro) esemplari o, a scelta del ricercatore, di 50 grammi per ogni specie botanica rinvenuta, per un massimo complessivo ponderale di 3 Kg;
- su tutto il territorio regionale, ad esclusione delle aree per le quali vigono le limitazioni previste dalla l.r. 31/2008;

Docenti

BARLASSINA Carlo Medico - Micologo

BINCOLETTO Angelo Esperto in Micologia

BRIVIO Marisa Tecnico della Prevenzione L.P.ASL di Lecco - Micologo

GIANA Gianni Medico – Direttore Laboratorio Analisi - Azienda Ospedaliera Ospedale S. Anna di Como - esperto in Micologia

GOMARASCA Walter Medico – Direttore Sanitario Poliambulanza "Gnutti" (BS) – Micologo

MAINA Giuseppe Tecnico della Prevenzione - Micologo

LARGHI Marco Medico Direttore Dipartimento di Prevenzione Medico ASL di Como - Micologo

SALAMANA Maurizio Biologo – esperto in legislazione alimentare

RUINI Sergio Esperto in Micologia

CAPOFERRI Pietro Micologo

MERALDI Paolo Tecnico della Prevenzione – Micologo

SAVINO Elena Ricercatore Università di Pavia – Micologo

Allievi

1	ALBORGHETTI	MAURIZIO	CcCF COMMERCIALE FUNGOROBICA SRL	ASSISTENTE CQ
2	AROLDI	ELDA	ASL MANTOVA	TECNICO DELLA PREVENZIONE
3	BASILE	GIUSEPPE	ASL MILANO 2	TECNICO DELLA PREVENZIONE
4	BIASIN	MARCO	ASL BRESCIA	TECNICO DELLA PREVENZIONE
5	BISSOLI	MAURIZIO	A.O. NIGUARDA	MEDICO
6	BOERCI	CARLA	ASL MILANO 2	TECNICO DELLA PREVENZIONE
7	BONAZZI	STEFANO	A.O. TREVIGLIO CARAVAGGIO	DIR. U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
8	CASTANI	ALESSANDRO	ASL VARESE	TECNICO DELLA PREVENZIONE
9	CHIRCO	ANTONIA MARINA	ASL BRESCIA	TECNICO DELLA PREVENZIONE
10	CREMASCHI	MATTEO	ASL BERGAMO	TECNICO DELLA PREVENZIONE
11	DUNI	ROBERTO	ASL BRESCIA	TECNICO DELLA PREVENZIONE
12	FERRARI	GIUSEPPE	ASL CREMONA	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
13	MARINO	ALESSANDRA	ASL BRESCIA	DIRIGENTE CHIMICO
14	MORINI	CLAUDIA	ASL BERGAMO	TECNICO DELLA PREVENZIONE
15	NELLA	GIOVANNI ANDREA	A.O. VALTELLINA E VALCHIAVENNA	DIRIGENTE MEDICO
16	PIVA	MAURIZIO	ASL MONZA E BRIANZA	AMMINISTRATIVO DPV
17	RIVA	MASSIMO	BENNET SPA	RESP. ASSICURAZIONE QUALITÀ
18	SCHIANTARELLI	CAMILLO	A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA
19	TOFFANELLO	MARGHERITA	ASL MILANO 1	TECNICO DELLA PREVENZIONE
20	VECCHIO	SARAH	A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	MEDICO
21	ZUMMO	FRANCESCO	ASL BRESCIA	TECNICO PREVENZIONE

- 2) Nominativo dell'esperto della Federazione Micologica Lombarda (FML) autorizzato alla raccolta di funghi per l'organizzazione di seminari, corsi, manifestazioni di particolare interesse micologico e naturalistico e per le attività scientifiche e didattiche all'interno dei gruppi, ai sensi dell'Art. 3, lettera B) del decreto n. 7495 del 5 agosto 2011, nel rispetto delle seguenti condizioni:
- a decorrere dalla data di approvazione del presente decreto fino al 30 giugno 2013 limitatamente:
 - ✓ per mostre e altre manifestazioni di particolare interesse micologico e naturalistico, a partire da tre giorni prima dell'iniziativa a cui si riferiscono e fino alla data di conclusione dell'iniziativa stessa;
 - ✓ per seminari o corsi che prevedono esercitazioni in bosco ovvero singole escursioni, o per le attività didattiche dei gruppi, con validità riferite agli specifici programmi presentati;
 - nel limite giornaliero pro-capite di 4 (quattro) esemplari o, a scelta del ricercatore, di 50 grammi per ogni specie botanica rinvenuta, per un massimo complessivo ponderale di 3 Kg;
 - su tutto il territorio regionale, ad esclusione delle aree per le quali vigono le limitazioni previste dalla l.r. 31/2008;
 - con esclusione della raccolta di funghi riconosciuti eduli, con particolare riferimento a *Boletus edulis*, *Boletus pinophilus*, *Boletus aereus* e *Boletus aestivalis*, per i quali è necessario essere in possesso dell'eventuale tesserino rilasciato dai comuni ai sensi dell'art. 97 della l.r. 31/08.

Federazione Micologica Lombarda

Nome del Gruppo	Cognome-Nome	Qualifica	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
AMB Gruppo "C. Vittadini" C/o SAM Via Ghilini 4/b 20052 Monza MI	Mauri Fabio	Determinatore	19/11/1969	Monza-Mi	v.le Europa 23 - Monza MB

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.G. Agricoltura

D.d.u.o. 13 dicembre 2012 - n. 12068**Programma di sviluppo rurale 2007-2013. Approvazione del IV° bando della Misura 331 "Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3"**

IL DIRIGENTE DELLA U.O.
MULTIFUNZIONALITÀ E SOSTENIBILITÀ DEL TERRITORIO

Richiamati:

- il regolamento CE 1698/2005 del Consiglio, del 20 settembre 2005, relativo al sostegno allo sviluppo rurale da parte del fondo europeo per lo sviluppo rurale (FEASR) e successive modifiche;
- il regolamento CE 74/2009 del Consiglio, del 19 gennaio 2009, che modifica il regolamento CE 1698/2005;
- il regolamento CE 1974/2006 della Commissione, del 15 dicembre 2006, recante disposizioni di applicazione del regolamento CE 1698/2005 del Consiglio sul sostegno allo sviluppo rurale da parte del fondo europeo per lo sviluppo rurale (FEASR) e successive modifiche;
- il regolamento CE 363/2009 del Consiglio, del 4 maggio 2009, che modifica il regolamento CE 1974/2006;
- il regolamento CE n. 679/2011 del Consiglio, del 14 luglio 2011, che modifica il regolamento CE n. 1974/2006;
- il regolamento CE 65/2011 della Commissione, del 27 gennaio 2011 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento CE 1698/2005 del Consiglio per quanto riguarda l'attuazione delle procedure di controllo e della condizionalità per le misure di sostegno dello sviluppo rurale;
- la decisione della Commissione C(2007) 4663 del 16 ottobre 2007, che approva il Programma di Sviluppo Rurale della Regione Lombardia per il periodo di programmazione 2007-2013 modificato ed integrato sulla base delle osservazioni della Commissione stessa;
- la decisione della Commissione C(2009) 10347 del 17 dicembre 2009, che approva la revisione del Programma di Sviluppo Rurale della Regione Lombardia per il periodo di programmazione 2007-2013 e modifica la decisione della Commissione C(2007) 4663 del 16 ottobre 2007;
- la decisione della Commissione C(2011) 3621 del 24 maggio 2011, che approva la revisione del Programma di Sviluppo Rurale della Regione Lombardia per il periodo di programmazione 2007 - 2013 e modifica la Decisione della Commissione C (2009) 10347 del 17 dicembre 2009;

Vista la d.g.r.n. 11.161 del 3 febbraio 2010, di modifica ed integrazione alle disposizioni attuative quadro delle misure 111, 121, 123, 214, 221, 223, 311, 312, 313, 321, 331;

Considerato che la sopra richiamata delibera demanda ad un successivo atto dirigenziale per l'approvazione dei bandi per la presentazione delle domande;

Ritenuto che per consentire la presentazione delle domande nell'anno 2013 ai soggetti interessati alla misura, è necessario approvare il bando della misura 331 «Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3» come da allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Considerato che il 5 dicembre 2012 si è chiusa la procedura per la consultazione scritta ACCP attivata il 3 dicembre 2012 senza che pervenisse nessun rilievo al bando della misura 331 «Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3»;

Considerato che le risorse finanziarie disponibili per il presente bando è pari a € 550.000,00 per la misura 331 «Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3» e che la relativa spesa graverà sul bilancio dell'Organismo Pagatore Regionale

Visto l'art. 17 della l.r. n. 20 del 7 luglio 2008 ed i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

DECRETA

1. di approvare il bando relativo alla misura 331 «Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3» di cui allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. che le risorse finanziarie disponibili per il presente bando della misura 331 sono pari a € 550.000,00 la cui spesa graverà sul bilancio dell'Organismo Pagatore Regionale;

3. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione generale Agricoltura;

4. di inviare copia del presente atto all'Organismo Pagatore Regionale.

Il dirigente dell'unità organizzativa
multifunzionalità e sostenibilità del territorio
Giorgio Bleynat

_____ • _____

FEARS - Programma di Sviluppo Rurale 2007-2013

MISURA 331**"Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3"****DISPOSIZIONI ATTUATIVE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE****Indice**

- 1. FINALITÀ ED OBIETTIVI**
- 2. CHI PUO' PRESENTARE DOMANDA**
 - 2.1 *Chi non può presentare domanda*
- 3. CONDIZIONI PER ESSERE AMMESSI AL FINANZIAMENTO**
- 4. INTERVENTI AMMISSIBILI**
 - 4.1 *Spese ammissibili*
 - 4.1.1 *Spese ammissibili comuni per formazione ed informazione*
 - 4.2. *Data inizio interventi*
 - 4.3. *Interventi non ammissibili*
- 5. DOVE POSSONO ESSERE REALIZZATI GLI INTERVENTI**
- 6. A QUANTO AMMONTA IL CONTRIBUTO**
- 7. LIMITI E DIVIETI**
- 8. PRIORITÀ E CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO**
- 9. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**
- 10. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE**
- 11. REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E PROROGHE**
- 12. DOMANDA DI PAGAMENTO**
 - 12.1 *Stato di avanzamento progetto*
 - 12.2 *Saldo*
- 13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE**
- 14. IMPEGNI**
 - 14.1 *Impegni essenziali*
 - 14.2. *Impegni accessori*
- 15. RECESSO**
- 16. TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Allegato a) ELEMENTI PROCEDURALI CONFORMI A QUANTO PREVISTO DALLA D.G.R. 11161/2010 "PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE 2007-2013. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI ALLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE QUADRO DELLE MISURE 111 121, 123, 214, 221, 223, 311, 312, 313, 321 E 331 APPROVATE CON D.G.R. 6270/07, 7947/2008, 8639/2008, E N. 10086/2009. (REG. CE 1698/2005) D.D.U.O 7107/2010 "APPROVAZIONE DEL MANUALE DELLE PROCEDURE, DEI CONTROLLI E DELLE SANZIONI"

Allegato b) MODELLI PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE

1. FINALITÀ ED OBIETTIVI

La misura si propone di aumentare l'efficacia delle iniziative di sviluppo promosse dall'asse 3 (multifunzionalità, turismo rurale, microimprese, servizi essenziali ecc.), rafforzando le competenze degli attori economici coinvolti nelle attività di diversificazione delle attività produttive, attraverso specifiche e mirate iniziative di informazione e di formazione, con particolare attenzione a giovani e donne.

2. CHI PUÒ PRESENTARE DOMANDA**Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE**

Possono presentare domanda gli Enti di formazione professionale accreditati presso la Regione Lombardia ai sensi delle normative regionali in materia di istruzione e formazione professionale⁽¹⁾.

(1) D.g.r.n. 19867, del 16 dicembre 2004 "Criteri per l'accreditamento dei soggetti che erogano attività di formazione e orientamento - III Fase" e successive modifiche ed integrazioni. Per quanto concerne l'accreditamento del richiedente ai sensi della normativa regionale in materia di istruzione e formazione professionale, la dichiarazione presente in domanda sarà verificata sul sito web della Direzione generale Occupazione e Politiche del Lavoro cliccando al link sotto indicato: http://www.formalavoro.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_IFL%2FDetail&cid=1213287445669&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213282194507&pagename=DG_IFLWrapper

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

Possono presentare domanda di contributo i soggetti pubblici e privati che abbiano tra gli scopi statuari la diffusione delle conoscenze e dell'informazione nell'ambito dello sviluppo rurale e della diversificazione nel settore agricolo e forestale.

L'idoneità a svolgere attività di informazione e diffusione di conoscenze per la diversificazione delle attività che rientrano nell'asse 3 è valutata verificando il possesso dei seguenti requisiti:

- disporre di adeguate strutture e attrezzature e avvalersi di personale idoneo per lo svolgimento delle attività;
- possedere adeguata e provata esperienza almeno triennale nel campo specifico di attività;
- non avere scopi di lucro;
- avere, tra gli scopi statuari, la gestione di attività di informazione e diffusione della conoscenza;
- tenere una contabilità ordinaria o semplificata (ai sensi del d.p.r. 600/73 e successive modifiche ed integrazioni) ed un bilancio annuale.

I soggetti richiedenti per le attività di **formazione** ed **informazione** possono associarsi tra loro per realizzare attività formativa ed informativa in comune. L'associazione deve avere una propria identità giuridico-fiscale ed è obbligata a mantenere il vincolo associativo sino al completo adempimento degli impegni previsti dalla Misura. Le fatture relative agli interventi previsti devono essere intestate all'Associazione.

2.1 Chi non può presentare domanda

non possono presentare domanda i richiedenti:

- considerati non affidabili secondo quanto stabilito nel "Manuale delle procedure, dei controlli e delle sanzioni" redatto dall'Organismo Pagatore Regionale (punto 16.3.1 del Manuale OPR);
- che non hanno istituito un proprio fascicolo aziendale in SIARL; per la costituzione del fascicolo aziendale, è necessario rivolgersi ad un Centro di Assistenza agricola (CAA).

3. CONDIZIONI PER ESSERE AMMESSI AL FINANZIAMENTO

I richiedenti di cui al paragrafo 2 al momento della presentazione della domanda devono rispettare le seguenti condizioni:

- a) essere titolare di codice fiscale;
- b) rispettare le disposizioni normative sugli aiuti di stato specificate al paragrafo 6.

4. INTERVENTI AMMISSIBILI

La misura sostiene la realizzazione di iniziative di **formazione** e/o aggiornamento e di **informazione** riguardante le tematiche oggetto delle misure dell'asse 3, e cioè essere relative alle tematiche della diversificazione verso attività non agricole in ambito rurale, quali ad esempio la multifunzionalità dell'azienda agricola, l'agriturismo, il turismo rurale, le energie rinnovabili, l'imprenditorialità, i servizi sociali, gli aspetti culturali, ambientali naturalistici e territoriali ecc., a favore degli operatori economici (imprenditori, collaboratori, consulenti e personale dipendente ed altri soggetti) impegnati, o che intendono intraprendere un'attività economica, nei settori di diversificazione dell'economia rurale che rientrano nell'ambito delle misure 311, 312, 313, 321, 323 del PSR 2007/2013.

Relativamente agli interventi di informazione, gli operatori economici che risiedono al di fuori dall'ambito delle misure 311, 312, 313, 321, 323 del PSR 2007/2013 devono, preventivamente alla partecipazione delle iniziative, presentare una dichiarazione riguardante la volontà di intraprendere l'eventuale attività economica oggetto delle iniziative della misura 331 nelle aree beneficiarie delle misure.

Sono ammessi progetti pilota finalizzati a promuovere ed implementare sul territorio rurale il principio dell'uguaglianza di genere.

Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE

Sono ammissibili i corsi di formazione e/o aggiornamento secondo le condizioni d'ammissibilità previste dalla normativa regionale in materia di formazione professionale continua e permanente (d.g.r. n. 8/6563 del 13 febbraio 2008).

I corsi devono avere una durata minima di 6 ore e massima di 30 e un numero di allievi non inferiori a 6.

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

Sono ammissibili gli interventi di informazione, concernenti le tematiche descritte in premessa al presente paragrafo, di raccolta, elaborazione e trasferimento di dati e informazioni di carattere tecnico, economico, normativo, inclusa la diffusione di conoscenze scientifiche e pratiche innovative, tramite idonei strumenti, quali:

- a) incontri informativi e visite guidate in campo (minimo 10 partecipanti);
- b) convegni e seminari divulgativi volti al trasferimento delle conoscenze e dell'innovazione (minimo 20 partecipanti);
- c) pubblicazioni periodiche e non, pubblicazioni specialistiche, opuscoli, schede tecniche, bollettini, newsletter, realizzate e diffuse sotto forma cartacea, audiovisiva, multimediale e con tecnologie di rete.

Gli interventi devono essere definiti nell'ambito di un progetto che potrà prevedere una o più tipologie di intervento e concludersi entro il **30 maggio 2014**.

4.1. Spese ammissibili

Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE

Le spese ritenute ammissibili, sono le seguenti:

a. Docenze e tutoraggio

La spesa massima ammessa é modulata in base alle caratteristiche e all’esperienza professionale dei docenti in relazione all’area di intervento con riferimento alle seguenti tre fasce⁽²⁾: fascia A pari a 103,20 € per ora di attività formativa in aula o in campo; fascia B, pari a 68,40 € per ora di attività formativa in aula o in campo; fascia C, pari a 37,20 € per ora di attività formativa in aula o in campo. Non è previsto l’utilizzo come docente di personale dipendente dell’Ente di formazione.

Per il tutoraggio la spesa massima ammessa è pari a 35,00 € per ora di attività formativa in aula o in campo.

b. Acquisto materiale didattico e noleggio attrezzature

E’ consentito l’acquisto di libri, riviste specializzate, videocassette/DVD/DVX/CD-Rom da distribuire ai corsisti a scopo didattico e il noleggio delle attrezzature indispensabili alla realizzazione delle iniziative previste (video proiettore, pc portatile, lavagna luminosa, ecc.).

E’ altresì ammissibile l’acquisto di materie prime da utilizzare nelle esercitazioni pratiche di specifici corsi finalizzati alla produzioni/valorizzazione dei prodotti agricoli ed agroalimentari (latte, carne, frutta, farina, ecc.).

Il costo complessivo di tali voci non può superare il 20% dell’importo totale della spesa riferita alle voci personale docente, trasferta docenti, tutoraggio, affitto aule, trasferta partecipanti e coordinamento.

Le spese riguardanti l’acquisto di materiale didattico sono ammissibili solo per un numero di copie coerente con il numero di corsisti.

c. Produzione di supporti didattici e informativi

Sono ammissibili i costi per la produzione di:

- materiale didattico da distribuire ai corsisti (dispense in forma cartacea, videocassette/DVD/DVX/CD-Rom);
- materiale informativo inerente i corsi (locandine e brochures).

Le spese si riferiscono a:

- predisposizione dei testi (redazione, registrazione e traduzione) e del materiale iconografico;
- impostazione grafica;
- stampa e duplicazione;
- spedizione del materiale informativo.

Il costo complessivo di tali voci non può superare il 10% dell’importo totale della spesa riferita alle voci personale docente, trasferta docenti, tutoraggio, affitto aule, trasferta partecipanti e coordinamento.

Le spese riguardanti la produzione di supporti didattici e informativi sono ammissibili solo per un numero di copie coerente con il numero di corsisti.

d. Affitto di aule/sale e attrezzature per incontri informativi convegni e seminari.

Per l’affitto di ogni aula sarà riconosciuta una spesa massima di 250,00 € per giornata formativa.

f. Coordinamento

Le spese di coordinamento sono riconosciute se strettamente correlate alle iniziative di formazione per una spesa massima pari a 15,00 €/ora di attività formativa in aula o in campo.

g. Pubblicizzazione

I costi per la pubblicizzazione delle iniziative di formazione tramite inserzioni su quotidiani locali e riviste di settore, annunci televisivi su emittenti locali, ecc. non devono superare il 5% dell’importo totale della spesa riferita alle voci personale docente, trasferta docenti, tutoraggio, affitto aule e trasferta partecipanti e coordinamento.

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

Le spese ritenute ammissibili, sono le seguenti:

a. Personale qualificato

Si tratta di personale esperto (relatore/divulgatore) coinvolto nella realizzazione di incontri, visite guidate, convegni e seminari; costo massimo 300,00 € per mezza giornata, 500,00 € per una giornata intera. Qualora venga utilizzato personale dipendente, la spesa va calcolata con riferimento al costo orario per la durata dell’iniziativa (4 ore o 8 ore), fermi restando i massimali su indicati.

b. Affitto sale e attrezzature: per incontri informativi, convegni e seminari.

	Spesa massima ammissibile (in €)	
	per mezza giornata	per una giornata intera
Per incontri	300,00	600,00
Per convegni e seminari	600,00	1.200,00

Non sono ammesse spese di allestimento sale

(2) La fascia A richiede un’esperienza decennale e comprende: docenti universitari, ricercatori senior, dirigenti d’azienda, imprenditori, esperti di settore, professionisti.
La fascia B richiede un’esperienza triennale e comprende ricercatori universitari, esperti di settore, professionisti.
La fascia C comprende ricercatori universitari, esperti di settore, professionisti con esperienza inferiore al triennio

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

c. Coordinamento organizzativo di incontri informativi, convegni e seminari: le spese di coordinamento sono riconosciute se correlate alle iniziative di informazione per una spesa massima di 100,00 € per ogni incontro informativo, 180,00 € per ogni seminario e 250,00 € per ogni convegno se di durata pari ad una giornata intera. Nel caso di evento di durata pari o inferiore a mezza giornata le spese di coordinamento saranno riconosciute per un importo massimo pari all'80% dei suddetti massimali.

d. Spese per la realizzazione e la diffusione di materiale informativo: predisposizione dei testi (redazione, registrazione e traduzione) e del materiale iconografico, impostazione grafica, stampa e duplicazione, spedizione del materiale, gestione e aggiornamento siti web e realizzazione newsletter.

Per la redazione dei testi di materiale informativo da diffondere a mezzo stampa, su supporto ottico (CD-ROM o DVD) o via posta elettronica, è ammessa una spesa massima di € 70,00 a cartella per lavori di copy originale (creazione ex novo di testi che riportano analisi e resoconti di temi o fatti specifici) e di € 35,00 a cartella per lavori di riscrittura testi (riscrittura e semplificazioni del linguaggio). Per cartella si intende un foglio di testo dattiloscritto composto da 1800 battute (es. 60 battute per 30 righe). Ogni carattere o spazio è una battuta.

La spesa relativa all'impostazione grafica è ammissibile solo quando è riferita a materiale informativo diffuso a mezzo stampa.

Prodotti audiovisivi sono ammissibili a finanziamento solo se utilizzati in occasione di iniziative di informazione rivolte ai destinatari di incontri informativi e visite guidate, convegni, seminari, o distribuiti agli stessi.

Per gestione e aggiornamento di siti web si intende un'attività redazionale specifica per web. Non rientra pertanto il mero trasferimento su web di normative, documenti e di altro materiale informativo prodotto originariamente per essere diffuso attraverso altri canali di informazione. Per tali iniziative non sono ammissibili i costi del personale informatico.

Per la redazione e diffusione di materiale informativo tramite siti web, è ammessa una spesa massima di € 50,00 per pagina web prodotta.

Per newsletter si intende un prodotto informativo sintetico, diffuso esclusivamente via posta elettronica, che riporta fatti e notizie proponendo per ciascuno un breve abstract e un link a una pagina web di approfondimento.

4.1.1. Spese ammissibili comuni alle iniziative di formazione ed informazione

Le spese ammissibili comuni alle iniziative di formazione ed informazione sono:

a) spese di trasferta:

relativamente alle spese di eventuali trasferte di personale DOCENTE e dei RELATORI, sono ammissibili le spese di viaggio, vitto e alloggio alle seguenti condizioni:

- 1) viaggio: aereo per distanze superiori ai 300 km; treno di 2a classe o, nel caso di distanze superiori ai 300 km, di 1a classe; altri mezzi di trasporto pubblico; taxi, solo se giustificato da motivazioni di urgenza; mezzo proprio, con indennità chilometrica pari a quella stabilita per i dipendenti della Giunta della Regione Lombardia. Nel caso di trasferta dei partecipanti per aggiornamenti in campo, incontri e visite guidate, sono ammesse spese per noleggio mezzi di trasporto collettivi, macchine e strumenti dimostrativi per il tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'attività formativa in campo o per l'intervento informativo. Le spese devono essere documentate, in sede di rendicontazione, tramite giustificativi in originale (biglietti e ricevute per taxi). Nel caso di utilizzo di mezzo proprio deve essere allegata una dichiarazione sottoscritta dall'interessato contenente: data, destinazione, chilometri percorsi, motivazione.
- 2) vitto e alloggio: trasferta di durata compresa fra 8 e 12 ore: massimo 25,00 € per un pasto; trasferta di durata superiore a 12 ore: massimo 50,00 € per due pasti e 80,00 € per il pernottamento.

b) affitto sale:

relativamente all'affitto di aula, sale convegni/seminari si precisa che le medesime devono essere a norma per quanto concerne la prevenzione degli incendi e antinfortunistica (D.lgs. 626/94 e successive modifiche) e devono essere idonee allo svolgimento dell'attività didattica (corredate degli arredi e delle suppellettili necessarie e degli spazi e strumenti indispensabili agli indirizzi formativi oggetto di intervento). Qualora i locali non fossero messi a disposizione da Enti di formazione accreditati presso la Regione Lombardia, ai sensi delle normative regionali in materia di istruzione e formazione professionale, il rispetto delle norme di antinfortunistica e prevenzione degli incendi devono essere autocertificati dal locatore.

c) spese generali:

per le spese amministrative rendicontabili e riconducibili alla realizzazione:

- degli **interventi formativi** è previsto un riconoscimento del 5% massimo dell'importo totale del programma ammesso a finanziamento;
- degli **interventi informativi** è previsto un riconoscimento fino a un massimo del 5% dell'importo totale del progetto ammesso a finanziamento per ciascun gruppo omogeneo di iniziative⁽³⁾.

Tali spese sono riferite a:

- personale amministrativo e di segreteria;
- spese telefoniche, postali, telematiche e di cancelleria;
- affitto e manutenzione della sede;
- riscaldamento, elettricità, pulizia e custodia della sede.

Per le voci di spesa sotto elencate dovranno essere prodotte almeno tre offerte di preventivo:

- noleggio attrezzature;
- produzione di materiale didattico, ad esclusione delle spese di redazione;
- impostazione grafica e stampa di materiale informativo;
- noleggio mezzi di trasporto;
- affitto aule.

(3) Gli incontri informativi, le visite guidate, i convegni, i seminari e le pubblicazioni costituiscono ciascuno un gruppo omogeneo di iniziative.

Relativamente ai preventivi di spesa, nel caso in cui non si scelga l'offerta economicamente più vantaggiosa, deve essere fornita una breve relazione tecnico/economica sottoscritta da un tecnico qualificato. Per l'acquisto di beni e/o forniture il cui costo non superi singolarmente l'importo di € 5.000,00, IVA esclusa, fermo restando l'obbligo di presentare tre preventivi, è sufficiente una dichiarazione del beneficiario, con la quale si dia conto della tipologia del bene da acquistare e della congruità dell'importo previsto. E' fatto divieto di frazionare la fornitura del bene al fine di rientrare in questa casistica.

Tutte le voci di spesa (al netto dell'IVA), in fase di rendicontazione, dovranno essere documentate e riconducibili all'attuazione delle iniziative finanziate. Non sono ammessi i pagamenti in contanti.

4.2. Data inizio interventi

Gli interventi devono essere realizzati dalla **data di presentazione della domanda al 30 maggio 2014**, salvo eventuali proroghe previste al paragrafo 11 fino al 30 luglio 2014.

4.3. Interventi non ammissibili

Gli investimenti non ammissibili sono i seguenti:

- a) gli interventi già avviati alla data di presentazione della domanda;
- b) l'attività di formazione (corsi o tirocini) rientrante nei normali programmi o sistemi di educazione previsti dall'ordinamento scolastico e per attività finanziate dal Fondo Sociale Europeo;
- c) l'attività di formazione e informazione concernente tematiche agricolo-forestali non rientranti nell'ambito delle iniziative di sviluppo rurale promosse dell'asse 3.

5. DOVE POSSONO ESSERE REALIZZATI GLI INTERVENTI

La misura si applica, in relazione alle specifiche tematiche formative/informative da realizzare nei territori ammissibili per le relative misure dell'Asse 3 cui si riferiscono.

Sarà garantita la priorità di finanziamento per le aree ammissibili all'Asse 4-Leader. Quindi, gli interventi nelle aree non ammissibili all'Asse 4-Leader saranno consentiti esclusivamente dopo aver soddisfatto i fabbisogni finanziari delle domande di contributo delle aree ammissibili.

6. A QUANTO AMMONTA IL CONTRIBUTO

La percentuale di contribuzione è pari al 100% della spesa ammissibile per la Formazione e al 70% per l'Informazione. Il contributo massimo richiedibile non può superare per ogni domanda presentata la cifra di 10.000,00 € per l'attività di formazione e di 50.000,00 € per quella di informazione.

L'aiuto sarà erogato come contributo in conto capitale.

Il contributo sarà concesso conformemente al **regolamento "de minimis"** (CE) n. 1998/2006⁶ del 15 dicembre 2006.

Tale regime prevede un massimo di **200.000,00 €** di contributo pubblico nel triennio, ridotto dell'entità di eventuali contributi già percepiti in regimi di "de minimis" nel periodo considerato.

Il triennio da considerare parte dalla data del verbale di accertamento finale di esecuzione lavori.

7. LIMITI E DIVIETI

Ciascun intervento può beneficiare di un solo contributo finanziario pubblico di origine nazionale o comunitaria. Nel caso di ammissibilità a diverse fonti di finanziamento per lo stesso investimento è necessario rinunciare formalmente, con comunicazione scritta a tutte le amministrazioni interessate, alle domande aggiuntive rispetto a quella prescelta.

8. PRIORITÀ E CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Al fine di garantire una concentrazione significativa per gli interventi previsti nelle aree ammissibili all'asse 4-Leader, è possibile intervenire nelle aree non ammissibili all'asse 4-Leader solo se esaurite le domande di contributo nelle ammissibili all'asse 4-Leader.

Pertanto, sono stilate due graduatorie: una per le domande di contributo per intervento nelle aree ammissibili all'asse 4-Leader e l'altra per quelle nell'area non ammissibili all'asse 4-Leader. Le domande elencate in questa seconda graduatoria sono considerate ammissibili a finanziamento solo dopo aver soddisfatto i fabbisogni finanziari delle domande di investimento nelle aree ammissibili all'asse 4-Leader.

La valutazione delle domande ammissibili all'aiuto avviene attraverso l'attribuzione di un punteggio sulla base dei seguenti criteri:

- A) Caratteristiche del richiedente (fino a 8 punti)
- B) Localizzazione dei destinatari dell'attività di formazione/informazione (fino a 15 punti)
- C) Qualità del progetto formativo/informativo e coerenza programmatoria (fino a 52 punti).

Gli elementi che danno diritto all'attribuzione dei punti di priorità devono essere posseduti dal richiedente al momento della presentazione della domanda.

Per poter essere considerata ammissibile la domanda deve ottenere complessivamente almeno 25 punti.

Gli elementi di valutazione, con il relativo punteggio massimo assegnabile, sono i seguenti:

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Priorità / Criterio di valutazione A. Caratteristiche del richiedente	PUNTI	
	FINO A	
- Esperienza in ambito formativo/informativo nelle tematiche oggetto dell'asse 3	FINO A	8

B. Localizzazione dei destinatari dell'attività di formazione/informazione

- in aree situate ad una altimetria superiore a 750/500/250 m slm (#)	SI/NO	5,4,2
- in aree situate in zona svantaggiata (all. 12 al PSR) e/o zone vulnerabili ai nitrati (#)	SI/NO	5
- in aree situate in zona protetta (§) e siti Natura 2000 (SIC, ZPS) (#)	SI/NO	5

C. Qualità dell'attività di formazione/informazione e coerenza programmatoria

- originalità e innovatività	FINO A	6
- progetto presentato in comune da parte di enti/associazioni (1 punto per associato)	FINO A	6
- attività di formazione/informazione che affronti tematiche relative a:		
- le energie rinnovabili ed il risparmio energetico e/o idrico	FINO A	5
- la valorizzazione delle risorse naturalistiche e le produzioni agricolo-forestali tipiche locali	FINO A	5
- la realizzazione di servizi e l'infrastrutturazione destinati a persone socialmente deboli (bambini, giovani, anziani e diversamente abili etc.)	FINO A	5
- l'utilizzo di soluzioni edilizie tradizionali, ecologiche e materiali locali	FINO A	5
- la certificazione (ambientale, organizzativa, prodotti tipici, agricoltura di qualità)	FINO A	5
- coinvolgimento di altri soggetti attivi sul territorio in fase di ideazione/progettazione dell'attività di formazione/informazione	FINO A	5
- livello di coerenza con le scelte di programmazione regionale e provinciale	FINO A	5
- livello di integrazione e coerenza con degli interventi con politiche che prevedono l'utilizzo di fondi comunitari extra PSR (FSE, FESR...)	FINO A	5

(#) per almeno il 50% della superficie aziendale

(§) ai fini dell'attribuzione del punteggio di priorità sono da considerare esclusivamente le aree parco e riserve naturali istituite per legge e cioè i parchi e riserve nazionali e regionali.

A parità di punteggio viene data precedenza alle domande che hanno ottenuto il punteggio superiore per i criteri di cui alle lettere A e B (Caratteristiche del richiedente e Localizzazione dei destinatari dell'attività di formazione/informazione). In caso di ulteriore parità, sarà accordata priorità alla domanda che prevede un minore contributo pubblico.

9. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di contributo potrà essere presentata dalla data di pubblicazione delle presenti disposizioni attuative sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) sino al 1° marzo 2013.

Le disposizioni attuative saranno messe a disposizione anche sul sito internet della Regione (www.agricoltura.regione.lombardia.it) alla voce "BANDI".

La domanda deve essere:

- inoltrata all'ente delegato per via telematica al sito www.agricoltura.regione.lombardia.it, nella sezione dedicata al Sistema Informativo Agricolo di Regione Lombardia (SIARL) **entro il 1° marzo 2013**;
- fatta pervenire all'Ente Delegato in copia cartacea, unitamente alla documentazione di cui al punto 10 entro 10 giorni di calendario dalla data di chiusura dei termini di presentazione delle domande, il ritardo dell'inoltro della copia cartacea della domanda compreso tra l'11° ed il 20° giorno comporta l'infrazione prevista dal Manuale delle procedure dei controlli e delle sanzioni dell'Organismo Pagatore Regionale (Manuale delle procedure OPR), mentre il ritardo oltre il 20° giorno comporta la non ricevibilità della domanda.

L'Ente delegato destinatario della domanda è la Provincia di competenza con riferimento al beneficiario o ai destinatari dell'iniziativa di formazioni e/o informazione. Nel caso in cui siano interessati destinatari di più Province, la domanda deve essere inoltrata alla Provincia maggiormente interessata, dal punto di vista finanziario, dagli interventi formativi-informativi; la Provincia informerà al riguardo le altre Province interessate.

La presentazione della domanda prevede la compilazione ed inoltro telematico della medesima ed il successivo invio di una copia cartacea unitamente alla necessaria documentazione indispensabile per l'istruttoria. Gli utenti che non hanno un proprio fascicolo aziendale in SIARL devono preliminarmente rivolgersi ad un Centro di Assistenza Agricola (CAA) per la costituzione del fascicolo aziendale, eventualmente ridotto se non si tratta di impresa agricola.

Per presentare la domanda è necessario connettersi al sito www.agricoltura.regione.lombardia.it, nella sezione dedicata al Sistema Informativo Agricolo di Regione Lombardia (SIARL), e registrarsi (per chi non lo è ancora): il sistema rilascia i codici di accesso personali (login e password) con i quali si accede alla propria posizione e si compila la domanda per la misura:

- "331-A-Formazione rivolta agli operatori economici nei settori che rientrano nell'Asse 3";
- "331-B-Informazione rivolta agli operatori economici nei settori che rientrano nell'Asse 3".

I dati inseriti durante la compilazione della domanda sono confrontati con le informazioni certificate presenti nell'anagrafe delle imprese agricole e nel fascicolo aziendale istituiti nell'ambito del SIARL.

L'inserimento delle informazioni prevede la compilazione della relativa scheda di misura comprendente dati tecnici del progetto.

Per la sottomisura A-Formazione nella domanda vanno registrati in un'unica voce tutti i corsi afferenti al programma formativo e la relativa spesa va riferita all'insieme dei corsi.

Per la sottomisura B-Informazione nella domanda vanno registrate in un'unica voce tutte le attività afferenti **a ciascun gruppo omogeneo di iniziative**, al quale va riferita la relativa spesa.

La domanda e la scheda di misura sono quindi inviate per via telematica al SIARL che rilascia al richiedente una ricevuta attestante la data di presentazione (che coincide con l'avvio del procedimento) e l'avvenuta ricezione della domanda da parte della Provincia.

La copia cartacea della domanda, della scheda di Misura e la documentazione di cui al paragrafo successivo devono pervenire alla Provincia competente entro 10 giorni di calendario dalla data di chiusura del termine di presentazione delle domande. La data di riferimento è certificata dal timbro del protocollo se la domanda è presentata a mano, dal timbro postale se inviata tramite posta.

10. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Alla domanda di contributo di cui al paragrafo 9 deve essere allegata la seguente documentazione relativamente alle iniziative di **FORMAZIONE e INFORMAZIONE**:

1. copia cartacea della domanda e della scheda di Misura firmate in originale con fotocopia di documento di identità;
2. se ne ricorre il caso, dichiarazione di aver presentato un'altra richiesta di finanziamento pubblico per il progetto di cui alla domanda di contributo per la presente Misura;
3. progetto che il richiedente intende realizzare redatto, secondo lo schema di cui all'allegato MODELLO A1-B1;
4. prospetto finanziario del progetto come da allegato MODELLO A2-B3, corredato dalle 3 offerte di preventivo di spesa, fornite da ditte in concorrenza, ove previste;
5. documentazione comprovante la disponibilità dei locali dove verrà svolta l'attività di formazione e/o informazione e del rispetto delle norme di antinfortunistica e prevenzione degli incendi;
6. elenco del personale coinvolto nella realizzazione dei corsi come coordinatore, tutor e docente, redatto come da MODELLO A9, FORMAZIONE; relatore, divulgatore, coordinatore, redattore, traduttore etc., riportante ruolo e tipo di rapporto, redatto come da MODELLO B2 INFORMAZIONE. Al modello A9-B2 va allegato:

- curriculum in formato europeo
- copia delle lettere d'incarico o del contratto di collaborazione per il personale esterno al soggetto richiedente, sottoscritte per accettazione.

Qualora, al momento della presentazione della domanda non fosse stato ancora individuato il personale esterno al soggetto richiedente, da coinvolgere nella realizzazione del progetto, i relativi curricula e lettera di incarico dovranno essere trasmessi alla Provincia unitamente alla domanda di pagamento del saldo; in caso di coinvolgimento di personale utilizzato a titolo gratuito è comunque necessario presentare il curriculum;

7. qualora al momento della presentazione della domanda non fosse ancora disponibile la documentazione di cui al punto 5, i beneficiari dovranno trasmettere tale documentazione alla Provincia almeno 10 giorni prima della data di inizio del corso;
8. elenco dei documenti allegati alla domanda di contributo.

I soggetti richiedenti **per gli interventi informativi**, ad esclusione delle Università e di altri enti di ricerca pubblici/privati che statutariamente perseguono scopi di sviluppo agricolo e forestale ed informazione e diffusione di conoscenza, devono allegare inoltre:

- copia dell'atto costitutivo e/o dello statuto;
- copia del bilancio dell'ultimo esercizio.

Tutte le informazioni e/o i dati indicati in domanda e nella scheda di misura sono resi ai sensi del d.p.r. 445/2000, artt. 46 e 47, e costituiscono "dichiarazioni sostitutive di certificazione" e "dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà".

La documentazione già in possesso dell'Amministrazione provinciale può essere omessa, facendone comunque menzione, ed eventualmente può essere integrata con opportuni aggiornamenti.

Nel progetto devono essere evidenziati gli elementi che permettano l'attribuzione del punteggio ai fini della costituzione della graduatoria. Nel caso l'intervento preveda la divulgazione dei risultati di ricerche finanziate dalla Regione Lombardia - Direzione Generale Agricoltura, occorre precisare numero e titolo del progetto di ricerca.

11. REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E PROROGHE

Il beneficiario del contributo deve realizzare il programma delle iniziative previste secondo quanto previsto dal progetto approvato e comunque entro il 30 maggio 2014.

La Provincia può concedere una proroga ai tempi di realizzazione delle iniziative a seguito di motivata richiesta.

12. DOMANDA DI PAGAMENTO

Non è prevista la possibilità di concedere anticipi per i progetti di formazione e di informazione.

12.1 Stato di avanzamento progetto

Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE

Non è prevista la possibilità di richiedere lo stato di avanzamento progetto

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

Uno stato di avanzamento progetto (SAP) d'importo compreso tra il 30 ed il 60% della spesa ammessa può essere concesso al beneficiario che ne faccia richiesta con apposita domanda alla Provincia nel caso in cui il contributo concesso sia superiore a 30.000,00 €.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione riportata al paragrafo 13.

La Provincia istruisce la domanda di SAP, redige il verbale di autorizzazione al pagamento e la relativa proposta di liquidazione del SAP, secondo quanto previsto dal Manuale OPR.

12.2 Saldo

Il saldo del pagamento del contributo concesso sarà erogato al beneficiario che ne faccia richiesta con apposita domanda alla Provincia entro 60 giorni dalla data di conclusione delle attività.

I 60 giorni decorrono dal **30 maggio 2014** salvo eventuali proroghe.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione riportata al paragrafo 13.

Se adeguatamente motivata, la Provincia può autorizzare una proroga di durata limitata ai termini per la presentazione della rendicontazione.

La Provincia istruisce la domanda di saldo, redige il verbale di autorizzazione al pagamento e la relativa proposta di liquidazione del saldo, secondo quanto previsto dal Manuale OPR. Inoltre completa la compilazione della check list relativa ai controlli effettuati.

L'OPR autorizza il saldo a seguito dei controlli effettuati secondo le modalità stabilite dal Manuale OPR.

Il pagamento effettivo corrisponderà alla differenza tra l'importo del saldo e quelli di un eventuale stato avanzamento progetto già concesso.

13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE

In fase di rendicontazione, tutte le voci di spesa dovranno essere documentate tramite ricevute fiscali o fatture intestate al beneficiario e riconducibili all'attuazione delle iniziative finanziate. Non sono ammessi pagamenti in contanti. Se è prevista una quota di iscrizione a carico dei partecipanti alle iniziative formative/informative, questa sarà detratta dal totale ammesso a finanziamento, così come le somme eventualmente messe a disposizione da altri soggetti. La detrazione non sarà effettuata qualora le stesse siano utilizzate per coprire spese non riconosciute o supplementari rispetto a quelle ammesse.

Tutti i finanziamenti degli interventi ammissibili nell'ambito della presente misura sono concessi al netto dell'IVA.

La documentazione da allegare alla domanda è la seguente:

- rendicontazione analitica delle spese effettuate (come da MODELLO A8 per l'attività A-Formazione e MODELLO B6 per l'attività B-Informazione). Ove ciò non fosse possibile i pagamenti devono essere comprovati da documenti contabili aventi forza probatoria equivalente. Le fatture di importo sino a 200,00 € devono essere quietanzate (cioè l'originale della fattura deve riportare la dicitura "pagato" con il timbro della ditta che l'ha emessa, la data e la firma del fornitore). In mancanza di quietanza è necessario produrre le liberatorie. Per fatture di importo superiore a 200,00 € devono essere presentate le liberatorie delle ditte fornitrici. Nella rendicontazione deve essere indicata l'eventuale quota di partecipazione finanziaria di altri soggetti;
- copie di tutti i giustificativi di spesa;
- tracciabilità dei pagamenti effettuati come previsto dal punto 8.5 del Manuale OPR;
- copia del Modello F24 e relativa distinta di pagamento che certifichi il regolare versamento degli oneri fiscali e previdenziali previsti dalla normativa vigente;
- autodichiarazione del rappresentante legale, che attesti il costo orario del dipendente che ha operato nelle attività progettuali, calcolato utilizzando l'allegato MODELLO A10 (per l'attività A-Formazione) e B7 (per l'attività B-Informazione) e copia della busta paga;
- curriculum e lettera di incarico o contratto di collaborazione del personale esterno qualora non si fosse provveduto al momento delle presentazione della domanda di finanziamento. In mancanza di tale documentazione, o della non idoneità della stessa, la spesa relativa al corso in questione non sarà ammessa a rendicontazione;
- dichiarazione di non aver percepito altri contributi per le stesse attività oggetto del finanziamento.

Ulteriore documentazione da allegare alla domanda specifica per:

Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE

- relazione generale in cui si descrive l'attività svolta e un resoconto di ogni azione formativa: località, sede, data di svolgimento, numero ore di formazione, programma, numero e nome dei docenti, numero dei partecipanti e numero degli attestati rilasciati utilizzando i modelli A5, A6, A7 debitamente sottoscritti;
- copia di tutti i materiali prodotti, compresi quelli riguardanti la pubblicizzazione delle iniziative di formazione.

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

- relazione tecnica dell'attività svolta, come da allegato MODELLO B4 e B5;
- copia di tutti i materiali prodotti.

Nel caso di redazione e diffusione di materiale informativo tramite siti web, occorre produrre copia in formato elettronico su supporto ottico (CD-ROM o DVD). In alternativa tutte le pagine web redatte possono essere stampate e numerate in modo progressivo riportando la data di aggiornamento/redazione del sito.

14. IMPEGNI

Gli impegni che il beneficiario si è assunto con la domanda sono distinti in essenziali ed accessori.

Il mancato rispetto degli stessi comporta, rispettivamente, la decadenza totale o parziale dalla riscossione dell'aiuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite, fatto salvo il riconoscimento di cause di forza maggiore (indicate al paragrafo 12.2 del Manuale OPR).

14.1 Impegni essenziali

Gli impegni essenziali sono:

- inviare la copia cartacea della domanda informatizzata entro e non oltre il 20° giorno continuativo successivo alla data di chiusura dei termini di presentazione delle domande;
- assicurare il libero accesso alle iniziative a tutti i destinatari interessati alla formazione e informazione, senza nessun vincolo di appartenenza a forme associative;
- consentire il regolare svolgimento dei controlli;
- Realizzare, in termini finanziari, almeno il 60% dei corsi programmati per i progetti formativi e il 70% delle iniziative informative nei termini e con le modalità previste nel progetto approvato;
- per i progetti formativi comunicare entro la data d'inizio di ogni corso, l'avvio e il programma dettagliato del corso stesso indicando quanto riportato nel MODELLO A4;
- per i progetti informativi comunicare entro la data di inizio, il luogo, la data, l'orario e il programma dei convegni/ seminari/ incontri informativi e visite guidate in campo;
- inviare o far pervenire la documentazione mancante alla presentazione della domanda, relativa alla correzione di errori sanabili o, integrativa richiesta nell'istruttoria di ammissibilità, entro e non oltre il termine fissato nella richiesta;
- presentare alla Provincia entro 60 giorni dalla data di conclusione del progetto la richiesta di accertamento tecnico-amministrativo per l'erogazione del contributo;
- non percepire per il medesimo investimento ulteriori finanziamenti pubblici di origine nazionale o comunitaria;
- inviare, per i progetti formativi, entro la data d'inizio del corso, l'autocertificazione che attesti il rispetto delle norme di antinfortunistica e prevenzione degli incendi nel caso di affitto di locali appartenenti ad Enti non accreditati;
- presentare la documentazione necessaria per la liquidazione della domanda di pagamento del saldo del contributo, comprensiva di tutta la necessaria documentazione, entro 20 giorni della data di ricezione del sollecito della Provincia.

14.2 Impegni accessori

Gli impegni accessori sono:

- inviare o far pervenire la copia cartacea della domanda informatizzata entro e non oltre il 10° giorno continuativo dalla data di chiusura dei termini per la presentazione delle domande e comunque con un ritardo compreso tra l'11° e il 20° giorno, oltre il quale si ha il mancato rispetto dell'impegno essenziale al paragrafo 14.1;
- inviare alla Provincia, per i progetti formativi nel caso di affitto di locali appartenenti ad Enti non accreditati, l'autocertificazione che attesti il rispetto delle norme di antinfortunistica e prevenzione degli incendi almeno 10 giorni prima dell'inizio di ogni corso;
- per i progetti formativi comunicare entro 10 giorni prima dell'inizio di ogni corso, l'avvio e il programma dettagliato del corso stesso indicando quanto riportato nel MODELLO A4;
- per i progetti informativi, inviare alla Provincia, luogo, data, orario e programma delle iniziative quali convegni, seminari, incontri informativi e visite guidate in campo almeno 10 giorni prima dell'inizio;
- informare e pubblicizzare circa il ruolo del FEASR, attraverso specifiche azioni correlate alla natura e all'entità dell'intervento finanziato, secondo quanto precisato nel documento "Disposizioni in materia di pubblicità e trattamento dei dati personali" approvate con d.d.u.o. n. 11998 del 16 novembre 2009 pubblicato sul BURL n. 46, 4° supplemento straordinario del 20 novembre 2009 e disponibile sul sito della Direzione generale Agricoltura www.agricoltura.regione.lombardia.it nella sezione dedicata al PSR 2007-2013;
- per i progetti formativi, predisporre e conservare presso la sede di svolgimento dell'iniziativa e, successivamente alla conclusione del corso presso la sede del beneficiario, se diversa da quella di svolgimento dell'iniziativa, il registro del corso, come da modello A5. Per le attività di informazione registrare i partecipanti a incontri informativi, visite guidate, convegni e seminari in sede di svolgimento delle iniziative, come da MODELLO B4;
- rilasciare, per i progetti formativi, un attestato di frequenza a coloro che hanno frequentato l'iniziativa per almeno il 75% delle ore complessive e, per le attività informative, consegnare alla competente Amministrazione i materiali prodotti;
- presentare richiesta di variante ammissibile prima della realizzazione della stessa

15. RECESSO

Il recesso parziale o totale dagli impegni assunti con la domanda è possibile in qualsiasi momento del periodo d'impegno, nel rispetto delle disposizioni del Manuale OPR al punto 12.1.

Il recesso, totale o parziale, comporta la decadenza totale o parziale dall'aiuto ed il recupero delle somme già erogate, maggiorate degli interessi legali (ad esclusione di cause di forza maggiore indicate al capitolo 12.2 del Manuale OPR).

La rinuncia deve essere presentata informaticamente tramite SIARL mediante domanda di rinuncia totale o domanda di variante o modifica, nel caso di rinuncia parziale. Una copia cartacea della rinuncia deve essere inoltrata alla Provincia.

Per la sottomisura A-Formazione il recesso parziale dagli impegni assunti, in assenza di cause di forza maggiore, è possibile solo nel caso di un progetto che prevede più corsi di formazione ed è ammissibile fino al 40% dell'impegno globalmente assunto, valutato in numero di interventi formativi. In ogni caso gli interventi formativi che verranno realizzati dovranno rappresentare almeno il 30% del contributo concesso. Oltre tale percentuale di riduzione, è prevista la decadenza dell'intero progetto. E' possibile recedere dalla realizzazione di un intervento formativo soltanto prima che abbia avuto inizio.

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

16. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati acquisiti dai beneficiari nelle diverse fasi procedurali vengono trattati nel rispetto della normativa vigente ed in particolare al decreto legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Al fine di esplicitare l'obbligo comunitario di pubblicare le informazioni relative ai beneficiari di fondi provenienti dal bilancio comunitario (Reg. CE n. 1995/2006 del Consiglio), l'Autorità di Gestione del PSR 2007-2013 pubblica l'elenco dei beneficiari (con relativo titolo delle operazioni e importi della partecipazione pubblica assegnati a tali operazioni) del sostegno allo sviluppo rurale da parte del FEASR - Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Reg. CE 1974/2006, all. VI).

Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 2 del documento "Disposizioni in materia di pubblicità e trattamento dei dati personali" approvate con d.d.u.o. n. 11.998 del 16 novembre 2009 pubblicato sul BURL n. 46, 4° supplemento straordinario del 20 novembre 2009 e disponibile sul sito della Direzione generale Agricoltura www.agricoltura.regione.lombardia.it nella sezione dedicata al PSR 2007-2013.

— • —

ALLEGATO A

ELEMENTI PROCEDURALI CONFORMI A QUANTO PREVISTO DALLA D.G.R. 11161/2010 "PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE 2007-2013. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI ALLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE QUADRO DELLE MISURE 111, 121, 123, 214, 221, 223, 311, 312, 313, 321 E 331 APPROVATE CON D.G.R. 6270/07, 7947/2008, 8639/2008, E N. 10086/2009. (REG. CE 1698/2005) D.D.U.O 7107/2010 "APPROVAZIONE DEL MANUALE DELLE PROCEDURE, DEI CONTROLLI E DELLE SANZIONI"

Indice**1. ISTRUTTORIA DI AMMISSIBILITÀ DELLA DOMANDA**

- 1.1 *Anomalie e loro risoluzione*
 - 1.1.1 Errori sanabili o palesi
 - 1.1.2 Documentazione incompleta
 - 1.1.3 Documentazione integrativa
- 1.2 *Comunicazione al richiedente dell'esito dell'istruttoria*
- 1.3 *Richiesta di riesame*
- 1.4 *Approvazione graduatorie delle domande di aiuto ammissibili*
- 1.5 *Pubblicazione e comunicazione dell'ammissione a finanziamento*

2. VARIANTI E MODIFICHE

- 2.1 *Varianti in corso d'opera*
- 2.2 *Modifiche di dettaglio*
- 2.3 *Istruttoria di autorizzazione del pagamento*

3. CONTROLLI

- 3.1 *Controlli in loco*
- 3.2 *Riduzione contributo richiesto nelle domande di pagamento*
- 3.3 *Comunicazione al beneficiario di erogazione del contributo*
- 3.4 *Elenchi di liquidazione*

4. DECADENZA DEL CONTRIBUTO**5. TRASFERIMENTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI****6. RICORSI**

- 6.1 *Contestazioni per mancato accoglimento o finanziamento della domanda*
- 6.2 *Contestazioni per provvedimenti di decadenza o di riduzione del contributo*

7. SANZIONI**1. ISTRUTTORIA DI AMMISSIBILITÀ DELLA DOMANDA**

L'istruttoria della domanda affidata alla Provincia prevede lo svolgimento di controlli amministrativi che comprendono:

- 1. la verifica dell'ammissibilità del progetto proposto, ossia della completezza e della validità della documentazione presentata;
- 2. la verifica dell'affidabilità del richiedente sulla base di quanto previsto nella Parte II, punto 16.3.1 del Manuale OPR;
- 3. la verifica del rispetto delle condizioni e dei limiti definiti nelle presenti disposizioni attuative⁽⁴⁾;
- 4. la verifica del rispetto delle disposizioni normative in materia di aiuti di stato;
- 5. il controllo tecnico sulla documentazione allegata alla domanda di aiuto;
- 6. il controllo tecnico e la risoluzione di eventuali anomalie sanabili del modello informatizzato di domanda presentata a SIARL e

(4) Per quanto concerne l'accreditamento del richiedente ai sensi della normativa regionale in materia di istruzione e formazione professionale, la dichiarazione presente in domanda sarà verificata sul sito web:
http://www.formalavoro.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_IFL%2FDetail&cid=1213287445669&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213282194507&pagename=DG_IFLWrapper.

della scheda di Misura anche attraverso la consegna di specifici documenti da parte del richiedente;

7. la verifica della ragionevolezza delle spese proposte, valutata, se previsto, tramite il raffronto di tre preventivi di spesa;
8. l'attribuzione del punteggio di priorità secondo i criteri definiti nel bando al paragrafo 8;
9. la compilazione della check list relativa ai controlli effettuati.

L'istruttoria si conclude con la redazione da parte del funzionario incaricato del verbale di ammissibilità o di non ammissibilità a contributo del progetto previsto dalla domanda. Il verbale riporterà il punteggio assegnato, le attività ammesse con i relativi importi e il contributo concedibile qualora la domanda sarà finanziata. In caso di esito parzialmente o totalmente negativo il verbale riporterà nei dettagli le cause di non ammissibilità a finanziamento.

1.1 Anomalie e loro risoluzione

Le anomalie risultanti a seguito del controllo amministrativo, devono essere oggetto di risoluzione da parte del richiedente, secondo le modalità previste al paragrafo 16.6 del Manuale delle procedure OPR. La risoluzione delle anomalie deve essere sempre supportata da specifica documentazione acquisita formalmente, mediante richiesta scritta al richiedente, e conservata nel fascicolo relativo alla domanda.

Se la documentazione richiesta non viene presentata o se la documentazione presentata non è idonea a risolvere l'anomalia rilevata, la domanda avrà esito negativo.

1.1.1 ERRORI SANABILI O PALESI

Per la definizione e le modalità di correzione di eventuali errori sanabili o palesi, si rimanda al documento dell'OPR "Linee guida per la valutazione dell'errore palese" approvato con decreto n. 10943 del 27 ottobre 2009, disponibile sul sito della Direzione Generale Agricoltura www.agricoltura.regione.lombardia.it nella sezione dedicata al PSR 2007-2013.

1.1.2 DOCUMENTAZIONE INCOMPLETA

Nel caso in cui la documentazione tecnica e amministrativa presentata con la domanda risulti incompleta e la documentazione mancante non sia indispensabile all'avviamento dell'istruttoria, la Provincia può richiederne la presentazione al richiedente entro un termine non superiore a 20 giorni.

Nel caso in cui la domanda sia priva della documentazione tecnica e amministrativa indispensabile per poter avviare l'istruttoria, la Provincia pronuncia la non ricevibilità della domanda comunicandola al richiedente.

1.1.3 DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA

Nel caso in cui si evidenzia la necessità di documentazione integrativa, rispetto a quella prevista dalle presenti disposizioni attuative, la Provincia deve inoltrare al richiedente richiesta formale indicando i termini temporali di presentazione.

1.2 Comunicazione al richiedente dell'esito dell'istruttoria

La Provincia, entro 10 giorni continuativi dalla data di redazione del verbale comunica al richiedente l'esito dell'istruttoria allegando copia del verbale stesso. Contro lo stesso il richiedente può presentare una richiesta di riesame dell'esito dell'istruttoria, con le modalità indicate al successivo paragrafo.

1.3 Richiesta di riesame

Il richiedente, entro e non oltre 10 giorni continuativi dalla data di ricevimento dell'esito dell'istruttoria, può presentare alla Provincia memorie scritte per chiedere il riesame della domanda e la ridefinizione della propria posizione, ai sensi della legge 241/90.

Se il richiedente non si avvale della possibilità di riesame, l'istruttoria assume carattere definitivo, salvo le possibilità di ricorso previste dalla legge.

La Provincia ha 10 giorni di tempo dalla data di ricevimento delle suddette memorie per comunicare l'esito positivo/negativo del riesame.

1.4 Approvazione graduatorie delle domande di aiuto ammissibili

La Provincia, esperite le eventuali richieste di riesame istruttorio, approva le graduatorie delle domande ammissibili a finanziamento ordinandole per punteggio di priorità decrescente.

Al fine di garantire una significativa concentrazione delle risorse nelle aree ammissibili all'Asse 4-Leader, saranno stilate due graduatorie: una per le domande di contributo nelle aree ammissibili all'Asse 4-Leader e l'altra per quelle nelle aree non ammissibili all'Asse 4-Leader.

Le domande presenti in questo secondo elenco potranno essere ammesse a finanziamento solo dopo che siano stati soddisfatti i fabbisogni finanziari delle domande di investimento nelle aree ammissibili all'Asse 4-Leader.

Il provvedimento di approvazione delle graduatorie delle domande ammissibili della Provincia deve essere trasmesso alla Regione Lombardia - Direzione Generale Agricoltura entro il **31 maggio 2013**.

L'elenco deve contenere per ciascun richiedente l'indicazione del punteggio ottenuto, della spesa ammissibile e del relativo contributo.

1.5 Pubblicazione e comunicazione dell'ammissione a finanziamento

La Direzione generale Agricoltura, dopo il ricevimento dalle Province del provvedimento di approvazione della graduatoria delle domande ammissibili, con proprio atto provvede a:

- suddividere le risorse finanziarie e definire, in relazione alla dotazione finanziaria disponibile, la quota di risorse assegnata alle domande ammissibili a finanziamento di ciascuna Provincia;
- approvare l'elenco delle domande ammesse a finanziamento di ciascuna Provincia.

In tale provvedimento, per le domande ammesse a finanziamento e per le domande istruite positivamente ma non finanziate, sono

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

indicati:

- a) il punteggio assegnato;
- b) l'importo totale delle attività ammesse a contributo per le domande ammesse a finanziamento;
- c) l'importo totale delle attività ammissibili per le domande istruite positivamente ma non finanziate;
- d) il contributo concesso per le domande ammesse a finanziamento;
- e) il contributo concedibile per le domande istruite positivamente ma non finanziate.

La Regione Lombardia - Direzione generale Agricoltura, comunica alle Province e all'Organismo Pagatore Regionale l'ammissione a finanziamento delle domande.

Il suddetto provvedimento di ammissione a finanziamento:

- diventa efficace dalla data di pubblicazione sul BURL e rappresenta la comunicazione ai richiedenti della stessa ai sensi della legge 241/1990;
- deve essere pubblicato sull'albo pretorio provinciale per almeno quindici giorni consecutivi;
- deve essere divulgato tramite pubblicazione sul sito internet della Regione Lombardia - Direzione Generale Agricoltura (<http://www.agricoltura.regione.lombardia.it>), e sul sito internet della Provincia.

La dotazione finanziaria complessiva della Misura che si ipotizza di utilizzare è pari a **€ 550.000,00**. La Direzione generale Agricoltura dispone quanto necessario per la pubblicazione del sopra indicato atto di suddivisione delle risorse finanziarie, inviandone copia alle Province e all'Organismo Pagatore Regionale entro il **5 luglio 2013**.

A seguito di tale provvedimento, le Province predispongono in ELEPAG l'elenco delle domande ammesse a finanziamento.

2. VARIANTI E MODIFICHE

2.1 Varianti in corso d'opera

Sono da considerarsi varianti i cambiamenti del progetto originario che comportano modifiche riguardanti:

- elementi tecnici sostanziali delle operazioni approvate;
- la tipologia di operazioni approvate;
- il beneficiario;
- il quadro economico-finanziario originario, con una diversa suddivisione della spesa tra i singoli lotti funzionali omogenei.

Per lotto funzionale omogeneo si intende l'insieme delle voci di spesa che concorrono alla realizzazione di un gruppo omogeneo di iniziative (es. A-FORMAZIONE: intero programma formativo; B-INFORMAZIONE: incontri informativi, visite guidate, convegni, seminari, pubblicazioni).

Nel caso in cui si presentasse la necessità di richiedere una variante, il beneficiario deve inoltrare alla Provincia tramite SIARL ed entro 10 giorni la copia cartacea, un'apposita domanda corredata di una relazione tecnica nella quale si faccia esplicito riferimento alla natura e alle motivazioni alla base delle modifiche al progetto approvato, oltre ad un apposito quadro di confronto tra la situazione inizialmente prevista e quella che si determina a seguito della variante. Ciascuna domanda dovrà inoltre contenere un prospetto riepilogativo delle voci soggette a variazione, che consenta di effettuare una riconciliazione tra la situazione precedentemente approvata e quella risultante dalla variante richiesta.

Ogni richiesta di variante deve essere preventivamente presentata dal beneficiario prima di procedere all'acquisto dei beni o all'effettuazione delle operazioni che rientrano nella variante stessa e, in ogni caso, tassativamente prima della scadenza del progetto.

Il beneficiario che esegua le varianti richieste senza attendere l'autorizzazione della Provincia, si assume il rischio che le spese sostenute non siano riconosciute a consuntivo, nel caso in cui la variante non sia autorizzata o lo sia solo in parte.

La Provincia autorizza la variante, a condizione che:

- la nuova articolazione della spesa non alteri le finalità originarie del progetto;
- la variante non comporti un aumento del contributo concesso (eventuali maggiori spese sono totalmente a carico del richiedente);
- non vengano utilizzate le economie di spesa per la realizzazione di lotti di spesa funzionali non previsti dal progetto originario.

2.2 Modifiche di dettaglio

Nell'ambito di ogni singolo lotto omogeneo di spesa non sono considerate varianti le modifiche di dettaglio, le soluzioni tecniche migliorative e i cambi di fornitore che comportano una variazione compensativa tra le singole voci di spesa che compongono il lotto non superiore al 10%, rispetto alla spesa prevista per il lotto omogeneo.

Le modifiche all'interno di queste soglie sono considerate ammissibili in sede di accertamento finale, nei limiti della spesa ammessa complessivamente a finanziamento, purché siano motivate nella relazione tecnica finale e non alterino le finalità del progetto originario.

2.3 Istruttoria di autorizzazione del pagamento

La verifica documentale prevede il controllo sul 100% delle rendicontazioni relativamente alla:

- completezza e regolarità della documentazione;
- conformità dell'attività svolta rispetto a quella approvata;
- congruità tra le spese ammesse e quelle effettivamente sostenute e rendicontate.

Eventuale documentazione integrativa, richiesta dalla Provincia mediante raccomandata A.R., deve essere fornita entro 20 giorni dal ricevimento della richiesta.

Il controllo realizzato ai fini della liquidazione del saldo è effettuato dai funzionari incaricati nel rispetto di quanto previsto dal Manuale OPR. Il saldo del contributo è erogato ad avvenuto accertamento finale positivo dello svolgimento del programma e della relativa rendicontazione tecnico-economica.

Eventuali maggiori costi accertati rispetto a quelli preventivamente ammessi non possono essere riconosciuti ai fini della liquidazione. Gli originali dei documenti, comprovanti le spese effettivamente sostenute, verranno restituiti al beneficiario previa visione ed annullo con timbro attestante la concessione del contributo.

Sottomisura A - INIZIATIVE DI FORMAZIONE

Le spese per l'acquisto di materiale didattico e noleggio attrezzature, la produzione di supporti didattici e informativi, la pubblicizzazione e le spese generali potranno essere rimodulate, nel rispetto delle percentuali massime previste, sulla base delle spese ammesse a rendicontazione. La rimodulazione delle spese per il coordinamento organizzativo considererà le ore di formazione effettivamente realizzate.

Sottomisura B - INIZIATIVE DI INFORMAZIONE

Le spese per il coordinamento organizzativo e le spese generali potranno essere rimodulate, nel rispetto delle percentuali massime previste, sulla base delle spese ammesse a rendicontazione.

3. CONTROLLI

3.1 Controlli in loco

Il controllo in loco è effettuato dalle Province prima dell'erogazione del saldo del contributo su un campione almeno pari al 5% della spesa ammessa a contributo, estratto da OPR sulla base dell'analisi del rischio definita nel Manuale OPR.

Dalla popolazione saranno escluse le domande composte unicamente dal lotto funzionale "Pubblicazioni", ritenendo in questo caso sufficiente il controllo del materiale prodotto consegnato contestualmente con la domanda di pagamento del saldo. Per le domande composte di più lotti funzionali, fra cui il lotto "Pubblicazioni", nel corso del controllo in loco quest'ultimo può essere escluso in quanto verrà controllato in sede di rendicontazione.

Il campione dei beneficiari da sottoporre al controllo viene individuato dall'Organismo Pagatore Regionale secondo le modalità previste nella parte II, punto 21 del Manuale.

Il controllo viene effettuato dai funzionari incaricati nel rispetto di quanto previsto nella Parte II, punto 17 del Manuale.

Nel corso del controllo sarà compito del funzionario verifica le dichiarazioni ed autocertificazioni secondo quanto previsto dall'apposita check list.

Al termine del controllo in loco è prevista la compilazione del relativo verbale da parte del funzionario della Provincia.

Il funzionario che realizza il controllo amministrativo, sia documentale che in azienda, non può coincidere con quello che realizza il controllo in loco di cui al presente paragrafo, come stabilito dal paragrafo 20 del Manuale OPR.

3.2 Riduzione contributo richiesto nelle domande di pagamento

Nelle domande di pagamento si rendiconta la spesa sostenuta, a fronte della quale si chiede l'erogazione del contributo.

La "domanda di pagamento" deve essere compilata con la massima attenzione, evitando assolutamente di richiedere il pagamento per un importo maggiore rispetto a quanto si ha diritto a percepire.

Qualora il beneficiario abbia richiesto di ricevere un importo superiore di oltre il 3% a quanto ha in realtà diritto, la spesa ammessa (e di conseguenza il contributo) è ridotta di un importo pari alla differenza fra quanto richiesto e quanto si ha diritto a ricevere.

Le Province controllando le domande di pagamento determinano:

- il contributo richiesto (CR): cioè il contributo richiesto nella domanda di pagamento, sulla base della spesa rendicontata (nel caso in cui la spesa rendicontata sia superiore al massimale di spesa finanziabile previsto dalle diverse disposizioni attuative, il contributo richiesto viene comunque calcolato sul massimale di spesa finanziabile);
- il contributo ammissibile (CA): cioè il contributo erogabile al richiedente sulla base della spesa riconosciuta come ammissibile a seguito delle verifiche effettuate dagli Organismi Delegati (spesa ammissibile).

Se l'esame delle domande di pagamento rileva che il contributo richiesto supera il contributo ammissibile di oltre il 3 %, al contributo ammissibile si applica una riduzione pari alla differenza tra questi due importi (ΔC)

La differenza tra il contributo richiesto e quello ammissibile, espressa in percentuale, è così calcolata:

$$\Delta C = 100(CR - CA) / CA$$

Se ΔC risulta superiore al 3%, il contributo erogabile (CE) è così calcolato:

$$CE = CA - (CR - CA)$$

Esempio: nella domanda di pagamento il beneficiario richiede un contributo di 10.000 €.

Il funzionario sulla base dei controlli amministrativi o in loco accerta un contributo ammissibile di 9.000 €.

La differenza tra il contributo richiesto e quello ammissibile risulta superiore al 3%:

$$\Delta C = 100 (10.000 - 9.000) / 9.000 = 11\%$$

Pertanto il contributo erogabile è pari a:

$$CE = 9.000 - (10.000 - 9.000) = 8.000 \text{ €}$$

Eventuali costi sostenuti dal beneficiario in misura maggiore a quanto ammesso a finanziamento non possono essere né riconosciuti né pagati.

La liquidazione dei contributi avviene dietro la predisposizione e l'invio all'OPR delle proposte di liquidazione. Tali proposte costituiscono gli elenchi di liquidazione, che sono distinti per misura. La Provincia redige ed invia all'OPR tali elenchi.

3.3 Comunicazione al beneficiario di erogazione del contributo

La Provincia, comunica al beneficiario, entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del verbale, la concessione del pagamento (stato di avanzamento progetto, saldo) l'entità del contributo concesso, gli obblighi a suo carico con relativa durata temporale e le altre eventuali prescrizioni.

Il richiedente, ai sensi della legge 241/90, entro e non oltre 10 giorni continuativi dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione,

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

può presentare alla Provincia memorie scritte per chiedere il riesame della domanda di pagamento.

Se il richiedente non si avvale della possibilità di riesame, l'accertamento dell'importo da erogare assume carattere definitivo, salvo le possibilità di ricorso previste dalla legge.

La Provincia ha 10 giorni di tempo dalla data di ricevimento della memoria per comunicare l'esito positivo/negativo del riesame.

3.4 Elenchi di liquidazione

La Provincia, dopo aver definito l'importo erogabile a ciascun beneficiario, predispone in ELEPAG gli elenchi di liquidazione e li trasmette all'OPR.

4. DECADENZA DEL CONTRIBUTO

Se durante i controlli effettuati dopo l'ammissione a contributo è rilevata la mancanza dei requisiti, l'inosservanza degli impegni, o la presenza di irregolarità che comportano la decadenza parziale o totale della domanda di contributo, la Provincia, anche su segnalazione dell'OPR, avvia nei confronti del beneficiario il procedimento di decadenza totale o parziale del contributo, seguendo le procedure previste dal capitolo 10 del Manuale OPR. I provvedimenti di decadenza sono emessi dalla Provincia tramite procedura ELEPAG.

5. TRASFERIMENTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI

Il cambio del beneficiario conseguente al trasferimento degli impegni assunti o delle attività avviate può avvenire solo prima dell'erogazione del saldo.

In tal caso il beneficiario che subentra deve possedere i requisiti, soggettivi ed oggettivi, posseduti dal beneficiario originario e si deve assumersi tutti gli impegni previsti dalla Misura. La possibilità di effettuare il cambio di beneficiario deve essere valutata dalla Provincia, che può non concedere il subentro, concederlo con revisione del punteggio di priorità acquisito e del contributo spettante oppure concederlo senza alcuna variazione.

Il beneficiario è tenuto a notificare all'Amministrazione competente le variazioni intervenute entro 90 giorni continuativi dal perfezionamento della transazione secondo quanto previsto dal Manuale OPR.

6. RICORSI

Avverso gli atti con rilevanza esterna emanati dall'OPR, dalla Provincia e dalla Regione Lombardia - Direzione Generale Agricoltura è data facoltà all'interessato di avvalersi del diritto di presentare ricorso secondo le modalità di seguito indicate.

6.1 Contestazioni per mancato accoglimento o finanziamento della domanda

Contro il mancato accoglimento o finanziamento della domanda l'interessato può proporre azione entro 60 giorni avanti al Giudice Amministrativo competente per territorio (TAR) nonché ricorso al Capo dello Stato entro 120 giorni dal ricevimento della comunicazione di decadenza.

6.2 Contestazioni per provvedimenti di decadenza o di riduzione del contributo

Contro i provvedimenti di decadenza o di riduzione del contributo, emanati a seguito dell'effettuazione di controlli, al soggetto interessato è data facoltà di esperire azione entro 60 giorni avanti il Giudice Ordinario competente per territorio.

7. SANZIONI

L'applicazione di sanzioni amministrative avviene secondo le modalità e con i criteri individuati nella Parte IV del Manuale OPR.

I MODELLI PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE

MISURA 331

*“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”*Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/14**MODELLO A1: PROGETTO**

ENTE ATTUATORE

TITOLO DEL PROGETTO

TEMATICA AFFRONTATA

☐ turismo rurale e agriturismo☐ energie rinnovabili☐ servizi sociali☐ altro (specificare) (cultura, ambiente e territorio, imprenditorialità ecc.) _____

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO:

€

DURATA DEL PROGETTO

dal ____/____/____ al ____/____/____

SINTESI DEL PROGETTO (max 15 righe)

RESPONSABILE DEL PROGETTO _____

RECAPITO:

Indirizzo _____

N.telefono _____

E-Mail _____

COORDINATORE DEL PROGETTO (se previsto)

TUTOR DEL PROGETTO (se previsto)

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1. Descrizione delle problematiche alle quali si intende dare risposta con il progetto

2. Definizione dell'obiettivo operativo

Individuare un obiettivo formativo ben definito nell'ottica di determinare il superamento e/o il miglioramento della problematica indicata.

3. Programma dell'intervento formativo

Elencare e descrivere brevemente le azioni che si intende realizzare per il raggiungimento dell'obiettivo operativo compilando la tabella seguente:

Numero progressivo interventi formativi	Argomento trattato nel corso	Periodo di realizzazione	Durata intervento formativo (Ore)			Numero partecipanti previsto	Docenti coinvolti (Nome e Cognome)	Caratteristica del corso (1)
			in aula	in campo	totale			
totale								

(1) R = corso residenziale S = corso semiresidenziale

Descrizione dell'organizzazione e delle strutture utilizzate

Descrizione del materiale informativo e didattico che si intende produrre o acquistare

Descrizione delle iniziative di pubblicizzazione

Descrizione dettagliata delle attività che vengono svolte da coordinatore e tutor

4. Individuazione dei fattori critici

Descrizione degli eventi e/o degli aspetti che possono condizionare in maniera determinante il progetto e che saranno tenuti sotto controllo.

MISURA 331
“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/14

MODELLO A2: PROSPETTO FINANZIARIO

Voce di spesa	Totale spesa prevista	Spesa media prevista per corso
(1) Personale docente		
(2) Trasferta docenti (viaggio, vitto e alloggio)		
(3) Tutoraggio		
(4) Affitto aule		
(5) Trasferta partecipanti		
(6) Coordinamento		
(7) TOTALE (1+2+3+4+5+6)		
(8)Acquisto materiale didattico e noleggio attrezzature (massimo 20% del totale 7)		
(9)Produzione di supporti didattici e informativi (massimo 10% del totale 7)		
(10)Pubblicizzazione (massimo 5% del totale 7)		
(11)TOTALE (Totale 7 +8+9+10)		
(12)Spese generali (massimo 5% del totale 11)		
(13)TOTALE (Totale 11 + 12)		
CONTRIBUTO RICHIESTO		

Modalità di copertura dell’eventuali spesa non oggetto di contributo	Importo
Quote di iscrizione	
Sponsor	
Totale	

MISURA 331***“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”*****Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/2014****MODELLO A3: AUTOCERTIFICAZIONE IDONEITA’ DI IMPIANTI E ATTREZZATURE** (da inviare almeno 10 giorni prima dell’inizio di ogni corso)

Il sottoscritto.....

Nato ail.....

Residente avia.....

C.F.:.....

In qualità di legale rappresentante

Con sede in.....via.....

DICHIARA

- 1) Che la sede operativa di via.....,
gli impianti e le attrezzature utilizzati per lo svolgimento teorico e pratico del corso.....
.....
.....
sono IDONEI ai sensi della normativa vigente in materia di igiene e sicurezza e per lo svolgimento dell’attività formativa;
- 2) che quanto esposto nella presente domanda risponde al vero, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000;
- 3) ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D.lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, così come descritto nel documento “Disposizioni in materia di pubblicità e trattamento dei dati personali”, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma del legale rappresentante
e timbro dell’Ente

MISURA 331
“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/2014

MODELLO A4: PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO (da inviare almeno 10 giorni prima dell’inizio)

Ente attuatore _____

Titolo progetto _____

Titolo corso _____

Sede Corso _____

Durata ore _____

Data d’inizio ____/____/____

Data di fine ____/____/____

Coordinatore _____

Tutor _____

Programma del corso:

Data	Orario		Sede di svolgimento (1)	Argomento di ogni lezione	Nome Docente	Attività in aula (*)	Attività in campo (*)
	dalle	alle					

(*) Barrare la casella interessata

Partecipanti:

Num prog.	Nominativo partecipante	Data di nascita	Titolo di studio	Qualifica (2)	Azienda (3)	Ubicazione azienda (4)

- (1) Solo se diversa da quella indicata come sede del corso.
- (2) Qualifica del partecipante: (I) imprenditore/libero professionista, (D) dipendente/familiare coadiuvante, (N) non occupato
- (3) Denominazione dell’azienda in cui opera.
- (4) Comune e Provincia in cui è ubicata l’azienda.

MISURA 331

“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

**Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/2014**

MODELLO A5: REGISTRO DEL PROGETTO FORMATIVO ¹

TITOLO PROGETTO _____

INIZIATIVA FORMATIVA

TITOLO CORSO _____

Data _____

Sede di svolgimento _____

Coordinatore _____

Tutor _____

(Firma)

Docenti

Nome	Cognome	Argomento trattato	Ora		Firma
			dalle	alle	

¹ Da compilare per ogni giornata o sessione formativa

ELENCO PARTECIPANTI

[illegible]

Firma Coordinatore/Responsabile del progetto _____

MISURA 331
“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”
Sottomisura A “FORMAZIONE” - ANNO 2013/2014

MODELLO A6: DATI RIASSUNTIVI DEL PROGETTO ¹
ENTE ATTUATORE _____

TITOLO PROGETTO _____

N. progr. corsi	titolo corso	N. ore di formazione		
		in aula	in campo	totale
				-
				-
				-
-		-	-	-

Numero Partecipanti											
Imprenditori / Liberi professionisti			Dipendenti / Familiari coadiuvanti			Non occupati			Totale		
maschi	Femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
		-			-			-	-	-	-
		-			-			-	-	-	-
		-			-			-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Numero Partecipanti che hanno ricevuto l'attestato di frequenza											
Imprenditori / Liberi professionisti			Dipendenti / Familiari coadiuvanti			Non occupati			Totale		
maschi	Femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
		-			-			-	-	-	-
		-			-			-	-	-	-
		-			-			-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Modello da compilare utilizzando il file in excel che verrà messo a disposizione dei beneficiari

MISURA 331
“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura A “FORMAZIONE”
ANNO 2013/2014

MODELLO A7: DISTRIBUZIONE MATERIALE DIDATTICO
ATTESTATI DI FREQUENZA

TITOLO PROGETTO _____

TITOLO CORSO _____

N°	TIPOLOGIA MATERIALE DISTRIBUITO (1)	NOMINATIVO DEL RICEVENTE	FIRMA DEL RICEVENTE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

(1) Compilare solo per materiale didattico
Firma Responsabile progetto: _____

MISURA 331

“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura A “FORMAZIONE” - ANNO 2013/2014

MODELLO A8: RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

TITOLO PROGETTO _____
BENEFICIARIO _____

Voce di spesa ammessa a preventivo	Elenco dei giustificativi di spesa per ogni costo sostenuto				Importi al netto di IVA	Importo Conteggiato per rendicontazione	Importo ammesso a preventivo
	Causale	Tipologia (fatture, ricevute fiscali, notule, ecc.)	Dati amministrativi (n. e data emissione)	Modalità di pagamento (*)			
(1) Personale docente							
				Totale			
(2) Trasferta docenti (viaggio, vitto, alloggio)							
				Totale			
(3) Tutoraggio							
				Totale			
(4) Affitto aule							
				Totale			
(5) Trasferta partecipanti							
				Totale			

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

(6) Coordinamento (massimo 15,00 €/ora)								
Totale								
(7) Totale (1+2+3+4+5+6)								
(8) Acquisto materiale didattico e noleggio attrezzature (massimo 20% del totale 7)								
Totale								
(9) Produzione di supporti didattici e informativi (massimo 10% del totale 7)								
Totale								
(10) Pubblicizzazione (massimo 5% del totale 7)								
Totale								
(11) TOTALE								
(Totale 7+8+9+10)								
(12) Spese generali (massimo 5%)								
Totale								
(13) TOTALE (totale 11+totale 12)								

(*) Indicare una delle modalità previste nella parte I, punto 8.3 del Manuale.

MISURA 331***“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”*****Sottomisura B “INFORMAZIONE”****ANNO 2013/2014****MODELLO B1: PROGETTO****RICHIEDENTE** _____TIPOLOGIA DI INTERVENTO¹

- ☐ Incontri informativi e visite guidate in campo
☐ Convegni e seminari
☐ Pubblicazioni

TEMATICHE

- ☐ turismo rurale e agriturismo
☐ energie rinnovabili
☐ servizi sociali
☐ altro (specificare) (cultura, ambiente e territorio, imprenditorialità ecc.) _____

TITOLO DEL PROGETTO _____

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO _____

DURATA DEL PROGETTO dal ____/____/____ al ____/____/____

SINTESI DEL PROGETTO (max 15 righe)

RESPONSABILE DEL PROGETTO _____

RECAPITO:

Indirizzo _____

N. telefono _____

E-Mail _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1. Analisi e individuazione delle problematiche*Descrivere le problematiche alle quali si intende dare risposta con il progetto.*

¹ Barrare una o più tipologie.

2. Descrizione dell'intervento (nel caso di strutturazione in sottoprogetti dettagliare per ognuno le informazioni richieste)

2.1 Definizione dell'obiettivo operativo o degli obiettivi operativi

Individuare obiettivi chiari, ben definiti e collegabili ai risultati attesi, nell'ottica di determinare il superamento e/o il miglioramento della problematica indicata.

2.2 Indicazione delle iniziative che si intendono attuare

2.3 Utenza

Indicare nel dettaglio qual è l'utenza alla quale si rivolgono le iniziative

2.4 Risultati attesi

Descrivere i risultati attesi espressi in forma misurabile o almeno oggettivamente rilevabile, individuando gli indicatori previsti (es. n. di partecipanti, n. di pubblicazioni, n. di newsletter, n. di accessi al sito etc.)

2.5 Fattori critici

Individuazione degli eventi e/o degli aspetti che possono condizionare in maniera determinante il progetto e che saranno tenuti sotto controllo

3. Pianificazione delle iniziative

3.1 Le iniziative previste

Descrivere le iniziative individuate per il raggiungimento dell'obiettivo operativo, indicandone l'ordine temporale

3.2 Libero accesso alle iniziative

Nel caso di richiedenti costituiti in forme associative, è necessario indicare le procedure e le modalità che si prevede di mettere in atto per garantire il libero accesso a tutti i soggetti, anche se non soci

3.3 Impostazione organizzativa

Per ciascuna iniziativa indicare:

- epoca di realizzazione;
- durata [per incontri, visite guidate, convegni e seminari];
- tipologia [nel caso di pubblicazioni] indicare se periodica o non, pubblicazione specialistica, opuscolo, scheda tecnica, bollettino, newsletter; segnalare inoltre la modalità di realizzazione (cartacea o con tecnologie di rete: nel primo caso indicare il numero di pubblicazioni, la tiratura per numero, caratteristiche generali e formati; nel secondo caso indicare e descrivere il sito web su cui verranno pubblicati i prodotti). Infine per tutti i prodotti indicare la periodicità o il periodo di pubblicazione;
- diffusione: per tutti i tipi di materiali prodotti indicare la modalità di divulgazione e di diffusione;
- risorse strumentali indispensabili alla realizzazione dell'intervento;
- risorse umane coinvolte: descrivere le attività del personale coinvolto elencato nel modello B2, in modo da far comprendere la necessità del coinvolgimento;
- risorse finanziarie: dettagliare e motivare, se necessario, le voci di spesa previste nel modello B3

MISURA 331

“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura B “INFORMAZIONE”
ANNO 2013/2014
MODELLO B3: PROSPETTO FINANZIARIO

TIPOLOGIA	VOCI DI SPESA	Dettaglio		Importo totale €
		descrizione	importo €	
INCONTRI INFORMATIVI	1) Personale qualificato			
	2) Affitto sale e attrezzature			
	3) Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo			
	4) coordinamento			
	5) TOTALE			
	6) spese generali [5% del TOTALE (5)]			
	T1) TOTALE INCONTRI INFORMATIVI (5+6)			
VISITE GUIDATE	1) Personale qualificato			
	2) Noleggio mezzi di trasporto, macchine e strumenti dimostrativi			
	3) Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo			
	4) TOTALE			
	5) spese generali[5% del TOTALE (4)]			
	T2) TOTALE VISITE GUIDATE (4+5)			
CONVEGNI	1) Personale qualificato			
	2) Affitto sale e attrezzature			
	3) Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo			
	4) coordinamento			
	5) TOTALE			
	6) spese generali [5% del TOTALE (5)]			
	T3) TOTALE CONVEGNI (5+6)			

TIPOLOGIA	VOCI DI SPESA	Dettaglio		Importo totale €
		descrizione	importo €	
SEMINARI	1) Personale qualificato			
	2) Affitto sale e attrezzature			
	3) Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo			
	4) coordinamento			
	5) TOTALE			
	6) spese generali [5% del TOTALE (5)]			
	T4) TOTALE SEMINARI (5+6)			
PUBBLICAZIONI	1) Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo			
	2) Spese generali (5% del importo TOTALE "Spese di realizzazione e di diffusione di materiale informativo")			
	T5) TOTALE PUBBLICAZIONI (1+2)			
TOTALE PROGETTO (T1+T2+T3+T4+T5)				
CONTRIBUTO RICHIESTO				
MODALITA' DI COPERTURA DELLA QUOTA A CARICO DEL RICHIEDENTE	AUTOFINANZIAMENTO ENTE			
	COMPARTECIPAZIONE UTENZA			
	COMPARTECIPAZIONE ALTRI PRIVATI			

MISURA 331
"Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell'asse 3"
Sottomisura B "INFORMAZIONE" ANNO 2013/2014

MODELLO B4: ELENCO DEI PARTECIPANTI

TITOLO PROGETTO _____

TITOLO DELL'INIZIATIVA _____

BENEFICIARIO _____

Nome e cognome	Azienda o ente di appartenenza	Indirizzo	Ruolo	Età(*)	Sesso	Firma
			<input type="checkbox"/> imprenditore-profession. <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> non occupato		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> imprenditore-profession. <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> non occupato		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> imprenditore-profession. <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> non occupato		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> imprenditore-profession. <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> tecnico		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

(*) da compilare solo nel caso in cui l'intervento in oggetto riguardi la tipologia: "Incontro informativo e/o visita guidata"

N. totale partecipanti: _____ di cui N. totale F: _____ e N. totale M: _____

MISURA 331

*“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”*Sottomisura B “INFORMAZIONE”
ANNO 2013/2014**MODELLO B5: RELAZIONE**

RICHIEDENTE _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO¹

- ☐ Incontri informativi e visite guidate in campo
☐ Convegni e seminari
☐ Pubblicazioni

TEMATICHE

- ☐ turismo rurale e agriturismo
☐ energie rinnovabili
☐ servizi sociali
☐ altro (specificare) (cultura, ambiente e territorio, imprenditorialità ecc.) _____

TITOLO DEL PROGETTO _____

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO _____

DURATA DEL PROGETTO dal ____/____/____ al ____/____/____

RESPONSABILE DEL PROGETTO _____

1. Libero accesso alle iniziative

Nel caso di beneficiari costituiti in forme associative, è necessario precisare le procedure e le modalità effettivamente messe in atto per garantire il libero accesso a tutti i soggetti, anche se non soci

2. Descrizione dettagliata dell’attività realizzata

Descrivere le singole azioni realizzate indicando in particolare:

- attività svolta - temi e argomenti trattati
- epoca di realizzazione
- durata [per incontri, visite guidate, convegni e seminari]
- n. di partecipanti [per incontri, visite guidate, convegni e seminari]
- descrizione dei materiali prodotti e quantità prodotta
- modalità di diffusione dei materiali prodotti (allegando se necessario indirizzari utilizzati per spedizioni o statistiche di accessi a siti web, etc.)

3. Obiettivi operativi raggiunti (da descrivere solo in caso di relazione finale)

4. Risultati raggiunti (da descrivere solo in caso di relazione finale)

Descrivere i risultati in termini di indicatori, analizzando l’eventuale scostamento dalle previsioni

5. Criticità

Descrizione degli eventuali eventi e/o aspetti che hanno condizionato in maniera determinante il progetto

¹ Barrare una o più tipologie.

MISURA 331

“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura B “INFORMAZIONE”

ANNO 2013/2014**MODELLO B6: RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE****TITOLO PROGETTO** _____

BENEFICIARIO

[illegible]

MISURA 331
“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”

Sottomisura A “FORMAZIONE”
Sottomisura B “INFORMAZIONE”
ANNO 2013/2014

MODELLO A9-B2: ELENCO DEL PERSONALE COINVOLTO NEL PROGETTO

TITOLO PROGETTO _____

RICHIEDENTE _____

Nome e Cognome	Ruolo ricoperto nel progetto (1)	Personale (2)		Tipo di rapporto (3)	N. di ore dedicate al progetto (4)
		interno	esterno		

- (1) Indicare se
- sottomisura A “Formazione”: coordinatore, tutor, docente.(A9)
 - sottomisura B “Informazione”: relatore, divulgatore, coordinatore, redattore, traduttore, collaboratore per registrazione e trascrizione testi.(B2)
- (2) Barrare la casella interessata.
- (3) Per il personale interno indicare se dipendente a tempo indeterminato o determinato.
Per il personale esterno specificare il tipo di rapporto instaurato:
- lettera d’incarico;
 - contratto di collaborazione.
- (4) Solo per sottomisura B “Informazione” e solo per il ruolo ricoperto nel progetto come: coordinatore, redattore, informatico, traduttore, collaboratore per registrazione e trascrizione testi.

MISURA 331***“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”***

Sottomisura A “FORMAZIONE”
Sottomisura B “INFORMAZIONE”
ANNO 2013/2014

MODELLO A10-B7: PROSPETTO DI CALCOLO DEL COSTO ORARIO IN
CASO DI RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE

1. Calcolo della retribuzione lorda comprensiva di oneri sociali a carico dell’Ente
(lordo mensile + % INPS carico Ente)
2. Calcolo della retribuzione lorda annuale
(retribuzione lorda comprensiva di oneri x il n° delle mensilità di contratto)
3. Calcolo costo INAIL
(lordo mensile x n° mensilità di contratto x % INAIL - *in genere dal 4 al 17 per mille*) + (addizionale dell’1% sull’importo ottenuto).
4. Calcolo del costo TFR
(lordo mensile x n° mensilità / 13,5) – (lordo mensile x n° mensilità x 0,50%) + [(75% incremento indice ISTAT + 1,5) % su TFR accantonati al 31.12 dell’anno precedente]
5. Totale costo annuo lordo
(punto 2) + (punto 3) + (punto 4)
6. Determinazione costo orario lordo
(punto 5 / n° ore annuali da contratto detratte dalle ore di ferie e permessi retribuiti)
7. Determinazione costo complessivo per ore di svolgimento attività
(punto 6 x n° ore di attività)

ESEMPIO:Anno di riferimento: **2011**Contratto di lavoro: **terziario**Ore di svolgimento attività: **40**Dipendente con busta paga lorda media mensile di € **1.536,15****14** mensilitàINPS Ente: **29,88%** (variabile secondo contratto lavoro e/o tipo di Ente es. Associazione, Sindacato, Srl ...Tabelle INPS)INAIL: **8 per mille** (variabile secondo mansione e/o contratto – Tabelle INAIL)TFR al 31.12.06: € **7.296,88**Indice ISTAT **2,5 %**n° ore annuali da contratto (al netto di ferie e permessi): n° **1728** (contratto di 40 ore settimanali)

1. $1.536,15 + (1.536,15 \times 29,88\%) = 1.995,15$
2. $1.995,15 \times 14 \text{ mensilità} = 27.932,10$
3. $(1.536,15 \times 14 \text{ mensilità} = 21.506,10) / 1000 \times 8 = 172,08 + (172,08 \times 1\%) = 173,80$
4. $(21.506,10/13,5) - (21.506,10 \times 0,50\%) + (7.296,88 \times [(75/100 \times 2,5) + 1,5]/100) =$
 $1.593,04 - 107,53 + [7296,88 \times (1,875 + 1,5)/100] =$
 $1.593,04 - 107,53 + [7296,88 \times 3,375/100] =$
 $1.593,04 - 107,53 + 246,27 = 1731,78$
5. $27.932,10 + 173,80 + 1.731,78 = 29.837,68$
6. $29.837,68 / 1728 = 17,27$
7. $17,27 \times 40 \text{ ore} = \mathbf{690,80}$

MISURA 331***“Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3”*****Sottomisura A “FORMAZIONE”****Sottomisura B “INFORMAZIONE”****ANNO 2013/2014****MODELLO A11-B8**

Modulo di autocertificazione ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000

Il sottoscritto

in qualità di legale rappresentante dell’ ENTE/IMPRESA.....,

con sede in (città) (indirizzo),

codice fiscale

in riferimento alla domanda di aiuto presentata ai sensi del bando “PSR – Misura 331 - Formazione ed informazione rivolte agli operatori economici nei settori che rientrano nell’asse 3” di cui al decreto DG Agricoltura n./2012

autocertifica

che alla data del 1 luglio 2008 il suddetto ENTE/IMPRESA non versava in condizioni di difficoltà economica ai sensi di quanto stabilito dalle condizioni:

- ☐ (grandi imprese) di cui al punto 2.1 della comunicazione della Commissione europea 2004/C 244/02 recante “Orientamenti comunitari sugli aiuti di stato per il salvataggio e la ristrutturazione di imprese in difficoltà”;
- ☐ (piccole e medie imprese) di cui all’articolo 1, paragrafo 7, del Reg. (CE) n. 800/2008;

che alla data di presentazione della domanda, il suddetto ENTE/IMPRESA:

- ☐ non ricade tra coloro che hanno ricevuto e successivamente non rimborsato o depositato in un conto bloccato aiuti che lo Stato è tenuto a recuperare in esecuzione di una decisione di recupero adottata dalla CE ai sensi del Reg. (CE) 659/1999, in particolare non ricade in una delle decisioni contenute nell’elenco visibile al presente link del Dipartimento per il coordinamento delle Politiche Comunitarie della Presidenza del Consiglio dei Ministri (<http://www.politichecomunitarie.it/attivita/16717/aiuti-temporanei-anticrisi>);

che alla data di presentazione della domanda, il suddetto ENTE/IMPRESA:

- ☐ non ha percepito, nel triennio 1.01.2011 – 31.12.2013, alcun aiuto *de minimis* (Reg. CE n. 1998/2006) né altri aiuti di cui all’art. 3 del D.P.C.M. del 9/06/2009;
- ☐ ha percepito, nel triennio 1.01.2010 – 31.12.2012, aiuti *de minimis* (Reg. CE n. 1998/2006) per un importo di €, e/o aiuti di cui all’art. 3 del D.P.C.M. del 9/06/2009 per un importo di €;

In fede

Data

Firma

D.d.s. 12 dicembre 2012 - n. 12005

Revoca della qualifica di primo acquirente rilasciata con decreto n. 3498 del 18 aprile 2011 alla ditta Moana s.r.l. C.F. 03294730985 e conseguente cancellazione dall'albo dei primi acquirenti riconosciuti della Regione Lombardia

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA OCM E DISTRETTI AGRICOLI

Visto il reg. (CE) n. 1234/2007 che sostituisce il regolamento 1788/2003 che stabilisce un prelievo supplementare nel settore del latte e dei prodotti lattiero-caseari e successive modifiche e integrazioni;

Visto il reg. (CE) 595/2004 recante modalità d'applicazione del regolamento (CE) 1788/2003 del Consiglio che stabilisce un prelievo nel settore del latte e dei prodotti lattiero-caseari e successive modifiche e integrazioni;

Visto il decreto legge 28 marzo 2003 n. 49 convertito con modificazioni in legge 30 maggio 2003 n. 119 recante «Riforma della normativa interna di applicazione del prelievo supplementare nel settore del latte e dei prodotti lattiero-caseari»;

Visto il d.m. 31 luglio 2003 recante «Modalità di attuazione della legge 30 maggio 2003, n. 119, concernente il prelievo supplementare nel settore del latte e dei prodotti lattiero-caseari» e successive modifiche e integrazioni;

Vista la l.r. 31/2008 «Testo unico delle leggi regionali in materia di agricoltura, foreste, pesca e sviluppo rurale»;

Vista la l.r. 1/2012 «Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria»;

Preso atto che i sopra citati regolamenti comunitari prevedono che *«ogni acquirente che operi nel territorio di un dato Stato membro deve essere riconosciuto da tale stato membro»*;

Dato atto che con decreto n. **3498 del 18 aprile 2011** la ditta **Moana s.r.l. CF 03294730985** ha ottenuto il riconoscimento della qualifica di Primo Acquirente latte dalla Regione Lombardia ed è stata iscritta nell'albo regionale dei Primi Acquirenti latte lombardi con il numero **460**;

Considerato che con nota prot. 15658 del 22 ottobre 2012 è stato comunicato alla ditta **Moana s.r.l. CF 03294730985** l'avvio del procedimento amministrativo di revoca del riconoscimento di Primo Acquirente sulla base delle seguenti motivazioni:

- per aver violato ripetutamente l'obbligo di versamento del prelievo mensile di cui all'articolo 5 comma 2 della legge 119/03 e specificatamente:
- verbale n. **8157/prelievogennaio/1112** del 20 aprile 2012: contestazione della violazione dell'obbligo di procedere al versamento del prelievo mensile per il mese di **gennaio 2012** - campagna produttiva 2011/12;
- verbale n. **8157/prelievofebbraio/1112** del 31 maggio 2012: contestazione della violazione dell'obbligo di procedere al versamento del prelievo mensile per il mese di **febbraio 2012** - campagna produttiva 2011/12;
- verbale n. **460/prelievogiugno/1213** del 26 settembre 2012: contestazione della violazione dell'obbligo di procedere al versamento del prelievo mensile per il mese di **giugno 2012** - campagna produttiva 2012/2013
- verbale n. **460/prelievoluglio/1213** del 9 ottobre 2012: contestazione della violazione dell'obbligo di procedere al versamento del prelievo mensile per il mese di **luglio 2012** - campagna produttiva 2012/2013;

Dato atto che a seguito della notifica della nota di apertura del procedimento di cui sopra la ditta Primo Acquirente ha chiesto di essere ascoltata e preso atto dei contenuti della audizione svoltasi in data 29 novembre 2012 e specificatamente:

- le ultime due campagne produttive hanno evidenziato l'impossibilità di una programmazione produttiva certa da parte delle aziende agricole che hanno speso soldi per affittare quote quando poi non si è esuberato;
- la Moana s.r.l. quindi per non aggravare dal punto di vista economico ulteriormente le aziende agricole sta pagando interamente il latte;
- la Pubblica amministrazione non è stata in grado di guidare e gestire le due precedenti campagne;
- la Moana SRTL ha pagato le sanzioni amministrative pecuniarie inerenti le contestate violazioni di omesso versamento del prelievo mensile;

- si chiede che la revoca venga applicata solo se ci sarà un esubero nella campagna produttiva 2012/2013;

Svolte le seguenti considerazioni in merito a quanto dichiarato nel corso dell'audizione:

- i produttori hanno come riferimento la propria quota individuale; il produrre oltre la stessa comporta, da parte dei produttori, l'accettazione del possibile rischio di dover pagare il prelievo supplementare;
- la programmazione aziendale deve quindi essere fatta sulla base di questi presupposti e non confidando nella possibilità che non si esuberi a livello nazionale e che quindi non venga richiesto ai produttori il pagamento del prelievo corrispondente al proprio esubero individuale;
- il compito dell'amministrazione non è quello di intervenire sulle scelte imprenditoriali individuali (che appunto competono ad ogni azienda) ma quello di garantire pari condizioni di lavoro a tutte le aziende agricole e quindi di garantire il rispetto delle regole del regime delle quote latte;
- la legge 119/03 prevede che mensilmente venga versato, da parte del primo acquirente, il prelievo corrispondente all'esubero maturato appunto in quel mese da ogni singola azienda agricola; nel caso in cui al termine della campagna non dovesse esserci un esubero nazionale e pertanto nessuna prelievo sia dovuto dai singoli produttori, AGEA provvede a restituire agli stessi le somme eventualmente versate e non più dovute;
- il primo acquirente in tutto questo non può svolgere un ruolo discrezionale (scegliere o non scegliere di versare il prelievo mensile) in quanto con l'ottenimento della qualifica di primo acquirente si impegna a far rispettare e a rispettare le regole del regime delle quote latte (e tra queste appunto anche l'obbligo di versamento);
- considerato, in merito al fatto che la ditta ha provveduto a pagare la sanzione pecuniaria relativa alla contestazione di omesso versamento che il Consiglio di Stato (Ordinanza 1629/2007 più altre) ha ribadito la *«permanenza in capo all'acquirente, anche in caso di pagamento della sanzione pecuniaria, dell'obbligo di procedere al versamento del prelievo supplementare»*;

Considerato inoltre che la normativa nazionale di settore stabilisce tra le altre cose che:

- *«le regioni revocano il riconoscimento agli acquirenti già riconosciuti [...] in caso di violazioni degli obblighi previsti dalla regolamentazione comunitaria e nazionale in materia che configurino reiterazione ai sensi dell'articolo 94 del decreto legislativo 30 dicembre 1999 n. 507»* (art. 5 comma 3 d.m. 31 luglio 2003);
- *«se un acquirente subisce la contestazione di una violazione ai sensi dell'art. 5 comma 5 della legge n. 119/03 una nuova violazione sostanziale nel corso dello stesso periodo di commercializzazione costituisce ripetizione ai sensi dello stesso articolo e determina pertanto la revoca del riconoscimento»* (art. 6 comma 9 d.m. 31 luglio 2003);

Dato atto quindi che la normativa nazionale individua la possibilità di effettuare la revoca oltre che per *reiterate violazioni* degli obblighi posti in capo all'acquirente (in seguito a reiterazione di violazione ai sensi dell'articolo 94 del decreto legislativo 30 dicembre 1999 n. 507) anche a seguito di *ripetute violazioni*, in uno stesso periodo di commercializzazione, degli obblighi sanciti dall'articolo 5 comma 5 della legge 119/03 tra i quali rientra l'obbligo di versamento del prelievo mensile;

Considerato inoltre, con riferimento alla revoca del riconoscimento per violazione degli obblighi posti in capo al primo acquirente, che la sentenza 1288/07 del TAR Veneto recita che la revoca *«risulta legittima in quanto basata sull'accertata violazione degli obblighi derivanti dal possesso di tale qualifica»*;

Preso atto in merito all'obbligo di versamento del prelievo, che la norma comunitaria prevede (art. 81 regolamento CE 1234/2007) che *«gli acquirenti sono responsabili della riscossione presso i produttori dei contributi da essi dovuti a titolo di prelievo sulle eccedenze e versano all'organismo competente dello stato membro, prima di una data e in base a modalità che devono essere stabilite dalla Commissione, l'importo di tali contributi che trattengono sul prezzo del latte pagato ai produttori responsabili del superamento o che, in mancanza di ciò, riscuotono con ogni altro mezzo appropriato. E ancora il regolamento 595/2004 all'articolo 15 stabilisce che «l'acquirente*

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

versa all'autorità competente l'importo da lui dovuto secondo le modalità stabilite dallo Stato membro».

Considerato, sempre in merito all'obbligo di versamento, che la norma comunitaria, «per garantire il funzionamento efficace del regime» individua espressamente nei primi acquirenti i soggetti deputati alla riscossione del prelievo dovuto dai produttori per conto degli Stati membri, così come ribadito dal TAR Veneto «...ciò non porta ad escludere che sussista a suo carico (dell'acquirente) l'onere di provvedere al prelievo e al conseguente versamento della somma così individuata; [...] rimane infatti indiscusso il ruolo affidato agli acquirenti dal regolamento che attribuisce l'onere del prelievo agli all'acquirente che risulta il più idoneo ad effettuare le operazioni necessarie e che dovrà farsi carico del successivo versamento delle somme così prelevate dai produttori che hanno oltrepassato il limite quantitativo annuale di riferimento» (TAR Veneto, sentenza 1288/07);

Considerato che il Consiglio di Stato (Ordinanza 1242/08 più altre) ha correlato la possibilità di mantenimento della qualifica di Primo Acquirente, revocata dall'amministrazione competente, al rispetto dell'obbligo di versare il prelievo supplementare dovuto dai produttori, obbligo la cui violazione era stata contestata;

Visti anche i contenuti della sentenza del TAR Veneto 2176/08 (più altre) laddove si chiarisce che «si è verificata la reiterazione dell'inadempimento dell'obbligo di versamento, quale obbligo distinto ed autonomo, cui la ricorrente era tenuta per effetto della qualifica posseduta e che, pertanto, legittimamente, ha determinato il provvedimento di revoca disposto dall'amministrazione»;

Dato atto, sempre in merito alla qualifica di Primo Acquirente, che la normativa comunitaria di settore (art. 13 del regolamento 1392/01 così come sostituito dall'art. 23 del regolamento 595/04) stabilisce che:

- «per poter acquistare latte dai produttori ed operare sul territorio di un dato Stato membro l'acquirente deve essere riconosciuto» (art. 23 paragrafo 1);
- tale riconoscimento può essere revocato per due ipotesi precise (art. 23 paragrafo 3):
 - revoca da disporsi nel caso del venir meno di uno dei requisiti abilitanti al ruolo di primo acquirente, previsti dal citato articolo 23;
 - revoca da disporsi nel caso di ripetute violazioni di obblighi, in generale, previsti dalla normativa di settore;

Ritenuto quindi, sulla base di tutte le considerazioni sopra espresse, che sussistono le condizioni per procedere alla revoca del riconoscimento di primo acquirente alla ditta **Moana s.r.l. CF 03294730985**;

Dato atto:

- che l'articolo 4 comma 3 della l. 119/03 stabilisce che «la revoca ha effetto a decorrere dal quarantacinquesimo giorno successivo alla notifica e comunque entro il termine del periodo di commercializzazione in corso»;
- che l'articolo 4 comma 3) della l. 119/03 stabilisce che «l'acquirente assoggettato ad un provvedimento definitivo di revoca è tenuto a rendere noto entro 15 giorni dalla notifica il provvedimento stesso ai propri conferenti» pena l'applicazione delle sanzioni amministrative di legge;
- che l'articolo 4 comma 4 della l. 119/03 stabilisce che «l'acquirente che opera in assenza del riconoscimento di cui al presente articolo è assoggettato a sanzione amministrativa pari all'importo del prelievo supplementare sull'intero quantitativo di prodotto ritirato in assenza del riconoscimento»;

Visto l'art. 17 della l.r. n. 20 del 7 luglio 2008, nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

DECRETA

1. di disporre, a chiusura del procedimento aperto con nota prot. 15658 del 22 ottobre 2012, la decadenza della ditta **Moana s.r.l. CF 03294730985** dalla qualifica di Primo Acquirente latte, rilasciata con decreto n. **3498** del **18 aprile 2012** e conseguentemente di procedere a cancellare la suddetta ditta dall'Albo Regionale Acquirenti della Regione Lombardia. La revoca ha efficacia a decorrere dal 45° giorno successivo alla data di notifica del presente decreto e comunque entro il termine del periodo di commercializzazione in corso (2012/2013).

2. di notificare il presente provvedimento alla Ditta **Moana s.r.l. CF 03294730985**;

3. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Il presente decreto può essere impugnato entro 60 giorni dalla notifica avanti il competente Tribunale Amministrativo Regionale.

Il dirigente della struttura organizzazioni
comuni di mercato e distretti agricoli
Andrea Massari

D.G. Infrastrutture e mobilità

D.d.s. 10 dicembre 2012 - n. 11706

Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Provincia di Sondrio. Declassificazione a strada comunale della s.p. 16 "Orobica" tratto dall'intersezione con la s.p. 16 Dir B "Circonvallazione nord di Caiolo" all'intersezione con l'ex s.p. Dir C "Caiolo s.s. 38" nel comune di Caiolo (SO)

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA VIABILITÀ E RETE CICLABILE

Visti:

- il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285;
- il d.p.r. 16 dicembre 1992, n. 495, art. 2, 3 e 4;
- il d.p.r. 15 gennaio 1972, n. 8, art. 2;
- il d.p.r. 24 luglio 1977 n. 616, art. 87;
- la legge regionale n. 1 del 5 gennaio 2000;
- la legge regionale n. 9 del 4 maggio 2001, art. 3;

Vista la nota prot. n. 34212 del 3 novembre 2011 con cui la Provincia di Sondrio ha richiesto la declassificazione a strada comunale della s.p. n. 16 «Orobica» tratto dall'intersezione con la s.p. n. 16 Dir B «Circonvallazione nord di Caiolo» all'intersezione con l'ex s.p. n. 16 Dir C «Caiolo s.s. 38»;

Viste inoltre:

- la deliberazione n. 51 del 3 ottobre 2011 del Consiglio provinciale di Sondrio avente per oggetto «Approvazione Accordo per la deprovincializzazione di strada provinciale n. 16 «Orobica» in Comune di Caiolo»;
- la deliberazione n. 5 del 27 aprile 2011 del Consiglio comunale di Caiolo avente per oggetto «Approvazione schema di accordo e verbale di consegna fra Amministrazione provinciale e Comune di Caiolo per cessione tratti di strade provinciali al Comune»;

Considerato che

- non sono state prodotte opposizioni alla predette deliberazioni;
- a seguito della realizzazione della circonvallazione Nord di Caiolo, il tronco di strada oggetto di declassifica non corrisponde più all'uso e alle tipologie di collegamento previste dall'art. 2 comma 6 lett. C) del Codice della strada;

Accertato che, con d.g.r. n. VIII/19709 del 3 dicembre 2004, la s.p. s.p. 16 «Orobica» è classificata funzionalmente strada Provinciale P2;

Vista la l.r. 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

DECRETA

1. Di approvare la declassificazione a strada comunale della s.p. n. 16 «Orobica» tratto dall'intersezione con la s.p. n. 16 Dir B «Circonvallazione nord di Caiolo» all'intersezione con l'ex s.p. n. 16 Dir C «Caiolo s.s. 38» come individuato con la deliberazione del Consiglio provinciale di Sondrio n. 51 del 3 ottobre 2011.

2. La Provincia di Sondrio, che consegna il tronco stradale al Comune di Caiolo, dovrà elencare le opere strutturali presenti e dovrà consegnare sia la relativa documentazione tecnica di base sia la documentazione tecnica integrativa relativa ad eventuali interventi di restauro o ristrutturazione statica. In caso di assenza di documentazione tecnica, la Provincia di Sondrio dovrà fare una esplicita dichiarazione al riguardo.

3. Di disporre la pubblicazione del presente decreto sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia.

Il dirigente
Erminia Falcomatà

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

D.G. Territorio e urbanistica

D.d.s. 12 dicembre 2012 - n. 11955**Modifica del d.d.s. n. 8194 del 24 settembre 2012 avente per oggetto "Aggiornamento dell'elenco degli impianti assoggettati al pagamento del tributo in misura ridotta del deposito in discarica di scarti e sovralli di cui alla d.g.r. 19 dicembre 2007, n. 6235"**

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA

Richiamato il d.d.s. n. 8194 del 24 settembre 2012 quale ultimo aggiornamento dell'elenco degli impianti assoggettati al pagamento del tributo in misura ridotta del deposito in discarica di scarti e sovralli di cui alla d.g.r. 6235/2007;

Preso atto che con nota del 15 ottobre 2012, in atti regionali n. Z1.2012.0028484 del 12 novembre 2012, la ditta Caris VRD s.r.l.:

- ha trasmesso l'autorizzazione di cui alla determinazione dirigenziale della Provincia di Milano n. 10325 del 9 novembre 2011 avente per oggetto «Caris VRD s.r.l. - impianto di Lainate ex Stabilimento Alfa Romeo - Varianti non sostanziali con contestuale voltura e presa d'atto di variazione della sede legale - Art. 208 del d.lgs. 152/06 e ss. mm. e ii»;
- ha formulato istanza di rettifica dell'allegato 1) sostituendo alla dicitura «CARIS VRS s.r.l.» la corretta denominazione «CARIS VRD s.r.l.»;

Ritenuto di dover aggiornare l'Allegato 1) richiamando:

- l'autorizzazione di cui alla d.d. n. 389/2006 del 26 settembre 2006 «Rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio delle operazioni di messa in riserva (R13), deposito preliminare (D15), raggruppamento preliminare (D13), ricondizionamento preliminare (D14) di rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi, recupero (R3, R4, R5) di rifiuti speciali non pericolosi e contestuale aggiornamento dei codici dei rifiuti a seguito dell'entrata in vigore delle Decisione 2001/118/CE, 2001/119/CE e 2001/573/CE, di cui alla d.g.r. n. VII/6280 del 01.10.01 e s.m.i., a favore della Caris s.r.l. con insediamento in Comune di Lainate area ex Stabilimento Alfa Romeo. art. 210 del d.lgs. 152/06»;
- l'autorizzazione di cui alla determinazione dirigenziale della Provincia di Milano n. 10325 del 9 novembre 2011 avente per oggetto «Caris VRD s.r.l. - impianto di Lainate ex Stabilimento Alfa Romeo - Varianti non sostanziali con contestuale voltura e presa d'atto di variazione della sede legale - Art. 208 del d.lgs. 152/06 e s. m. e ii»;

Accertato che per mero errore materiale nell'Allegato 1) è riportata la dicitura «CARIS VRS s.r.l.» e ritenuto di dover procedere alla necessaria rettifica;

Vista la l.r. 7 luglio 2008 n. 20 «Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale»;

Visto il p.r.s. della IX Legislatura e la declinazione allo stesso ne P.O. 15 «Per una migliore qualità dell'ambiente» come da allegato alle comunicazioni del Presidente Formigoni approvato con d.g.r. 5 agosto 2010 n. 465;

DECRETA

1. di sostituire, per le considerazioni sopra richiamate, l'Allegato 1) al d.d.s. n. 8194 del 24 settembre 2012 con l'Allegato 1) che costituisce parte integrante del presente atto;

2. di comunicare il presente atto ai soggetti interessati già identificati nell'allegato 1) che forma parte integrante del presente atto, alla D.c. Programmazione Integrata - U.O. Entrate Regionali e Federalismo, a tutte le Province e all'ARPA sede centrale;

3. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il dirigente della struttura.
Anna Cozzi

_____ • _____

ELENCO REGIONALE DEGLI IMPIANTI ASSOGGETTATI AL PAGAMENTO DEL TRIBUTO IN MISURA RIDOTTA DEL DEPOSITO IN DISCARICA DI SCARTI E SOVVALLI

COMUNE	PROV.	ENTE TITOLARE	NR. AUT.	DATA AUT.	CODICE ATTIVITÀ (All. d.lgs. 152/06)	CATEGORIA (All. 1 d.g.r. 8/6235 19/12/07)	% MIN. RECUPERO
Bergamo	BG	Aprica s.p.a.	10396 v. 9177	21/09/07 v. 19/08/2008	R3, R4, R5, R13, D8, D14, D15	Categoria 3	80%
Gorle	BG	Esposito Servizi Ecologici s.r.l.	1601 v. 3657	14/05/09 v. 29/12/11	R3, R5, R13, D9, D15	Categoria 1	70%
Montello	BG	Montello s.p.a.	3809	14/12/2007	R1, R3, R13	Categoria 4/ Categoria 5	40%
Bagnolo Mella	BS	Systema Ambiente s.r.l.	4239	14/12/11	R3, R13, D15	Categoria 4	40%
Brescia	BS	Aprica s.p.a.	4229	13/12/2011	R5, R13, D15	Categoria 1	70%
Castenedolo	BS	Aprica s.p.a.	4261	14/11/2008	R3, R4, R5, R13, D14, D15	Categoria 1	70%
Cellatica	BS	ORC s.r.l. Servizi Ecologici	2340	09/07/07	R3, R4, R13, D14, D15	Categoria 1	70%
Lonato	BS	Feralpi siderurgica s.p.a.	5328	28/05/07	R4, R12, R13, D15	Categoria 1	70%
Guanzate	CO	Econord s.p.a.	90/A/ECO	24/08/09	R3, R13	Categoria 4	40%
Arese	MI	Rottami Metalli Italia s.p.a.	131 v. 30	15/03/2006 v. 30/01/2009	R4, R13, D15	Categoria 1	70%
Bollate	MI	Metalmiv s.r.l.	69/2009	18/02/2009	R3, R4, R5, R13	Categoria 1	70%
Cologno Monzese	MI	Econord s.p.a.	5867	20/06/11	R3, R13	Categoria 4	40%
Corsico	MI	Masotina s.p.a.	464	09/12/2008	R3, R4, R5, R13, D14, D15	Categoria 1	70%
Lacchiarella	MI	ECODECO s.r.l.	12504 v. 06/09	27/10/2007 v. 29/07/09	R3, R13, D8, D13, D14, D15	Categoria 3	80%
Lacchiarella	MI	ECODECO s.r.l.	12504 v. 06/09	27/10/2007 v. 29/07/09	R3, R13, D8, D13, D14, D15	Categoria 4	40%
Lainate	MI	CARIS VRD s.r.l.	389 v. 10325	26/09/2006 v. 09/11/2011	R3, R4, R5, R13,	Categoria 1	70%
Ceresara	MN	Mantova Ambiente s.r.l.	1828	14/07/10	R3, R13, D15	Categoria 3	80%
Pieve di Coriano	MN	Mantova Ambiente s.r.l.	1848	15/07/10	R3, R13, D15	Categoria 3	80%
Pieve di Coriano	MN	Mantova Ambiente s.r.l.	1827	14/07/10	R3, R13, D15	Categoria 4	40%
Giussago	PV	ECODECO s.r.l.	12504 v. 06/09	27/10/2007 v. 29/07/09	R3, R13, D8, D13, D14, D15	Categoria 3	80%
Gerenzano	VA	Tecno Recupero s.p.a.	1888	12/05/10	R4, R5, R13, D15	Categoria 1	70%
Cedrasco	SO	S.EC.AM. s.p.a.	104	11/05/09	R3, R4, R12, R13, D13, D14, D15	Categoria 1	70%
Sarmato	PC	Maserati s.r.l.	1681	25/02/10	R3, R13	Categoria 4	40%
Maglie	LE	Ecomet s.r.l.	585 v. 147	09/03/2011 25/05/2012	R3, R4, R8, R12, R13, D13, D14, D15	Categoria 1	70%

Serie Ordinaria n. 51 - Giovedì 20 dicembre 2012

COMUNE	PROV.	ENTE TITOLARE	NR. AUT.	DATA AUT.	CODICE ATTIVITÀ (All. d.lgs. 152/06)	CATEGORIA (All. 1 d.g.r. 8/6235 19/12/07)	% MIN. RECUPERO
Siena	SI	Pianigiani Rottami s.r.l.	1367 v. 1126 e v. 1097	30/10/07 05/08/10 09/08/11	R3, R4, R12, R13, D14, D15	Categoria 1	70%
Castelnuovo del Garda	VE	Rottami Metalli Italia s.p.a.	1808	27/04/2012	R4, R13	Categoria 1	70%

LEGENDA

Categoria 1	Impianti di selezione meccanica e/o riciclaggio dedicati a più frazioni destinate al recupero di materia
Categoria 2	Impianti di selezione meccanica e/o riciclaggio dedicati a rifiuti indifferenziati o misti
Categoria 3	Impianti di bioessicazione da frazione del rifiuto indifferenziato
Categoria 4	Impianti di compostaggio per la produzione di ammendante compostato verde e ammendante compostato misto di qualità, ai sensi della specifiche contenute nell'allegato 1C del decreto 748/84 e s.m.i.