

D) ATTI DIRIGENZIALI

GIUNTA REGIONALE

D.G. Famiglia e solidarietà sociale

(BUR20070117)

Circ.r. 11 dicembre 2006 - n. 28

(3.1.0/3.2.0)

Attività di accertamento per l'individuazione dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica ai sensi del d.p.c.m. 23 febbraio 2006, n. 185. Prime indicazioni e invio della deliberazione della Giunta Regionale n. 3449* del 7 novembre 2006

* (Già pubblicata nel BURL Se.O. n. 47 del 20 novembre 2006)

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali
Ai Direttori Generali
delle Aziende Ospedaliere
LORO SEDI
e p.c. Al Direttore
Ufficio Scolastico Regionale
Piazza Diaz
MILANO

L'avvio dell'attività di accertamento collegiale determinata con le nuove norme, andando a modificare quanto fino ad ora in atto nella nostra Regione, si presenta come fase complessa e delicata. Nel sottolineare che la finalità prioritaria è la promozione dell'autonomia dei bambini con disabilità attraverso la loro integrazione scolastica, si richiede a tutti gli Enti coinvolti una fattiva collaborazione per la sua riuscita. Di seguito vengono puntualizzati e riassunti i principali temi ed adempimenti cui le SS.LL. sono chiamate.

Sintesi normativa e regolamentare

Come già comunicato alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere con nota del 25 ottobre 2006, a firma della Direzione Generale Sanità e Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, l'art. 35, comma 7 della l. 289/02 e da ultimo il d.p.c.m. 23 febbraio 2006, n. 185, hanno previsto nuove modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno con handicap e in particolare è stato determinato che:

- all'individuazione dell'alunno con handicap si provvede con un accertamento collegiale la cui titolarità e i relativi oneri sono in capo delle Aziende Sanitarie Locali;
- le domande di accertamento devono essere presentate dai genitori/tutori;
- l'accertamento riguarda alunni con handicap con o senza situazione di gravità secondo la definizione dell'art. 3 della l. 104/92 (persona handicappata è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale che è causa di difficoltà di apprendimento.... Qualora la minorazione.... abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.... la situazione assume connotazione di gravità...);
- per l'accertamento devono essere utilizzati metodi di classificazione riconosciuti dall'OMS;
- l'accertamento è effettuato in tempo utile per la formazione delle classi.

Nell'ambito della propria azione di governo la Giunta Regionale, anche al fine di garantire ai cittadini omogeneità di comportamenti da parte delle strutture sanitarie, ha regolamentato l'attività sopra indicata con d.g.r. n. 3449 del 7 novembre 2006 che si allega alla presente ed alla quale si rimanda per gli elementi di dettaglio.

La deliberazione definisce in particolare:

- la composizione ed i compiti del collegio di accertamento;
- i sistemi di classificazione per l'individuazione della patologia stabilizzata o progressiva;
- il modello di verbale da adottare;
- l'indicazione del termine massimo per la conclusione del procedimento;
- l'istituzione di un eventuale organismo del riesame.

La deliberazione definisce altresì che l'attività di accertamento decorre dall'anno scolastico 2007/2008 e si applica ai bambini disabili di nuova individuazione, tra cui in particolare quelli che si iscrivono al primo anno della scuola dell'infanzia o della scuola primaria.

Indicazioni operative

A premessa appare opportuno rammentare che l'accertamento di cui all'oggetto, e conseguentemente le attività del «collegio», sono finalizzati al solo ed esclusivo accertamento della disabilità per l'integrazione scolastica ed è quindi importante che al procedimento siano chiamati operatori competenti nella relativa area.

Pertanto l'attività accertativa è da inserire all'interno del Dipartimento ASSI che storicamente esercita funzioni relative alla disabilità e alla tutela dei minori, salvo particolari situazioni aziendali che suggeriscono una diversa collocazione e che dovranno essere motivate alla Regione.

È inoltre opportuno segnalare che il percorso di integrazione scolastica della persona con disabilità non si esaurisce con l'accertamento che invece costituisce il primo passo a garanzia del diritto allo studio delle persone disabili.

Al fine di consentire alle ASL di organizzare le attività, anche a seguito di alcuni quesiti posti, si forniscono ulteriori indicazioni operative.

Domanda di accertamento

La domanda di accertamento viene presentata al collegio dal genitore o dall'esercente la potestà genitoriale di un utente che ha già effettuato un'inquadramento diagnostico e funzionale dal quale sia emersa la presenza di una situazione di disabilità associata alla necessità di garantire supporti all'integrazione scolastica. Per la domanda si deve utilizzare il modello allegato alla presente nota e si precisa che la stessa:

- deve essere presentata dal genitore/tutore al collegio della ASL di residenza anche nel caso in cui il domicilio sia in altra ASL;
- deve essere corredata da:
 - certificazione con definizione della patologia, classificata con l'ICD-10 multiassiale o in subordine l'ICD9-CM, nonché con indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva, rilasciata da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata di una struttura pubblica;
 - relazione clinica, contenente i dati richiesti nel modello di domanda, che deve essere rilasciata da medico specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata o da psicologo dell'età evolutiva, di struttura pubblica.

Nella redazione della certificazione e della relazione sintetica funzionale, le strutture pubbliche possono anche avvalersi di documentazione specialistica prodotta dall'utente.

Il richiedente l'accertamento può inoltre presentare altra documentazione ritenuta utile ad un maggior approfondimento (verbale l. 104/92, test, esami diagnostici ecc.).

Accertamento

L'accertamento:

- è sempre reso in forma collegiale;
- produce un verbale che deve essere sottoscritto da tutti i componenti, secondo il modello allegato alla deliberazione, e consegnato contestualmente al richiedente al termine della valutazione collegiale;
- ha valenza medico-legale ed è quindi soggetto a possibili ricorsi;
 - a partire dall'anno scolastico 2007/2008, riguarda i bambini disabili di nuova individuazione, secondo la definizione dell'art. 3 della l. 104/92, già richiamata;
 - presume, analogamente a quanto avviene per l'invalidità civile e pur valutando esclusivamente la documentazione prodotta dal genitore, la presenza della persona da valutare e del genitore/tutore stesso. In presenza di particolari situazioni, e nell'esclusivo interesse del minore, l'accertamento potrà essere integrato da visita diretta, anche domiciliare, del collegio;
 - si costituisce come una funzione «pubblica» pertanto i componenti del collegio non possono avere con l'Azienda di provenienza un rapporto di lavoro «libero professionale» o «a progetto».

Tempistica per gli accertamenti

Appare opportuno a premessa richiamare alle SS.LL. i tempi generalmente previsti dalla scuola per la formazione delle classi e la conseguente determinazione degli organici.

1. Entro il mese di gennaio vengono presentate dai genitori le iscrizioni alle classi prime;

(Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata di una struttura pubblica).

Relazione clinica che evidenzia:

- lo stato di gravità della disabilità
- il quadro funzionale sintetico del minore con indicazione dei test utilizzati (eventualmente allegando copia dei test stessi) e dei risultati ottenuti, che descriva le maggiori problematiche nelle aree:
 - cognitiva e neuropsicologica
 - sensoriale
 - motorio-prassica
 - affettivo-relazionale e comportamentale
 - comunicativa e linguistica
 - delle autonomie personale e sociali

(La relazione è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'età evolutiva di struttura pubblica).

Altra documentazione

- Copia del verbale di invalidità e certificato ai sensi della l. 104/92 (se in possesso)
- Altri test (specificare)

.....

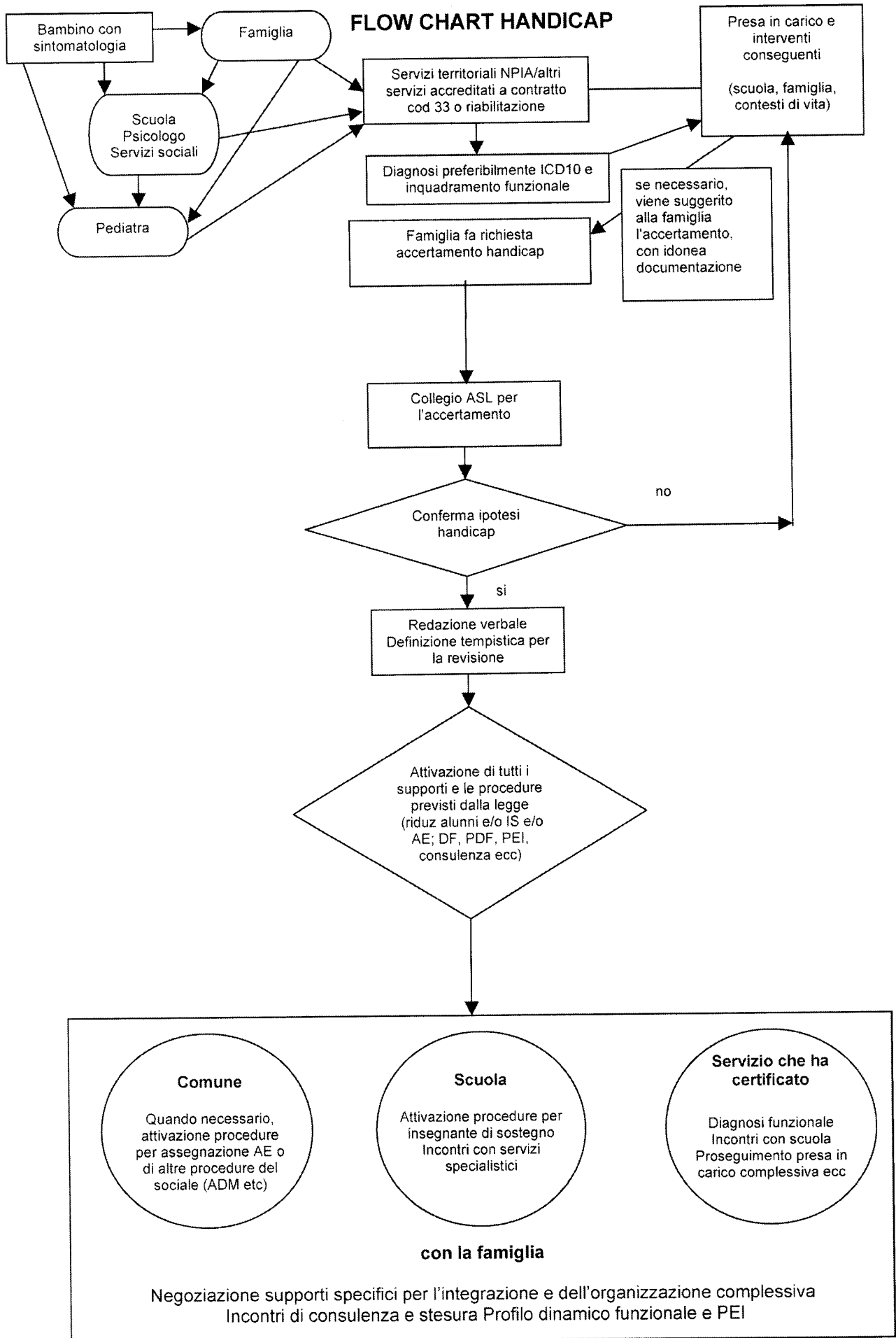
.....

.....

.....

Data

Firma



(BUR20070118)

(3.1.0/3.2.0)

Circ.r. 14 dicembre 2006 - n. 30

Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile

Ai Direttori Generali delle ASL

Ai Responsabili dei Servizi di Medicina Legale delle ASL

LORO SEDI

Premessa

La valutazione dell'invalidità costituisce un'attività di particolare interesse socio-sanitario, rientrando nei Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione è tra le amministrazioni maggiormente coinvolte dalla legislazione e svolge una funzione di governo e controllo sull'efficienza e qualità delle prestazioni.

Inoltre l'attività accertativa svolta dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) rappresenta un punto privilegiato di raccolta dati e di monitoraggio dello stato di salute dei cittadini.

Lo strumento guida per le valutazioni medico-legali delle Commissioni per l'accertamento della Invalidità civile è costituito dalle tabelle ministeriali di cui al d.m.s. 5 febbraio 1992 e al successivo del 14 giugno 1994.

Tali tabelle costituiscono un imprescindibile riferimento normativo, ma è noto che, a parte la loro vetustà, sono nosograficamente incomplete e alquanto «schematiche».

L'evoluzione degli approcci diagnostico-terapeutico-riabilitativi e il mancato aggiornamento di tali tabelle hanno fatto maturare la opportunità di iniziative di aggiornamento, per fornire alle Commissioni dei presupposti operativi efficienti e rispondenti alle reali esigenze del settore.

A tal fine la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ha costituito con decreto del Direttore Generale n. 3469 del 28 marzo 2006 un Gruppo di Lavoro composto da un rappresentante della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, della Direzione Generale Sanità, da un docente universitario/esperto esterno, da responsabili di area delle ASL.

La valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile

Una delle esigenze di aggiornamento prospettata e affrontata ha riguardato le persone affette da sindromi cefalalgiche.

Il Gruppo di Lavoro, acquisiti specifici elementi da esperti del settore, ha elaborato una griglia valutativa per queste condizioni morbose.

Si invia quindi il documento elaborato che si pone quale strumento di aggiornamento e supporto per le Commissioni di accertamento dell'Invalidità civile.

La Tabella per la valutazione

CEFALEE PRIMARIE E NEURALGIE ESSENZIALI

0-15%	16-30%		31-46%
A)	B1)	B2)	C)
FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE REFRATTARIE AL TRATTAMENTO
1) EMICRANIA SENZA E CON AURA	1) EMICRANIA SENZA E CON AURA	1) EMICRANIA CRONICA	1) EMICRANIA CRONICA
2) CEFALEA DI TIPO TENSIVO FREQUENTE	2) CEFALEA DI TIPO TENSIVO	2) CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA CON O SENZA USO ECCESSIVO DI ANALGESICI	2) CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA CON O SENZA USO ECCESSIVO DI ANALGESICI
3) CEFALEA A GRAPPOLO EPISODICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO EPISODICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO CRONICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO CRONICA
4) HEMICRANIA PAROSSISTICA EPISODICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA EPISODICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA CRONICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA CRONICA
		5) SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgia with Conjunctival injection and Tearing)	5) SUNCT

Si ringrazia per la collaborazione e si inviano distinti saluti.

Il direttore generale

D.G. Sanità:

Carlo Lucchina

Il direttore generale

D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale:

Umberto Fazzone

ALLEGATI:

Valutazione delle cefalee in I.C. comprensivo di tabella Classificazione Internazionale delle Cefalee

LA VALUTAZIONE PERCENTUALE DELLE CEFALEE NELL'AMBITO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

La composizione del gruppo di lavoro

- *Coordinatore* - D.ssa Rosella Petrati Dirigente Unità Organizzativa Sistema Socio-assistenziale della D.G. Famiglia e solidarietà sociale;
- *Componenti:*
 - Prof. Fabio Buzzi Direttore Istituto di Medicina Legale dell'Università degli studi di Pavia consulente scientifico;
 - Dr. Umberto Genovese ricercatore Istituto di Medicina legale Università degli Studi di Milano;
 - Dr. Gian Franco Bertani funzionario D.G. Sanità;
 - Dr. Alberto Germani Medico Legale ASL della Città di Milano;
 - Dr. Paolo Pelizza Medico Legale ASL della Provincia di Brescia;
 - D.ssa Amneris Magella Medico Legale ASL della Provincia di Como;
- *Segreteria* - D.ssa Lia Bottini Funzionario Unità Organizzativa Sistema Socio-assistenziale della D.G. Famiglia e solidarietà sociale.

Il percorso di lavoro per l'elaborazione del documento tecnico

Considerato che nelle tabelle ministeriali per la valutazione dell'invalidità civile non esistono riferimenti utilizzabili, neppure in via analogica, per le cefalee si è attivato il seguente piano di lavoro:

Inquadramento nosografico delle cefalee, valutazione del grado di invalidità e parametri diagnostici

Il Gruppo di Lavoro ha consultato esperti operanti presso diversi centri per le cefalee, che hanno fornito elementi sui dati epidemiologici, sulla classificazione nosografica, sul percorso diagnostico, sui criteri di stima della gravità del quadro clinico.

Gradiazione percentuale secondo usuali schemi tabellari

Sulla base di tutti gli elementi forniti sono stati individuati i principali quadri clinici delle cefalee primarie (C.P.) analizzandone e rappresentandone le caratteristiche di frequenza, la durata e l'intensità e formulando, sulla scorta di tali presupposti, una tabella che si propone come guida di riferimento per la valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile.

Per un suo corretto uso la tabella è integrata da avvertenze e raccomandazioni a carattere medico-legale ed è completata da richiami bibliografici.

Per completare il quadro informativo e fornire un supporto alle Commissioni, il documento tecnico è integrato dalla Classificazione Internazionale delle Cefalee.

0-15%	16-30%		31-46%
A)	B1)	B2)	C)
FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE REFRAITARIE AL TRATTAMENTO
		6) HEMICRANIA CONTINUA	6) HEMICRANIA CONTINUA
		7) NDPH (New Daily Persistent Headache)	7) NDPH (New Daily Persistent Headache)
8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO

Terminologia e definizioni

Frequenza:

Medio-bassa

- fino a 3 attacchi/mensili per emicrania e cefalea di tipo tensivo
- fino a 1 attacco nelle 24 ore per la cefalea a grappolo per periodi attivi di durata \leq 1 mese
- fino al 10% della giornata con dolore per emicrania parossistica e neuralgia del trigemino per \leq 1 mese all'anno

Medio-alta

- 3 attacchi/mensili per emicrania e cefalea di tipo tensivo
- 1 attacco nelle 24 ore per la cefalea a grappolo con periodi attivi di durata $>$ 1 mese
- oltre al 10% e fino al 30% della giornata con dolore per emicrania parossistica e neuralgia del trigemino per $>$ 1 mese all'anno

Cronicità

- per emicrania e cefalea di tipo tensivo: \geq 15 giorni al mese da almeno 3 mesi
- per cefalea a grappolo ed emicrania parossistica cronica: attacchi da almeno un anno con remissioni di durata $<$ 1 mese
- per neuralgia del trigemino: attacchi da almeno un anno, senza remissioni di durata superiore ad 1 mese

NOTA: le SUNCT sono rare e le forme descritte sono in prevalenza croniche. L'emicrania continua e la NDPH sono croniche per definizione.

Risposta ai trattamenti

Soddisfacente: la cefalea si riduce di almeno il 50% con il trattamento di profilassi e/o la risposta ai sintomatici è completa (riduzione significativa della sintomatologia o sua scomparsa entro due ore dall'assunzione).

Scarsa: la cefalea si riduce di $<$ 50% dopo almeno 4 trattamenti con farmaci di profilassi di comprovata efficacia, assunti con dosaggio e durata adeguati. La risposta ai sintomatici è parziale.

Refrattaria: nessun beneficio a 4 trattamenti con farmaci di profilassi di comprovata efficacia, assunti con dosaggio e durata adeguati.

Comorbilità

Nella quantificazione occorre tenere conto della eventuale presenza di comorbilità.

Le comorbilità più frequenti per l'emicrania sono: ipertensione, depressione e ansia.

Per la cefalea di tipo tensivo: depressione, ansia, stress psicologico.

Forme secondarie di cefalea

Si rimanda ai criteri vigenti per la patologia organica che causa tale cefalea.

Documentazione sanitaria

Allo stato attuale delle conoscenze, nessuna indagine ha valore di test diagnostico per le cefalee. Quasi sempre infatti la diagnosi è clinica e basata su una accurata raccolta anamnestica ed un adeguato periodo di osservazione e trattamento.

L'esigenza di definire rigorosamente dal punto di vista diagnostico le diverse forme di patologia cefalalgica, impone pertanto che le certificazioni prodotte alle Commissioni delle ASL, provengano da Centri per le Cefalee di rilevanza nazionale. La necessità di graduare l'impatto invalidante della patologia, sulla base della fre-

quenza, durata ed intensità degli attacchi nonché della risposta terapeutica, impone che tale certificazione rifletta un periodo di osservazione del caso della durata di almeno un anno.

Riferimenti bibliografici

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (Olesen J, Bousser M-G, Diener H, Dodick D, First M, Goadsby P, Göbel H, Lainez M, Lance J, Lipton R, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Silberstein S, Steiner T). The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1):1-160.
- Ad Hoc Committee SISC Guidelines and recommendations for the treatment of migraine. Italian Society for the Study of Headache (SISC). Functional Neurology 1993; 8:441-6.
- Comitato drug trial SISC. Linee guida e raccomandazioni per il trattamento dell'emicrania. 2^a Ed. Confinia Cephalalgica 1999; VIII, 2:73-78.
- Ad Hoc Committee SISC. Linee Guida per la Diagnosi e la terapia dell'emicrania e della cefalea a grappolo. Giornale SISC. 2001, Anno III (suppl 1).
- Goadsby PJ, Schoenen J, Ferrari MD, Silberstein SD, Dodick D. Towards a definition of intractable headache for use in clinical practice and trials. 1: Cephalalgia 2006; 26:1168-70.

NOTA AI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

Per quanto non espressamente previsto nella documentazione di rimando, gli esperti del gruppo hanno fatto riferimento alla loro pluridecennale esperienza clinica.

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALÉE

Al fine di agevolare la comprensione delle dizioni diagnostiche utilizzate, si riporta di seguito la forma ridotta della versione italiana della Classificazione Internazionale delle Cefalee.

Tale versione è stata redatta per favorire una rapida consultazione da parte di medici esperti nell'ambito delle cefalee e contiene la codifica di tutte le forme di cefalea inserite nella Classificazione Internazionale e i criteri diagnostici ufficiali per le principali forme di cefalee primarie.

Questa versione abbreviata è stata tratta dalla traduzione italiana della Classificazione Internazionale realizzata dal Comitato Linguistico Italiano della *International Headache Society*. (Coordinatore: Prof. G. Nappi).

Nella versione ridotta qui proposta non sono riportate le parti introduttive o esplicative, le note ed i commenti che, in molti casi, sono necessari per un corretto uso della classificazione.

1. EMICRANIA

- 1.1 Emicrania senza aura
- 1.2 Emicrania con aura
 - 1.2.1 Aura tipica con cefalea emicranica
 - 1.2.2 Aura tipica con cefalea non emicranica
 - 1.2.3 Aura tipica senza cefalea
 - 1.2.4 Emicrania emiplegica familiare (FHM) (1)
 - 1.2.5 Emicrania emiplegica sporadica
 - 1.2.6 Emicrania di tipo basilare
- 1.3 Sindromi periodiche dell'infanzia possibili precursori comuni dell'emicrania
 - 1.3.1 Vomito ciclico
 - 1.3.2 Emicrania addominale
 - 1.3.3 Vertigine parossistica benigna dell'infanzia
- 1.4 Emicrania retinica

- 1.5 Complicanze dell'emicrania
 1.5.1 Emicrania cronica
 1.5.2 Stato emicranico
 1.5.3 Aura persistente senza infarto
 1.5.4 Infarto emicranico
 1.5.5 Epilessia indotta dall'emicrania

- 1.6 Probabile emicrania
 1.6.1 Probabile emicrania senza aura
 1.6.2 Probabile emicrania con aura
 1.6.5 Probabile emicrania cronica

* * *

1.1 Criteri diagnostici dell'emicrania senza aura

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
 B. La cefalea dura 4-72 ore (non trattata o trattata senza successo)
 C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 1. localizzazione unilaterale
 2. tipo pulsante
 3. dolore con intensità media o forte
 4. aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine (per es., camminare, salire le scale)
 D. Alla cefalea si associa almeno una delle seguenti condizioni:
 1. presenza di nausea e/o vomito
 2. presenza di fotofobia e fonofobia
 E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2 Criteri diagnostici dell'emicrania con aura tipica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino il criterio B
 B. Aura emicranica che soddisfi i criteri B e C per una delle sottoforme 1.2.1-1.2.6
 C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.1 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
 B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:

1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
3. disturbi del linguaggio completamente reversibili

C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti

D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.2 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea non emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
 B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:

1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
3. disturbi del linguaggio completamente reversibili

C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti

D. Una cefalea, che non soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.3 Criteri diagnostici dell'aura tipica senza cefalea

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
 B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:

1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)

C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti

D. Non si manifesta cefalea durante l'aura, né nei successivi 60 minuti

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.4 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica familiare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
 B. L'aura comporta un deficit motorio completamente reversibile e almeno uno dei seguenti:

1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile

C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
2. ogni sintomo dell'aura ha una durata > 5 minuti e < 24 ore
3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

D. Almeno un parente di primo o di secondo grado ha avuto attacchi con aura che soddisfino questi criteri A-E

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.5 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica sporadica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
 B. L'aura comprende deficit motori completamente reversibili e almeno uno dei seguenti:

1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile

C. La presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
2. ogni sintomo dell'aura ha una durata > 5 minuti e < 24 ore
3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

D. Nessun congiunto di primo o secondo grado soffre di attacchi che soddisfino questi criteri A-E

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.6 Criteri diagnostici dell'emicrania di tipo basilare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
 B. L'aura è costituita da almeno due dei seguenti sintomi completamente reversibili, in assenza di deficit motori:

1. disartria
2. vertigini
3. acufeni
4. ipoacusia

5. diplopia
 6. sintomi visivi bilaterali presenti simultaneamente nel campo sia temporale che nasale di entrambi gli occhi
 7. atassia
 8. riduzione del livello di coscienza
 9. parestesie bilaterali simultanee
- C. Almeno una delle seguenti caratteristiche:
1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata compresa fra 5 e 60 minuti
- D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.1 Criteri diagnostici del vomito ciclico

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. Attacchi episodici, stereotipati nel singolo paziente, di nausea intensa e vomito che perdurano da 1 ora a 5 giorni
- C. Il vomito durante l'attacco si verifica come minimo 4 volte all'ora per almeno un'ora
- D. Assenza di sintomi tra gli attacchi
- E. Non attribuito ad altra condizione o patologia

1.3.2 Criteri diagnostici dell'emicrania addominale

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Attacchi di dolore addominale della durata di 1-72 ore (senza trattamento o con trattamento inefficace)
- C. Il dolore addominale presenta tutte le seguenti caratteristiche:

1. localizzazione a livello della linea mediana, periombelicale o non ben definita
2. qualità sorda o «semplicemente dolente»
3. intensità media o forte

D. Durante la fase algica sono presenti almeno due dei seguenti sintomi:

1. anoressia
2. nausea
3. vomito
4. pallore

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.3 Criteri diagnostici della vertigine parossistica benigna dell'infanzia

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino il criterio B
- B. Episodi multipli con vertigini intense (1), che si verificano senza alcun sintomo premonitore e si risolvono spontaneamente nell'arco di minuti o ore
- C. L'esame neurologico, le funzioni audiometriche e quelle vestibolari risultano normali nel periodo intercritico
- D. L'EEG è normale

1.4 Criteri diagnostici dell'emicrania retinica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. Disturbi visivi monoculari, positivi o negativi (fosfene, scotomi o cecità), completamente reversibili, confermati da un esaminatore durante l'attacco o da un disegno del deficit visivo durante l'attacco eseguito dal paziente stesso, dopo adeguate istruzioni
- C. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura* esordisce durante i sintomi visivi o li segue entro 60 minuti
- D. Esame oftalmologico normale al di fuori dell'attacco
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.1 Criteri diagnostici dell'emicrania cronica (v. anche revisione allegata)

- A. Cefalea che soddisfa i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per > 15 giorni/mese da > 3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.2 Criteri diagnostici dello stato emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.1 *Emicrania senza aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata

B. La cefalea presenta entrambe le seguenti caratteristiche:

1. persistenza da > 72 ore
2. intensità forte

C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.3 Criteri diagnostici dell'aura persistente senza infarto

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per > 1 settimana
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.4 Criteri diagnostici dell'infarto emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per > 60 minuti
- B. Le indagini neuroradiologiche mostrano una lesione ischemica in un'area congrua
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.5 Criteri diagnostici dell'epilessia indotta dall'emicrania

- A. Emicrania che soddisfa i criteri per 1.2 *Emicrania con aura*
- B. Una crisi convulsiva che soddisfa i criteri diagnostici per un tipo epilessia si manifesta durante un'aura emicranica o entro l'ora successiva

1.6.1 Criteri diagnostici della probabile emicrania senza aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.1 *Emicrania senza aura* tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.2 Criteri diagnostici della probabile emicrania con aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.2 *Emicrania con aura* o qualsiasi sua sottoforma, tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.5 Criteri diagnostici della probabile emicrania cronica

- A. Cefalea che soddisfa i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per > 15 giorni/mese da > 3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia, ma è presente o è stato presente nei 2 mesi precedenti un uso eccessivo di farmaci che soddisfa il criterio B per qualsiasi sottoforma di 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*

2. CEFALEA DI TIPO TENSIVO

- 2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica
 - 2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente
 - 2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica
 - 2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.4 Probabile cefalea di tipo tensivo
 - 2.4.1 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica sporadica
 - 2.4.2 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica frequente
 - 2.4.3 Probabile cefalea di tipo tensivo cronica

2.1 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

- A. Almeno 10 episodi che si verificano in media < 1 giorno al mese (< 12 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
1. localizzazione bilaterale
 2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
 3. intensità lieve o media

4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. assenza di nausea e vomito (può manifestarsi anoressia)
2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

2.2 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica frequente

A. Almeno 10 episodi che si verificano ≥ 1 , ma < 15 giorni al mese per almeno 3 mesi (≥ 12 e < 180 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D

B. La cefalea ha una durata compresa fra 30 minuti e 7 giorni

C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. localizzazione bilaterale
2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
3. intensità lieve o media
4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. assenza di nausea e vomito (può manifestarsi anoressia)
2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente

B. Nessun aumento della dolorabilità dei muscoli pericranici

2.3 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo cronica

A. La cefalea è presente ≥ 15 giorni al mese da > 3 mesi (≥ 180 giorni all'anno) e soddisfa i criteri B-D

B. La cefalea dura ore o può essere continua

C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. localizzazione bilaterale
2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
3. intensità lieve o media
4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. non più di uno tra i seguenti sintomi: fotofobia, fonofobia e nausea lieve
2. assenza di nausea moderata o forte e di vomito

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica

B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

3. CEFALEA A GRAPPOLO

E ALTRE CEFALALGIE AUTONOMO-TRIGEMINALI

3.1 Cefalea a grappolo

3.1.1 Cefalea a grappolo episodica

3.1.2 Cefalea a grappolo cronica

3.2 Hemicrania parossistica

3.2.1 Hemicrania parossistica episodica

3.2.2 Hemicrania parossistica cronica

3.3 Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)

3.4 Probabile cefalalgia autonomico-trigeminali

3.4.1 Probabile cefalea a grappolo

3.4.2 Probabile hemicrania parossistica

3.4.3 Probabile SUNCT

* * *

3.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo

A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D

B. Dolore di intensità forte o molto forte, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (senza trattamento)

C. La cefalea è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi o segni:

1. iniezione congiuntivale e/o lacrimazione omolaterali
2. ostruzione nasale e/o rinorrea omolaterali
3. edema palpebrale omolaterale
4. sudorazione facciale e frontale omolaterale
5. miosi e/o ptosi omolaterali
6. irrequietezza o agitazione

D. La frequenza degli attacchi è compresa tra uno ogni due giorni e 8 al giorno

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

3.1.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo episodica

A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 Cefalea a grappolo

B. Almeno due periodi di cefalea («grappoli») che durano da 7 a 365 giorni (1) intervallati da periodi di remissione che durano ≥ 1 mese

3.1.2 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo cronica

A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 Cefalea a grappolo

B. Attacchi presenti da > 1 anno, in assenza di fasi di remissione o con periodi di remissione che durano < 1 mese

8.2 CEFALEA DA USO ECCESSIVO DI FARMACI

8.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci

A. Cefalea presente per > 15 giorni al mese e che soddisfi i criteri C e D

B. Uso eccessivo regolare da > 3 mesi di uno o più farmaci che possono essere assunti per la terapia acuta e/o sintomatica della cefalea

C. La cefalea si è manifestata o è peggiorata nettamente durante l'overuse del(i) farmaco(i)

D. La cefalea si risolve o ritorna al quadro sintomatologico iniziale entro 2 mesi dalla sospensione del farmaco utilizzato in maniera eccessiva

8.2.1 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di ergotamina

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di ergotamina per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di triptani

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di (qualsiasi formulazione di) triptani per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.3 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di analgesici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di analgesici comuni per > 15 giorni al mese (1) da > 3 mesi

8.2.4 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di oppioidi

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di oppioidi per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.5 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di prodotti di combinazione di analgesici (1) per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.6 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici in combinazione

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di qualsiasi combinazione di ergotamina, triptani, analgesici o oppioidi per > 10 giorni al mese da > 3 mesi, in assenza di uso eccessivo per le singole classi

8.2.7 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Uso eccessivo regolare (1) da > 3 mesi di un farmaco diverso da quelli elencati sopra

D.G. Sanità

(BUR20070119)

(4.3.2/3.2.0)

D.d.g. 19 dicembre 2006 - n. 14984

Nomina di alcuni medici veterinari, dipendenti di ruolo delle AA.SS.LL. della Regione Lombardia, per la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, presso impianti siti in Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati i Decreti del Direttore Generale Sanità n. 8830 del 30 maggio 2003 e n. 10420 del 25 giugno 2003 aventi ad oggetto: «Individuazione di alcuni medici veterinari, dipendenti di ruolo delle AA.SS.LL. della Lombardia, a cui assegnare il compito di effettuare la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, con particolare riguardo alla alimentazione animale, presso impianti siti in Lombardia»;

Considerato che la valutazione dell'applicazione della normativa sopra richiamata deve essere effettuata da elevate e specifiche professionalità particolarmente esperte in materia e che dette figure professionali sono reperibili presso le AA.SS.LL. di questa Regione;

Valutato pertanto di individuare altri medici veterinari per potenziare l'attività di controllo mirata alla valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche presso impianti siti in Lombardia (audit);

Ritenuto di individuare tali professionalità nei dr. Paolo Balestreri dipendente dell'ASL della Provincia di Cremona, dr. Paolo Bianchi dipendente dell'ASL della Provincia di Lecco, dr. Fabrizio Carminati dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, dr. Enrico Sciluzzo dipendente dell'ASL della Provincia di Milano 2, dr. Antonio Sorice dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo;

Viste le norme vigenti in materia di benessere degli animali allevati di seguito elencate:

- d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 533 e s.m.i. - Attuazione della diret-

tiva 91/629/CEE che stabilisce le norme minime per la protezione dei vitelli;

- d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 534 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 91/630/CEE che stabilisce le norme minime per la protezione dei suini;

- d.lgs. 26 marzo 2001 n. 146, relativo alla protezione degli animali negli allevamenti;

- d.lgs. 29 luglio 2003, n. 267 - Attuazione delle direttive 1999/74/CE e 2002/4/CE, per la protezione delle galline ovaiole e la registrazione dei relativi stabilimenti di allevamento;

Ritenuto che il presente provvedimento non comporta alcun onere per il Bilancio della Regione Lombardia;

Vista la l.r. 23 luglio 1996 n. 16 e successive modificazioni e i provvedimenti organizzativi dell'VIII legislatura;

Decreta

1. di nominare i medici veterinari dr. Paolo Balestreri dipendente dell'ASL della Provincia di Cremona, dr. Paolo Bianchi dipendente dell'ASL della Provincia di Lecco, dr. Fabrizio Carminati dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, dr. Enrico Sciluzzo dipendente dell'ASL della Provincia di Milano 2, dr. Antonio Sorice dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, quali specifiche professionalità, particolarmente esperte, a cui assegnare il compito di effettuare la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale, in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (di seguito denominata attività) presso impianti siti in Lombardia;

2. di stabilire che la programmazione, la pianificazione, il coordinamento e la verifica di tale attività, nonché l'individuazione degli impianti oggetto della medesima, sono di competenza della D.G. Sanità, U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria, struttura programmazione veterinaria e rapporti internazionali;

3. di stabilire che, la D.G. Sanità, U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria, struttura programmazione veterinaria e rapporti internazionali dovrà:

- redigere appositi programmi mediante i quali fornire ogni indicazione, necessaria e sufficiente, per effettuare l'attività prevista all'art. 1 del presente decreto;

- trasmettere formalmente tali programmi a tutti i Dipartimenti di prevenzione veterinari delle AA.SS.LL. della Lombardia;

- ciascuna ASL dovrà prendere atto dei programmi redatti ai sensi dell'art. 3 del presente decreto, nonché confermare formalmente che i medici veterinari, individuati al punto 1 del presente decreto, propri dipendenti, svolgono l'attività di cui al medesimo articolo, in regime di missione;

4. di stabilire altresì che il presente provvedimento non comporta alcun onere per il Bilancio della Regione Lombardia;

5. di disporre la pubblicazione integrale del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il direttore generale sanità:
Carlo Lucchina

(BUR20070120)

(3.2.0/3.3.0)

Circ.r. 19 dicembre 2006 - n. 32

Attuazione dell'Accordo per la formazione degli addetti e dei responsabili SPP - D.lgs. 195/03 (Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - Numero 37 del 14 febbraio 2006)

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori del

Dipartimento Prevenzione Medico

Ai Responsabili Servizi PSAL

delle ASL della Regione Lombardia

INDICE

1. Premessa
2. Riconoscimento dei crediti formativi pregressi
 - 2.1 Corsi di formazione inerenti il d.lgs. 195/03
 - 2.2 Corsi di formazione non inerenti il d.lgs. 195/03
3. Corsi di aggiornamento di cui all'art. 8-bis, comma 5 del d.lgs. 626/94
4. Sperimentazione
5. Termine per l'attivazione dei corsi

1. Premessa

In seguito alla emanazione dell'accordo della Conferenza per-