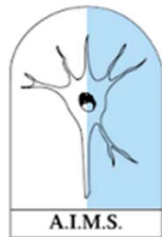


Associazione Italiana Medicina del Sonno

AIMS



REGOLAMENTO ALBO AIMS ESPERTI IN DISTURBI DEL SONNO

Consiglio Direttivo AIMS

Presidente: Raffaele Ferri

Past President: Liborio Parrino

Vice Presidente: Francesco Fanfulla

Segretario: Federica Provini

Tesoriere: Carolina Lombardi

Coordinatore per la Ricerca di Base: Roberto Amici

Consiglieri: Marco Angriman, Luigi De Gennaro, Sergio Garbarino, Bianca Maria Guarnieri, Laura Palagini, Monica Puligheddu, Giovannino Rocchi, Mariantonietta Savarese, Michele Terzaghi

Probiviri: Raffaele Manni, Claudio Vicini, Marco Zucconi

L'AIMS riconosce il titolo di Esperto in Disturbi del Sonno e l'iscrizione nell'apposito ALBO societario a:

- 1) Dottori di ricerca in Medicina del Sonno
- 2) Medici, Odontoiatri o Psicologi che hanno conseguito il titolo AIMS di Esperto in Medicina del Sonno
- 3) Odontoiatri o Medici Odontoiatri che hanno superato l'esame SIMSO di Odontoiatra esperto in Medicina del Sonno
- 4) Otorinolaringoiatri che hanno superato l'esame EOS di Otorinolaringoiatra esperto in Disturbi Respiratori Ostruttivi del Sonno
- 5) Diplomatici al Master in Medicina del Sonno
- 6) Possessori di titolo equivalente ad uno dei precedenti, anche conseguito all'estero (a giudizio della apposita Commissione AIMS)

REGOLAMENTO

Il diritto di essere inseriti nell'Albo degli esperti è riservato ai possessori del titolo di Esperto in Medicina del Sonno:

- a) che continuino ad esercitare attività clinica di Medicina del Sonno, come documentato da apposita certificazione da produrre ogni due anni (vedi allegato)
- b) che continuino a frequentare congressi e/o corsi formativi nell'ambito della Medicina del Sonno
- c) che siano in regola con il pagamento della quota associativa annuale AIMS o, se non Soci, con la quota annuale di iscrizione all'albo (pari alla quota associativa AIMS)

Nell'elenco vengono inseriti gli aventi diritto:

- che ne facciano esplicita richiesta
- che firmino la liberatoria per la privacy per la pubblicazione, sia del loro percorso formativo che dei loro recapiti, sul sito WEB AIMS
- che firmino l'accettazione del regolamento

La domanda deve essere corredata di:

- titoli necessari per la qualifica di esperto
- attestazione che documenti l'esercizio della Medicina del Sonno e la relativa area di competenza all'interno della Medicina del sonno
- certificati di partecipazione a corsi/congressi attinenti alla Medicina del Sonno
- certificato di iscrizione all'ordine dei Medici e Odontoiatri o degli Psicologi non anteriore a 90 giorni dalla data della domanda di inserimento nell'Albo degli esperti AIMS
- autocertificazione di assicurazione RC professionale
- autocertificazione condanne penali
- firma liberatoria privacy
- firma per accettazione del regolamento Albo esperti AIMS

Si decade dal diritto di essere inserito nell'elenco:

- a) per mancato versamento della quota annuale
- b) nel caso di condanne penali che incidono sulla propria moralità professionale



- c) nel caso di radiazione o sospensione comminata dall'Ordine professionale di appartenenza per condotte che incidono sulla propria moralità professionale
- d) mancato esercizio dell'attività clinica di Medicina del Sonno negli ultimi due anni
- e) mancata partecipazione a corsi/congressi in Medicina del Sonno negli ultimi due anni
- f) mancato rinnovo RC professionale

La domanda di inserimento nell'Albo di ESPERTI IN DISTURBI DEL SONNO sarà valutata da apposita Commissione AIMS che curerà l'inserimento dei dati all'interno del sito web www.sonnomed.it. Le indicazioni dell'area di competenza clinica del candidato all'interno del Sito www.sonnomed.it saranno poste dalla Commissione AIMS sulla base della documentazione prodotta dal Candidato. La Commissione AIMS potrà richiedere ulteriori chiarimenti al Candidato, se necessario.

Questo regolamento viene sottoposto a verifica ed aggiornamento periodico con cadenza massima ogni 2 anni dall'ultima versione.

ATTESTATO DI CERTIFICAZIONE ATTIVITÀ SPECIALISTICA DI MEDICINA DEL SONNO

Medici Ospedalieri

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Posizione funzionale del candidato nelle struttura
3. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario

Medici Operanti In Ambulatori/Centri Territoriali

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia dell'Ambulatorio/Centro presso i quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario del Centro Privato o autocertificata dal Candidato (in questo caso è prevista a campione una visita di certificazione da parte della commissione)

I valori MINIMI (per anno) di attività di Medicina del Sonno che il Medico Esperto (ospedaliero o ambulatoriale) deve eseguire sono:

- N. 25 prime visite di Medicina del Sonno
- N. 50 visite di controllo di Medicina del Sonno
- N. 25 analisi e refertazione di indagini polisonnografiche complete*
- N. 50 analisi e refertazione di monitoraggi cardio-respiratori*
- N. 10 analisi e refertazione di actigrafie*
- N. 25 procedure di titolazione di ventilazione CPAP*
- N. 10 procedure di titolazione di ventilazione non-invasiva*

*Se ne viene richiesto il riconoscimento della competenza.

Medici ORL

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia dell'Ambulatorio/Centro presso i quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario del Centro Privato o autocertificato dal Professionista

3. Indicazione Centro di Medicina del Sonno "Satellite", referente del Centro presso il quale opera il Candidato (se esistente).

I valori MINIMI (per anno) di attività di Medicina del Sonno che lo specialista ORL Esperto deve eseguire sono:

- N. 25 prime visite di pazienti affetti da roncopia
- N. 30 valutazioni endoscopiche (basali o di controllo) su pazienti affetti da roncopia
- N. 20 procedure di roncochirurgia
- N. 30 monitoraggi cardio-respiratori per sospetto diagnostico di OSA*
- N. 30 monitoraggi cardio-respiratori di follow-up in pazienti sottoposti ad interventi di ronco-chirurgia

*Se ne viene richiesto il riconoscimento della competenza.

Medici specialisti in Odontoiatria

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia dell'Ambulatorio/Centro presso i quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Centri di Medicina del Sonno e/o esperti in medicina del sonno di riferimento con i quali il Medico specialista in Odontoiatria collabora la valutazione dei pazienti
3. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario del Centro Privato o autocertificata dal Professionista
4. Strumento di verifica: la commissione può richiedere all'odontoiatra 20 certificati di conformità del laboratorio (anonimizzato in accordo con le disposizioni vigenti sui dati sensibili, con codice numerico progressivo) per l'anno scelto

I valori MINIMI (per anno) di attività di Medicina del Sonno che il Medico specialista in Odontoiatria Esperto deve eseguire sono:

- N. 30 prime visite di pazienti affetti da OSAS
- N. 30 monitoraggi cardiorespiratori refertati autonomamente o in collaborazione con gli altri centri/esperti in Medicina del Sonno
- N. 20 MAD applicati ogni anno
- N. 40 visite di controllo di pazienti affetti da OSA in terapia con ortesi endo-orali (MAD)

Odontoiatri

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia dell'Ambulatorio/Centro presso i quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Centri di medicina del sonno e/o esperti in Medicina del Sonno, di riferimento, dai quali vengono inviati i pazienti eligibili per terapia con MAD

3. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario del Centro Privato o autocertificata dal Professionista
4. Strumento di verifica: la commissione può richiedere all'odontoiatra 10 certificati di conformità del laboratorio (anonimizzato in accordo con le disposizioni vigenti sui dati sensibili, con codice numerico progressivo) per l'anno scelto.

I valori MINIMI (per anno) di attività di Medicina del Sonno che l'Odontoiatra Esperto deve eseguire sono:

- N. 20 prime visite di pazienti affetti da OSA, inviati per eleggibilità alla terapia con ortesi endo-orali
- N. 10 MAD applicati ogni anno e relative visite di controllo (in genere 2 per ogni MAD)
- N. 20 visite di controllo di pazienti affetti da OSA in terapia con ortesi endo-orali (MAD)

Psicologi

Oggetto della Certificazione

1. Tipologia dell'Ambulatorio/Centro presso i quali il candidato svolge la sua attività con indicazioni della tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime
2. Specifica attività professionale (casistica) con indicazione della tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, che deve essere certificata dal Direttore Sanitario del Centro Privato o autocertificata dal Professionista
3. Indicazione Centro di Medicina del Sonno di riferimento per il Centro presso il quale opera il Candidato (se esistente)

I valori MINIMI (per anno) di attività di Medicina del Sonno che lo Psicologo Esperto deve eseguire sono:

- N. 25 prime visite di pazienti affetti da disturbi del sonno
- N. 30 valutazioni di follow-up di pazienti affetti da disturbi del sonno
- N. 15 pazienti sottoposti a CBT per insonnia*
- N. 15 pazienti sottoposti a CBT per i disturbi del ritmo circadiano, disturbi dell'alimentazione notturna, soggetti affetti da OSAS*

*Se ne viene richiesto il riconoscimento della competenza.

CARATTERISTICHE SITO AIMS

- Menù dedicato all'Albo degli ESPERTI IN DISTURBI DEL SONNO
- Breve spiegazione all'utenza sui criteri necessari per ottenere la qualifica di "ESPERTO IN DISTURBI DEL SONNO".
- Indicazione della commissione che valuta la documentazione proposta dal candidato.
- Albo degli "Esperti".
- L'utente del sito potrà aprire un apposito menù contenente le informazioni relative al singolo esperto.

Le informazioni disponibili per l'utenza saranno:

1. Data di nascita dell'Esperto.
2. Tipologia di Laurea conseguita.
3. Tipologia di specializzazione conseguita.
4. Sede del Centro ove opera con recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica
5. Tipologia di competenza e attività clinica di Medicina del Sonno garantita

Elenco competenze e attività clinica di Medicina del Sonno garantita

- Diagnosi e terapia medica di tutti i disturbi del sonno
- Diagnosi e terapia medica di tutti i disturbi respiratori durante il sonno
- Diagnosi e terapia dell'apnea ostruttiva del sonno
- Diagnosi e terapia dell'apnea centrale del sonno
- Terapia chirurgica del russamento e dell'apnea ostruttiva del sonno
- Terapia odontoiatrica dell'apnea ostruttiva del sonno e del bruxismo
- Psicoterapia dei disturbi del sonno
- Diagnosi e terapia dei disturbi neurologici del sonno
- Esecuzione e refertazione di monitoraggi cardio-respiratori
- Esecuzione e refertazione di polisonnografia completa
- Esecuzione e refertazione di test multipli di vigilanza/sonnolenza
- Diagnosi e terapia dei disturbi del ritmo circadiano
- Esecuzione e refertazione di actigrafia

**Allegato A - DOMANDA DI ISCRIZIONE****Al Presidente AIMS**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa..... nato/a a il.....,
Residente in..... CAP..... Via..... n..... (...)
CF....., Laureato/a in..... il.....
presso l'Università....., Specializzato/a in.....
il..... presso l'Università.....

Chiede di essere inserito/a nell'Albo AIMS degli ESPERTI IN DISTURBI DEL SONNO indicando le specifiche aree di competenza nell'ambito della Medicina del Sonno.

Come da regolamento allega:

- documentazione attestante i titoli necessari per la qualifica di esperto
- attestazioni che documentino l'esercizio della Medicina del Sonno negli ultimi due anni
- certificazione a corsi di Medicina del Sonno negli ultimi due anni
- certificato di iscrizione all'ordine dei Medici e Odontoiatri o degli Psicologi non anteriore a 90 giorni dalla data della domanda di inserimento nell'Albo degli esperti AIMS
- fotocopia documento di identità
- fotocopia codice fiscale
- autocertificazione condanne penali
- autocertificazione di assicurazione RC professionale
- accettazione liberatoria privacy
- accettazione del regolamento dell'elenco esperti AIMS

Inoltre, si impegna a segnalare tempestivamente al Segretario AIMS, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei requisiti sopra elencati.

Data ___/___/_____

Firma _____#

La domanda con tutta documentazione richiesta va spedita con Posta Raccomandata ed in originale a:

Segreteria operativa AIMS

c/o Avenue media

Via Riva Reno, 61

40122 Bologna

**Allegato B - AUTOCERTIFICAZIONE/DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE DA PARTE DEL RICHIEDENTE**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____,
codice fiscale _____, residente in _____, via _____,
n. __, CAP _____, n. telefono _____, email certificata _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

sotto la mia responsabilità

DICHIARO

- 1) che non sono state pronunciate a mio carico sentenze definitive di condanna passate in giudicato o decreti penali di condanna divenuti irrevocabili ovvero sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati che incidono sulla moralità professionale.

In caso contrario indicare di seguito tutte le risultanze del casellario giudiziale comprese le condanne per le quali si sia beneficiato della non menzione:

- 2) di aver sottoscritto polizza assicurativa contro i rischi di responsabilità civile verso terzi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale di _____, in via personale ovvero in forma collettiva attraverso (ospedale o altro) _____.
- 3) di aver preso integrale e accurata visione di tutto il Regolamento dell'Albo AIMS Esperti in Disturbi del Sonno e di accettarlo interamente e senza riserve.
- 4) dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della D.Lgs. 196/03 e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Data ___/___/_____

Firma _____