

PisaMedica

Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - € 2,00



in questo numero:

Una sorpresa inaspettata: cannabis, la tisana terapeutica

F. Bondi - L. Tollapi - G. De Carolis
M. Paroli - P. Poli
Clinica Neurologica AOU

Abusivismo e neoprestanomismo

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

La ricetta medica limitativa

T. Corona
Direttore Dipartimento del Farmaco ASL5 Pisa

Oltre il conto on line

condizioni esclusive
riservate agli iscritti
all'Ordine dei Medici

Banca di Cascina

esce dalla filiale
per venire da te...

– con Relax Banking

il tuo Conto corrente sarà
sempre disponibile
su PC o Tablet,
a casa, o dove vuoi tu.

– Concordando un appuntamento

verremo a trovarti personalmente

Trova qui la filiale di Banca di Cascina più vicina.

Cascina

viale C. Comaschi, 4 Cascina (PI)
tel. 050 717211 • fax 050 717227

Casciavola

viale 2 Giugno, 37 Casciavola (PI)
tel. 050 760540 • fax 050 776843

Ghezzano

via Metastasio, 20/22 Ghezzano (PI)
tel. 050 878601 • fax 050 878635

Marina di Pisa

via Maiorca, 104 Marina di Pisa (PI)
tel. e fax 050 311048

Perignano

via Toscana, 4 Perignano (PI)
tel. 0587 618261 • fax 0587 617723

Livorno - Prossima Apertura

via Cairolì, 1
tel 0586 885041 • fax 0586 890302

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24

www.bancadicascina.it



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Sanità: sì alla riforma anche per le liste d'attesa

Abbiamo preso atto dei programmi enunciati dal Ministro della Salute per il futuro della sanità italiana. Noi medici non siamo dei politici, ma operatori che vivono - per scelta - accanto al malato ed alle sue necessità. Non esprimiamo quindi giudizi che non ci competono, però rileviamo come nella sua continuità operativa il Ministro parli in questo modo oggi rispetto solo ad un anno fa, quando entrò in carica per la prima volta. I problemi, per il nostro settore, in verità sono rimasti sempre gli stessi. Comunque il riferimento è soltanto un dettaglio.

Ciò che appare nuovo, invece, è che si riparli di tagli ma al contempo d'investimenti. Indubbiamente si profila un'accelerata d'intenti e ci proponiamo in tal senso di valutare e vigilare giorno per giorno. Non è affatto scetticismo il nostro, bensì reale ed oggettiva attesa verso proposte certo innovative, in ogni modo legate ad un sinergismo attuativo. Prende corpo cioè un futuro ad incastri, dove un'indomabile burocrazia potrebbe avere un peso non indifferente nel raggiungimento dei risultati prefissi.

Lei parla di lotta agli sprechi per investire in strutture e tecnologie. Sul piano di principio un incastro perfetto. Di contorno si muove un Paese dove non viene mediamente battuto uno scontrino su tre e dove l'ensione

dal ticket tocca - come Lei stessa stigmatizza - punte dell'80%. Ci spieghi: è da lì che intenderà trovare fondi sufficienti per contribuire a risparmiare 3 miliardi di euro da reinvestire? Sinceramente, auguri.

Intanto però dovrebbe spiegarci come possiamo continuare a fare correttamente il nostro lavoro - a fronte d'un fattivo impegno che è sotto gli occhi di tutti - con attese medie per esami di oltre un anno. In sostanza, Gentile Ministro, se per giungere ad una conclusione diagnostica del paziente dobbiamo attendere un anno, quale potrebbe essere l'obiettivo ricaduta di salute? Due i possibili, non rari scenari: o ci si rivolge al Pronto Soccorso, intasandolo oppure chi ne avesse le possibilità al privato.

E qui, ci perdoni, sorge spontanea un'altra perplessità: se, in chiave di controlli clinici, una volta l'anno una famiglia di quattro persone con reddito al di sotto di 1500 euro al mese spendesse 85 euro di ticket quale sarebbe il suo reale risparmio economico? Non pensa invece che potrebbero pensare di non farne di nulla di quelle analisi e di affidarsi, al contrario, alla benevolenza del destino?

Concludendo: azzeri effettivamente le liste d'attesa ad aspettative dignitose per un Paese civile, solo per fare un esempio. Poi faccia i suoi programmi. Esagerato?



PisaMedica

Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

Autorizzazione del Tribunale di Pisa
n.10 del 09/05/2001

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio
Petri, Angelo Baggiani, Cataldo
Graci, Amalia Lucchetti, Antonio
De Luca, Stefano Taddei, Paolo
Baldi, Franco Pancani, Filippo
Graziani, Teresa Galoppi,
Alberto Calderani, Roberto Trivelli

Redazione
Via Battelli, 5 - 56127 Pisa
Tel. 050.579.714 - Fax 050.973.463
<http://www.omceopi.org>
e-mail: segreteria@omceopi.org

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

Editore & Pubblicità
Archimedia Communication s.r.l.
Via Crispi, 62 - 56125 Pisa
Tel. 050.220.14.80
Fax 050.220.42.80
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da G. Michele Pileri

L'Ordine informa

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA CIRCOLARE 17 febbraio 2014, n. 2/2014

Decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni nella legge 30 ottobre 2013, n. 125 - «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni» - articolo 4, comma 16-bis - assenze per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici. (14A02939) (GU n.85 del 11-4-2014)

Vigente al: **11-4-2014**

Alle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001.

Con legge n. 125 del 30 ottobre 2013, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 255 del 30 ottobre 2013, è stato convertito in legge con modifiche il decreto-legge n. 101 del 31 agosto 2013, recante «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni».

La legge di conversione, modificando il citato decreto-legge, introduce una disposizione in materia di assenze per malattia dei pubblici dipendenti al fine di contrastare il fenomeno dell'assenteismo nelle amministrazioni. In particolare, l'art. 4, comma 16-bis, del decreto, in vigore dal 31 ottobre 2013, ha novellato il comma 5-ter dell'art. 55-septies del d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, sulle assenze per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, mentre resta invariato il regime della giustificazione dell'assenza di cui al comma 1 del medesimo articolo.

Al fine di assicurare l'interpretazione omogenea della norma, considerato altresì che alcune amministrazioni hanno chiesto chiarimenti circa la sua portata, si ritiene necessario fornire i seguenti indirizzi applicativi.

Il citato art. 55-septies, comma 5-ter, del d.lgs. 165 del 2001, come novellato, prevede che «Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici il permesso è giustificato mediante la presentazione di attestazione, anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione o trasmesse da questi ultimi mediante posta elettronica».

A seguito dell'entrata in vigore della novella, per l'effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici il dipendente deve fruire dei permessi per documentati motivi personali, secondo la disciplina del CCNL, o di istituti contrattuali similari o alternativi (come i permessi brevi o la banca delle ore).

La giustificazione dell'assenza, ove ciò sia richiesto per la fruizione dell'istituto (es.: permessi per documentati motivi personali), avviene mediante attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione (attestazione di presenza).

L'attestazione di presenza è consegnata al dipendente per il successivo inoltro all'amministrazione di appartenenza oppure trasmessa direttamente a quest'ultima per via telematica a cura del medico o della struttura. Nel caso di trasmissione telematica, la mail dovrà contenere il file scansionato in formato PDF dell'attestazione.

Dall'attestazione debbano risultare la qualifica e la sottoscrizione del soggetto che la redige, l'indicazione del medico e/o della struttura presso cui si è svolta la visita o la prestazione, il giorno, l'orario di entrata e di uscita del dipendente dalla struttura sanitaria erogante la prestazione. Al riguardo, va chiarito che l'attestazione di presenza non è una certificazione di malattia e, pertanto, essa non deve recare l'indicazione della diagnosi. Inoltre, al fine di evitare la comunicazione impropria di dati personali, l'attestazione non deve indicare il tipo di prestazione somministrata.

Per il caso di concomitanza tra l'espletamento di visite specialistiche, l'effettuazione di terapie od esami diagnostici e la situazione di incapacità lavorativa, trovano applicazione le ordinarie regole sulla giustificazione dell'assenza per malattia; in questa ipotesi, il medico (individuato in base a quanto previsto dall'art. 55-septies, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dalla circolare n. 7 del 2008, par. 1) redige la relativa attestazione di malattia che viene comunicata all'amministrazione secondo le consuete modalità (circolari nn. 1 e 2 DFP/DDI/ del 2010) e, in caso di controllo medico legale, l'assenza dal domicilio dovrà essere giustificata mediante la produzione all'amministrazione, da parte del dipendente, dell'attestazione di presenza presso la struttura sanitaria (salva l'avvenuta trasmissione telematica ad opera del medico o della struttura stessa). Come di regola, il ricorso all'istituto dell'assenza per malattia comporta la conseguente applicazione della disciplina legale e contrattuale in ordine al trattamento giuridico ed economico.

Nel caso di dipendenti che, a causa delle patologie sofferte, debbono sottoporsi periodicamente, anche per

lunghi periodi, a terapie comportanti incapacità al lavoro, a fini di semplificazione si ritiene che possa essere sufficiente anche un'unica certificazione (che, per queste ipotesi, potrà essere cartacea) del medico curante che attesti la necessità di trattamenti sanitari ricorrenti comportanti incapacità lavorativa, secondo cicli o un calendario stabilito dal medico. Gli interessati dovranno produrre tale certificazione all'amministrazione prima dell'inizio della terapia, fornendo il calendario previsto. A tale certificazione dovranno poi far seguito le singole attestazioni di presenza - redatte e trasmesse come sopra indicato - dalle quali risulti l'effettuazione delle terapie nelle singole giornate. In questi casi l'attestazione di presenza dovrà contenere anche l'indicazione che la prestazione è somministrata nell'ambito del ciclo o calendario di terapia prescritto dal medico curante.

Si rammenta infine che l'attestazione di presenza può anche essere documentata mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio (per un modello di dichiarazione si veda l'allegato) redatta ai sensi del combinato disposto degli artt. 47 e 38 del d.P.R. n. 445 del 2000.

Rimane fermo in tal caso che le amministrazioni dovranno richiedere dichiarazioni dettagliate e circostanziate; le stesse dovranno inoltre attivare i necessari controlli sul loro contenuto ai sensi dell'art. 71 del citato decreto, provvedendo alla segnalazione all'autorità giudiziaria penale e procedendo per l'accertamento della responsabilità disciplinare nel caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 d.P.R. n. 445 del 2000).

ASSENZE PER VISITE ED ESAMI: Basta l'autocertificazione.

<http://www.fimmgroma.org/news/news/italia/2020-assenze-per-vis...>

15 04 2014 **Ultime notizie: ASSENZE PER VISITE ED ESAMI: Basta l'autocertifica...**

ORGANIZZAZIONE

NEWS

CRAL

NORME & LEGGI

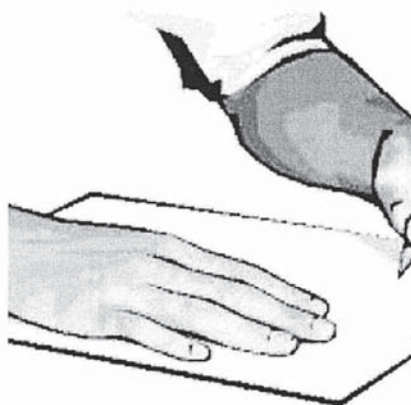
IN EVIDENZA

SERVIZI

Sei qui: Home > NEWS > News Fimmg > News Italia > ASSENZE PER VISITE ED ESAMI: Basta l'autocertificazione

ASSENZE PER VISITE ED ESAMI: Basta l'autocertificazione.

Dettagli Pubblicato Martedì, 15 Aprile 2014 10:46 Visite: 569



(Il Sole 24 Ore-15 APR) La circolare della Funzione pubblica in Gazzetta

E' pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 85 dell'11 aprile la circolare della Funzione pubblica n. 2/2014 che indica la possibilità di autocertificazione - con tanto di modulo prestampato da compilare - per i dipendenti pubblici che si assentano dal posto di lavoro per sottoporsi ad esami clinici, visite specialistiche o terapie.

Si tratta dell'autocertificazione della propria presenza nella struttura sanitaria pubblica o privata e se la struttura rilascia un'attestazione, questa dovrà contenere la qualifica del soggetto che la redige e l'orario di entrata e di uscita del dipendente, ma, ovviamente, nessun riferimento alla diagnosi perché non si tratta di una certificazione di malattia.

L'autocertificazione di presenza sostituisce la giustificazione dell'assenza mediante attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione (attestazione di presenza).

Nel caso di dipendenti che debbono sottoporsi periodicamente, anche per lunghi periodi, a terapie che li rendono incapaci al lavoro, spiega ancora la circolare, per semplificare le procedure è considerata sufficiente anche un'unica certificazione (che, per queste ipotesi, potrà essere cartacea) del medico curante che attesti la necessità di trattamenti sanitari ricorrenti con incapacità lavorativa, secondo cicli o un calendario stabilito dal medico.

IL TESTO DELLA CIRCOLARE

Condividi < 47

MI piace < 47

Google+ Condividi 0

<< Indietro

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a _____ () il _____
(comune di nascita) (prov.)
residente a _____ ()
(comune di residenza) (prov.)
in _____ n. _____ c.a.p. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del d.P.R. n. 445 del 28.12.2000**DICHIARA**

che io/la stesso/a in data odierna si è recato/a

presso _____
(denominazione della struttura)in _____ n. _____ c.a.p. _____
(località) (indirizzo)

per sottoporsi a visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia documento di identità

Luogo e data

Il/La Dichiarante

14A02939

— 5 —





MIUR - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
AOODRTO - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA TOSCANA
REGISTRO UFFICIALE
Prot. n. 0004973 - 08/04/2014 - USCITA



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
Direzione Generale

Alla Federazione
degli Ordini dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della Toscana

OGGETTO: Intesa tra MIUR e Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici sulle
certificazioni mediche in ambiente scolastico.

Si restituisce, debitamente firmata dal Direttore Generale, l'Intesa di cui in oggetto.

Cordiali saluti.



IL DIRIGENTE
Claudio Bacaloni



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la
Toscana

Prot. 4973



Federazione Regionale Toscana
degli Ordini
dei Medici
della Toscana

Prot. 1392

Firenze, 28.03.2014

Intesa tra

Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana

e

Federazione Regionale Toscana
degli Ordini dei Medici

sulle certificazioni mediche
in ambiente scolastico.

1/5

Intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico.

In considerazione delle frequenti richieste di chiarimenti in materia di certificazioni mediche che giungono all'Ordine dei Medici, sia da parte dei Medici che delle Direzioni Scolastiche, L'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Toscana degli Ordini dei Medici hanno ritenuto opportuno di concordare una linea condivisa in materia di certificazioni mediche che possono essere richieste dagli Organi Scolastici.

Al fine di evitare inutili contenziosi sulla necessità e congruità delle richieste di certificazione si concorda primariamente di definire l'elenco di certificazioni che non hanno necessità di essere richieste, in quanto in tali situazioni è sufficiente la giustificazione o richiesta dei genitori.

Non è necessaria alcuna certificazione medica per:

- 1) frequenza a lezioni di Educazione Fisica, in quanto da considerare materia curriculare
- 2) entrata/uscita da scuola anticipata o posticipata sia per motivi familiari o per partecipare a visite mediche o indagini clinico/strumentali
- 3) fruizione di diete particolari per motivi religiosi
- 4) Attività ginnico motorie, anche extracurricolari, nella scuola d'infanzia e primaria in quanto hanno carattere ludico-motorio
- 5) riammissione dopo assenze non dovute a malattia, indipendentemente dalla loro durata.

Necessita una certificazione medica, in caso di:

- 1) Riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni (DPR Presidente della Repubblica 1518/1967, art 42)
- 2) Partecipazione alle fasi provinciali e regionali dei Giochi Sportivi Studenteschi e ad attività parascolastiche.

In tali occasioni deve essere richiesto un certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica.

Per la partecipazione alle fasi nazionali dei Giochi Sportivi Studenteschi necessita un certificato alla pratica sportiva agonistica.

Riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni

In base a quanto previsto dal DPR Presidente della Repubblica 1518/1967, art 42 ed ulteriormente chiarito nell'Accordo tra Pediatri di Famiglia e Regione Toscana (*Comitato Regionale per la Pediatria del 24/01/2013*) il Certificato di riammissione a scuola è necessario dopo un'assenza per malattia di oltre cinque giorni (il rientro a scuola il 6° giorno non richiede certificato!).

I giorni festivi sono conteggiati solo se sono a cavallo del periodo di malattia (esempi: 1. inizio assenza venerdì, il rientro a scuola fino al mercoledì successivo non richiede il certificato, dal giovedì successivo in poi sì; 2. inizio assenza lunedì, il rientro a scuola il lunedì successivo non richiede il certificato, dal martedì successivo sì).

Nel calcolo dei giorni di assenza non vanno considerati i giorni delle vacanze (esempio: se l'alunno è assente il primo giorno dopo qualsiasi tipologia di vacanza, anche se era stato assente l'ultimo giorno di scuola precedente alla vacanza, non necessita il certificato).

Riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni/apparecchi gessati

Di norma la presenza di medicazioni/suture/apparecchi gessati non controindica da un punto di vista medico la frequenza in una comunità scolastica e pertanto non richiede specifica certificazione; al massimo può essere prevista una dichiarazione di responsabilità dei genitori, per quanto attiene ad aspetti di natura non medica.

Nel caso in cui la Scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi, in seguito ad eventi esterni o interni alla scuola come ad esempio un infortunio, per la riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione indicata è necessario un certificato dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni; il certificato non è richiesto se tale indicazione è contenuta nel referto medico relativo all'incidente.

La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme antiinfortunistiche che, in presenza di una specifica prognosi, di fatto impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi; il Dirigente Scolastico adotterà poi le eventuali misure organizzative ritenute opportune per la permanenza negli ambienti scolastici dell'allievo con suture o apparecchi gessati.

Richiesta di Certificati di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

La certificazione di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche, come previsto dall'art.1 del D.M. 28/02/83 ed ulteriormente chiarito dall'allegato H del D.P.R. 272/2000, nonché dalla L.98/2013 e successivamente dalla L.125/2013, è richiesta nei seguenti casi:

- a) per le attività fisico-sportive svolte in orario extra-curricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti.
- b) per la partecipazione alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quella nazionale dei campionati Studenteschi.
- c) per la partecipazione a manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati, nell'ambito di quanto programmato nel P.O.F. (Piano Offerta Formativa).

Le richieste di certificazione deve essere effettuata su apposito modulo firmato in originale dal Dirigente Scolastico e dove sia esplicitata l'attività che l'alunno frequenterà.

I certificati per la pratica di attività sportive non agonistiche sono rilasciati dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale.

La certificazione per la pratica di attività sportive agonistica, prevista per la partecipazione alle fasi nazionali dei Campionati Studenteschi è rilasciata dalle ASL locali o da strutture ambulatoriali private accreditate per la medicina dello sport (art. 4, punto 4, L.R. n° 35/03).

Si ribadisce che:

- la certificazione non deve essere richiesta all'atto dell'iscrizione scolastica, ma al momento della partecipazione alle attività sportive extracurricolari

- il certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ha validità di 1 anno e pertanto se l'alunno è già in possesso di tale certificazione precedentemente rilasciata per la frequenza ad attività sportive extrascolastiche, deve ritenersi valida se rientra nel periodo di validità .
- Se l'alunno è in possesso di un certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica, è da ritenere valido per tutte la attività che prevedono una certificazione di idoneità non agonistica
- Non è necessaria alcuna certificazione per le attività ginnico motorie, anche extracurricolari, nella scuola d'Infanzia e Primaria in quanto hanno carattere ludico-motorio e tale certificazione non è prevista dall'attuale normativa (L. 98/2013)
- Per il rilascio del certificato di Idoneità alla pratica sportiva non agonistica, il medico si atterrà alle disposizione normative vigenti.

Le suddette certificazioni dovranno essere prodotte in originale o in copia conforme autenticata dal dirigente scolastico

Per facilitare un'uniformità di applicazione, si concordano i modelli di richiesta che gli Organi Scolastici dovranno consegnare agli alunni interessati, da compilare e firmare in originale dal Dirigente Scolastico o suo delegato.

Somministrazione di Farmaci a scuola

La somministrazione dei farmaci a scuola deve essere resa possibile in presenza di un alunno affetto da una patologia certificata, che ne prescriva l'assoluta necessità di erogazione in orario scolastico.

Attualmente la normativa di riferimento è rappresentata dalla delibera della Regione Toscana n. 112 del 20 febbraio 2012, che recepisce l'Accordo di collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale siglato a seguito dell'Atto di Raccomandazioni del 25.11.2005, a firma dei Ministri dell'Istruzione e della Salute pro tempore.

La somministrazione di un farmaco a scuola per un determinato alunno deve scaturire dalla definizione di uno specifico < Piano Terapeutico > , predisposto dalla scuola in collaborazione con i Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dei Pediatri di Libera Scelta e/o dei Medici di Medicina Generale, con l'indicazione di criteri e modalità di erogazione.

La somministrazione di un farmaco può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario nei casi in cui essa si configuri come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Qualora, invece, la somministrazione del farmaco preveda il possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecnica, la competenza al riguardo spetta all'AUSL, che individuerà il personale e le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Per attivare la somministrazione del farmaco in orario scolastico è necessaria:

1. Richiesta della Famiglia;

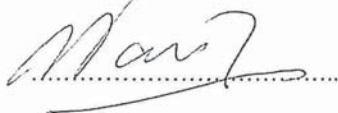
2. Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o del Medico di Medicina Generale o di un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile.

Ai fini della tutela della privacy non è necessaria l'esplicitazione della diagnosi.

La Direzione Scolastica si attiverà con la ASL di riferimento, nell'ambito della definizione del Piano terapeutico, per concordare l'attivazione, da parte dell'istituzione sanitaria, di corsi di formazione specifici per il personale dichiaratosi disponibile alla somministrazione del farmaco.

Per facilitare un'uniformità di applicazione, si concordano dei modelli per la richiesta e per la certificazione, considerando che tutte le certificazioni possono essere prodotte anche in modelli diversi purché conformi nel contenuto.

Federazione Regionale Toscana
degli Ordini dei Medici
Il Presidente
Dott. Antonio Panti



Ufficio Scolastico Regionale
per la Toscana
Il Direttore Generale
Dott.ssa Giovanna Bodini



CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO

(L.125 30-10-2013 - L.R. 35/2003)

La scuola

CHIEDE

per il proprio allievo

nato a: il.....

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica**

- ☐ poiché ammesso a partecipare alle fasi successive a quella d'Istituto e precedenti quella nazionale dei Campionati Studenteschi.
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....)
- ☐ per la frequenza ad attività fisico-sportive svolte in orario extra-curricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti.
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....)
- ☐ per la partecipazione a manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati, nell'ambito di quanto programmato nel P.O.F. (Piano Offerta Formativa).
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....)

Data

Timbro della
Scuola

Firma Direttore o
Preside scolastico

.....

.....

Fac-simile Certificazione del Medico Curante

Certifico che l'alunno, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche purché esse vengano iniziate in modo graduale, sotto la sorveglianza di personale qualificato.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio, salvo la comparsa di eventuali eventi morbosi e/o traumatici

Data

Timbro e Firma
del Medico Curante

.....

Il Certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica può essere prodotto anche in modelli diversi purché conformi al Fac-simile nel contenuto.

Scuola.....

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/a
a codesta Scuola, Classe Sez Plesso
dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno nato il
In seguito all'infortunio o evento avvenuto il che ha comportato un trattamento con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I IN ORARIO
SCOLASTICO**

Al Dirigente della Scuola *di*

I sottoscritti genitori (o chi ne fa le veci)

di

frequentante la classe

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario
scolastico dei farmaco/i

.....

come da allegata attestazione medica

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare
tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*

Servizi fotografici per matrimoni, lauree, battesimi,
reportages, still life, book fotografici

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078

e-mail: vincenzopenne@email.it - www.fucinafotografica.it

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno nato il per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità

☐ qualora si presentino i seguenti sintomi

.....

☐ nel seguente orario

necessità della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco

alla dose

con le seguenti modalità.....

per il periodo

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile per la cura della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico

Il Certificato per la somministrazione dei farmaci a scuola, può essere prodotto anche in modelli diversi purché conformi nel contenuto.

Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata della terapia possono essere anche essere prodotte separatamente dal certificato per la somministrazione.

La dermocosmesi: chi è costei?

La pelle è sana, se in buona salute

La dermocosmesi è una branca della dermatologia che si occupa della salute e della bellezza della pelle. Il dermocosmetologo, ma vorrei dire il dermatologo, nel nostro presente, sa bene che la pelle è sana se in buona salute: INTUS ET IN CUTE, INTUS UT IN CUTE". Questo è il motto che accoglie i pazienti nella clinica dermatologica dell'università di Pisa. Se si vuole ottenere un bel risultato estetico non si può più prescindere da una valutazione internistica del paziente.

Momento importante della visita di persone che chiedono di migliorare il proprio aspetto, partendo sempre dalla sua età, è la valutazione delle sue abitudini di vita con particolare riguardo all'alimentazione, al movimento, al suo stile di vita e al suo stato di salute generale.

- Se la pelle è lo specchio di quello che succede dentro di noi, l'approccio dermocosmetologico diventa la spia e la porta più facile per entrare dentro di noi e la via più "VISIVA" per fare "Medicina Preventiva". E' per questo che considero il dermocosmetologo il dermatologo del futuro; la bellezza della pelle sta nella sua salute, i trattamenti cosmetologici sono la sua cornice.

- Tutte le Università più importanti hanno istituito corsi o master in "dermocosmetologia" riconoscendo alla materia una sua dignità scientifica. Ha come obiettivo finale il rallentamento dei processi fisiopatologici di invecchiamento cutaneo o di recupero tissutale. La pelle non è la coperta del nostro corpo, è un organo vivo e intelligente. La pelle per mantenersi sana ha bisogno di 3 operazioni semplici e abituali che rispettino l'eutrofia cutanea:

1 - detersione delicata

2 - idratazione

3 - Protezione Solare.

- La "dermocosmetologia attraverso queste 3 operazioni garantisce che una cute sana possa rimanere tale.

- Il ruolo del dermocosmetologo è la prescrizione di prodotti adatti al tipo di pelle.

- Una prescrizione giusta e mirata mantiene la pelle sana rallentando i suoi processi fisiologici di invecchiamento e preservandola da patologie dermatologiche.

- Nella visione di una dermatologia moderna e proiettata nel futuro, la dermocosmetologia appoggia una qualsiasi cura della pelle facendo sì che il paziente possa diminuire i fastidi di una cura dermatologica; questo permette una guarigione più veloce e che la cura possa essere continuata per lungo tempo e non essere interrotta per gli effetti collaterali che possono sopraggiungere quando si usa un farmaco-

- Tutto questo ci fa capire quanto la dermocosmetologia sia importante oggi, quanto possa fare nella prevenzione e nella cura della nostra pelle e quanta strada ha fatto la ricerca dermocosmetologica offrendoci prodotti che vanno dalla finalità puramente estetica o correttiva a prodotti con finalità curativa. E' indubbiamente interessante questo punto di incontro tra la dermatologia e la cosmetologia.

- La pelle è, oggi soggetta ad aggressioni continue; è continuamente minacciata da inquinamento ambientale, agenti atmosferici, allergeni..... se usassimo prodotti detergenti sbagliati, aggrediremmo ancora di più quel "film idrolipidico della cute", quella barriera protettiva della nostra

pelle che non avrebbe più scampo e avremmo una maggiore facilità alla secchezza, alle irritazioni, alle allergie e alle infezioni cutanee.

Chi si ricorda delle nostre nonne che lavavano i capelli con la "LISCIVA".. . Una volta al mese dedicavano una intera giornata al lavaggio dei capelli. Era un rituale collettivo: tra canti e racconti dedicavano la giornata, alla preparazione di questo "detergente" ottenuto da cenere di legna e acqua bollente. Era aggressivo e caustico, con un PH alle stelle (PH 10!!).

Quelle nonne nulla sapevano di PH, ma sapevano, nella loro saggezza, che il rituale doveva obbligatoriamente proseguire, con l'unzione dei capelli (pratica dermocosmetologica) che permetteva la loro pettinabilità.

E' da lì che è venuto il detto (delle nonne) che non bisogna lavarsi spesso i capelli se no si rovinano. Oggi la ricerca ci dà prodotti non solo non aggressivi, ma persino curativi che ci permettono di lavarci i capelli tutti i giorni.

- Sottolineo che i prodotti cosmetici sono usati tutti i giorni rispetto ai farmaci. Si richiede loro grande qualità.

- La dermocosmetologia viene così a collocarsi come pratica necessaria per la protezione della nostra pelle e dei nostri capelli e presentarsi tutti i giorni belli e in salute.



Una sorpresa inaspettata: cannabis, la tisana terapeutica

Da maggio 2013 ai numerosi trattamenti a disposizione degli specialisti per il controllo del dolore cronico oncologico e non, si è aggiunta la cannabis. Regolarmente usata e studiata, per scopi medici, in molti paesi del mondo fin dagli anni '90, la letteratura sulle sue proprietà terapeutiche è ampia ma, con risultati spesso contraddittori.

Quali vantaggi avrebbe quindi potuto avere rispetto alle terapie "convenzionali" di provata efficacia? Dopo una attenta revisione delle pubblicazioni in merito all'uso terapeutico della cannabis, emerge

che la maggior parte degli studi ha utilizzato derivati sintetici del THC, a dosaggi variabili a seconda delle patologie prese in considerazione e con diverse modalità di somministrazione. Inoltre l'ampia variabilità individuale nella risposta e nell'insorgenza degli effetti collaterali ha reso ancora più difficile giungere a risultati univoci sull'efficacia della terapia a base di cannabinoidi. Nonostante ciò, i quattro principali campi di utilizzo riportati sono: dolore, spasticità muscolare, nausea e vomito nei pazienti sottoposti a chemioterapia, anoressia e cachessia in pazienti affetti da cancro o

AIDS. I sintomi collaterali più frequenti sono tachicardia, secchezza delle fauci, euforia che spariscono abbassando la dose o interrompendo la terapia.

La Regione Toscana è stata tra le prime in Italia a approvare un decreto legge che facilita l'accesso e la prescrizione dei farmaci cannabinoidi da parte dello specialista.

Attualmente presso la UO di Terapia del Dolore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana diretta dal Dott. Poli i pazienti trattati con cannabis sono circa 20, con diverse diagnosi di dolore e tutti precedentemente trattati con altri farmaci, ma con scarsi risultati (dolore oncologico, cefalea tensiva, fibromialgia, lombosciatalgia, patologie neurologiche, dolore da endometriosi). La somministrazione avviene



utilizzando l'estratto vegetale secco preparato come tisana. Per valutare l'efficacia della terapia i pazienti riempiono un questionario in autovalutazione sulla qualità di vita e sul dolore che ripetono ad ogni visita di controllo. I primi follow-up sono decisamente incoraggianti. I pazienti riferiscono oltre che a una minore intensità del dolore, miglioramento della qualità del sonno, un senso di rilassatezza generale e miglioramento dell'attività grazie alle proprietà miorilassanti della cannabis. Anche il tono dell'umore e l'ansia sembrano migliorare. L'impressione generale sulla terapia è buona e per





il momento non vengono riportati effetti collaterali. I risultati sono migliori delle aspettative.

Spiega Giovanni Braccioli Responsabile divisioni farmaceutico/integratori dell'A.C.E.F.: *"L'utilizzo del materiale vegetale secco (Cannabis Flos) somministrato per via orale come tisana presenta notevoli vantaggi rispetto alla molecola sintetica. Le infiorescenze, prodotte in Olanda derivano da piante con profilo genetico stabile per cui forniscono un prodotto con un contenuto di principio attivo costante. La preparazione è molto semplice, non necessita di apparecchiature costose e il rischio di overdose è molto basso. Inoltre, rispetto ai farmaci a base di THC sintetico, l'uso dell'infiorescenza secca permette di sfruttare le proprietà terapeutiche di un intero fitocomplesso di cui il THC è solo uno dei costituenti"*.

Per il momento l'unico aspetto negativo è il costo della terapia che sfortunatamente è tutta a carico del paziente, anche se esente. Alcuni centri ospi-

dalieri hanno deciso di dispensare la cannabis attraverso la farmacia interna per ridurre il costo ma, in questo caso, il quantitativo mensile totale di infiorescenza secca prescritto dal medico è fornito in un'unica soluzione. Successivamente il paziente, da solo, ha il compito di dividere il quantitativo in singole somministrazioni giornaliere. Se da una parte questo permette di risparmiare, dall'altra è impossibile

controllare la quantità esatta di principio attivo assunta.

In merito alla preparazione prosegue Giovanni Braccioli: *"Si tratta di preparazioni Galeniche da preparare a seguito di prescrizione medica. La cannabis è una sostanza resinosa che necessita di molta accortezza nella sua manipolazione e la professionalità del farmacista è fondamentale per garantire la corretta gestione del dosaggio, che deve essere costante e controllato come per qualsiasi altro farmaco"*.

Una terapia del dolore è cronica e spesso può necessitare di aumenti. Questo rende il problema del costo non sottovalutabile, ma la soluzione non può essere escludere la figura del farmacista la cui professionalità risulta a nostro avviso insostituibile. Di certo la cannabis è un nuovo strumento terapeutico per i terapisti del dolore e una nuova possibilità di cura per numerose patologie, per cui sarebbe auspicabile che la Regione predisponesse sovvenzioni per rimborsare parzialmente il costo della terapia e renderla accessibile a tutti i pazienti.



Anno zero: riforma fiscale

Il disegno di Legge sulla "Delega Fiscale" è effettivamente divenuto legge, per essere precisi è divenuta Legge n. 23 dell'11 marzo 2014, data di entrata in vigore il 27 marzo 2014. La legge in questione delega appunto il Governo ad emanare norme che consentano una riforma del sistema fiscale per renderlo "... più equo, trasparente e orientato alla crescita"; gli obiettivi sono innanzitutto: la riforma del catasto, il rafforzamento della lotta all'evasione, la regolazione dell'abuso del diritto, la revisione ed il riordino dei regimi fiscali, l'introduzione di una nuova imposta sul reddito imprenditoriale, la revisione del contenzioso tributario, la razionalizzazione dell'Iva. Per compiere "il miracolo" il Governo ha a disposizione dodici mesi.

La riforma del catasto prevede una modifica sostanziale all'attuale determinazione della rendita catastale sostituendo il criterio dei vani a quello della superficie dell'immobile valutato con criterio di mercato per metro quadrato. Ai Comuni sarà

affidato il compito di "revisione degli estimi e del classamento", da parte sua il contribuente avrà eventualmente la possibilità di ricorrere relativamente all'attribuzione della nuova rendita. La riforma dovrebbe avvenire a invarianza di gettito (ovvero non vi dovrebbero essere aumenti di imposte per i cittadini) ma è evidente che se le rendite aumentano e quindi se la base sulla quale calcolare l'imposta (Imu ad esempio) diviene maggiore, maggiore sarà anche l'imposta dovuta, pertanto dovrebbero essere i Comuni a dover diminuire le aliquote (ad esempio quelle dell'Imu).

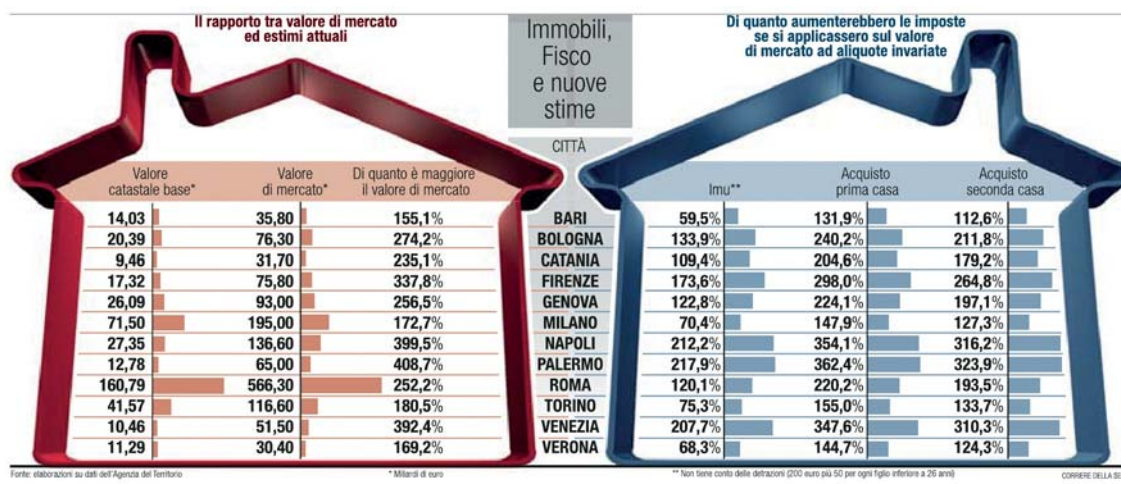
La riforma fiscale (ad oggi veramente indispensabile) che prevede la revisione ed il riordino dei regimi fiscali dovrà tendere ad eliminare le complessità superflue (!!), la semplificazione degli adempimenti (!!) ed individuare tra gli altri interventi anche la rimodulazione ed eliminazione di tante detrazioni e deduzioni fiscali oggi esistenti. Come indicato nella Legge delega il Governo dovrà tenere ben presente

la priorità della tutela dei redditi di lavoro dipendente, autonomo di impresa e di pensione e contemporaneamente rispettare le esigenze della famiglia, della salute, delle persone più deboli, del patrimonio artistico e culturale, dell'istruzione, dell'ambiente, della ricerca e dell'innovazione tecnologica. Si auspica che la rimodulazione delle detrazioni e delle deduzioni non si limiti ad una semplice eliminazione delle stesse.

Altra questione che il Governo dovrà dirimere è quella relativa all'assoggettabilità all'Irap dei "piccoli" contribuenti, quelli che lavorano con un'autonoma organizzazione, per i quali è molto difficile individuare il proprio obbligo o il proprio esonero dall'imposta sulla base dell'analisi e del raffronto con i casi esaminati e decisi dalla Corte di Cassazione negli ultimi anni. Ciò che ci si attende dal Governo è l'individuazione di criteri oggettivi.

Certamente ne riparleremo.

(Fonte "Il Sole 24 Ore")



Abusivismo e neoprestanomismo

In molte occasioni la Commissione Albo Odontoiatri ha sottolineato la necessità di un uso corretto della pubblicità da parte degli iscritti. In questo numero di Pisa Medica, sollecitati dal frequente nesso esistente fra pubblicità scorretta ed esercizio abusivo della professione, desideriamo approfondire alcuni aspetti di questo gravissimo fenomeno presente nel nostro settore.

Dobbiamo prima di tutto sottolineare che, particolarmente nel campo odontoiatrico, la presenza dell'abusivismo è più sviluppata che ad altri settori sanitari e/o professionali. Per tale motivo il 26 Ottobre scorso ad Arezzo, organizzato dall'OMCeO e dalla CAO, si è svolto un approfondito convegno su "Abusivismo nel settore odontoiatrico". Sono stati forniti numerosi spunti di discussione e di approfondimento per ottenere soluzioni al fenomeno.

Un primo aspetto che è importante sottolineare a proposito dell'abusivismo, ma anche della pubblicità scorretta, è che questi devono essere con più energia combattuti per tutelare prima di tutto la **salute pubblica** pur senza sottovalutare la difesa degli aspetti etici, fiscali, economici e sociali coinvolti. La individuazione della pena di fronte ad un reato è un primo passo da affrontare. A tal proposito dobbiamo evidenziare come nel mondo le cose vadano in modo sostanzialmente diverso che in Italia. In alcuni stati americani esercitare l'Odontoiatria senza licenza è una violazione punibile con la reclusione

fino ad un anno di carcere. In altri ancora, è considerato reato ancor più grave ed è punito con la reclusione fino ad un massimo di cinque anni e comunque sempre associato a multe che possono andare da 1000 a 5000 €. Un altro aspetto riguarda la pubblicità via Web. Ad esempio un abusivo, che si dichiarava dentista nel Web, quindi su Internet, per tale usurpazione di titolo ebbe a subire una sanzione nel Regno Unito di 500 £ proprio per avere illegittimamente utilizzato il titolo di dentista su un sito Web; egli inoltre dovette risarcire il General Dental Council con 1800 £ di sanzione. Anche soltanto l'aver diffuso una pubblicità scorretta sul Web rientra fra le azioni che possono essere sanzionate con pesanti ammende. Un comportamento ugualmente rigido lo troviamo non solo negli U.S.A. ma anche in Canada, in Polonia, in Francia ed in al-

tri stati oltre al suddetto Regno Unito. Ciò purtroppo non corrisponde a quanto avviene in Italia. In Italia, dove siamo in una situazione di sostanziale paralisi degli organi di controllo, la pena raggiunge per il reato di abusivismo nel settore odontoiatrico al massimo 516 € di multa.

Il reato di abusivismo nel settore odontoiatrico, ma anche in altri settori sanitari, è come detto un reato certamente grave, molto grave. Prima di tutto perché è un reato pericoloso in quanto va ad incidere su uno dei beni primari che è quello della salute come già sottolineato. Ma purtroppo il nostro Legislatore non ne ha tenuto proprio conto di questo aspetto, ed infatti ha inserito il reato nel titolo dedicato a quelli contro la Pubblica Amministrazione. Già questo è significativo. Ma la gravità del reato deriva non solo perché colpisce un bene primario, ma perché presenta anche aspet-



VU CURÀ?

Se pensi di risparmiare andando da un abusivo, o se per convincerti a curare i denti ti offrono una vacanza gratis ...prima o poi la paghi cara.

Sulla salute della tua bocca non si scherza.

Campagna contro l'abusivismo e il turismo odontoiatrico promossa da: **ANDI** Associazione Nazionale Dentisti Italiani

ANDI Dipartimento Regione Marche
Via XV Aprile n. 28 - 60125 ANCONA
Tel.: 071 2072114 - Fax: 071 2080124
andimarche@libero.it - www.marche.andi.it

Scegli l'eccellenza italiana nella professione odontoiatrica

Campagna promossa da ANDI Regione Marche

ti molto subdoli. Infatti attualmente è un reato commesso da soggetti che hanno di norma grandi o importanti disponibilità economiche. Questo permette la gestione della attività illegale in maniera sofisticata. Infatti in questi venti anni abbiamo visto cambiare proprio la faccia all'abusivismo. Non si è più di fronte all'odontotecnico che in una stanzina riceve l'anziano di nascosto. Siamo di fronte a strutture articolate, sofisticate dove ci sono medici spesso giovani altre volte a fine percorso professionale, che sono attirati dalla possibilità di guadagno ed espongono il fianco al sostentamento dell'attività dell'odontotecnico, che ha un pacco clientela importante. Le pagine dei nostri giornali, dei siti Web sono piene della pubblicità di centri che promettono di fornire prestazioni eccezionali a prezzi irrisori. Tali centri spesso non forniscono nemmeno il nominativo di un medico responsabile, e talora questo cosiddetto collega offre solo il proprio nome formale ma non controlla minimamente quanto avviene all'interno della struttura. Detto reato è particolare anche per un altro motivo, perché si presenta

in un territorio e con una tipologia di clientela che oltre ad esser un po' confusa nella individuazione dei ruoli operativi, certamente attribuisce più importanza al risparmio che non alla sicurezza delle cure. Proprio questo aspetto è stato di recente sottolineato anche da una approfondita inchiesta di ANDI Nazionale, che dimostrava come una gran parte di questi pazienti fosse perfettamente consapevole del ruolo abusivo svolto dal falso odontoiatra. Di questi molteplici e gravi aspetti sono consapevoli e attivamente operativi la Polizia Giudiziaria, i NAS, la Guardia di Finanza, la Magistratura, gli Ordini. Manca all'appello, forse perché non consapevole della gravità del problema, la Politica, che in decenni non è riuscita a correggere un articolo di legge: l'art. 348 C.P.. Questo articolo è necessario modificarlo in senso più dissuasivo e nel prevedere pene più gravi. Questa riforma sarebbe di giovamento non solo per l'Odontoiatria e per la Medicina ma tutte le professioni. Eppure col passare degli anni decine di proposte di modifica sono state presentate ma nessuna è giunta al traguardo.

La CAO Nazionale per contrastare l'esercizio abusivo della professione ha raccolto negli anni varie segnalazioni portandole all'attenzione di tutte le autorità interessate, cercando di interessare e di coinvolgere l'opinione pubblica, cercando di attivare la Magistratura, ma spesso il risultato non è stato pari allo sforzo messo in campo. È stato pensato che il modo migliore per portare maggiormente all'attenzione la questione era quello di fornire dati ineccepibili in grado di evidenziare in tutti i suoi aspetti l'abusivismo nella professione medica ed odontoiatrica per fornire un ulteriore valido strumento alle istituzioni. La CAO infatti è organo ausiliario del Ministero della Salute e può fornire elementi in più per capire la pericolosità e la vastità del fenomeno. Pericolosità legata alla diffusione di patologie gravissime, pericolosità legata al fenomeno evasione fiscale. Se il compito principale della CAO è la tutela della salute del cittadino, parlando di abusivismo bisogna parlare di tutela del corretto esercizio della professione, di difesa delle regole de-

DIFENDERSI DALL'ABUSIVO E' FACILE COME BERE UN BICCHIERE D'ACQUA



campagna promossa da



Ordine dei Medici
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia
Barletta - Andria - Trani



Sono molti i falsi dentisti in circolazione!
Rivolgersi ad un abusivo può essere
molto pericoloso per la tua salute!
Si rischia di contrarre gravi malattie
come l'AIDS e l'EPATITE C.
Rifletti e pensa alla salute tua e dei tuoi figli!
Informati se è un vero dentista!
Chiama l'Ordine dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri al **0883.763429**
e chiedi se il tuo dentista è iscritto all'Albo.
Basta solo un attimo per togliersi ogni dubbio.
Ci vuole forse una vita per riparare agli errori.
Difendersi dall'abusivismo è un gesto molto facile.

Campagna promossa da Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Barletta - Andria - Trani

ontologiche, e di quelli che sono i percorsi formativi. Ma ci sono forze contrarie, che agiscono all'interno della società. È con nostro vivo stupore che l'Antitrust ha comunicato l'avvio di una istruttoria nei confronti delle FNOMCeO, ritenendo che alcuni articoli della pubblicità sanitaria costituirebbero un vulnus restrittivo della concorrenza. L'Antitrust partendo da basi puramente economiche si eleva a censore deontologico e ne detta alcuni limiti pesanti, riuscendo a condizionare l'attività sanitaria attraverso il C.D., che è la somma di regole che devono essere seguite in funzione della salvaguardia della salute del cittadino e che obbliga il professionista a comportarsi in un certo modo. Quanto poi al percorso formativo dovrebbe non solo preparare i nostri giovani ad esercitare la Medicina e l'odontoiatria preparandoli in ogni aspetto tecnico ed etico in base alle esigenze della società, all'interno di strutture idonee, gestite da validi docenti. E invece ci troviamo di fronte a lauree ottenute all'estero, troppo spesso ottenute senza un corretto piano di studio, o addirittura fornite da corsi di laurea gestiti da Università italiane (Tor Vergata) in paesi esteri con formazione di personale impreparato tecnicamente ed eticamente. Questi odontoiatri saranno la materia prima di strutture che operano e opereranno non a difesa della salute ma del proprio interesse, e che sulla salute lucrano indegnamente.

La concorrenza del mercato è una di quelle ferite che non riusciamo a comprendere e ad accettare: aprire una procedura di infrazione nei confronti dell'Ordine, in quanto l'Ordine avrebbe attraverso l'applicazione di due articoli del C.D., spesso fatto cartello, è una cosa inimmaginabile. Dire che l'Ordine è una associazione di imprese e quin-

di definire questa come un'attività di impresa, significa fare perdere di vista quello che è veramente il ruolo del medico, che è un professionista, che esercita una professione intellettuale, compresa nella carta costituzionale a tutela dei diritti del cittadino. È una cosa che mette in concorrenza in maniera errata i professionisti. Prendiamo come esempio la visita gratuita: ma la visita è il primo atto medico! È la cosa più importante perché sta a certificare l'accertamento di quello che sono i dati che ci permettono attraverso la diagnosi e l'anamnesi di stilare un protocollo terapeutico e dare al paziente le risposte che lui ci chiede per recuperare il proprio benessere psico-fisico.

Abbiamo visto come questi odontoiatri abusivi vengano punito con l'art. 348 in maniera irrisoria. Essi non solo causano dei danni alla salute, e quindi anche al SSN, ma spesso e volentieri sono degli sconosciuti al fisco. Questo vuol dire che l'abusivismo commerciale e professionale non solo crea evasione fiscale, cioè una parte del suo reddito non viene tassato dallo Stato, ma crea anche una concorrenza sleale perché questi soggetti possono permettersi di avere una fetta di mercato addirittura maggiore di quella degli odontoiatri che lavorano in maniera corretta in quanto si permettono di praticare prezzi più bassi.

Un altro aspetto da evidenziare è la notevole differenza esistente tra i costi sostenuti dallo Stato per combattere il reato dell'abusivismo e l'eventuale pena che i potenziali indagati dovranno sostenere. Da elementi forniti dai NAS di Firenze, che consideravano bonariamente in 170 € al giorno il costo di una missione di lavoro da dedicare all'abusivismo odontoiatrico, missione della durata



Campagna promossa da ANDI

di circa sei mesi. Moltiplicando 170 € per le 27 volte impiegate in detta missione si ebbe il valore di circa 5000 € mentre i due indagati vennero condannati a 516 €. E anche questa è la realtà dei fatti!

L'entità dell'esercizio abusivo viene stimato in almeno 15000 unità. La diffusione sul territorio è spalmabile in modo uniforme in alcune zone, ma nelle zone ricche del Paese è maggiormente presente. Per quanto riguarda l'altro aspetto da non sottovalutare, che è l'evasione fiscale, i dati riscontrati, certamente sottostimati, sono di 74,7 milioni di € di evasione. Da ciò si deduce l'imponenza del fenomeno, del suo movimento di capitali, della sua notevole aggressività e le scarse armi a nostra difesa. Dopo molti anni di presenza nella CAO l'impegno non è certo calato, le comprensioni del fenomeno sono sicuramente aumentate, ma purtroppo non sono aumentate le armi a nostra disposizione. Per questo motivo è essenziale la collaborazione ed il supporto fornito da tutti gli iscritti nel portare la nostra categoria a livelli qualitativi sempre più elevati a difesa della salute del cittadino.

Gestione Privacy

Il Decreto-Legge 9 febbraio 2012, n. 5 - Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo, all'art. 45 **elimina l'obbligo** di redigere entro il 31 marzo di ogni anno il "Documento Programmatico sulla Sicurezza" (DPS), come già comunicatoVi con newsletter Sindacale del 21 marzo 2013.

Tuttavia rimangono in vigore questi altri obblighi previsti dal D.Lgs. 196/2003:

- Nomina eventuale Responsabile del trattamento dei dati
- Designazione scritta degli incaricati del trattamento dei dati
- Password di accesso al sistema informatico e variazione periodica delle password, software antivirus e firewall (quest'ultimo nel caso di trattamento di dati sensibili) e aggiornamento del software antivirus
- Salvataggio (backup) dei dati ed aggiornamento delle patches del software
- Adozione di misure per il ripristino dei dati entro 7 giorni
- Acquisizione di documentazione nel caso di affidamento a soggetti esterni di realizzazione di misure di sicurezza.

Ricordiamo comunque che il DPS va aggiornato o con cadenza annuale o in caso di cambiamenti di personale, consulenti, collaboratori, odontotecnici, o programmi gestionali.

D. Legs. per la prevenzione delle ferite da taglienti

In data 10/3/2014 è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il D. Lgs. 19 del 19/2/2014: "Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro concluso da HOSPEEM e FSESP in materia di **prevenzione delle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario**". Il decreto è entrato in vigore il 25 marzo 2014.

E' costituito da sei articoli. Cerchiamo di riassumerne il contenuto:

- **Art. 286 bis** "Ambito di applicazione": le nuove disposizioni si applicano a tutti i lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie, alle dipendenze di un datore di lavoro indipendentemente dalla tipologia contrattuale.

- **Art. 286 ter** "Definizioni": luoghi di lavoro interessati sono le **strutture o servizi sanitari del settore pubblico e privato** in cui si svolgono attività e servizi sanitari sottoposti alla responsabilità organizzativa e decisionale del datore di lavoro.

Si definiscono dispositivi medici **taglienti** gli oggetti o strumenti necessari all'esercizio di attività specifiche nel quadro dell'assistenza sanitaria, che possono tagliare, pungero o infettare.

Sono misure di prevenzione specifiche sia quelle adottate per prevenire le ferite nello svolgimento del lavoro e la trasmissione di infezioni, sia l'impiego di attrezzature ritenute

tecnicamente più sicure in relazione ai rischi ed ai metodi di smaltimento dei dispositivi medici taglienti (vedi dispositivi utili sia nell'utilizzo che nello smaltimento).

- **Art. 286 quater** "Misure generali di tutela": cosa deve fare il datore di lavoro?

1. Prima di tutto assicurare che il personale sanitario sia adeguatamente **formato e dotato di risorse idonee** per operare in condizioni di sicurezza tali da evitare il rischio di ferite ed infezioni provocate dai taglienti.

2. Adottare misure idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite ed infezioni sul lavoro attraverso l'elaborazione di una politica di prevenzione che tenga conto delle tecnologie più avanzate, dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro, dei fattori psicosociali legati all'esercizio della professione e dell'influenza esercitata sui lavoratori dall'ambiente di lavoro.

3. Creare le condizioni tali da favorire la partecipazione attiva di lavoratori e loro rappresentanti nell'elaborazione delle politiche globali di prevenzione.

4. Non supporre mai inesistente un rischio.

5. Assicurare adeguate misure di sensibilizzazione.

6. Pianificare ed attuare iniziative di prevenzione, sensibilizzazione, informazione e formazione e monitoraggio per valutare il grado di incidenza delle ferite da taglio o da punta nei luoghi di lavoro interessati.

7. Promuovere la segnalazione degli infortuni.

- **Art. 286 quinquies** "**Valutazione dei rischi**": nella valutazione dei rischi va inclusa la determinazione del livello di rischio espositivo a malattie che possono essere contratte in relazione alle modalità lavorative, in maniera da coprire tutte le situazioni di rischio che comportano fe-



rite e contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione.

Nella valutazione dei rischi il datore di lavoro deve individuare le necessarie misure tecniche, organizzative e procedurali riguardanti le condizioni lavorative, il livello delle qualificazioni professionali, i fattori psicosociali legati al lavoro e l'influenza dei fattori connessi con l'ambiente di lavoro, per eliminare o diminuire i rischi professionali valutati.

- **Art. 286 sexies** "Misure di prevenzione specifiche" qualora la valutazione dei rischi di cui all'art. 286 quinquies evidenzia il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, il datore di lavoro deve adottare delle misure specifiche di abbattimento e riduzione del rischio

1. utilizzo di appositi contenitori, debitamente segnalati, tecnicamente sicuri e vicini alle zone di utilizzo.

2. eliminazione dell'uso di oggetti taglienti o acuminati quando non strettamente necessario,

3. adozione di dispositivi dotati di meccanismi di protezione e sicurezza,

4. divieto della pratica di reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi specifici,

5. sorveglianza sanitaria,

6. formazione ed informazione, in ordine a uso corretto dei dispositivi, attuazione di misure di profilassi, prestare cure immediate al ferito, assicurare notifica e successivi monitoraggi.

- **Art. 286 septies** "Le sanzioni": è previsto l'arresto da tre a sei mesi o ammenda da 2740,00 € a 7014,40 € per violazione dell'art. 286 quinquies e 286 sexies.

Per maggiori dettagli occorre prendere visione diretta del Decreto.

Quello della **sorveglianza sanitaria** è l'aspetto più contestato: sull'argomento vengono espresse perplessità sia in ambiente ordinistico che associativo.

Il Presidente della FNOMCEO, dott. Bianco e il Presidente Nazionale

CAO dott. Renzo hanno richiesto il parere specifico al Ministero competente, attraverso il direttore generale della Prevenzione dott. Ruocco, in particolare sulla disposizione che prevede la sorveglianza sanitaria e quindi il medico competente, tenendo anche conto dell'impatto di tale obbligo negli studi medici ed odontoiatrici con lavoratori. Viene rilevato tra l'altro in una circolare che *"Sembrirebbe infatti evidente che in uno studio medico e odontoiatrico con lavoratori, per quanto concerne il rischio delle ferite da taglio o da punta, la valutazione dei rischi dovrebbe evidenziare che il rischio per i lavoratori possa essere solamente di natura accidentale e, quindi, imprevedibile con indagini sanitarie preventive. Nel caso di specie la sorveglianza sanitaria non dovrebbe essere necessaria ex ante: di fatto la nomina del medico competente non potrebbe essere considerata una misura necessaria volta ad evitare che il rischio delle ferite da taglio o da punta si traduca in un infortunio. Il rischio delle ferite da taglio può incorrere infatti solo accidentalmente e si può prevenire con misure specifiche, quali ad esempio la formazione dei lavoratori in ordine ai rischi e alle procedure da adottare.*

Ciò non toglie che il quadro normativo sopra delineato non appare rassicurante; infatti la disposizione di cui all'articolo 286-sexies del D.Lgs 81/08 potrebbe dare luogo ad interpretazioni difformi da parte degli ispettori del lavoro che potrebbero applicare le prescrizioni obbligatorie previste dal D.Lgs 758/94".

Anche le Associazioni di categoria si sono espresse su questa linea.

Secondo il parere di ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani) *"La sorveglianza sanitaria non è necessaria negli studi odontoiatrici se, applicate le misure generali di tutela previste all'art. 286 quater, come certificato nella valutazione di cui all'art. 286 quinquies, il rischio da ferite da taglio non emerge come concreto e possibile".*

Secondo ANDI ogni Collega dovrà quindi rielaborare la valutazione dei rischi per la propria attività e solo qualora evidenzia la presenza del rischio, allora dovrà ricorrere alla sorveglianza sanitaria.

"La Norma così come pubblicata in Gazzetta Ufficiale a nostro avviso non è chiara e lascia aperte pericolose interpretazioni da parte di chi controlla i nostri studi, nonostante fossimo riusciti a fare esprimere secondo la nostra linea i membri delle Commissioni Parlamentari competenti", commenta il Presidente Nazionale ANDI Gianfranco Prada.

A nostro parere la questione è in effetti molto delicata. La prevenzione della salute e sicurezza sul lavoro è un obiettivo imprescindibile per ogni datore di lavoro pubblico o privato, ma la sorveglianza sanitaria, attraverso il medico competente, così come recepito in modo scorretto dalla direttiva europea, non da una reale maggiore sicurezza al lavoratore dello studio odontoiatrico ed è secondo noi una forzatura, con ulteriori aggravii economici e burocratici. E' inoltre in contrasto con la 81/08 dal momento che il rischio biologico risulta, dalla valutazione dei rischi, come epifenomeno accidentale che si può ridurre al minimo con misure specifiche.

La vigilanza delle USL, nata dal recepimento delle direttive comunitarie, trascende da una mera attività di tipo ispettivo-repressivo ad alta caratterizzazione burocratico-amministrativa per configurarsi come una serie di interventi coordinati ad alta valenza tecnico professionale e in particolare nella nostra provincia è lodevole la disponibilità ad interfacciarsi con le componenti ordinarie e sindacali di categoria (ANDI). Pur tuttavia è nostro dovere segnalare, che, nell'eventuale interpretazione dell'organo ispettivo nel senso della obbligatorietà del medico competente, il contravventore può essere fin da ora sanzionato anche se sulla questione auspichiamo tempi più lunghi per riflettere e un atteggiamento di disponibilità al confronto.

La ricetta medica limitativa

Nel corso del 2013, le modifiche delle indicazioni terapeutiche dei medicinali contenenti Dabigatran (Pradaxa®) e delle modalità di prescrizione dei medicinali contenenti Ranelato di stronzio (Osseor® e Protelos®), hanno reso attuale una modalità di prescrizione poco nota ossia la ricetta medica limitativa (ripetibile o non ripetibile).

La ricetta medica limitativa è la ricetta per i medicinali vendibili al pubblico con prescrizione esclusiva di centri ospedalieri o di medici specialisti (articoli 91 e 93 D.to L.vo 219/2006 Codice comunitario dei medicinali per uso umano).

In particolare, al comma 1 l'articolo 93 definisce che i medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti sono medicinali che, sebbene utilizzabili anche in trattamenti domiciliari, richiedono che la diagnosi sia effettuata in ambienti ospedalieri o in centri che dispongono di mezzi di diagnosi adeguati, o che la diagnosi stessa e, eventualmente il controllo, in corso di trattamento sono riservati allo specialista.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) con il rilascio della autorizzazione alla immissione in commercio (AIC) stabilisce anche la classificazione di un medicinale ai fini della fornitura, per cui è proprio in questa fase che viene attribuita al medicinale la modalità di prescrizione e la individuazione, in caso di ricetta limitativa, della tipologia di struttura/medico specialista autorizzata al rilascio della prescrizione.

Le Regioni hanno poi facoltà di definire ulteriormente le branche specialistiche già autorizzate dall'AIFA anche riconducendole alle distinte strutture organizzative delle aziende sanitarie regionali (si riporta a titolo

di esempio il caso del medicinale antiepilettico Inovelon contenente rufinamide).

L'AIFA (determina AIFA 22 settembre 2008, n. 220/2008) ha previsto la seguente classificazione del medicinale Inovelon ai fini della fornitura:

- medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.

La Regione Toscana (delibera G.R. del 7 settembre 2009 n. 777) ha individuato per la prescrizione dei medicinali a base di rufinamide (N03AF03 Inovelon) i seguenti specialisti ospedalieri:

- neurologo, neuro pediatra, neuropsichiatria infantile.

I medici di base, pertanto, quali i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, ancorché in possesso del titolo di specializzazione corrispondente a quello previsto dal decreto di autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale per il quale è stata prevista la ricetta limitativa, non possono rilasciare prescrizioni di medicinali soggetti a ricetta medica limitativa a meno che non siano espressamente autorizzati.

Per alcuni medicinali (es. quelli contenenti eritropoietina, darbepoietina, ormone della crescita, clozapina, anticolinesterasici per Alzheimer, fattori di crescita, gonadotropine per PMA, interferoni, Nuovi anticoagulanti orali quali dabigatran ed apixaban, ecc.ecc...), infatti, è stata prevista la possibilità che il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, possano rilasciare, solo in regime di SSN, ricette SSN sulla base di una diagnosi e di un piano terapeutico stabilito da strutture specialistiche appositamente individuate e comunque nel totale

rispetto della posologia e della durata indicate nel piano terapeutico medesimo. La deroga come detto, vale solo in regime di SSN, in quanto la prescrizione degli stessi medicinali in regime privato (ricetta bianca) può essere rilasciata solo dallo specialista operante all'interno delle strutture specialistiche individuate da AIFA/Regioni.

Per inciso, i medicinali contenenti i nuovi anticoagulanti orali (NAO) sono stati immessi in commercio con diverse classificazioni ai fini della fornitura, pur essendo i NAO una categoria terapeutica omogenea, ossia:

- Dabigatran-Pradaxa®: ricetta limitativa (articolo 93 D.to L.vo 219/2006)

- Rivaroxaban-Xarelto®: ricetta ripetibile (articolo 88 D.to L.vo 219/2006)

- Apixaban-Eliquis®: ricetta limitativa (articolo 93 D.to L.vo 219/2006)

Questa diversa classificazione ai fini della fornitura ha degli effetti pratici non indifferenti in quanto il medico di medicina generale può prescrivere Pradaxa ed Eliquis solo in regime di SSN, rilasciando ricette SSN sulla base di una diagnosi e di un piano terapeutico stabilito da strutture specialistiche appositamente individuate e comunque nel totale rispetto della posologia e della durata indicate nel piano terapeutico medesimo mentre può prescrivere Xarelto sia in regime pubblico di SSN rilasciando ricette SSN sulla base di una diagnosi e di un piano terapeutico stabilito da strutture specialistiche appositamente individuate e comunque nel totale rispetto della posologia e della durata indicate nel piano terapeutico medesimo che in regime privato rilasciando ricetta bianca.

Per altri medicinali, **come quelli riportati nell'allegato a pag. 29,**

è previsto un regime più stringente con prescrizione esclusiva da parte dello specialista per tutta la durata del trattamento in quanto, per il monitoraggio del rapporto beneficio/rischio nell'uso di un farmaco, è ritenuto necessario dalla autorità

regolatoria (AIFA) un controllo più frequente del paziente da parte del medico specialista all'interno della struttura specialistica.

La disciplina dell'articolo 93, infatti, opera nel senso di ancorare la prescrizione quale atto intimamente

collegato alla diagnosi e al monitoraggio della condizione clinica, a ben determinati specialisti ospedalieri appartenenti a centri ospedalieri specialistici che dispongono di mezzi adeguati ed esperienza al trattamento di determinate patologie.

Note pratiche di prescrizione farmaceutica

Tiocolchicoside: Restrizioni d'uso

Importanti limitazioni relative all'uso dei medicinali a base di tiocolchicoside (Muscoril® ed altri) per uso sistemico sono state imposte a seguito dei risultati derivanti dalla revisione di nuovi dati preclinici che hanno sollevato dubbi sull'attività di un metabolita di tiocolchicoside sui cromosomi. Pertanto è necessario adottare misure precauzionali per ridurre l'esposizione al metabolita SL59.0955 delle formulazioni sistemiche (le formulazioni topiche non producono concentrazioni sistemiche significative del metabolita e non sono interessate da queste raccomandazioni).

In sintesi:

- Tiocolchicoside per via sistemica deve essere usata solo come trattamento adiuvante delle contratture muscolari dolorose associate a patologie acute della colonna, negli adulti e negli adolescenti di età superiore a 16 anni.
- Tiocolchicoside non deve essere usata per il trattamento a lungo termine di patologie croniche.
- Tiocolchicoside non deve essere usata in gravidanza e durante l'allattamento, né in donne in età fertile che non adottano un adeguato metodo contraccettivo.

Le seguenti posologie devono essere rispettate; le dosi e la durata raccomandate non devono essere superate:

- **Forme orali:** la dose raccomandata, che non deve essere superata, è di 8 mg ogni 12 ore, ossia 16 mg/die. La durata del trattamento non deve superare i 7 giorni consecutivi.
- **Forma IM:** la dose raccomandata, che non deve essere superata, è di 4 mg ogni 12 ore, ossia 8 mg/die. La durata del trattamento non deve superare i 5 giorni consecutivi.

Codeina: misure di minimizzazione del rischio

Il Gruppo di coordinamento per il mutuo riconoscimento e le procedure decentrate - (CMDh)- ha approvato all'unanimità una serie di misure di minimizzazione del rischio per affrontare i problemi di sicurezza dei medicinali contenenti codeina quando viene utilizzato per la gestione del dolore nei bambini. La codeina è un oppiaceo autorizzato come antidolorifico in adulti e bambini. L'effetto della codeina sul dolore è dovuto alla sua trasformazione in morfina nel corpo del paziente.

Questo segue una revisione di questi medicinali da parte del Comitato per la Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), che ha indagato le segnalazioni di depressione respiratoria grave e mortale nei bambini dopo l'assunzione di codeina per alleviare il dolore. La maggior parte dei casi si sono verificati dopo la rimozione chirurgica delle tonsille o adenoidi per apnea ostruttiva durante il sonno (frequente interruzione della respirazione durante il sonno).

La codeina è un farmaco oppioide ampiamente utilizzato per alleviare il dolore. E' utilizzato anche nel trattamento della tosse, anche se questo uso non è incluso nella revisione corrente.

Il PRAC ha concluso che alcune misure di minimizzazione del rischio sono necessarie per garantire che il medicinale sia dato per alleviare il dolore solo ai bambini per i quali i benefici sono maggiori dei rischi

Raccomandazioni

- Il medicinali contenenti Codeina devono essere utilizzati solo per il trattamento del dolore acuto moderato (di breve durata) in bambini al di sopra dei 12 anni di età, e solo se non può essere alleviato con altri antidolorifici come il paracetamolo o ibuprofene, a causa del rischio di depressione respiratoria associata con l'uso di codeina.
- La codeina non deve essere utilizzata in nessun modo in tutti i bambini (di età inferiore ai 18 anni) che si sottopongono a un intervento chirurgico per l'asportazione delle tonsille o adenoidi per il trattamento di apnea ostruttiva del sonno, in quanto questi pazienti sono più suscettibili a problemi respiratori.
- Le informazioni sul prodotto di questi medicinali devono riportare l'avvertenza che i bambini con condizioni associate a problemi respiratori non devono usare codeina.
- Il rischio di effetti avversi con codeina può valere anche per gli adulti. La codeina non deve quindi essere somministrata in persone di ogni età che sono note per essere metabolizzatori ultra-rapidi, né alle madri che allattano (perché la codeina può passare al neonato attraverso il latte materno).

Cod. MIN SAN	DESCRIZIONE	TIPO RICETTA	Piano terapeutico	PRESCRIVIBILITA'
029829037	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di specialisti in anestesia e rianimazione, cardiologia, medicina interna, odontoiatria e medici odontoiatri
030653012	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di specialisti in anestesia e rianimazione, cardiologia, medicina interna, odontoiatria e medici odontoiatri
030783031	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di specialisti in anestesia e rianimazione, cardiologia, medicina interna, odontoiatria e medici odontoiatri
041456017	INCIVO*FL 168CPR RIV 375MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, infettivologo, gastroenterologo)
041456029	INCIVO*FL 42CPR RIV 375MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, infettivologo, gastroenterologo)
038217016	INOVELON*10CPR RIV 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (pediatri, neurologi, neuropsichiatri infantili)
038217143	INOVELON*60CPR DIV 400MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (pediatri, neurologi, neuropsichiatri infantili)
038217093	INOVELON*60CPR RIV 200MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (pediatri, neurologi, neuropsichiatri infantili)
021394022	KAYEXALATE*OS RETT SOSP FL454G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (medicina interna, nefrologia, cardiologia)
036588034	OSSEOR*OS GRAT 28BUST 2G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (reumatologo, internista, geriatra, endocrinologo)
042513022	PICATO*2TUBI GEL 500MCG/G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (dermatologo)
042513010	PICATO*3TUBI GEL 150MCG/G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (dermatologo)
023060015	PROGLICEM*100CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Per esclusivo uso di enti ospedalieri e case di cura e, a dimissione avvenuta, su indicazione ospedaliera - Ad esaurimento
023060027	PROGLICEM*100CPS 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Per esclusivo uso di enti ospedalieri e case di cura e, a dimissione avvenuta, su indicazione ospedaliera - Ad esaurimento
036558031	PROTELOS*OS GRAT 28BUST 2G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (reumatologo, internista, geriatra, endocrinologo)
036982039	REVATIO*OS POLVxSOSP 10MG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (cardiologo, pneumologo, dermatologo, reumatologo)
035726049	SOMAVERT*SC 1FL 20MG+1FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (endocrinologo)
035726013	SOMAVERT*SC 30FL 10MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (endocrinologo)
035726025	SOMAVERT*SC 30FL 15MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (endocrinologo)
035726037	SOMAVERT*SC 30FL 20MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (endocrinologo)
030822023	TALOXIA*40CPR 400MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri specialistici (pediatrici, neurologici, neuropsichiatri) e di centri ospedalieri
030822035	TALOXIA*40CPR 600MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri specialistici (pediatrici, neurologici, neuropsichiatri) e di centri ospedalieri
030822011	TALOXIA*OS SOSP 230ML 600MG/5ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri specialistici (pediatrici, neurologici, neuropsichiatri) e di centri ospedalieri
042291029	TEYSUNO*126CPS 15+4,35+11,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (oncologo, internista)
042291017	TEYSUNO*42CPS 15+4,35+11,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (oncologo, internista)
042291031	TEYSUNO*42CPS 20+5,8+15,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (oncologo, internista)
042291043	TEYSUNO*84CPS 20+5,8+15,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione specialistica (oncologo, internista)
041380015	VICTRELIS*336CPS 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, infettivologo, gastroenterologo)
041380027	VICTRELIS*84CPS 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, infettivologo, gastroenterologo)
036688012	XENAZINA*112CPR DIV 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	No PT	Su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (neurologo, neuropsichiatra, psichiatra, geriatra)

L'ipertensione pseudoresistente

L'ipertensione resistente è una condizione clinica che deve essere affrontata in modo efficace in quanto è associata a un elevato rischio cardiovascolare. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, i pazienti non presentano un'autentica forma di ipertensione resistente, bensì un'ipertensione pseudoresistente, cioè una condizione clinica nella quale il mancato controllo dei valori pressori dipende da fattori esterni, oppure da una non ottimale condotta clinica da parte del medico.

Tra le varie cause di ipertensione pseudoresistente (tabella 1), un ruolo importante riguarda la non corretta misurazione dei valori pressori.

Innanzitutto bisogna sempre tenere in considerazione "l'ipertensione da camice bianco" e cioè la reazione di allarme che caratterizza molti pazienti quando devono misurare i valori pressori. Questa reazione emotiva può far variare la pressione arteriosa di molte decine di mmHg e quindi far risultare iperteso un paziente che in realtà è normoteso. Quando si sospetta un'ipertensione da camice bianco, può essere utile consigliare l'automisurazione a domicilio oppure eseguire un monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore, tecniche che non risentono della reazione di allarme.

Dimensioni della fascia dello sfigmomanometro in relazione alla circonferenza del braccio

Fascia	Larghezza (cm)	Lunghezza (cm)	Circonferenza del braccio (cm)
Neonato	3	6	≤6
Infante	5	15	6-15 [†]
Bambino	8	21	16-21 [†]
Ragazzo	10	24	22-26
Adulto	13	30	27-34
Obeso	16	38	35-44
Grande obeso	20	42	45-52

Figura 1: Dimensioni dei bracciali dello sfigmomanometro da utilizzare in base alle dimensioni del braccio. (modificata dalla ref. 3)

Un altro errore molto frequente è quello di non utilizzare il bracciale adatto nei soggetti obesi (fig. 1). Infine bisogna fare particolare attenzione alle condizioni del paziente nel momento nel quale si misura la pressione arteriosa. L'ipertensione infatti è una condizione assolutamente asintomatica. Erroneamente i pazienti, e purtroppo anche molti medici, attribuiscono all'ipertensione tutta una serie di sintomi che sono aspecifici o, nella maggior parte dei casi, attribuibili a un disturbo del tono dell'umore. Più in dettaglio, disturbi del tipo cefalea, senso di sbandamento, palpitazioni, malessere generale non sono assolutamente attribuibili all'ipertensione arteriosa. Anzi in questi casi l'aumento pressorio

che in genere accompagna questi sintomi è una conseguenza e non la causa del disturbo stesso. Pertanto è cruciale che i pazienti misurino i valori di pressione arteriosa in condizioni di benessere soggettivo e oggettivo.

L'altra causa di ipertensione pseudoresistente riguarda invece il non corretto utilizzo dei farmaci antipertensivi e in particolare il dosaggio dei farmaci e le associazioni non razionali.

In linea di principio la terapia antipertensiva deve cominciare con dosi ridotte di farmaco per poi eventualmente aumentarne il dosaggio. In realtà questo concetto si applica solo a quei farmaci che hanno una curva dose-risposta in termini di efficacia ipotensiva, e cioè che all'aumento della dose corrisponde un parallelo aumento della riduzione dei valori pressori (fig. 2). Questa caratteristica riguarda i diuretici, i beta-bloccanti, gli $\alpha 1$ -antagonisti ed i Ca-antagonisti (fig. 2). Viceversa per i farmaci quali gli ACE-inibitori (17), che presentano una curva dose-risposta piatta (fig. 2), la differenza tra le varie dosi

- Ipertensione da camice bianco
- Dimensioni del bracciale
- Misurazione della PA in modo non corretto
- Terapia non adeguata
 - dosaggio dei farmaci insufficiente
 - combinazioni di farmaci non corrette

Tabella 1

Curve dose-risposta dei farmaci antipertensivi

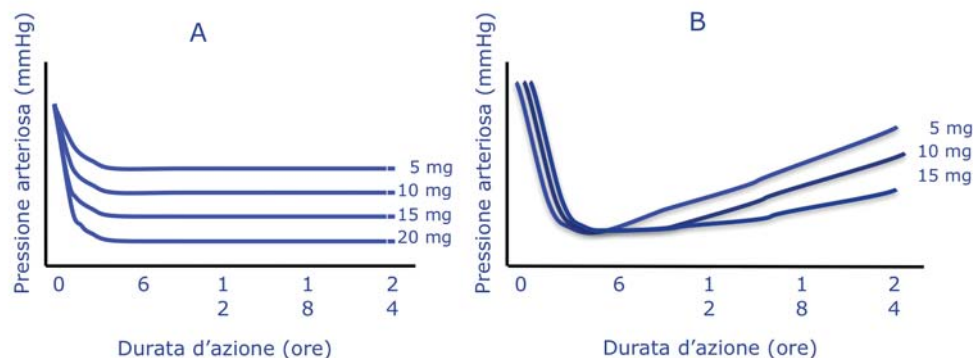


Figura 2: La figura rappresenta il rapporto tra dose di un farmaco ed efficacia antiipertensiva o durata d'azione. Il farmaco A identifica i farmaci che hanno curva dose-risposta in termini di efficacia ipotensiva, in quanto all'aumento della dose corrisponde un parallelo aumento della riduzione dei valori pressori. I farmaci che hanno queste caratteristiche sono i diuretici, i beta-bloccanti, gli α 1-antagonisti ed i Ca-antagonisti e alcuni AT-1 antagonisti. Il farmaco B identifica i farmaci che non hanno curva dose-risposta in termini di efficacia ipotensiva, in quanto all'aumento della dose corrisponde solo l'aumento della durata d'azione e non un'ulteriore riduzione dei valori pressori. I farmaci che hanno queste caratteristiche sono gli ACE-inibitori. Il farmaco C identifica farmaci come gli AT-1 antagonisti che presentano una curva dose-risposta solo alla 24 ore. Anche in questo caso l'aumento della dose assicura solo una migliore copertura delle 24 ore. (modificata dalla ref. 4)

non è nell'efficacia ipotensiva, ma nella durata d'azione. In altri termini, l'entità assoluta della riduzione della pressione arteriosa indotta da una dose bassa di ACE-inibitore è simile a quella di una dose alta, mentre la differenza è nella durata d'azione. Lo stesso concetto è valido anche per gli AT1-antagonisti. Un'altra causa di ipertensione pseudo-resistente è l'utilizzo di associazioni non razionali. Mentre la maggior parte delle associazioni sono vantaggiose, altre sono del tutto inutili e alcune persino pericolose.

Il parametro fondamentale per una terapia di associazione efficace è che bisogna associare farmaci che hanno meccanismi d'azione diversi, ma complementari (ad es. un farmaco che attiva il SRA con un farmaco che lo inibisce; un vasodilatatore che determina un'attivazione riflessa del SNS con un farmaco che modula in senso negativo l'attività del SNS). E' ovvio

che non bisogna mai associare due farmaci della stessa classe (ad es. due ACE-inibitori o due beta-bloccanti) o della stessa sottoclasse (ad es. due calcio-antagonisti diidropiridinici o due diuretici tiazidici), ma quello che è importante (e che in genere è la causa principale di errore clinico) è di evitare di associare farmaci che non abbiano un meccanismo d'azione complementare.

Tuttavia alcune associazioni devono essere evitate. Innanzi tutto va evitato di associare farmaci con meccanismo d'azione senza effetto ipotensivo additivo. Un tipico esempio è l'associazione di un beta-bloccante con un ACE-inibitore (o con un AT1-antagonista) in quanto entrambe queste classi di farmaci bloccano il SRA. Un'altra associazione inutile è quella tra un calcio-antagonista e il diuretico. I calcio-antagonisti hanno essi stessi un effetto natriuretico e pertanto non è logico associarli ai diuretici,

come dimostrato da numerosi studi clinici. Infine non devono essere associati gli ACE-inibitori con gli AT-1 antagonisti.

Ovviamente quando deve essere utilizzata una triplice o quadruplice terapia antiipertensiva, è possibile utilizzare insieme questi farmaci in quanto il singolo componente va ad interagire con gli altri componenti dell'associazione.

Altre associazioni invece risultano non efficaci e talora pericolose per il paziente. In particolare non devono essere associati un α 1-antagonista e la clonidina in quanto il loro effetto si annulla reciprocamente. Inoltre non devono essere mai associati i beta-bloccanti con la clonidina. Infatti

l'aumento parossistico dei valori pressori che si osserva 18-36 ore dalla sospensione della clonidina (denominato "effetto rebound"), che sebbene raramente può essere osservato anche con la terapia transdermica, può essere peggiorato dalla simultanea somministrazione di un beta-bloccante. Inoltre i beta-bloccanti non devono essere associati ai calcio-antagonisti non diidropiridinici in quanto questi farmaci sommerebbero i rispettivi effetti cronotropi, dromotropi e inotropi negativi.

E' importante quindi che il medico, di fronte a valori pressori elevati, sia in grado di individuare la causa reale del mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, tenendo presente che la possibilità di una ipertensione pseudo-resistente è molto frequente e che quindi è molto importante riconoscerla per un corretto inquadramento clinico del paziente iperteso.

M. Vaglini* - V. Giuffra** Centro Interregionale per la documentazione bibliografica e archivistica biomedica
Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. *Direttore **Segretaria

L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria: ecco il nuovo Centro

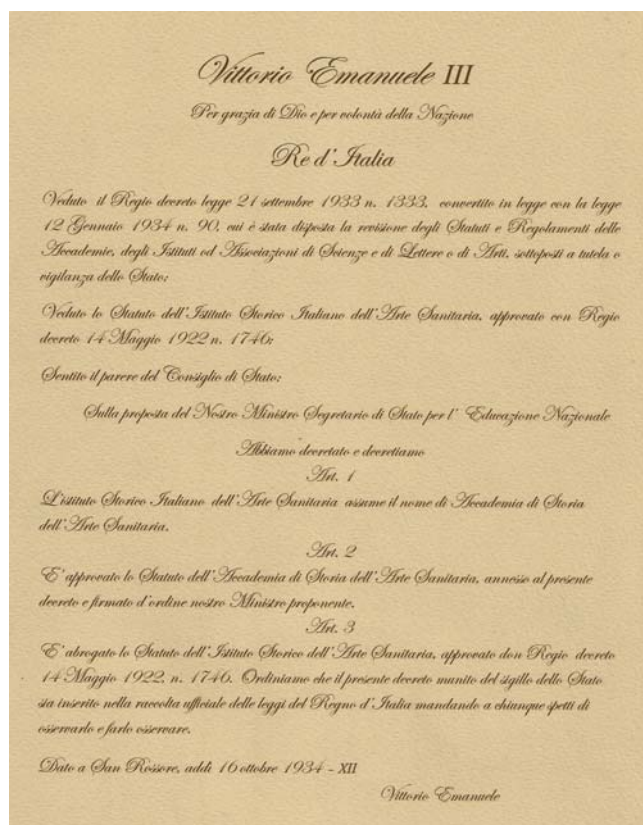
L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria è l'istituzione che gestisce il Museo Nazionale di Storia della Medicina, situato nell'antico Ospedale di Santo Spirito in Lungotevere in Saxia. Nel 1911, in occasione del cinquantenario della Proclamazione del Regno d'Italia, si tenne l'Esposizione Internazionale di Roma di Arte Retrospettiva a Castel Sant'Angelo, dove - per iniziativa dei professori Pietro Capparoni e Giovanni Carbonelli, con la consulenza del generale Mariano Borgatti - furono esposti la ricostruzione di una farmacia del XVII secolo, di un laboratorio alchemico e una sezione dedicata alla storia della medicina. In questa occasione venne rilanciata l'idea di costituire un Museo di Storia dell'Arte Sanitaria, anche per non disperdere il materiale della mostra. Fu così che nel 1920 nacque l'Istituto per il Museo Storico dell'Arte Sanitaria (ISIDAS), che vide tra i soci fondatori la partecipazione di alcuni Ministeri e di benemerite istituzioni. Nel 1929 il Pio Istituto Santo Spirito concesse una sede all'interno dell'Ospedale, e precisamente l'ex corsia Alessandrina. Nel 1934 proprio nella sua villa di San Rossore il re sottoscrisse l'atto di trasformazione da Istituto ad Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria (ASAS) con lo scopo di promuovere studi storico-medici e soprattutto dare vita a un Museo. L'attuale Museo è composto quindi dalle collezioni storiche, integrate con materiali provenienti dalla Mostra del 1911 e con altre collezioni aggiuntisi in seguito.

La prima in ordine di tempo fu quella donata al Museo da Pietro Capparoni, seguita nel 1931 da quella che Giovanni Carbonelli aveva do-



Laboratorio alchimistico

nato al Comune di Roma nel 1918 e consegnato in deposito permanente al Museo. L'Accademia è formata da 75 membri effettivi, suddivisi in due classi, quella medica e quella biologica (non medica), tra i quali per elezione viene nominato il Consiglio di Reggenza con il Presidente. L'Accademia è sotto la tutela del Ministero dei Beni Culturali ed opera sul territorio nazionale con i propri Centri Regionali e Interregionali.



Trascrizione del decreto di nomina in Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria sottoscritto dal Re Vittorio Emanuele III nella Villa di San Rossore



Panorama Museo Nazionale Arte Sanitaria presso Ospedale Santo Spirito in Sassia

L'attuale Presidente, prof. Gianni Iacovelli, deliberò nel 2010 la costituzione del Centro Interregionale per la Documentazione Bibliografica ed Archivistica in campo Biomedico, nominando il membro effettivo, dott. Maurizio Vaglini, Commissario del Centro. Il Commissario in questo periodo ha provveduto ad individuare un buon numero di Soci Aderenti, proponendo il Consiglio Direttivo formato dal Prof. Bombardieri Stefano e Prof. Caramella Davide (classe medica), prof. Giuseppe Turchetti (classe biologica) e la dott.ssa Valentina Giuffrè quale

Segretaria del Centro. Inoltre sono stati individuati tre settori operativi: quello inerente la Storia della Medicina, il cui coordinamento è affidato al prof. Gino Fornaciari, l'archivio delle immagini storiche per la realizzazione di un Museo Virtuale coordinato dal prof. Caramella ed infine il settore della ricerca bibliografica e archivistica, coordinata dallo stesso Maurizio Vaglini. Sono stati già individuati diversi Referenti Regionali, che daranno il loro contributo con iniziative organizzate sul proprio territorio. Il Centro avrà un proprio sito Web, gestito dal dott. France-

sco Coschino. Il 29 marzo presso i Bagni di Pisa è stato quindi inaugurato il Centro con una Tavola Rotonda a cui hanno partecipato i vertici dell'Accademia, che hanno presentato la mission della Istituzione sia a livello nazionale che internazionale. Dunque da "I Bagni di Pisa", che sarà il punto di riferimento logistico per le varie attività proposte dai Soci per questo anno accademico, prende il via questa iniziativa che vede coinvolti molti medici specialisti e figure professionali di diversa esperienza e cultura. Infatti compito principale del Centro è quello di promuovere una serie di studi in ambito medico e sanitario, che, partendo dalla storia, arrivi ai nostri giorni attraverso il recupero e la valorizzazione delle fonti bibliografiche e archivistiche. I programmi, che il Consiglio Direttivo e i Coordinatori stanno elaborando, prevedono progetti volti a riportare alla luce non solo alcuni tratti della storia pisana, ma anche del territorio nazionale proposte dai Referenti Regionali. Il Centro si pone inoltre l'obiettivo di promuovere studi e ricerche sulla letteratura corrente, grazie all'apporto di numerosi specialisti, che in maniera interdisciplinare, si proporranno per la produzione di revisioni bibliografiche.

La letteratura moderna è il frutto di un percorso culturale che si è sviluppato nei secoli. Andarne a recuperare immagini, fatti e avvenimenti per ricondurli all'attualità è sempre un momento di crescita culturale e sociale. Questi sono i temi che sono stati affrontati nell'incontro del 29 marzo, quando il Presidente, prof. Gianni Iacovelli, ha presentato l'attività dell'Accademia, il dott. Mario Bernardini, vice presidente e medico giornalista, ha sviluppato l'importanza della comunicazione scientifica, il dott. Nicola Marinosci ha proposto i compiti e le funzioni dei Centri Regionali ed Interregionali accademici. L'incontro si è concluso con l'illustrazione delle varie iniziative che il Consiglio Direttivo del Centro intende promuovere e sviluppare.



Particolare laboratorio alchimista

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita dal 2014

L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita, in modo da consentire agli iscritti di adempiere all'obbligo di legge* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC, ha avviato la procedura con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, per modificare la convenzione già in essere, in modo da offrire gratuitamente la casella PEC ai propri iscritti.

L'iter dovrebbe concludersi entro la fine del 2013, pertanto tutte le nuove attivazioni, una volta ufficializzato il cambio di convenzione, saranno a carico dell'Ordine.

Nel frattempo, tutti coloro che hanno la casella in scadenza possono rinnovarla autonomamente attraverso la pagina <http://www.pec.it/RinnovaPec.aspx> al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni (i rinnovi successivi saranno a carico dell'Ordine).

Anche le nuove caselle PEC, fino al passaggio alla nuova convenzione, potranno essere attivate autonomamente al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni.

Si prega di consultare periodicamente il sito dell'Ordine (www.omceopi.org) in quanto eventuali aggiornamenti sulla nuova convenzione verranno tempestivamente pubblicati sulla home page del sito.

*Si ricorda a tutti gli iscritti che ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dotarsi di una casella PEC non è possibile usufruire delle caselle tipo **@postacertificata.gov.it** o di quelle rilasciate gratuitamente da INPS e ACI, in quanto non consentono la comunicazione fra soggetti diversi dalla Pubblica Amministrazione.*

*Allo stesso modo si ricorda che gli indirizzi email forniti da ASL, AOUP, CNR etc ai propri dipendenti **NON** equivalgono alla Posta Elettronica Certificata e pertanto è necessario dotarsi di un nuovo indirizzo PEC.*

Ulteriori informazioni sono a disposizione sul sito dell'Ordine www.omceopi.org

Codice convenzione: **OMCEO-PI-0040**

Procedura:

- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- Inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- Scegliere la modalità di pagamento
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

**Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicato sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato debbano dotarsi di una casella PEC e comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.*



Un futuro di qualità per i nostri figli e un mondo senza distrofia muscolare di Duchenne e Becker

Parent Project onlus

INSIEME X FERMARE LA DUCHENNE

Siamo un'associazione di genitori con figli affetti da distrofia muscolare di Duchenne e Becker.

Dal 1996 lavoriamo per migliorare il trattamento, la qualità della vita dei nostri ragazzi e delle famiglie attraverso la ricerca, l'educazione, la formazione e la sensibilizzazione. Condividiamo la nostra battaglia con famiglie di tutto il mondo, riunite nella Federazione United Parent Projects Muscular Dystrophy (UPPMD).

La distrofia muscolare di Duchenne e Becker è una grave malattia rara per la quale non c'è ancora una cura.

La Duchenne è la forma più grave delle distrofie muscolari perché si manifesta già in età pediatrica e causa una progressiva degenerazione dei muscoli. Crescendo i ragazzi perdono la capacità di muoversi, nutrirsi e respirare autonomamente. La Becker è una variante più lieve, il cui decorso varia però da paziente a paziente.

Quando al proprio figlio viene diagnosticata questa grave malattia rara, la famiglia deve imparare a confrontarsi con una patologia che investe ogni aspetto della quotidianità.

In questi anni, abbiamo imparato che l'informazione fa la differenza tra la vita e la morte. Per questo, nel 2002, abbiamo aperto il Centro Ascolto Duchenne che segue oltre 600 famiglie con programmi personalizzati. Il servizio, completamente gratuito, fornisce assistenza, consulenza psicologica, educativa, legale, informazioni e formazione per i genitori. Il Centro Ascolto Duchenne collabora attivamente con medici di base, pediatri, specialisti e affianca insegnanti, operatori sanitari e sociali per costruire percorsi di integrazione e servizi dedicati.



Grazie ad un protocollo con Assofly Onlus, Parent Project Onlus ha aperto una sede regionale anche a Pisa.



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

firma nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ecc." C.F. 05203531008

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

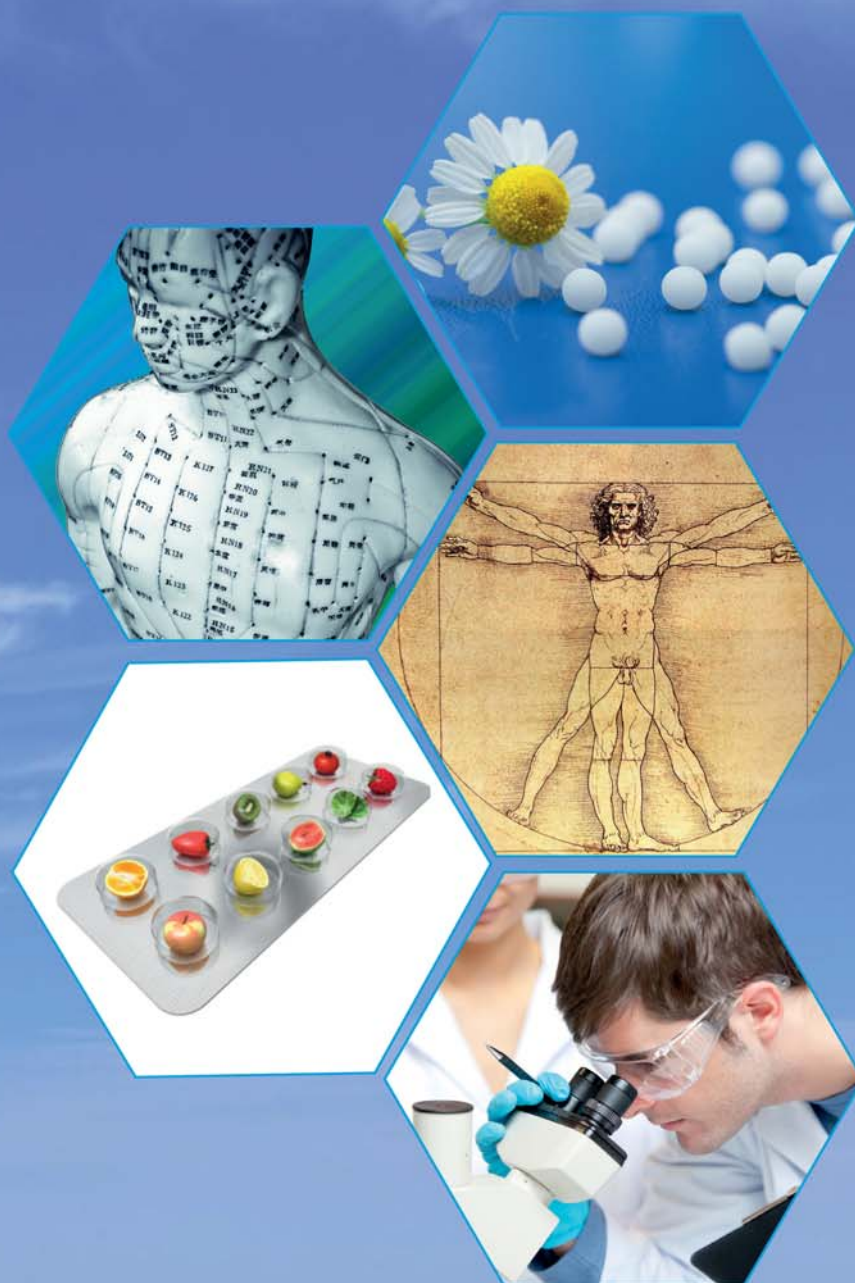
BCC Ag. 19

IBAN IT 38 V 08327 03219 000000005775
intestati a Parent Project Onlus



Igea Network

www.igeanetwork.eu



Il punto d'incontro fra medicina convenzionale, ricerca e medicine complementari, per un approccio integrato