



News

L'AICPE cresce!!!



- A soli 5 mesi dalla nascita, AICPE conta 130 associati.
- Siamo stati l'unica associazione scientifica al mondo a denunciare la PIP e l'organo notificatore TUV, per tutelare l'immagine del chirurgo plastico estetico, vittima di tale truffa al pari del paziente.
- La notizia ha avuto una eco mondiale sui media.
- Siamo stati l'unica associazione al mondo ad istituire uno Sportello PIP, al quale i pazienti possono scrivere per ricevere tutte le informazioni e le assicurazioni possibili: ad oggi sono decine e decine le e mail che abbiamo ricevuto e alle quali abbiamo dato prontamente una risposta ed un aiuto.
- Abbiamo ricevuto il riconoscimento ufficiale da parte di tutte le società scientifiche del mondo.
- Sono stati effettuati 4 sondaggi che hanno visto centinaia di colleghi coinvolti
- Abbiamo un validissimo Ufficio Stampa
- Abbiamo un validissimo Ufficio Legale
- Abbiamo una validissima Segreteria Esecutiva

...e questo dopo solo 5 mesi???

**Chi si loda, s'imbroda.
Ma sì, imbrodiamoci: quanto siamo belli!!!**

Il Consiglio Direttivo AICPE

Presidente

Giovanni Botti

Vice Presidente

Mario Pelle Ceravolo

Segretario

Eugenio Gandolfi

Tesoriere

Alvaro Pacifici

Consiglieri

Emanuele Bartoletti

Gianluca Campiglio

Felice Cardone

Alessandro Casadei

Andrea Paci

Probi Viri

Gianfranco Bernabei

Claudio Bernardi

Flavio Saccomanno



TROPPI SASSOLINI NELLE SCARPE... (Varie considerazioni a puntate sulle difficoltà quotidiane del nostro lavoro e su come risolverle, a cura di Giovanni Botti)

Sì, c'è un limite a tutto! Persino alla nostra ormai proverbiale pazienza. Siamo tolleranti con i nostri pazienti perché quando si rivolgono a noi sono spesso psicologicamente deboli e perché...il cliente ha sempre ragione! Siamo tolleranti con i colleghi perché oggi tocca a te, ma domani potrebbe capitare a me. Siamo tolleranti con quella miriade di burocrati che intralciano periodicamente la nostra attività per controllare carte spesso di dubbia utilità, ma con i quali è sempre meglio non litigare per evitare ritorsioni.....

ORA BASTA!!

Non siamo più disposti a sopportare oltre!

Siamo stanchi di subire le prevaricazioni di alcuni media, che ci propongono ai loro ascoltatori/lettori come una massa di avidi delinquenti, assetati esclusivamente del denaro dei nostri pazienti, del quale vogliamo impadronirci con ogni mezzo e senza alcuno scrupolo.

Siamo stanchi di tollerare che si creino di conseguenza movimenti di opinione (si veda, ad esempio, la posizione della sig.ra Parietti l'altra sera a Porta a Porta) che pretenderebbero che fossimo noi a pagare i problemi causati da altri (nello specifico i produttori delle protesi PIP e coloro che avrebbero dovuto controllarle). Come se, per colpa di questi truffatori, non avessimo già dovuto subire un gravissimo danno di immagine con le conseguenti ripercussioni sulla nostra attività. (Se poi noi stessi aggraviamo la situazione parlando di "protesi killer" o di scemenze di questo tipo...).

Siamo stanchi di assistere allo spettacolo degli avvoltoi che regolarmente cercano di sfruttare ogni situazione per approfittare di chi ha agito in buona fede e con onestà, vedi i gruppi di avvocati e le associazioni di consumatori che stanno affilando le unghie per aggredirci a proposito delle suddette protesi francesi (che figura di m. quell'avv. Canzona sgamato da Striscia la Notizia anche sulle protesi PIP!).

Non ce la facciamo più a sopportare la spettacolarizzazione della nostra professione che noi esercitiamo con passione ma che, purtroppo anche per colpa di alcuni colleghi, viene presentata al pubblico come un fenomeno da baraccone.

E basta con i tuttologi che si atteggiavano a profondi conoscitori della chirurgia estetica, mentre in realtà non ne hanno alcuna idea, se non per aver trovato qualche informazione su Cosmopolitan o Amica!

Siamo stanchi di sopportare certe assurde regole della burocrazia borbonica che ci governa, grazie alle quali impiegati del governo che paghiamo noi e che dovrebbero quindi aiutarci e tutelarci, cercano invece di renderci la vita ancora più difficile.

E' arrivato il momento di agire. Di dire la nostra senza paure o intimidazioni. Siamo professionisti seri e dedichiamo il massimo impegno al lavoro che abbiamo scelto. Non abbiamo nulla da nascondere e tanto meno di cui vergognarci e quindi non ci deve sfuggire alcuna occasione per dimostrare a testa alta la semplice e pura verità. Personalmente mi sono sempre schernito e ho sempre rifiutato le richieste di partecipare a trasmissioni televisive o di rilasciare interviste, per evitare di essere confuso con chi faceva il "pagliaccio" davanti alle telecamere, come abbiamo potuto

tutti costatare in numerosissime occasioni.



Ma ora è invece indispensabile che ogni membro della nostra Associazione non perda occasione di far sentire la propria voce, allo scopo di ristabilire il rispetto e la credibilità di chi esercita la nostra professione. Quindi partecipare a dibattiti e a inchieste, collaborare a quotidiani e periodici, rilasciare interviste, ecc deve diventare non tanto occasione per farsi pubblicità, ma soprattutto per dimostrare la nostra serietà e riproporre il criterio scientifico con cui i fatti legati ad una branca medica debbono essere trattati. Quindi diamoci tutti da fare per dire la nostra con onestà e correttezza scientifica, magari cercando di mantenere una certa coordinazione e un'unità di vedute. Possiamo riferirci, ad esempio, se necessario, alle "linee guida" sui diversi argomenti che verranno man mano elaborate dai vari esperti in seno ad AICPE, come l'analisi del problema PIP sviluppata da Mario Pelle .

AICPE-SICPRE

Abbiamo sottolineato più volte come la nascita di AICPE sia stata principalmente causata dalla carenza di attenzione e "reazione" alle richieste dei chirurghi plastici che esercitano prevalentemente la chirurgia estetica, che si è protratta per anni. Abbiamo ipotizzato che questa "distrazione" nei nostri confronti sia stata determinata dalla necessità di affrontare la miriade di problematiche che emergono dalle varie componenti della nostra SICPRE e, di conseguenza, ci siamo offerti di affiancarne e supportarne l'attività, potendoci dedicare completamente alle specifiche esigenze della nostra categoria con consapevolezza e competenza. Dall'incontro con i vertici SICPRE è emersa la nostra serena e volenterosa proposta di collaborazione, che sembrerebbe essere stata presa in considerazione positivamente dal Consiglio Direttivo della grande Società cui tutti comunque apparteniamo. Ovviamente non vogliamo "mendicare" alcunché. Se si troverà un accordo, che permetta alle due Società di lavorare in parallelo, sebbene su binari diversi, per il bene della comunità dei Chirurghi Plastici Italiani e se la nostra offerta di collaborazione verrà accettata perché riconosciuta conveniente per tutti, saremo ben lieti di portare avanti questo progetto in modo unitario e coordinato. Viceversa continueremo per la nostra strada con l'impegno e la decisione che abbiamo sinora dimostrato.

ENTUSIASMO, DETERMINAZIONE, BUONA VOLONTÀ, IDEE CHIARE, OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE CON PERSEVERANZA, COLLABORAZIONE ED AMICIZIA : queste devono essere le "parole chiave" che ci possono guidare al successo tutti insieme. I membri del consiglio si danno un gran da fare per AICPE, senza nulla pretendere in cambio. Ma hanno bisogno del supporto di tutti i soci. Aiutateci a completare il nostro sito internet. Denunciate le situazioni di disagio e di ingiustizia, in modo che insieme si possa cambiare qualcosa. Collaborate ad AICPE News.

Mettete a disposizione della comunità eventuali contatti "in alto loco" di cui disponete. Esponete i vostri dubbi. Riferite gli attacchi alla nostra categoria da chiunque provengano. L'unione fa la forza. E questa volta la nostra forza riuscirà a produrre risultati concreti (i primi frutti già si vedono). Se saremo seri, numerosi e determinati, le istituzioni non potranno evitare di considerare le nostre istanze, grazie anche al supporto dell'ufficio stampa, che darà risalto al punto di vista dei chirurghi plastici estetici.

UN'ANTICIPAZIONE DELLA PROSSIMA PUNTATA. Chirurgia e scartoffie: ma quanti alberi si dovranno ancora tagliare inutilmente per produrre la carta su cui sono descritte le regole della legge sulla privacy, che siamo costretti a far firmare a tutti i nostri pazienti, senza che neppure uno si prenda la briga di leggerle??

Giovanni



ASSEMBLEA AICPE BOLOGNA 24 FEBBRAIO 2012

SI È SVOLTA A BOLOGNA IL GIORNO 24.02.2012 LA PRIMA ASSEMBLEA ORDINARIA AICPE. ERA PRESENTE IL 40 % DEGLI ISCRITTI (55 SOCI DEI 130 ISCRITTI AICPE).

I lavori si sono svolti in un clima di grande entusiasmo e partecipazione, sono durati circa 2 ore e sono stati scanditi da numerose relazioni dei consiglieri sui temi più caldi della nostra professione.

Si sono svolte anche le elezioni sociali che hanno confermato all'unanimità il consiglio eletto ad interim a Milano.

Per i dettagli alleghiamo il verbale dell'assemblea. Successivamente all'assemblea si è tenuta la prima cena sociale AICPE dove il rinnovato e benefico clima personale che si è oramai creato tra i membri di AICPE è stato percepito ed apprezzato da tutti. Erano ospiti dei soci alcuni colleghi stranieri di chiara fama presenti al convegno di Bologna.

Il costo della cena è stata a carico di ciascun socio (alla romana) poiché è stato deciso che i fondi degli sponsor debbano in questa fase essere utilizzati solo per la crescita dell'associazione.

Il Consiglio Aicpe

**Verbale dell' Assemblea tenutasi a Bologna il 24.02.2011**

Alle ore 17,30 si riunisce presso il centro congressi Centergross di Bologna la Assemblea ordinaria AICPE. Sono presenti 55 (totale iscritti compresi quelli associati a Bologna 130) soci AICPE, pari a 40% circa della totalità dei soci. Non vengono depositate deleghe di soci assenti.

Il Presidente Dr. Giovanni Botti rivolge all'assemblea un saluto, un ringraziamento al consiglio ed alle segretarie, riassume le principali attività che il consiglio ha svolto nei primi 4 mesi di attività e presenta gli avanzamenti dei rapporti con SICPRE, ne segue una breve discussione. Il Segretario Dr. Eugenio Gandolfi presenta nel dettaglio l'attività svolta fino ad ora (10 consigli di cui 1 fisico e 9 telematici con la presenza media del 90% degli aventi diritto). Il Segretario illustra l'ordine del giorno dell'assemblea ed introduce l'avanzamento della messa on line del sito AICPE richiedendo ed ottenendo dall'assemblea i nomi di 12 soci disponibili ad aiutare il consiglio ad ultimare il sito. Il Segretario presenta alcuni spunti di riflessione su nuove modalità informatiche di comunicazione con i soci anche per attività didattiche ed assembleari e sottolinea le numerose offerte di sponsorizzazione che ad AICPE sono giunte da parte di importanti aziende del settore. Viene brevemente illustrato il consorzio acquisti. Segue discussione. Il Segretario da comunicazione che oltre ai nomi dei componenti del consiglio ad interim non sono pervenute altre candidature per le elezioni sociali del biennio 2012 -2014. L'assemblea decide quindi di procedere alla rielezione dell'intero Consiglio ad Interim per votazione palese. Votanti 55, favorevoli 55, contrari 0, astenuti 0. Sono risultati pertanto eletti con 55 voti i seguenti Colleghi nelle seguenti cariche:

Presidente Giovanni Botti Vice Presidente Mario Pelle Ceravolo Segretario Eugenio Gandolfi Tesoriere Alvaro Pacifici
Consiglieri Emanuele Bartoletti, Gianluca Campiglio, Felice Cardone, Alessandro Casadei, Andrea Paci
Probi Viri Gianfranco Bernabei Claudio Bernardi Flavio Saccomanno

Il Tesoriere Dr. Alvaro Pacifici presenta nel dettaglio la situazione economica di AICPE che attualmente presenta un avanzo di cassa di euro € 49.000,00. Il Tesoriere viene ringraziato dall'assemblea per l'importante lavoro svolto e per avere messo a disposizione di AICPE anche la propria segretaria Sig.ra Assunta Visconti. Il Dr. Gianfranco Bernabei a nome dei Probi Viri illustra l'unico caso esaminato in conseguenza di dichiarazioni non consone alla stampa da parte di un socio. Il Dr. Bernabei sottolinea come il pacato e cortese confronto con il socio in questione ha fatto emergere la assoluta involontarietà dei comportamenti contestati ed ha fatto altresì evidenziare nel socio la volontà di partecipare in futuro con la sua attività mediatica alla diffusione degli ideali di AICPE. Il Dr. Bernabei illustra altresì la partecipazione di AICPE al Gruppo di lavoro "servizi in chirurgia estetica" della CT tecnologie biomediche di Uni. Il Consigliere Dr. Alessandro Casadei presenta una relazione sulle modalità seguite per la scelta dell'Ufficio stampa (EO-IPSO) e sull'iniziale attività di quest'ultimo che dall'assemblea viene giudicata eccellente.

Il Dr. Casadei illustra poi la convenzione oramai pronta per essere discussa nei dettagli e firmata con Monte dei Paschi di Siena per il credito al consumo per i pazienti dei soci

AICPE. Segue una breve discussione durante la quale emergono suggerimenti interessanti per la definizione del contratto. L'assemblea approva all'unanimità di delegare il consiglio alla stipula della convenzione. Viene illustrata la proposta di Assicurazione R.C. professionale di gruppo per i soci AICPE della quale si stanno definendo gli ultimi dettagli prima della formulazione dell'offerta. Tale proposta è basata sulla costituzione di una nuova compagnia assicurativa. I

Il Vicepresidente Dr. Mario Pelle Ceravolo illustra la posizione che AICPE ha assunto di fronte al caso delle protesi mammarie PIP, presenta le linee guida per i chirurghi e lo sportello PIP aperto per le pazienti che in misura di almeno 5 al giorno ne usufruiscono. Il Consigliere Dr. Andrea Paci illustra i rapporti che AICPE intende tenere con il CLP. Presenta i nuovi progetti allo studio. Il Probo Viro Dr. Claudio Bernardi illustra il programma di Carità e cooperazione professionale internazionale a favore delle popolazioni del terzo mondo che AICPE intende attivare a beneficio di tutti i soci. Il Consigliere Dr. Gian Luca Campiglio illustra le iniziative che AICPE vuole intraprendere per contrastare la concorrenza professionale basata sull'illegalità e sulla riduzione di qualità delle prestazioni. Ne segue breve discussione.

Alle ore 19,45 esaurito l'ordine del giorno l'assemblea viene chiusa

Il Segretario

Dr Eugenio Gandolfi

RISULTATI DEL SONDAGGIO AICPE SULLA CHIRURGIA ESTETICA IN ITALIA NEL 2011

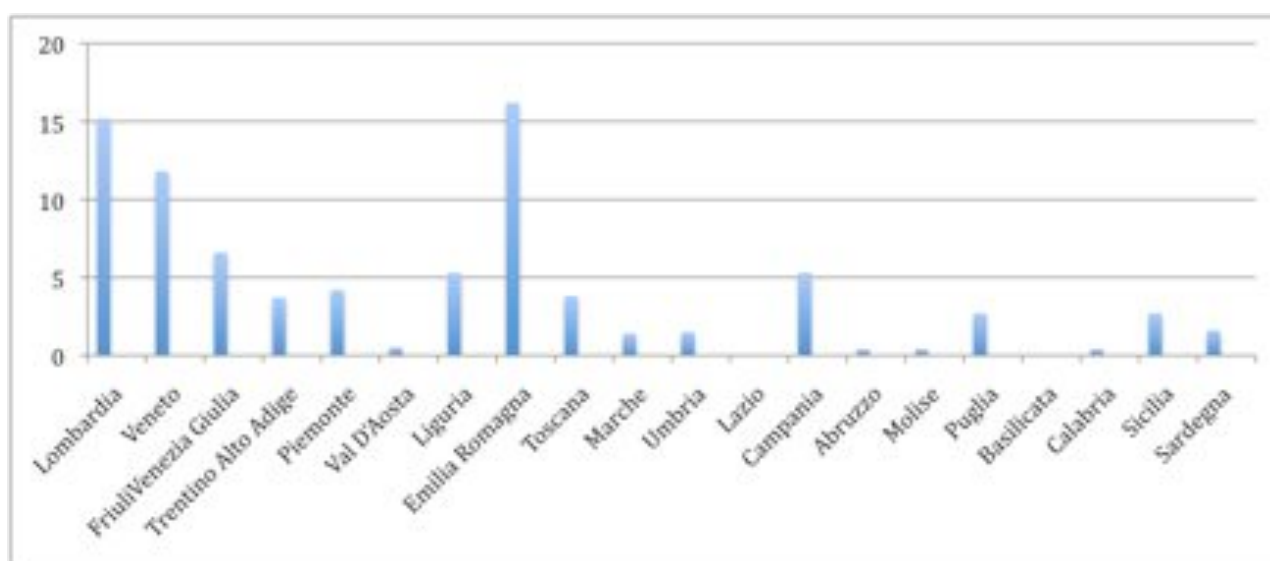
Campione: 347 colleghi

Sondaggio effettuato con piattaforma Survey Monkey

Media anni di professione: 16,7 anni

Regioni: Percentuali del campione per regione

- Lombardia 15,2
- Veneto 11,8
- Friuli Venezia Giulia 6,6
- Trentino Alto Adige 3,7
- Piemonte 4,2
- Val D'Aosta 0,5
- Liguria 5,3
- Emilia Romagna 16,2
- Toscana 3,8
- Marche 1,4
- Umbria 1,5
- Lazio 16,3
- Campania 5,3
- Abruzzo 0,4
- Molise 0,4
- Puglia 2,7
- Basilicata 0
- Calabria 0,4
- Sicilia 2,7
- Sardegna 1,6



La chirurgia estetica in Italia

Quante delle seguenti procedure chirurgiche **hai** eseguito nel 2011?

Answer Options	Response Average	Response Total	
Addominooplastica	7,61	2.603	
Blefaroplastica (quando viene effettuata una blefaroplastica superiore ed inferiore in un'unica seduta operatoria, bisogna segnare 2 procedure effettuate)	23,75	8.121	
Mastoplastica additiva con protesi tonde	15,25	5.216	
Mastoplastica additiva con protesi anatomiche	17,79	6.084	
Mastopexia	16,74	5.672	
Mastoplastica riduttiva (Qualsiasi tecnica)	9,58	3.276	
Gliedoplastica additiva	0,45	155	
Gliedopexia	0,39	32	
Malaroplastica con protesi	0,75	256	
Mentoplastica con protesi	1,08	371	
Lifting del viso	5,04	1.724	
Lifting della fronte	1,08	371	
Treatmento chirurgico della Ginecomastia	4,45	1.523	
Trapianto di capelli	2,16	738	
Aumento delle labbra (tecniche senza utilizzare materiale iniettabile)	0,87	299	
Liposuzione (Ogni regione anatomica, va considerata come 1 procedura)	30,02	10.267	
Body lift	0,46	158	
Otoplastica	5,54	1.894	
Rinoplastica	16,12	5.538	
Lifting interno cosce	1,92	655	
Lifting della braccio	1,42	486	
Ringiovanimento vaginale	1,56	533	
answered question			347
skipped question			12



La chirurgia estetica in Italia

Quante delle seguenti procedure non chirurgiche **hai** effettuato nel 2011?

Answer Options	Response Average	Response Total	Response Count
Materiali iniettabili	132,65	45.907	347
Grasso autologo	12,96	4.493	347
Tossina botulinica di tipo A	116,71	40.304	347
Calcio idrossapatite	13,15	4.558	347
Acido ialuronico	135,38	46.909	347
Acido polilattico	2,89	1.003	347
Filler permanenti	0,33	30	347
Altri tipi di filler	0,33	31	347
answered question			347
skipped question			12

La chirurgia estetica in Italia

Quante delle seguenti altre procedure hai effettuato nel 2011?

Answer Options	Response Average	Response Total	Response Count
Iniezione di sostanze lipolitiche	9,54	3.398	347
Liposuzione	2,28	781	347
Laser-depilazione	35,11	13.374	347
Trattamento laser dei capillari e delle varicosità degli arti inferiori	10,67	3.650	347
Aumento del seno	24	82	347
Sciostereapia	7,53	2.604	347
answered question			347
skipped question			12

La chirurgia estetica in Italia

Quante delle seguenti tecniche di ringiovanimento facciale hai effettuato nel 2011?

Answer Options	Response Average	Response Total	Response Count
Peeling chimico	15,60	6.703	347
Dermodermabrasione	2,11	720	347
Laser frazionale	19,18	6.559	347
Luce pulsata	24,81	8.485	347
Laser Resurfacing	4,63	1.584	347
Microdermabrasione	1,64	561	347
Trattamenti non invasivi per lassità cutanee	15,97	5.481	347
answered question			347
skipped question			12

Hai effettuato altre procedure non comprese in questa lista, nel 2011?

Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	35,8%	123
No	65,3%	224
answered question		347
skipped question		12

Hai effettuato altre procedure non comprese in questa lista, nel 2011?

Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	35,8%	123
No	65,3%	224
answered question		347
skipped question		12

Qual'è la tua percentuale di pazienti maschili?

Answer Options	Response Percent	Response Count
1%	8,4%	
3%	14,7%	
5%	9,5%	
7%	9,5%	
10%	20,3%	
20%	15,8%	
Oltre 20%	15,8%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Hai in vigore una polizza per Responsabilità Civile Professionale?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Si	95,8%	328
No	4,2%	19
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Se sì, con quale compagnia?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
La Mianese	27,4%	
Zurich	20,5%	
Altro	43,2%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Sei soddisfatto delle condizioni della tua polizza RC Professionale?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Soddisfatto	28,4%	
Moderatamente soddisfatto	36,8%	
Moderatamente insoddisfatto	10,5%	
Insoddisfatto	24,2%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Hai aperto sinistri con la tua polizza RC Professionale nell'anno 2011? (Ti ricordiamo che le risposte sono assolutamente riservate)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì, uno	0,5%	
Sì, più di uno	3,2%	
No	87,4%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
La pratichi in (scrivi una percentuale):		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Clinica	52,6%	
Day Hospital o Day Surgery	25,3%	
Ambulatorio Chirurgico	22,1%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Per gli interventi di medicina estetica, fai firmare sempre il consenso informato?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	55,8%	
No	45,3%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Hai mai effettuato un trattamento di medicina estetica con tossina botulinica in minori di 18 anni nel 2011?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	1.1%	4
No	98.9%	343
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Hai mai effettuato una liposuzione in minori di 18 anni nel 2011?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	3.2%	11
No	96.8%	336
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Hai mai effettuato una mastoplastica additiva per fini estetici in pazienti minori di 18 anni nel 2011?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Sì	2.1%	7
No	97.9%	340
answered question		347
skipped question		12

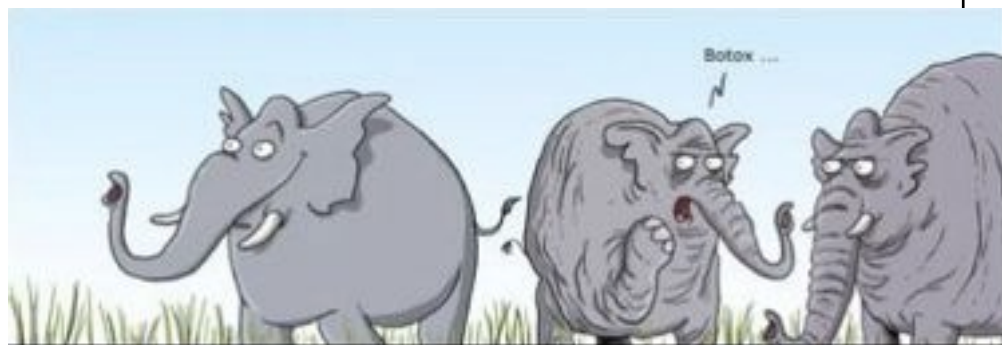
La chirurgia estetica in Italia		
Approssimativamente, come è cambiata ed in che percentuale, la tua attività chirurgica nel 2011?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Non è cambiata	15.8%	
E' diminuita più del 50%	9.5%	
E' diminuita del 26-50%	11.6%	
E' diminuita del 16-25%	16.8%	
E' diminuita del 11-15%	7.4%	
E' diminuita del 6-10%	6.3%	
E' diminuita del 1-5%	4.2%	
E' aumentata del 1-5%	3.2%	
E' aumentata del 6-10%	7.4%	
E' aumentata del 11-15%	7.4%	
E' aumentata del 16-25%	7.4%	
E' aumentata del 26-50%	3.2%	
E' aumentata più del 50%	0.0%	
answered question		347
skipped question		12

La chirurgia estetica in Italia		
Approssimativamente, come sono cambiate ed in che percentuale, le tue procedure non chirurgiche nel 2011?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Non sono cambiate	25.3%	
Sono diminuite più del 50%	3.2%	
Sono diminuite del 26-50%	5.3%	
Sono diminuite 16-25%	3.2%	
Sono diminuite 11-15%	6.3%	
Sono diminuite 6-10%	4.2%	
Sono diminuite 1-5%	0.3%	
Sono aumentate del 1-5%	2.1%	
Sono aumentate del 6-10%	10.5%	
Sono aumentate del 11-15%	13.7%	
Sono aumentate del 16-25%	12.6%	
Sono aumentate del 26-50%	5.3%	
Sono aumentate più del 50%	2.1%	
answered question		347
skipped question		12

Tossina botulinica: news da Massimo Signorini

Caro Giovanni,

sono stato venerdì 24 e sabato 25 u.s. a Francoforte ospite del congresso annuale della Deutsche Gesellschaft für Aesthetische Botulinumtoxin-Therapie, detta comunemente DGBT.



Questa società è nata cinque anni fa con il preciso scopo di creare un interlocutore forte ed autorevole per dialogare con i media, capace di contrastare l'immagine totalmente negativa della tossina botulinica che i media stessi comunicavano al grande pubblico. A quell'epoca infatti, in Germania, i giornalisti erano fortemente critici nei confronti del farmaco in campo estetico.

In pochi anni la società ha raccolto centinaia di iscritti, ha organizzato sistematicamente corsi di teaching di livello elementare ed avanzato, vincendo rapidamente la concorrenza dei moltissimi corsi già esistenti sul tema, ha organizzato un congresso annuale di alto livello, e ha creato un sito informativo per i medici, i pazienti e i media di grande efficacia comunicativa. Tutto ciò è stato coordinato da un manipolo di medici entusiasti del proprio lavoro, ma anche stupefatti di essere accusati di avvelenamento pubblico e di subire di conseguenza danni significativi nella professione. Visita il loro sito: www.dgbt.de.

La DGBT si finanzia con le quote di iscrizione annuale dei propri associati (100 euro), con gli utili del congresso (che sono ingenti, considera che ogni iscritto paga puntualmente la propria quota di 250 euro se socio DGBT e di 450 euro se non socio, e che gli espositori a Francoforte erano circa una trentina), nonché con le iscrizioni ai corsi di teaching elementare ed avanzato, offerti a circa 1300 euro l'uno. Per quanto riguarda questi ultimi, sappi che malgrado la quota non proprio economica l'attuale lista di attesa per l'iscrizione supera le 300 persone.

In aggiunta al finanziamento che deriva dalle precedenti voci, la DGBT riceve in modo del tutto legale e trasparente dei grants non indifferenti dalle aziende farmaceutiche o produttrici di apparecchiature elettromedicali in campo estetico. Malgrado questi grants, mantiene comunque una totale indipendenza e un atteggiamento di assoluta imparzialità nei confronti dei suoi sponsors.

Per statuto, la DGBT non è una società a scopo di lucro e non può quindi distribuire utili in alcun modo. Poiché il loro bilancio è fortemente attivo, tanto che attualmente hanno persino difficoltà ad impiegare i soldi che hanno in cassa, hanno potuto investire molto in questi anni nei canali di comunicazione a tutti i livelli, producendo un'inversione di tendenza molto significativa nell'atteggiamento dei media. Inoltre, è una società aperta a tutti i laureati in Medicina e Chirurgia. Ne sono invece esclusi gli odontoiatri.

Considerando la nostra situazione italiana, penso che una simile iniziativa potrebbe risultare davvero molto utile anche da noi (solo poche sere fa, ad esempio, il TG5 delle ore 20 ha trasmesso un servizio in cui lo speaker affermava che il botulino al volto, tolta la zona gabbellare per il quale è autorizzato, può provocare danni “gravissimi e talora permanenti”...(sic!). Ho quindi avuto un incontro con il Presidente della DGBT, Boris Sommer, e con il Segretario Generale, Dorothee Bergfeld (entrambi Dermatologi), cui ho chiesto quanto segue, dopo aver spiegato loro la situazione italiana:

- Disponibilità a fornirci il loro know-how per organizzare una DGBT nostrana
- Disponibilità ad un gemellaggio con loro (immagina quanta più autorevolezza si avrebbe con l'avvallo dei tedeschi...

La risposta è stata ancor più positiva di quanto sperassi: se lo desideriamo, e a condizione che si mantenga lo status di società indipendente dall'Industria e non a scopo di lucro, ci mettono a disposizione anche (con facoltà di modifica) il loro statuto e la struttura del loro sito web, dobbiamo solo preoccuparci di tradurli in Italiano. Ovviamente, hanno anche un'apertura totale ed anzi entusiasta per eventuali iniziative scientifiche congiunte in futuro...

Da ultimo, e questa è stata forse la parte meno scontata, ho spiegato loro cosa sia l'AICPE e perché è nata, nonché i risultati sorprendenti che ha raggiunto in pochi mesi. Ho chiesto loro di confermare l'appoggio qualora l'ipotetico “Gruppo Italiano Botulino Estetico” afferisca all'apparato organizzativo dell'AICPE. Anche in questo caso la risposta è stata affermativa, malgrado in Germania non corra proprio buon sangue tra i Plastici e tutti gli altri (Dermatologi, Medici Estetici, ecc..), ma ad una condizione: poiché scopo della DGBT è quello di promuovere il più possibile la buona immagine della tossina botulinica, e poiché loro ritengono che sia funzionale a questo fine la più alta educazione specifica di tutti gli operatori medici autorizzati (tolti gli odontoiatri), raccomandano che anche da noi non vi siano preclusioni tra coloro che desiderino aderire. In altre parole, lo scopo della loro società non è solo quello di divulgare notizie scientifiche confortanti che contrastino le notizie terroristiche dei giornalisti, ma anche di promuovere senza corporativismi il buon uso del farmaco attraverso un rigoroso programma di educazione aperto a tutti gli aventi diritto. Personalmente, ritengo corretta questa posizione.

Quale consulente di Allergan, ho anche avuto un breve colloquio con il Dr. La Magna, che mi conferma che la sua Società vedrebbe con favore l'iniziativa e sarebbe pronta a dare una mano. Non ho contattato né Merz né Galderma, con cui non ho rapporti, ma penso che anche loro potrebbero avere vedute simili.

Ti chiedo quindi, quale presidente dell'AICPE, di considerare l'utilità e la fattibilità della proposta, e di volerla trasmettere, se il tuo parere è favorevole, anche al comitato direttivo per la sua approvazione. Se sarà accolta, ti pregherò di contattare il Presidente della DGBT Sommer, che già è avvertito, per l'avvio ufficiale dell'iniziativa.

Un caro saluto,

Massimo Signorini



Diritto della Sanità:

La consegna al paziente dei documenti sanitari è un obbligo

Tribunale Foggia 20 settembre 2011

Il tema è uno di quelli che si pone più frequentemente in sanità: il paziente si fa curare, per qualsiasi motivo non è contento e decide di cambiare sanitario e chiede la documentazione sanitaria.

Domanda: il sanitario è tenuto o meno a consegnare tale documentazione? La decisione del Tribunale di Foggia riguarda un odontoiatra, ma reputo che il principio giuridico possa trovare applicazione per tutte le altre branche. Il caso è molto comune: un odontoiatra viene citato in giudizio da una paziente perché insoddisfatto dei risultati: tra i profili sollevati in causa vi è anche l'illiceità del rifiuto di restituire alla paziente i documenti sanitari, alcuni consegnati dalla paziente stessa all'inizio delle cure, altri redatti dal dentista stesso.

Il Tribunale di Foggia, con sentenza citata ha dato ragione alla paziente in forza dell'art. 2235 c.c. - Divieto di Ritenzione che così sancisce: Il prestatore d'opera non può ritenere le cose e i documenti ricevuti, se non per il periodo strettamente necessario alla tutela dei propri diritti secondo le leggi professionali. Trascorso tale periodo, ha affermato il Tribunale, la richiesta del cliente deve essere soddisfatta. Nel caso concreto, visto che il rapporto di cura era già stato interrotto, la paziente aveva tutto il diritto di vedersi restituire i documenti sanitari che la riguardavano e non c'era motivo perché il dentista si rifiutasse di consegnarli. Vi è poi un epilogo economico: per il suo comportamento ingiustificato, il professionista è stato condannato a pagare 9.000 euro di risarcimento per danno non patrimoniale, oltre alle spese di giudizio.

E' lecito per un professionista fare pubblicità relativa allo sconto applicato agli onorari delle prestazioni erogate?

Sentenza TAR Umbria n. 374/2011

Un interessante tema affrontato dal TAR Umbria con la sentenza 374/2011 relativo alla applicazione del Decreto Bersani circa lo sconto effettuato dai notai e pubblicizzato alla popolazione. La controversia nasce da una delibera del Consiglio Notarile di Perugia con la quale, allo scopo di porre un freno alla "progressiva diffusione di fenomeni di reclutamento di lavoro attraverso "la pratica dello sconto" accompagnata dalla sbrigatività (a dir poco) delle prestazioni" ha ritenuto che "la sistematica riduzione degli onorari fissati dalla tariffa elaborata dal Consiglio per le prestazioni pubbliche costituisce un'ipotesi di illecita concorrenza sanzionabile ai sensi dell'art. 147 legge notarile"; con l'obiettivo poi di verificare l'ampiezza del fenomeno veniva stabilito che: - l'obbligo di trasmissione dei preventivi alla segreteria del Consiglio; - l'obbligo entro il 31 marzo di inviare sempre alla segreteria del Consiglio copia della dichiarazione IVA relativa all'anno precedente (II); - l'obbligo di inviare semestralmente il repertorio degli atti; tale decisione del Consiglio del Notariato viene impugnata da due notai di Perugia che sostengono: a) la non sussistenza di un potere generalizzato del Consiglio sui Repertori b) l'illegittimità della previsione dello sconto come concorrenza sleale. Il Tar ha dato ragione ai due notai. I giudici infatti hanno evidenziato che i Collegi notarili hanno un potere di controllo sui comportamenti dei notai e questi ultimi hanno un obbligo di collaborazione e comunicazione; ma il nodo della questione sta nella finalità per il cui perseguimento vengono imposti gli specifici obblighi di comunicazione. Ebbene, nel caso in esame, la finalità, esplicitata, è quella di accertare (per poter eventualmente sanzionare) se, da parte di chi ed in quali circostanze, si sia verificata la "sistematica riduzione degli onorari fissati nella tariffa", nella convinzione che essa "costituisce un'ipotesi di concorrenza illecita sanzionabile ai sensi dell'art. 147 l.n.". Tenuto però conto dei contenuti della intervenuta legge 248/2006 (decreto Bersani) e dell'abrogazione delle tariffe (affermata anche dalla Corte di Cassazione III, 15 aprile 2008, n. 9878 e 18 marzo 2008, n. 7274), lo sconto effettuato sulle tariffe non può più configurare ipotesi di concorrenza sleale. Inoltre i giudici, per rafforzare la loro tesi, hanno altresì richiamato in sentenza la Manovra di agosto 2011 - DL 138/2011 il quale all'art. 3, comma 8 dispone che "Le restrizioni in materia di accesso ed esercizio delle attività economiche previste dall'ordinamento vigente sono abrogate quattro mesi dopo l'entrata in vigore del presente decreto", laddove, ai sensi del successivo comma 9, "Il termine "restrizione", ai sensi del comma 8, comprende: (...)h) l'imposizione di prezzi minimi o commissioni per la fornitura di beni o servizi, indipendentemente dalla determinazione, diretta o indiretta, mediante l'applicazione di un coefficiente di profitto o di altro calcolo su base percentuale; (...)". Pertanto ormai abrogata ogni disposizione sull'inderogabilità dei minimi tariffari, non può ritenersi più legittima l'affermazione, contenuta nelle premesse della deliberazione del Consiglio Notarile, secondo cui "la sistematica riduzione degli onorari fissati nella tariffa elaborata dal Consiglio per le prestazioni pubbliche costituisce un'ipotesi di illecita concorrenza sanzionabile ai sensi dell'art. 147 l.n.".

LETTERA APERTA AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO PROF. MARIO MONTI

by Costantino Corsini

Egregio Presidente, in questi mesi stiamo assistendo ad un tentativo di rilanciare l'economia del nostro Bel Paese. Vorremmo con queste poche righe sottoporle alcune nostre considerazioni nel campo delle strutture sanitarie.

La strada dell'inferno è lastricata di buone intenzioni. In Italia si assiste ad un proliferare di norme e regole che con l'intento di garantire la sicurezza dei pazienti (cosa encomiabile e da ricercare) in realtà agiscono molto poco nel campo della sicurezza ma producono un grande aumento dei costi. Accade quindi che, non rimanendo competitiva, una attività finisca per "delocalizzarsi". Delocalizzazione è un bel termine molto altisonante che nasconde la fuga all'estero di professionisti e, soprattutto, di clientela. Ovviamente la clientela finisce per alimentare un turismo sanitario verso paesi più o meno vicini che offrono sia prezzi competitivi ma anche delle complicazioni spesso molto gravi e che portano a ripercussioni sulla sanità del paese di origine. Tralasciamo l'aspetto economico che comunque non è indifferente: pensiamo a quanti soldi lo Stato ha speso per preparare validi chirurghi che poi emigrano verso l'estero. Oppure facciamo due conti su quanto del nostro povero PIL migri verso l'estero senza produrre ricchezza e lavoro nel nostro stato. Ma limitiamoci (per ora) a fare due valutazioni esclusivamente sulla sicurezza e sulla salute dei pazienti.

Prendiamo il caso del NDM-1 (Superbatterio - New Delhi metallo-beta-lactamase)

Si tratta di un gene in grado di sintetizzare un enzima che può trasferirsi tra diversi batteri determinando una speciale resistenza ai carbapenemi, una classe di antibiotici considerata l'ultimo baluardo contro i microrganismi resistenti. Questi superbatteri, resistenti pertanto agli antibiotici beta-lattamici, possono provocare polmoniti, setticemie e infezioni varie difficili da trattare. I mezzi per difendersi da questo superbatterio sono pochi, principalmente la colistina. Fino ad oggi

sono stati segnalati un centinaio di casi di infezione da NDM-1 in tutta Europa. Sono stati colpiti 13 Paesi, tra cui Francia, Italia, Germania e Spagna, e ci sono stati finora sette morti. Due terzi dei casi si sono verificati in Gran Bretagna e la maggior parte è associata a cure mediche o a viaggi nel subcontinente indiano per chirurgia estetica. Questo è il risultato finale di questo turismo sanitario. La mortalità è stata infinitamente superiore a quella ipotizzabile nei paesi occidentali. Ma la coscienza è a posto, l'infezione se la sono presa in un altro paese. Purtroppo non solo il "viaggiatore" è stato colpito (e questo sarebbe già grave) ma abbiamo importato un meccanismo che inficia la validità di gran parte degli antibiotici. Così, mentre gli ambulatori italiani sono sommersi da carte ed incombenza, per la maggior parte utili solo a far lievitare i costi, gli italiani pazienti vanno a farsi operare in condizioni da terzo modo ammalandosi, morendo ed importando malattie. Forse sarebbe necessaria una riflessione sul sistema.



Sei appena tornato da un Congresso, un Meeting, un Corso, in Italia o all'Estero?

Scrivi un Report e mandalo a segreteria.aicpe@gmail.com

Sarà un servizio utile per tutti



FATTORI DI CRESCITA PIASTRINICI AUTOLOGHI DI UTILIZZO AMBULATORIALE: I PROFILI LEGALI

a cura dell'Avv. STEFANO FIORENTINO

Allo stato attuale è tecnicamente possibile, per ciascun chirurgo plastico o medico estetico, la preparazione ambulatoriale di concentrati piastrinici attraverso appositi macchinari, regolarmente dotati di marcatura CE, in grado di centrifugare il sangue prelevato dal paziente e di separare in modo completamente autonomo la parte plasmatica ricca di piastrine a disposizione del medico per l'utilizzo terapeutico autologo.

Dalla parte del sangue così frazionata, si ottiene sia il gel piastrinico sia la colla di fibrina, usata in chirurgia per il suo elevato potere adesivo ed emostatico.

Un grosso vantaggio della procedura è quello di ottenere il prodotto finale prelevando al paziente una quantità di sangue molto limitata.

La domanda che spesso ci si pone è: sono procedure legali o no?

Per rispondere correttamente alla domanda è necessario, a mio avviso, partire non dagli aspetti giuridici della questione ma dagli aspetti pratici, chiedendoci quale attività compie di fatto il medico utilizzatore e quali caratteristiche specifiche abbia la stessa.

Iniziamo da alcune definizioni molto importanti.

Emocomponenti, non emoderivati. Primo aspetto da sottolineare è che la preparazione di gel piastrinici o di colla di fibrina non si configura come produzione di derivati dal sangue, bensì come frazionamento con mezzi semplici e/o fisici del sangue stesso, al fine di ottenere emocomponenti.

Sicurezza. Sia la colla di fibrina sia il gel piastrinico sono emocomponenti sicuri, che non veicolano infezioni, non interagiscono con altri farmaci e si preparano velocemente. L'unico rischio, nel caso di donatore autologo, deriva da eventuali *malpractices* nel sistema di preparazione o da mancanza di sterilità dello stesso.

Utilizzo. Nel caso in esame il gel piastrinico ha un'indicazione terapeutica topica e quindi al di fuori della classica somministrazione infusionale/trasfusionale.

Preparazione. Manipolazione minima. La preparazione dei concentrati piastrinici avviene senza dubbio con mezzi fisici semplici.

Le norme di riferimento. L'attuale quadro normativo italiano sul sangue (legge 219/2005 e decreto legislativo 261/2007) riserva tendenzialmente ai Servizi Trasfusionali competenti per territorio le attività inerenti la manipolazione del sangue, a prescindere dall'uso (autologo o omologo) e senza tener conto delle quantità impiegate.

Una distinzione assolutamente importante per rispondere al quesito di cui sopra, è tuttavia contenuta nella normativa che recepisce la direttiva comunitaria in materia (d.lgs. 261/2007), la quale specificamente distingue tra:

-l'utilizzo del sangue *in via infusione/trasfusione*, attività la cui procedura è interamente di competenza, senza esclusione alcuna, del Servizio trasfusionale;

-l'utilizzo *non infusione/trasfusione* (tra cui rientra all'evidenza l'utilizzo topico che qui rileva), ipotesi nella quale al Servizio Trasfusionale sono riservate in via esclusiva le attività relative alla raccolta e al controllo del sangue e degli emocomponenti e non anche quelle della lavorazione, conservazione, distribuzione e assegnazione.

La possibilità di lavorazione dell'emocomponente "a remoto". La nuova normativa sembra effettuare, conseguentemente, un'apertura alla possibilità che, limitatamente all'uso topico, la lavorazione dell'emocomponente possa anche essere effettuata al di fuori del Servizio Trasfusionale.

L'uso del condizionale è tuttavia d'obbligo ove si consideri che se l'uso della centrifuga presso l'ambulatorio del medico non incontra più i limiti di legge, tutta la fase preparatoria (prelievo ematico, controllo del campione e tracciabilità) rimangono pur sempre di competenza del Servizio trasfusionale, al quale il medico specialista dovrebbe rivolgersi per ottenere il relativo servizio.

Le convenzioni. Lo strumento per richiedere al Servizio Trasfusionale tale attività, prevista dalla legge, è sicuramente quello della convenzione, argomento di cui tratteremo, assieme a molti altri, nelle pagine di questa newsletter.

A presto.



Le News di Alessandro Casadei

AMAMI, CHIRURGO RIFIUTA DI OPERARE UN PAZIENTE CHE AVEVA DENUNCIATO UN COLLEGA

Dalla medicina difensiva alla "medicina evitativa"

"Come Amami ha più volte predetto, se la legge non ci metterà al riparo dai danni conseguenti alle denunce infondate di malpractice, i **medici, impauriti, si asterranno dall'operare cittadini 'non urgenti'**". Categorico il presidente Maurizio Maggiorotti, che continua "come avevamo previsto, in questo clima da caccia alle streghe -alimentato da campagne pubblicitarie che incitano a citare i medici in giudizio- i colleghi hanno iniziato a rifiutare gli interventi dei pazienti 'a rischio-denuncia'". Un esempio lampante di ciò è stato dato da Stefano Bottari, primario chirurgo a Roma, che ha deciso di non operare un paziente in elezione (non urgente) che aveva denunciato un medico. "La persona è venuta a farsi visitare - ha spiegato Bottari - per un intervento riparatore a seguito di un'operazione, a detta dello stesso, 'riuscita male'. Con un atteggiamento rivendicativo ha presentato il caso come 'esempio di malasania'. In questo contesto poco rassicurante, - ha aggiunto il prof. Bottari - **non mi sono trovato nella condizione di serenità giusta per il compimento di un intervento chirurgico. Mi sentivo in tensione e in pericolo per l'eventualità di essere esposto anche io e la struttura nella quale opero a ritorsioni legali. La chirurgia - ha sottolineato ancora Bottari - deve essere affrontata con la mente libera e con il giusto stato d'animo, e non con la paura di essere denunciati. E' necessario un rapporto di totale fiducia tra medico e paziente perchè lo stato di paura del chirurgo mette a rischio la buona riuscita dell'intervento. Diventa quindi un obbligo rifiutare l'operazione per proteggere il paziente**". I professionisti hanno sempre più paura di ricevere danni di immagine ed economici da una denuncia, anche se priva di fondamento, perchè, con le attuali norme, **determina la disdetta da parte dell'assicurazione**. Ricaduta che potrebbe essere pesante sui medici, dal momento che il DPR 138 del 13 agosto 2011 rende obbligatoria la copertura assicurativa professionale e ciò **li porterebbe ad essere dei fuorilegge**.

FINE DEL DPS

Dal Comunicato stampa del [Consiglio dei Ministri n. 12 del 27/01/2012](#) che riporta:

"8. PRIVACY – eliminato l'obbligo di predisporre e aggiornare il documento programmatico sulla sicurezza (DPS) che, oltre a non essere previsto tra le misure di sicurezza richieste dalla Direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, rappresenta un adempimento meramente superfluo. Restano comunque ferme le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. Il risparmio stimato per le PMI è di circa 313 milioni di euro all'anno."

Pertanto addio al Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)

Infatti in questo modo il "Decreto semplificazioni" approvato dal Governo Monti nel Consiglio dei Ministri n.12 del 27/01/2012 elimina l'obbligo di predisporre e aggiornare il documento programmatico sulla sicurezza (DPS); restando comunque ferme le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente.

Il provvedimento è in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

RESPONSABILITA' PER MANCATA VERIFICA PERIODICA ALL'IMPIANTO DI MESSA A TERRA

CORTE DI CASSAZIONE: con Sentenza n. 45329 del 6 dicembre 2011 la Corte di Cassazione, Sezione Terza Penale, rigetta il ricorso del titolare di un centro estetico e di benessere ritenuto responsabile per aver omesso di sottoporre l'impianto elettrico di messa a terra a verifica periodica quinquennale, ai sensi del D.P.R. 462/2001.

Nella Sentenza 45329/2011 si riporta:

*E' orientamento di questa Corte che "le condotte previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 2001, n. 462, articolo 2 (divieto di messa in esercizio degli impianti elettrici di messa a terra e dei dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche, prima della verifica eseguita dall'installatore), già contemplate dal Decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547, articoli 40 e 328, espressamente abrogati dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 462 del 2001, articolo 9, comma 1, lettera a), **continuano a essere penalmente sanzionate** dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 547 del 1955, articolo 389, lettera c), applicabile alla nuova fattispecie per effetto del richiamo contenuto nel citato Decreto del Presidente della Repubblica, articolo 9, comma 2, atteso il rapporto di continuità normativa tra il Decreto del Presidente della Repubblica n. 462 del 2001, articolo 2 e le disposizioni abrogate"*

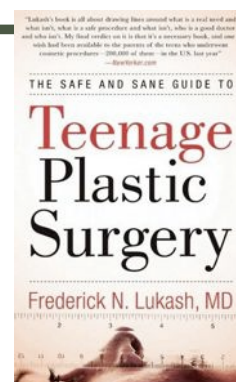
From [Medscape Pediatrics](#)

Teens and Elective Cosmetic Surgery

An Expert Commentary on Real-World Scenarios

Sherrell J. Aston, MD; Robert L. Findling, MD, MBA; Laurie Scudder, DNP, PNP

Robert L. Findling, MD, MBA, Professor of Psychiatry and Pediatrics at Case Western Reserve University and Director of Child & Adolescent Psychiatry at Rainbow Babies & Children's Hospital, presented the mental health perspective. Sherrell J. Aston, MD, Professor of Surgery in the Department of Plastic Surgery at New York University School of Medicine and Chairman, Department of Plastic Surgery, Manhattan Eye, Ear and Throat Institute of Lenox Hill Hospital provided input from the surgeon's perspective. The participants also discussed some cases that, although hypothetical, represent real-world scenarios.



Medscape: Appearance is important to all of us -- none more so than teens, who are often uncomfortable with their evolving bodies. Perceived flaws do not only diminish a teen's self-image but can affect his or her social interactions, leading to difficulties in school, withdrawal, or aggression. Teens sometimes have valid cosmetic conditions that may benefit from plastic surgery.

Child and adolescent cosmetic surgery is not new, but the topic has come to the forefront as a result of recent media attention. A major factor in consideration is the fact that the patient is still growing, both physically and emotionally. The decision requires input and agreement from both the child and the parent. What are the very first factors that a clinician should consider when approached about cosmetic concerns by either a patient or a family member?

Dr. Findling: It's important to understand the psychological effects of the cosmetic concern. Certainly, there are issues where cosmetic issues could clearly affect a youngster's emotional well-being. However, there are cases where the degree of the effect of a more modest cosmetic concern on the psychological state of the patient may be less clear. Along the same line, there are times when a patient may express negative emotional sequelae about a perceived flaw, and that cosmetic concern is not even readily apparent.

Simply put, discrepancies can exist between the magnitude of the visible cosmetic concern and the expressed emotional distress associated with it. Appreciating this disconnect can be quite important. This is because such disconnects can lead to unrealistic expectations about the degree to which a surgical procedure might improve a youngster's well-being. Certainly, when the discrepancy between the emotional concern and the physical manifestations are apparent, an understanding of such disconnects can be pivotal.

According to current psychiatric nosology, there is a condition known as body dysmorphic disorder. Patients with this condition may be inordinately distressed by or preoccupied with a minor or even nonexistent cosmetic concern. I should point out that body dysmorphic disorder should be differentiated from developmentally expected body image concerns.

Dr. Aston: First, it is important for the plastic surgeon to determine that the teenager, not the parents or boyfriend or girlfriend, is initiating the request for the cosmetic procedure. The surgeon must determine that the patient has reached a level of physical maturity and that further growth is unlikely to occur. The surgeon must also decide whether the patient's anticipated surgical result is appropriate and consistent with their anatomy, and whether the patients anticipated change in their life is realistic. The surgeon needs to determine that the teenager has realistic requests and goals, as well as sufficient emotional maturity to understand the nature of their requested surgical procedure, the potential problems, the recovery process, and the anticipated long-term results.

Medscape: You both referred to the importance of determining whether the teen's desire for a cosmetic change is realistic. Dr. Findling voiced concern that the magnitude of the perceived flaw may be less significant than the teen believes it to be; Dr. Aston noted the importance of determining whether the desired change is achievable. Recognizing that there is a degree of subjectivity to these assessments, what are the metrics that can be used to evaluate both the degree of distress and the desired change on the part of the teen? Are there strategies that should be implemented in the primary care arena -- where many teens and families will begin this process -- that can assist providers in making a determination as to which child and family can and should be referred for follow-up, whether by a cosmetic practitioner or a mental health provider?

Dr. Findling: From the emotional and psychological perspective, several strategies should be considered.

1. Identify the cosmetic concern and try to gauge the subjective degree to which the cosmetic concern is "atypical." This assessment applies to both the youngster and the guardian. Compare this concern with that of the "typical" child and family -- recognizing, of course, that there is a wide range of "normal" and that a cosmetic issue that may cause great concern for one teen may be acceptable to another. That same range of perspectives applies to parents.
2. Try to assess the magnitude of distress due to the physical concern.
3. Try to assess the sequelae associated with the distress due to the cosmetic concern.
4. Attempt to identify how the youngster's life might change due to the cosmetic surgery. Is the expectation reasonable or rational?

Although there certainly is a subjective quality to this, physicians, particularly those who are familiar with working with teens, can help identify thoughts, beliefs, and ideas that would raise red flags.

Dr. Aston: Dr. Findling and I are saying the same thing, just in different words. It boils down to the individual cases. I've operated on several thousand teenagers and can't remember a case where there was a postoperative psychological problem. In general, teenagers just want to correct their area of concern and get on with life. Teens, or adults, who are emotionally immature or have unrealistic expectations should not have surgery.

Assicurazione Professionale by Sergio Chiusuri

L'indagine assicurativa relativa ai Soci Aicpe può considerarsi virtualmente conclusa.

Riepilogo di seguito i dati più rilevanti e alcune considerazioni sulle prospettive future.

Dati Statistici

a) Compagnie di Assicurazione

Compagnie di Assicurazione operanti: 12

Milanese e Zurich rappresentano circa il 70% del mercato

a-1) Condizioni Generali di Assicurazione generalmente applicate: Sistema "Claim Made" - Scoperto 10% con il massimo di € 25.000,00 - Franchigia Fissa € 5.000,00 - Garanzia pregressa 5/10 anni - Garanzia Postuma a richiesta - Disdizionalità del contratto - Valutazione del questionario informativo ai fini della determinazione del premio

b) Campione statistico

Numero di medici (liberi professionisti) coinvolti nell'indagine: 235

Numero di medici che hanno risposto in maniera completa: 141

Percentuale di interviste valide (comprensive di tutti i dati richiesti): 60%

c) Periodo di indagine

10 anni, dal 01/01/2001 al 31/12/2011

d) Premi

Premio medio rilevato (comprensivo di imposta del 22,25%): € 5.200,00

Premio minimo rilevato (comprensivo di imposta del 22,25%): € 1.000,00

Premio massimo rilevato (comprensivo di imposta del 22,25%): € 14.700,00

e) Sinistri

Numero sinistri liquidati nel periodo: 86

Totale sinistri liquidati nel periodo: € 1.159.500

Media sinistro liquidato: € 9.351,21

Numero sinistri pendenti nel periodo: 119

Totale sinistri pendenti nel periodo: € 8.772.072

Media sinistro pendente: € 70.742,51

Media sinistro pendente (depurata da importi non liquidabili, vedi sotto): € 46.403,96

Media sinistri per medico nel periodo considerato: 1,45

Nota: su 7 medici (il 5% del campione intervistato) ricade l'85% dei sinistri pendenti pari a € 7.484.000,00.

Di questo importo € 3.250.000 non verranno comunque coperti dalle Compagnie di Assicurazione in quanto il massimale assicurato è inferiore all'importo della richiesta di risarcimento.

f) Interventi Chirurgici

Totale interventi chirurgici annui effettuati dal campione intervistato: 13.887

Totale interventi chirurgici nel periodo considerato effettuati dal campione intervistato: 138.870

Media interventi chirurgici annui effettuati dal campione intervistato: 98

Totale interventi chirurgici nel periodo considerato effettuati dal singolo medico intervistato: 980

Incidenza percentuale sinistri su interventi nel periodo considerato: 0,14%

g) Rapporto sinistri a premi

Se consideriamo a carico del periodo considerato i sinistri liquidati e aggiungiamo per intero i sinistri pendenti otteniamo il seguente risultato:

Totale costi x sinistri nel periodo: € 6.681.572,00

Se consideriamo a carico del periodo considerato l'ultimo premio medio rilevato otteniamo il seguente risultato:

Totale premi incassati lordi nel periodo: € 7.332.000,00

Totale premi incassati netti nel periodo: € 5.997.546,00 (depurati da imposte del 22,25%)

Pertanto il rapporto sinistri a premi risulta essere: 111,40%

h) Rapporto costi a premi

Da un punto di vista industriale i costi gravanti sulle imprese di assicurazione relativi alla distribuzione, agli oneri amministrativi e alle spese legali e peritali ammontano a circa il 30% dei premi incassati:

Totale costi industriali nel periodo: € 1.799.264,00

Pertanto: Costi industriali + sinistri nel periodo: € 8.480.836,00

Rapporto (Costi+Sinistri)/ Premi nel periodo: 141%

i) Valutazioni sui premi

Premio medio netto di assicurazione a pareggio: € 6.000,00

Premio medio lordo di assicurazione a pareggio: € 7.335,00

Volendo considerare un Utile del 10% della Compagnia di Assicurazione:

Premio medio lordo di assicurazione: € 8.070,00

i) Valutazioni sugli interventi chirurgici

Il costo medio assicurativo per ogni intervento chirurgico è stato nell'ultimo decennio pari a € 61,00 netti, ovvero € 75,00 comprensivi di imposta.

Considerazioni

Alla luce dei dati statistici raccolti si possono trarre le seguenti conclusioni:

Nei prossimi mesi, a seguito della probabile ed imminente entrata in vigore dell'obbligo di copertura assicurativa per tutti i professionisti, si assisterà

a una cosiddetta "riforma di portafoglio" da parte delle Compagnie di Assicurazione.

Tale azione porterà, in sintesi, ad un incremento dei premi e ad una contrazione delle garanzie.

In realtà ciò si sta già verificando, i Lloyd's hanno disdetto l'intero portafoglio, la Zurich assume rischi solamente in

Cross Selling su coloro che sono

già clienti del Gruppo e in assenza di sinistri, preferibilmente giovani assicurati, Assicurazioni Generali ha incrementato la tariffa del 50% a fine anno,

Assicuratrice Milanese predilige i giovani assicurati e impone un massimale di € 1.500.000 a un premio di € 7.400,00

agli altri. Di questo passo è

presumibile che il premio medio si ponga tra € 10.000,00 e € 15.000,00 entro due anni.

Nella realtà dei fatti i problemi più rilevanti da risolvere sono i seguenti:

1. La disgregazione assicurativa della categoria, infatti solo aggregando un elevato numero di professionisti sarà possibile ottenere le

migliorie contrattuali sotto indicate a premi simili a quelli attuali.

2. Migliore definizione del processo liquidativo della Compagnia di Assicurazione che dovrà agire con tempestività, professionalità e in

comune accordo con il medico coinvolto al fine anche di stroncare sul nascere quelle che sono richieste di risarcimento pretestuose.

3. Abbattimento dei costi di distribuzione e delle spese legali e peritali.

Allo stesso tempo si dovrà prendere atto che non sarà mai possibile trovare un interlocutore assicurativo disposto a lavorare in perdita e sarà quindi

necessario trovare strumenti condivisi di gestione del rischio.

Aspetti migliorabili relativi alle Condizioni di Assicurazione:

Premio Base € 6.000,00

Eliminazione dello Scoperto 10%

Eliminazione o abbattimento a € 1.000,00 della Franchigia

Garanzia Pregressa Decennale

Non disdizibilità quinquennale

Questionario a titolo informativo

Garanzia Postuma prevista contrattualmente

Mediazione Civile

Protocollo di Intesa Solidale

Partecipazione di un Team di chirurghi alla valutazione medico legale dei sinistri e alla quantificazione degli stessi

Proposte

Esiste la concreta necessità di allargare la platea dei potenziali fruitori di servizi assicurativi di elevato standard qualitativo, a tal fine propongo di:

1. inviare la stessa mail inviata ai soci Aicpe a tutti i Chirurghi Plastici italiani pubblicizzando l'attività dell'Aicpe e coinvolgendo anche loro nell'indagine statistica.

2. creare un centro di consulenza gratuita che assista il medico in caso di necessità o problematiche assicurative (il 12% degli intervistati è attualmente senza copertura).

3. Sottoporre ai Vostri Soci, in occasione del Vostro prossimo Meeting a Villa Bella, una serie di possibili soluzioni alla problematica assicurativa.

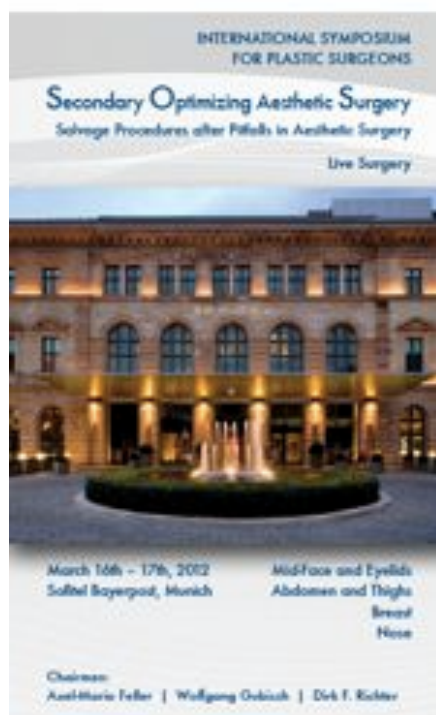


Un Odontoiatra che fa la medicina estetica, avvelena anche te: digli di smettere!!!

Perchè gli odontoiatri fanno il nostro lavoro? Cominciamo tutti a salvaguardare la nostra professione: sui nostri siti internet, mettiamo in bella evidenza questo messaggio, insieme al logo AICPE:

sarà come una goccia che piano piano scava la pietra.

I nostri pazienti impareranno a chi rivolgersi per avere le migliori garanzie!!!



CHARITY: Questo spazio rappresenta per noi tutti un luogo d'incontro su quelle che sono le nostre esperienze individuali nel campo assistenziale ed umanitario. Offrire un aiuto, una presenza, un supporto economico, una prestazione d'opera è un qualcosa che ci fa sentire utili e, di conseguenza, appagati. Condividere queste esperienze, che molti di noi hanno in uno spazio molto privato del proprio cuore, può rappresentare per tutti un momento importante di stima reciproca ma anche di crescita collettiva, al pari di quella scientifica che è alla base della costituzione dell'AICPE. Ben vengano, dunque, nel nostro progetto "Charity" tutte le iniziative dei nostri soci che, a qualsiasi livello, sono impegnati in attività di beneficenza, continuando quel percorso iniziato qualche anno fa dal nostro attuale segretario (Gandolfi) quando ci propose di acquistare le cravatte con il logo CLP, devolvendo il ricavato ad un gruppo di famiglie indigenti. Oggi siamo fieri di indossare quelle cravatte, che rafforzano il nostro spirito di gruppo e segnano l'inizio di un nostro percorso comune. Un bell'inizio.

Claudio Bernardi

P.S. Il 16 marzo partirò insieme a Costantino Davide (socio AICPE) per la missione di due settimane all'Hopital S.Jean de Dieu di Afagnan, Togo.



CHARITY: Missione Afagnan by Marco Stabile

Dopo l'esperienza dello scorso anno condivisa con il Dott Claudio Bernardi che mi ha aperto gli occhi sulla realtà sanitaria africana, dal 30 dicembre 2011 al 15 gennaio 2012 ho completato la mia seconda missione umanitaria di Chirurgia Plastica in Togo presso l'Ospedale di Afagnan. Durante queste due settimane, coadiuvato dal Dott Gianni Ventriglia e dal Dott Boileau Roland, abbiamo eseguito 48 interventi chirurgici.



Le patologie più frequenti sono state le ustioni, anche di grave estensione, la patologia marformativa del volto (labbro leporino) le perdite di sostanza post traumatiche, le ulcere croniche ed i tumori cutanei. Ho trattato 4 pazienti affetti da adamantinoma (3 della mandibola ed 1 della mascella) molto frequenti in quell'area geografica.

Abbiamo provveduto durante la missione a dare una formazione di base con aspetti di chirurgia plastica ai chirurghi locali e al personale paramedico.

E' stata ancora una volta un'esperienza molto gratificante che auspico si possa ripetere nel futuro.

CHARITY: MISSIONE ETIOPIA by Barbara Topan

Ottobre 2011: aeroporto di Venezia. Destinazione Etiopia

Sono anni che viaggio in tenda per Africa ed Amazzonia e che cerco l'opportunità di vivere un'esperienza umana e professionale diversa. Trovare un'associazione umanitaria genuina in cui credere non è stato facile. Poi scopro che il dr. Chiarelli, primario della Chirurgia Plastica Pediatrica di Padova, è il presidente di una piccola associazione chiamata Help For Life, che opera in Africa.



Contatto il dr. Chiarelli, mi espone questo progetto socio-sanitario in Etiopia e quindi parto, più per vedere come funzionava, quanta verità ci fosse e quanto effettivamente veniva fatto... e sono tornata con l'entusiasmo ritrovato di medico e di essere umano.

Siamo partiti in 12 persone tra medici, ostetriche, un commercialista ed un fotografo, ognuno con due valige, una per gli effetti personali ed una zeppa di farmaci. Destinazione: 4 villaggi dell'Etiopia. Giunti ad Addis Abeba in aeroporto abbiamo rischiato il sequestro dei farmaci... Abbiamo dichiarato che erano tutti ad uso personale! E così siamo passati oltre.

La notte del primo giorno abbiamo dormito in un convitto di suore. Il mattino successivo, con un mini-pulmino abbiamo percorso 5 ore di sterrato per raggiungere il primo villaggio in programma nella missione (Emdibir – Maganasse) e nostro campo base.

A Maganasse c'è un piccolo gruppo di suore francescane (4 elementi) che girano con il loro fuoristrada tra i villaggi limitrofi (vorrebbero tanto una moto che consentisse loro di arrivare ovunque nel territorio anche durante la stagione delle piogge) e che gestiscono un ambulatorio, dove ogni mattina viene visitata una quantità enorme di persone, adulti, bambini, donne gravide. In tale struttura (tipicamente africana: guanti in lattice monouso non sterili, 1 paio per tutta la mattina lavandoli semplicemente con acqua e sapone dopo ogni visita) abbiamo affiancato le infermiere nelle visite dando il nostro umile contributo di medici, ma soprattutto imparando da loro riguardo a diagnosi e terapia di malaria, tracoma oculare, tubercolosi, parassitosi intestinale di tutti i tipi, infezioni cutanee, neonati pretermine o con paresi da parto e molto altro. Un mattino è arrivato un papà con un bimbo di tre settimane nato da parto gemellare, avvolto in uno straccio decisamente non fresco di bucato... Il padre era preoccupato perché il piccolo non mangiava. Il bimbo era così magro e raggrinzito che sembrava un cucciolo di scimmia... Nel nostro gruppo c'era una pediatra che ha diagnosticato un probabile ab-ingestis da meconio. Il bimbo era in fin di vita, non respirava ma aveva gli occhi luminosi, vivi! Suor Luciana, una delle veterane del posto, ha caricato papà e bambino nel fuoristrada e lo ha portato nell'ospedale più vicino (Ospedale di Attat a 3 ore di sterrato), nella speranza che potessero intubarlo... Di quel bimbo non abbiamo avuto notizie (secondo me ne è venuto fuori!).

Nei giorni successivi siamo stati portati negli altri 3 villaggi (Burat, Getche, Zizencho) in programma e durante il tragitto nel fuoristrada (in 10 o 11 tutti 'vicini vicini') abbiamo visto scuole ed opere che tale associazione sta contribuendo a costruire (come l'acquedotto 'a caduta', senza pompe o necessità di manutenzione... una vera genialità, o come le scuole elementari dove si insegna l'alfabeto, ma soprattutto ad usare il sapone per lavarsi e si offre un pasto nutriente al bambino). In queste regioni molto lontane dalla civiltà la popolazione vive in estrema semplicità e serenità. Si è rafforzata in me ancor più l'idea che queste parti dell'Africa vadano lasciate così come sono, che il nostro contributo deve essere marginale anche se importante, può dare una migliore qualità e dignità di vita, ma non possiamo e non dobbiamo 'snaturare' il loro modo di vivere, perché altrimenti lì non potrebbero più sopravvivere. Nel rispetto di questo modo di pensare gli interlocutori africani di Help For Life (i volontari che risiedono lì) stanno insegnando alla popolazione la coltivazione di un orto accanto alla capanna (la terra in quella zona è molto fertile) per migliorare la loro alimentazione, che attualmente è principalmente basata su una fibra povera di sostanze nutritive estratta da una di piccola palma, da cui, previa cottura, la gente ricava una specie di pane povero e puzzolente.

Chiunque può fare qualcosa ed in quella missione essere un chirurgo plastico non serve, basta l'essere umano. A chi accarezza l'idea di provarci... VAI! E' come riconoscere una sfera ancestrale del nostro io, ritorni alle origini con emozioni dolorose, di impotenza, e di ineluttabilità, ma tutto è semplice, sereno, facile e 'naturale'.

Cose che non ci piacciono!!!



Ci vuole tempo per apprezzare le cose



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

PROGRAMMA DEL CORSO

I incontro: Anatomia, Psicologia, Comunicazione, Marketing. Ortodonzia funzionale ed estetica. Anatomia del distretto oro-facciale. Armonia dento-facciale. Estetica del viso e del sorriso: determinanti morfologiche. Estetica del viso e del sorriso: implicazioni psicologiche e relazionali. Valutazione clinica del volto e degli inestetismi. Management dello studio odontoiatrico-medico estetico.

II incontro: Principi e tecniche della Medicina Estetica. Implantologia ed Odontoiatria estetica. La Medicina Estetica. La visita in Medicina estetica. Correlazioni tra Medicina estetica e Odontoiatria. Invecchiamento generale ed invecchiamento cutaneo. Il check-up cutaneo. Tessuto connettivo ed acido ialuronico. Tecniche di biostimolazione, biorivitalizzazione e terapia cellulare. Implantologia ed implantoprotesi dei settori anteriori.

III incontro: Ringiovanimento del volto. Protocolli ambulatoriali, materiali, tecniche e tecnologie innovative. Inestetismi cutanei e trattamenti clinici ambulatoriali. Peeling, filler, tossina botulinica ed autologous growth factor. Odontoiatria estetica conservativa e restaurativa.

IV incontro: Hi tech in odontoiatria e medicina estetica. Protocolli ambulatoriali, materiali, tecniche e tecnologie innovative. Diagnosi e trattamento degli inestetismi dei tessuti cutanei del volto. Nuove tecnologie: lo stato dell'arte. Laser e Skin resurfacing. Protocolli integrati e sinergie tecnologiche. Water peel, radiofrequenza, ultrasuoni, infrarossi. Cosmetica dentale laser assistita: tecniche di sbiancamento dentale ambulatoriale.

V incontro: Medicina estetica naturale. Ausili cosmeceutici e metodiche complementari nel trattamento degli inestetismi del volto. La prescrizione cosmetologica. Ausili cosmeceutici. Elettroporazione cutanea. Ossigeno terapia del volto e massaggio endorfinico.

VI incontro: Responsabilità medico-legale in odontoiatria e medicina estetica. Interventi su pazienti e discussione di casi clinici.

PREREQUISITI PER L'AMMISSIONE

Al Corso sono ammessi i Laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria, i Laureati in Medicina e Chirurgia. La quota di iscrizione è di 2.000,00 Euro.

La pelle è tra gli organi più complessi e più competenti dal punto di vista immunologico: un odontoiatra con un corso o un master può sentirsi autorizzato a fare un laser resurfacing!!!!

Ufficio legale AICPE (Consulenza ed assistenza a favore degli associati)

Diritto Penale

Studio Avv. Primicerj & Palazzo, Via Silvio Pellico 16 - Roma - tel. 06 37512094
antonella.primicerj<romastudiodfm@tiscali.it>

Diritto Civile e Amministrativo

Studio Avv. Scoccini & Associati

Roma - Via G.B. Vico, 31 tel. 06 3242958 (INFO@SCOCCINISTUDIO.IT)

Bruxelles - Rue du Commerce, 124 tel (322) 2307422

Focus on: Chirurgia estetica on line *by Claudio Bernardi*

Web e medicina

Social network e gamification: qualcosa sta cambiando in medicina

Il reclutamento di pazienti per la ricerca sanitaria con metodi tradizionali è diventato più costoso e impegnativo negli ultimi decenni. A contenere i costi ci pensa Internet, almeno secondo l'esperienza raccontata dai ricercatori Royal Melbourne Hospital in Australia che nel 2010 hanno messo un **annuncio su Facebook** invitando i naviganti a prender parte a uno studio. Risultato? 551 donne hanno risposto all'invito, 426 delle quali hanno accettato di partecipare alla compilazione di un questionario per lo studio. Inoltre l'ampia distribuzione geografica e il profilo socio-economico dei partecipanti combaciava con la popolazione individuata come target. Costo dell'operazione di reclutamento? 20 dollari, ossia il costo della pubblicità su un social network: un'operazione decisamente costo-efficace e un'opportunità nuova per le modalità di reclutamento. Il successo dell'iniziativa avrà implicazioni future per la ricerca medica.



Il *New York Times* ha pubblicato lo scorso 4 febbraio un articolo su **HealthTap**, una start-up con sede a Palo Alto. Sul sito di HealthTap, gli utenti possono cercare qualsiasi consulenza medica, e i medici possono guadagnare riconoscimenti e stravaganti "premi" per ogni risposta data. Il servizio è gratuito, e i medici non vengono pagati, ma si impegnano in gare ludiche, guadagnando punti e scalando "livelli di reputazione". Oltre ai premi, il sito offre alcune funzionalità di social network. Il gioco pare funzionare: dalla data di creazione del sito (maggio 2010), sono 10.000 i medici registrati. Secondo Ron Gutman, amministratore delegato di HealthTap, "negli ospedali universitari o di grandi dimensioni, la reputazione di un medico è nota ai colleghi che lavorano con lui in quella sede. Su HealthTap la reputazione professionale è trasparente anche i pazienti e da altri colleghi". Ma non tutte le ciambelle nascono col buco. Un *disclaimer* a pie' di pagina delle pagine web interne cita che il sito "non fornisce un consiglio medici per la diagnosi o il trattamento", ma è difficile che per le stesse finalità del servizio tale impegno sia realmente rispettato. Il numero di caratteri disponibili per le risposte è di 400, una lunghezza spesso non sufficiente per fornire risposte di carattere medico. Peter W. Carmelo, presidente della American Medical Association, si dice preoccupato per l'uso di informazioni mediche on-line che dovrebbero "completare, non sostituire, la comunicazione tra un paziente e il medico". Inoltre, informazioni mediche date senza contestualizzazione e visita del paziente potrebbero rivelarsi più una minaccia per la salute dei pazienti che una risorsa.

Certo è che la scienza medica sta rispondendo alle sfide che la tecnologia web propone: l'obiettivo del prossimo futuro sarà comprendere quale sia l'uso migliore delle risorse disponibili. I modelli positivi non mancano: lo dimostra l'esperienza australiana. I medici stanno anche cominciando a vedere opportunità interessanti nella comunicazione on line, ma è necessario che la comunità scientifica aiuti a definire regole a vantaggio della corretta informazione e del miglioramento dell'assistenza.

Per approfondire segnaliamo qualche link:

[Web-Based Recruiting for Health Research Using a Social Networking Site: An Exploratory Study Advice for the Ill, and Points for the Doctors](#) (articolo del New York Times)

[Il sito di HealthTap](#)

[HealthTrust: A Social Network Approach for Retrieving Online Health Videos](#)

[Ethical Questions for Medical Professionalism in the Digital Age](#)

[Più tutele per utenti social network e blog su salute, arriva avvertenza di rischio](#)



MERCATINO DELL'USATO

Se avete attrezzature professionali da vendere, mandate una e mail a segreteria.aicpe@gmail.com con una foto dell'oggetto, la caratteristiche, le condizioni ed i vostri recapiti, e l'annuncio sarà pubblicato in questa rubrica.

L'angolo del buon umore

Questa storiella vale solo per i colleghi: le nostre colleghe sono troppo più intelligenti per trovarsi in una simile situazione....



La segretaria

tratta dalla rubrica LETTERE AL DIRETTORE del "CORRIERE DELLA SERA"

Perché sono contrario all'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori

Caro Direttore,
due settimane fa ho compiuto 42 anni.

La mattina del mio compleanno mi sono alzato ed ero un po' giù di morale. Sono andato a fare colazione sperando che mia moglie mi dicesse "Buon Compleanno!" e mi facesse una sorpresa dandomi un regalo. Invece mi ha detto solamente: "Buongiorno".

I miei figli si sono seduti a tavola e l'unica cosa che mi hanno detto è stata: "Abbiamo bisogno di un aumento della paghetta!". Così sono andato a lavorare ancora più depresso.

Appena entrato in ufficio, però, la mia segretaria (25enne e carina) mi è venuta incontro esclamando: "Buon Compleanno!".

Mi sono sentito subito meglio: per lo meno qualcuno se ne era ricordato!

Ho lavorato normalmente fino a mezzogiorno quando la segretaria mi ha chiamato proponendomi di andare a mangiare insieme; ho accettato dicendole che era la proposta migliore che potesse farmi. Abbiamo scelto un ristorante molto accogliente, abbiamo mangiato con calma e poi siamo andati da un'altra parte a bere un drink.

È stato tutto molto bello e mentre tornavamo in ufficio la segretaria mi ha detto: "Visto che oggi è un giorno speciale, perché anziché tornare subito al lavoro non andiamo a casa mia a rilassarci un po'?".

Le ho risposto allibito che era un'ottima idea.

Appena entrati nel suo appartamento, lei mi ha detto: "Se non le dispiace desidererei mettermi qualcosa di più comodo." Io le ho risposto che non c'era alcun problema... e così se ne è andata in camera sua.

Dopo tre minuti ne è uscita... con una grande torta di compleanno, seguita da mia moglie, dai miei figli e dai miei amici con i quali cantava in coro: "Tanti auguri a te, tanti auguri a te!", mentre io ero in piedi in mezzo al salotto, nudo, con addosso solo un paio di calzoncini corti.

Adesso mi dica:

Le sembra giusto che io non abbia la possibilità di licenziare quella testa di cazzo della mia segretaria?

Corsi, congressi, meetings & co.



SCIENTIFIC COMMITTEE :

- AUCLAIR Eric,
- DIMANTI Jean-Pierre,
- ROUF Michel,
- SEUNGER Romy,
- VOURI Charles.

FACULTY :

- APS Richard (France),
- ASHER Benjamin (France),
- BELAHOUARI Lakhdar (France),
- BIGGS Tom (USA),
- BLONDELL Philipp (Belgium),
- BOTTI Giovanni (Italy),
- BROWN Spencer (USA),
- CERKEZ Nazim (Turkey),
- CUNNINGHAM Bruce (USA),
- DEL VECCHIO Daniel (USA),
- DEMAR Henri (France),
- DEMANTI Jean-Pierre (France),
- FINCKENSTEIN Joachim (Allemagne),
- FLAGEUL Gérard (France),
- FOGU Alain (France),
- GILCHENSTEIN Julien (France),
- KHOURI Roger (USA),
- MOJALLALI Ali (France),
- RULLA Norbert (Allemagne),
- SAMPAIO GONÇALVES Joao Carlos (Brasil),
- SMARITTO Stéphane (France),
- SEUNGER Romy (France),
- TOTH Bryant (USA),
- VEBER Michael (France),
- YUJOUZ Yves-Gerard (France),
- YOSHIMURA Kokiyo (Japan).

www.SOFCEP.org

Laboratorio di esperienze
in Medicina e Chirurgia Estetica

Corso Avanzato – Tavola Rotonda – Chirurgia in diretta

Procedure correttive mediche e chirurgiche del
TERZO MEDIO DEL VOLTO
METODI A CONFRONTO

Direttore del Corso: Dr Luca Siliprandi

13-14 Aprile 2012

16 Crediti ECM - Provider n. 875

SEDE: Clinica Cittàgiardino - Via F. Piccoli n. 6 Padova

Con il patrocinio di AICPE

Per informazioni ed iscrizioni: Sistema Congressi 049 651699 www.sistemacongressi.com

1° Corso teorico-pratico di
TECNOLOGIE
LASER e BIOMEDICHE
AVANZATE IN MEDICINA E
CHIRURGIA ESTETICA"Clinica Laser"
Perugia

19-20-21 Gennaio 2012

9-10-11 Febbraio 2012

21-22-23 Giugno 2012

Per pubblicare l'annuncio di un corso, congresso, meeting, ecc, scrivere a segreteria.aicpe@gmail.com ed allegare locandina

Per le Aziende

Le Aziende che fossero interessate alla pubblicità su AICPE-NEWS, possono contattare segreteria.aicpe@gmail.com



9/11 marzo 2012

SIDEC 2012

Meeting di Dermatologia, Chirurgia e Medicina Estetica - Roma

9-11 marzo 2012

1st ISPRES MEETING on PLASTIC REGENERATIVE SURGERY

Roma

13-14 aprile 2012

Procedure correttive mediche e chirurgiche terzo medio del volto

Clinica Cittàgiardino - Padova

25-27 maggio 2012

1° Meeting AICPE: Mastoplastiche

Villa Bella - Salò (BS)

1-3 giugno 2012

Corso ISAPS Como

21-23 giugno 2012

Corso teorico pratico Tecnologie Laser e Biomediche Avanzate in Medicina e Chirurgia Estetica

Clinica Laser - Perugia

22-23 giugno 2012

XXV SOFCEP Meeting - Parigi



PER ISCRIVERSI ALL'AICPE, SCRIVETE A segreteria.aicpe@gmail.com, RICHIEDETE IL FORM D'ISCRIZIONE, COMPILATELO ED INVIATE ALLO STESSO INDIRIZZO, CORREDATO DEL VOSTRO CURRICULUM.

IL CONSIGLIO VALUTERÀ LA COERENZA DEI REQUISITI DEL CANDIDATO CON I PRINCIPI STATUTARI, E, SUCCESSIVAMENTE VI VERRANNO COMUNICATE LE MODALITÀ DI PAGAMENTO

Perchè iscriversi?

I vantaggi sono quelli di far parte di una comunità con uguali interessi e problemi, l'opportunità di risolverli insieme, avere strumenti comuni (ufficio stampa, ufficio legale, sito internet), l'opportunità di avere come organo ufficiale una rivista internazionale, una newsletter dedicata a noi, l'occasione di dibattere, confrontarsi, di vivere insieme la nostra professione.

UN NETWORK PER NOI E PER I NOSTRI PAZIENTI.

Ci sono mille motivi per iscriversi, perchè ci sono mille vantaggi!

