



# Numero Speciale 2° Meeting AICPE

**Contiene Programma Definitivo**

**14-15-16 Marzo 2014  
Grand Hotel Baglioni  
Firenze**



info: [www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)  
e mail: [segreteria.aicpe@gmail.com](mailto:segreteria.aicpe@gmail.com)



## II° Meeting AICPE

Chirurgia Estetica: una realtà in continua evoluzione



### 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*

**IL SITO AICPE E' ON LINE**

**[WWW.AICPE.ORG](http://WWW.AICPE.ORG)**

**LINKATE I VOSTRI  
SITI CON IL SITO  
AICPE!!!**

**INSERITE IL LOGO  
AICPE SUI VOSTRI  
SITI!!!**

# 2° Meeting AICPE

## Chirurgia Estetica: una realtà in continua evoluzione

### Firenze 14-15-16 marzo 2014

Grand Hotel Baglioni



Grazie al contributo di:

AMSEE® - FIRENZE

ADVANCED®  
medical aesthetic solutions

ALFIO BARDOLLA  
TRAINING COMPANY

ALLERGAN

ALTAIR  
SYSTEM  
Dispositivi Medicali

AM. Medica S.r.l.

APIRA  
Medical

bi-medica

BioSkin Italia S.r.l.

Bontempi®  
Chirurgische Instrumente

IMAGING EXCELLENCE FROM  
CANFIELD

CLINIKA®

esforax  
italia S.r.l.

GALDERMA  
Committed to the future  
of dermatology

GenoaMed  
aesthetics

GIMIV  
ADVANCED TECHNOLOGY FOR AESTHETICS

GuidaEstetica.it

LASERING  
Medical Laser

EMMECI  
Quattro  
www.emmeciquattro.com

MEDICAL  
SYSTEMS  
ITALIA

MENTOR®  
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

MR  
DEVICES  
dispositivimedici

Tulip®  
MEDICAL  
PRODUCTS  
www.tulipitalia.it

OR  
ORLICOM  
OPTICOM

PICCIN

nm  
lab  
web & brand communication  
www.norolab.it

Palomar  
technolux  
LEADER MONDIALE NEI LASER MEDICALI

TEOXANE  
ITALIA

VEDISE Hospital  
Improving Life

VER SAN®  
dafne s.r.l.

MyCli  
your age



## ***PROGRAMMA CONGRESSO NAZIONALE AICPE***

***“Chirurgia Estetica: una realtà in continua evoluzione”  
- 14-15-16 Marzo 2014, Grand Hotel Baglioni Firenze -***

### **VENERDI'14 Marzo**

#### **8,30-11,30 WORKSHOP PRE-CONGRESSUALI**

8,30-9,30 Technolux – dott.ssa Rosalba Russo:

[Il lifting invisibile: Il](#) nuovo trattamento con fili riassorbibili in polilattico

9,30-10,30 Apira Medical – dott. Daniele Spirito:

**Mastoprotesi:** Canoni 2014 (Nuovo protocollo terapeutico per la contrazione capsulare)

10,30-11,30 MC4 – dott. Mario Pelle Ceravolo:

**Le protesi in poliuretano:** perché usarle, quando usarle, come usarle.

#### **11,30 INIZIO CONGRESSO**

#### **11,30-11,40 SALUTO DEL PRESIDENTE**

#### **11,40-20,20 COMUNICAZIONI A TEMA**

#### **11,40-13,50 L'ADDOMINOPLASTICA**

**Cerbero:** Mario Pelle Ceravolo

**Moderatore:** Gianfranco Bernabei **Provocatore:** Luca Siliprandi

Progetto e marking cutaneo nell'addominoplastica (predeterminare posizione e andamento della cicatrice)  
Luca Siliprandi

ADDOMINOPLASTICA CON RESEZIONE IN BLOCCO  
Domenico Riitano

Utilizzo delle suture a tensione progressiva nella addominoplastica  
Gianluca Campiglio

Addominoplastica reverse, indicazioni e tecnica.  
Flavio Saccomanno

#### **DISCUSSIONE**

**Ricostruzione dell'ombelico in addominoplastica: una nuova tecnica.**  
Casadei Alessandro

**CICATRICE ED AREA SOVRAPUBICA NEL RISULTATO DELL'ADDOMINOPLASTICA**  
Roberto Melone

**ADDOMINOPLASTICHE IN PAZIENTI CON MODESTA FLACCIDITA' CUTANEA**  
Andrea Paci

**Torsoplastica circonferenziale: Pianificazione e Trattamento per il ripristino estetico e funzionale del tronco**  
Paolo Vittorini

**La torsoplastica circonferenziale**  
Gian Luca Gatti

## **DISCUSSIONE**

**CORREZIONE CHIRURGICA DELLA LIPODISTROFIA E PTOSI PUBICA NEL GRANDE OBESO.**  
Stefano Marianelli

**Analisi di 325 casi di addominoplastica eseguita simultaneamente all'intervento bariatrico per via laparotomica**  
Vincenzo Colabianchi

**Addominoplastica in pazienti post chirurgia bariatrica**  
Ivan La Rusca

**COME MIGLIORARE L'ADDOMINOPLASTICA NEGLI EX GRANDI OBESI ESITO DI CHIRURGIA BARIATRICA**  
Roberto Bracaglia

**Trattamento di lombocole recidivante post-chirurgia spinale con matrice dermica acellulare: case report.**  
Alessandro Casadei

## **DISCUSSIONE**

**13,50 – 14,30 LIGHT LUNCH**

**14,30 - 16,15 LA LIPOASPIRAZIONE**

**Cerbero: Giovanni Botti**

**Moderatore: Eugenio Gandolfi Provocatore: Paolo Santanchè**

**LIPOASPIRAZIONE E ADDOMINOPLASTICA COMBinate: un tabù da superare**  
Luigi Izzo

**La liposuzione superficiale, concetti attuali**  
Paolo Gasperoni

**LA NUOVA LIPOSUZIONE: LIPOCULTURA NUTAZIONALE ULTRASONICA**  
Davide Tonini

**LIPOPLASTICA LASER ASSISTITA: UN'ALTERNATIVA ALLA MINI-LIPOADDOMINOPLASTICA**  
Susanna Polotto

**LIPOCULTURA LASER ASSISTITA (SLIM LIPO tm): HANNO SEMPRE SENSO LE LIPECTOMIE?**  
Nicola Roberto Pepe

**RIMODELLAMENTO CORPOREO Water Jet Assisted e lipofilling**

Marco Stabile

**DISCUSSIONE**

Dall'estetica alla Medicina Rigenerativa: un nuovo device (Lipogems®) permette di ottenere un tessuto adiposo microfratturato preservando interamente la nicchia vasculo-stromale. 3 anni di esperienza clinica.

Carlo Tremolada

**IL LIPOFILLING NELLA RICOSTRUZIONE MAMMARIA: NOSTRA ESPERIENZA**

Patrizio Cardone

Lipo Emulsione Sotto Cutanea – LESC: una metodica chirurgica innovativa per la eliminazione del grasso superfluo

Bruno Bovani

10 anni di tessuto adiposo: DAL LIPOFILLING al SEFFI (Superficial Enhanced Fluid Fat Injection). la nostra evoluzione nell'innesto del tessuto adiposo

Alessandro Gennai

**I "RETROSCENA" DELLA LIPOSUZIONE**

Patrizia Gilardino

**DISCUSSIONE****16,15-16,45 [COFFEE BREAK](#)****16,45 -18,30 LA RINOPLASTICA (1. a sessione )****Cerberò: Giovanni Botti****Moderatore: Flavio Saccomanno Provocatore: Dario Bertossi**

Limiti della via chiusa nella rinoplastica primaria.

Giuseppe Leopizzi

Limiti della via chiusa nella rinoplastica secondaria.

Giuseppe Leopizzi

La rinoplastica aperta e le linee estetiche del dorso nasale

Adriana Pozzi

**RINOPLASTICA APERTA E CHIUSA**

Giuseppe Gensini

Rinoplastica chiusa o aperta: perché uso entrambe e tecniche e in quali casi scelgo l'una o l'altra

Francesco Alia

**DISCUSSIONE**

La proiezione della punta: l'importanza di un approccio razionale per controllarla in modo stabile e prevedibile

Francesco Alia

La Tecnica di Goldman Modificata nel rimodellamento della Punta Nasale

Carmelo Martino

**RIMODELLAMENTO DELLA PUNTA MEDIANTE L'USO DEI PUNTI**

Giuseppe Gensini

**Il molaggio delle cartilagini alari: un metodo alternativo per rimodellarle**

Gianfranco Bernabei

**DISCUSSIONE****18,30 -20,20 LA RINOPLASTICA (2. a sessione )****Cerbero: Mario Pelle Ceravolo****Moderatore Giuseppe Leopizzi Provocatore Paolo Gottarelli****La punta nasale iper-proiettata: soluzioni differenti per problematiche differenti**

Sebastiano Sciuto

**SULL'USO DEGLI INNESTI CARTILAGINEI NELLA PUNTA O NEL DORSO NASALE**

Dario Bertossi

**Onlaytip grafts nella rinoplastica primaria. Una preziosa rifinitura.**

Carlo Grassi

**USO DI MATERIALI ETEROLOGHI**

Giuseppe Gensini

**NASO TORTO (POST TRAUMATICO)**

Dario Bertossi

**DISCUSSIONE****Il Naso con Narici asimmetriche**

Carmelo Martino

**La rinoplastica maschile: aspetti clinici, estetici e dettagli di tecnica**

Roberto D'Alessio

**UNA COMPLICANZA IMMEDIATA DOPO RINOPLASTICA TERZIARIA**

Andrea Paci

**Utilizzo dell'acido ialuronico per la correzione dei difetti del naso (rinofiller): può un trattamento di medicina estetica essere una reale alternativa all'intervento chirurgico?**

Luca Cravero

**Correzione dell'angolo nasolabiale con l'impianto di un filo elastico.**

Sergio Capurro

**DISCUSSIONE****SABATO 15 Marzo****08,30-11,00 SESSIONI "SPERANZE"**

Queste sessioni verranno orientate soprattutto a risolvere i dubbi dei meno esperti, ma potranno essere utili a tutti per un confronto e un aggiornamento. Dopo alcune comunicazioni a tema, due chirurghi "navigati" risponderanno alle domande dei più giovani.

**08,30 – 09,15 LA BLEFAROPLASTICA****Esperti: Giovanni Botti e Simone Grappolini**

La Palpebra Superiore nell'economia della Chirurgia dello Sguardo  
Francesco Romeo

Il Radiessie come filler per il trattamento della regione perioculare: tecnica, complicazioni e risultati.  
Francesco Bernardini

TRATTAMENTO DEL TEAR TROUGH CON PRODOTTO DEDICATO A BASE DI ACIDO JALURONICO.  
RAPPORTO PRELIMINARE A PROPOSITO DI 15 CASI  
Giovanni Brunelli

**DISCUSSIONE****I DUBBI DEI GIOVANI: Simona Gallo, Erminia Silvi      LE RISPOSTE DEGLI ESPERTI****09,15 – 10,00 IL FACE LIFT****Esperti: Mario Pelle Ceravolo e Carlo Gasperoni**

La lipostrutturazione nella deflazione maleare: una procedura isolata o associata ad un lifting  
Matteo Angelini

IL LIFTING nell'uomo CALVO  
Chiara Botti

I giovani e la chirurgia estetica oggi: una proposta per il lifting cervico-facciale  
G Colombo

**DISCUSSIONE****I DUBBI DEI GIOVANI: Marco Bomboi, Giovanni Giugliano      LE RISPOSTE  
DEGLI ESPERTI****10,00 – 11,00 LA MASTOPLASTICA ADDITIVA****Esperti: Alessandro Casadei e Elio Caccialanza**

UN ALGORITMO DECISIONALE NELLA MASTOPLASTICA ADDITIVA  
Carmelo Martino

La mastoplastica additiva: quale tipo di testurizzazione preferire. Caratteristiche tecniche a confronto.  
Stefano Rosso

La scelta della metodica per la risoluzione delle asimmetrie mammarie  
Roberto D'Alessio

Round block senza borsa di tabacco: accorgimenti per realizzare la sutura cutanea in un intervento con escissione cutanea  
periareolare senza borsa di tabacco e senza tensione sui margini  
Pietro Bellinva

ELABORAZIONE 3D NELLA MASTOPLASTICA ADDITIVA: non solo uno strumento di marketing, ma anche un aiuto  
alla programmazione  
Luigi Izzo

**DISCUSSIONE****I DUBBI DEI GIOVANI: Sergio Delfino, Paula Giordano Colpo LE RISPOSTE DEGLI ESPERTI**

11,00-11,30 **COFFEE BREAK**

**11,30-12,00 SESSIONI “NOSTALGIE”**

**Moderatori: Emanuele Bartoletti e Andrea Paci**

Mastoplastica additiva: Quello che facevo ed ora non faccio più.  
Antonio Di Vincenzo

Trattamento della SMAS: Cosa facevo e cosa faccio  
Giuseppe Leopizzi

LEMBO LATERALE DEL PLATISMA NEL FACE LIFTING: Cosa facevo e cosa faccio  
Flavio Saccomanno

**12,00-13,30 SESSIONE “IL COLOSSEO” (TAVOLA ROTONDA)****SPQR: Strenui Probantur Qui Resistunt**

In questa sessione i “centurioni” proporranno vari argomenti di chirurgia estetica su cui i “gladiatori” si confronteranno, con il contributo della platea.

**CENTURIONI:**

**Mario Pelle Ceravolo e Giovanni Botti**

**GLADIATORI:**

**Luca Siliprandi, Paolo Santanchè, Carlo Gasperoni, Giuseppe Gensini, Flavio Saccomanno, Pietro Lorenzetti, Roberto Bracaglia**

13,30-15,00 **LUNCH BREAK**

**15,00-17,00 SESSIONE “DOLORI”**

**Moderatori: Pier Luigi Gibelli e Pietro Lorenzetti**

**15,00- 15,45 BLEFAROPLASTICA: SCLERAL SHOW, ECTROPION E ALTRE COMPLICANZE**

L'occhio tondo: algoritmo chirurgico per un risultato ottimale  
Francesco Bernardini

Blefaroplastica: complicanze e soluzioni  
Giovanni Botti

Blefaroplastica: complicanze e soluzioni  
Mario Pelle Ceravolo

## 15,45-16,30 FACELIFTING . COMPLICANZE NERVOSE

Facelifting, complicanze nervose: come prevenirle come trattarle  
Flavio Saccomanno

Neuroaprassia della branca frontale del nervo facciale dopo Lifting Temporale endoscopico  
Paula Giordani Colpo

FACELift: complicanze e soluzioni  
Giovanni Botti

facelift: complicanze e soluzioni  
Mario Pelle Ceravolo

## 16,30-17,15 MASTOPLASTICA ADDITIVA: IL DOPPIO CONTORNO E ALTRE COMPLICANZE

“Double Bouble” dopo mastoplastica additiva. Come ho risolto questo caso.  
Claudio Bernardi

MASTOPLASTICA ADDITIVA: complicanze e soluzioni  
Giovanni Botti

MASTOPLASTICA ADDITIVA: complicanze e soluzioni  
Mario Pelle Ceravolo

## 17,15-17,45 [COFFEE BREAK](#)

## 17,45-20,00 [ASSEMBLEA AICPE](#)

Dalle 20,00 [CENA SOCIALE](#)

## DOMENICA 16 Marzo

## 8,00-8,45 [LASER E NUOVE TECNOLOGIE](#)

**Moderatori** Alvaro Pacifici ed Emanuele Bartoletti

IL SISTEMA HI TECH PIU' ATTUALE  
Lauro F.

Luce pulsata intensa (IPL) a doppia banda (verde ed infrarossa) confronto e superamento del dye laser.  
Nicola Roberto Pepe

MEGLIO UNA PIATTAFORMA O UN SISTEMA LASER  
De Angelis

Il Sistema laser più utilizzato  
Tretti Clementoni M

Ma che confusione, cosa devo prendere per il mio ambulatorio: un sistema laser, un sistema IPL, un sistema RF, una piattaforma o altro?  
Pacifici A

**8,45-10,00 VIDEO INTERATTIVI****Moderatori** Gianluca Campiglio e Pierfrancesco CirilloTECNICA MIVEL: video digitale didattico della tecnica

Alessandro Gennai

Trattamento chirurgico della ginecomastia: tecnica personale

Carlo Gasperoni

La rinoplastica chiusa

Carlo Gasperoni

La punta nasale lunga: quando il problema sembra insolubile

Sebastiano Sciuto

DISSEZIONI ANATOMICHE E CLINICHE SUL RINGIOVANIMENTO DEL COLLO

Mario Pelle Ceravolo

LIFTING cervico-MEDIO-FACCIALE

Giovanni Botti

Ipotrofia mammaria e ptosi: strategia chirurgica nell'associazione mastopessi e mastoplastica additiva

Claudio Bernardi

LA MASTOPLASTICA ADDITIVA VIA ASCELLARE

Flavio Saccomanno

**10,00-10,45 MEDICINA LEGALE****Moderatori** Marco Stabile e Luca Siliprandi**L'esperto :Avv. Fabio Blasi**Codice deontologico in chirurgia estetica: spesso i problemi medico-legali nascono da una mancanza di etica nei rapporti tra specialisti della nostra categoria. Case report

Vittorio Ruvolo

COME MIGLIORARE IL CONSENSO INFORMATO IN CHIRURGIA ESTETICA

Roberto Bracaglia

**10,00-10,45 IL TRUST****Moderatore:** Paolo Santanchè**Relatore:** Avv. Francesca Lupoi**11,00-11,30 OPEN COFFEE BREAK**

**11,15-12,00 PROBLEMATICA ASSICURATIVA****Moderatori: Pier Francesco Cirillo e Andrea Paci****L'Esperto: Carlo Marco Cervetti****12,00-13,15 PRESENTAZIONI LIBERE****Moderatori Claudio Bernardi e Felice Cardone**

Chirurgia estetica ambulatoriale: possibilità e limiti: considerazioni sulla chirurgia estetica ambulatoriale dopo lunga esperienza

**Pietro Bellinvia**

I FILI DI TRAZIONE MITO O REALTA'? LA NOSTRA ESPERIENZA

**Riccardo Forte**

Trattamento dei cedimenti cutanei del viso e del collo mediante fili elastici (Elasticum)

**Luca Cravero**

Le nuove suture riassorbibili Aptos nel ringiovanimento non invasivo del volto e del collo

**Guido Maria Maronati**

DISPOSITIVI PER L'APPROSSIMAZIONE TISSUTALE SENZA NODI – BIDIREZIONALI

**Francesco Romeo**

La gluteoplastica ecoguidata con protesi intramuscolare : studio su cadavere e applicazione clinica.

**Vittorio Ruvolo**

Introduzione alla Fleboterapia Rigenerativa Tridimensionale Ambulatoriale (TRAP)

**Sergio Capurro****13,15-13,45 ASSEMBLEA AICPE ONLUS****Moderatori Claudio Bernardi e Marco Stabile****13,45 CHIUSURA DEI LAVORI**

N.B. La funzione dei “cerberi” si limiterà al controllo dei tempi e dell’organizzazione.

**IL TEMPO MASSIMO PER OGNI RELAZIONE  
ACCETTATA E' DI 7 MINUTI, ALLO SCADERE DEL  
QUALE IL MICROFONO SI SPEGNERA'  
AUTOMATICAMENTE.**



**di Gio**

## Il tempo

“Come passa il tempo...” Quante volte tutti abbiamo pronunciato e abbiamo ascoltato questa frase! Quando da ragazzini sentivamo i nonni raccontare quanto fosse trascorsa in fretta la loro vita, ci sembrava quasi che ci prendessero in giro. Ma come? La nostra scorreva così lentamente! Per passare dai 13 ai 14 anni sembrava ci fosse voluto almeno un decennio, anche se le solite aride regole matematiche si opponevano alla nostra percezione. Attendevamo con ansia ogni piccolo cambiamento che ci facesse sembrare più vecchi: i maschi osservavano orgogliosamente quella ridicola peluria che finalmente iniziava a crescere sul labbro superiore, mentre le femmine tenevano d’occhio con falsa noncuranza il seno che iniziava finalmente a gonfiarsi. Ma per diventare grandi e far parte del fantastico mondo degli adulti, nel quale tutto sarebbe stato permesso senza vincoli e limitazioni, il tempo non passava mai. Poi ci si accorge che si trattava di un errore clamoroso. In verità il tempo sarebbe trascorso molto più rapidamente di quanto avessimo mai potuto immaginare e per quanto riguardava poi la libertà nel mondo degli adulti... che delusione! Ma quale assenza di vincoli? Ben presto ci saremmo resi conto dei compromessi da accettare e delle limitazioni cui avremmo dovuto assoggettarci nel corso di quella battaglia quotidiana chiamata vita. La verità è che tutti siamo schiavi di qualcosa. Chi delle proprie abitudini, chi delle eccessive esigenze del proprio io, chi di false necessità, chi di una famiglia in cui non aveva chiesto affatto di nascere, chi di una famiglia in cui aveva malauguratamente deciso di far parte.... Per fortuna ci sono anche moltissime cose positive. L’importante è vederle. E soprattutto non lasciarse sfuggire senza muovere un dito quando ti passano accanto. Ci vorrebbe un pizzico di egoismo... tutto dipende dal carattere e dall’educazione che si è ricevuta. Ma che c’entra tutto questo con la chirurgia estetica? Effettivamente poco, ma mi sto facendo prendere dall’entusiasmo di questo filo diretto con voi: i miei colleghi, i miei amici, quelli con cui ho condiviso per molti anni preoccupazioni ed entusiasmi, quelli che hanno aderito con convinzione a questa nuova Società, contribuendo a renderla grande e forte.

Arrivati a 60 anni come il sottoscritto, ci si può concedere finalmente di fermarsi un attimo a riflettere. E a volte si scopre che si stava correndo anche se non si era inseguiti da nessuno! Il tempo... Sì. I nonni avevano proprio ragione. Il tempo sarebbe passato in un baleno e ci avrebbe portato senza quasi rendercene conto sull’altra sponda del guado, in alcuni casi attraverso una serie di avventure più o meno emozionanti, in altri dopo aver trascorso anni piatti e noiosi, senza alcuno spunto degno di vero interesse. La nostra esistenza dipende molto da noi stessi, condizionati dal nostro carattere, ma anche dall’impegno che mettiamo nelle nostre scelte e certamente dalla fortuna. Ciò che conta è accettare le sfide, provare a impegnarsi in qualcosa che piace e cercare di ottenere il miglior risultato possibile. Ci vuole un po’ di “sale”, se no tutto diventa ripetitivo e ben poco stimolante, un’insulsa catena di montaggio. E questo grande e prezioso dono si può trasformare in una pesante condanna. In ogni caso è davvero sorprendente costatare quanto poco ci vuole per avvicinarsi all’estremità opposta della vita: davvero un soffio! I saggi ci spiegano che il passato non conta perché ormai non esiste più, così come il futuro perché ancora non esiste. Effettivamente ciò che è davvero importante è il presente. E invece troppo spesso tutti ci ostiniamo a non fare una cosa che vorremmo realizzare perché potremmo farla domani... e se domani non ci fosse? Non sappiamo quando sarà il nostro capolinea. Effettivamente l’unica cosa certa è quella che stiamo vivendo. Luoghi comuni? No, semplicemente il frutto dell’esperienza di qualsiasi essere umano pensante...

Perché questo lungo preambolo? Un po’ perché quando scrivo, mi piace riflettere e fantasticare e così divento irrimediabilmente prolisso. Scusatemi. Ormai mi conoscete... Un po’ perché anche la pur breve storia della nostra Associazione è trascorsa molto in fretta e ora mi ritrovo, quasi senza accorgermene (si fa per dire), a scrivere il mio ultimo editoriale da Presidente di AICPE. Non vi ho mai nascosto di aver accettato questo ruolo per “amor di patria”, convinto di non avere particolari meriti per rappresentare i chirurghi

plastici estetici italiani, né, soprattutto, di disporre del tempo libero necessario a curare gli interessi di tutti noi. Ma il tempo, in un modo o nell'altro, lo si può trovare e così, insieme a un manipolo di valorosi "combattenti per la libertà e la verità" siamo riusciti a costruire una realtà ormai ben consolidata, su cui pochi avrebbero scommesso. In altre occasioni ho già ricordato le minacciose previsioni di fallimento in pochi mesi fatte da chi inizialmente fu proprio responsabile dello scisma. "Vi ritroverete in quattro gatti e sarete costretti a chiedere di rientrare a testa china nella vecchia Società...". Costoro contavano sulla proverbiale codardia degli Italiani, sulla nostra abitudine secolare di fare i gradassi in assenza dei "potenti", per poi piegarci alla loro volontà per paura di ritorsioni, nonché sull'individualismo che ci caratterizza e che ci impedisce di porre i nostri interessi personali dopo quelli del gruppo. Questa volta però quei gufi si sono sbagliati completamente e, dopo due anni e mezzo dalla sua fondazione, AICPE è sempre più forte e da tempo ha oltrepassato i duecento membri, divenendo di fatto la più grossa società europea di Chirurgia Plastica Estetica. In questa sua pur breve storia la nostra Associazione ha già prodotto numerosissimi frutti, sia di carattere sindacale, che scientifico. Ha stretto importanti rapporti internazionali con le altre organizzazioni analoghe e ha partorito una branca che si occupa di aiutare concretamente chi ne ha bisogno (AICPEonlus). Si è dotata di servizi efficienti, dall'ufficio stampa, al sito Internet, dai consulenti legali a quelli assicurativi. Ha elaborato le famose linee guida, ha creato lo sportello di assistenza per i pazienti, è intervenuta per mantenere alto l'interesse dei media verso la nostra professione, ma sempre nell'ambito della correttezza e dell'onestà, che sono alla base del nostro statuto. Ha prodotto questo periodico, l'AICPEnews, la nostra voce. E' difficile riassumere in poche righe tutta l'attività dell'Associazione in questa sua pur breve vita. Vi posso assicurare che quello che insieme siamo riusciti a fare è quasi incredibile. Il nostro secondo Congresso Nazionale, in occasione del quale abbiamo pubblicato questa edizione speciale di AICPEnews, è un esempio molto pratico. Come lo scorso anno, anche stavolta siamo riusciti a organizzare tutto con le nostre sole forze, senza appoggiarci ad alcuna società di servizi esterna. Il Consiglio direttivo, insieme alle segretarie, ha lavorato intensamente con generosità ed entusiasmo. Ne è nata l'ennesima occasione d'incontro e di scambio di esperienze, orientata ancora alla crescita di tutto il gruppo. E anche questa volta il Congresso non costerà assolutamente nulla ai nostri Soci. Come abbiamo più volte sottolineato basterebbe questo evento insieme ad Aesthetic Surgery Journal, la rivista più prestigiosa del settore, che ogni socio riceve in abbonamento, a giustificare l'adesione alla nostra Associazione. Ma questi sono solo due fra gli svariati benefit che si ottengono in qualità di soci AICPE, che comprendono fra l'altro le consulenze, i consigli e l'iniziale assistenza legale e assicurativa, l'aggiornamento burocratico-amministrativo e fiscale, gli input scientifici, ecc, ecc. Senza dimenticare che tutto è in rapida evoluzione. Abbiamo recentemente creato specifiche commissioni per curare i numerosi aspetti della nostra professione e vogliamo sviluppare ulteriormente la già ricchissima offerta di occasioni per l'aggiornamento scientifico, considerata anche la necessità di mantenere un adeguato punteggio ECM. Fra l'altro abbiamo pure in progetto di organizzare corsi professionali da frequentare direttamente su Internet. Questa formula permette evidentemente di facilitare la partecipazione, anche se limita la possibilità d'interscambio a livello personale. Tutto questo e molto altro che, come dicevo, si fatica a elencare, è possibile solo grazie alla collaborazione di ogni membro dell'Associazione. Non è sufficiente iscriversi. Occorre dedicare una parte del proprio tempo al gruppo. Quando il CD ha chiesto chi fosse stato interessato a partecipare attivamente alla gestione delle varie attività societarie e in particolare a entrare a far parte del gruppo dirigente, si è notato uno scarso interesse. E' molto importante che tutti ci diamo da fare per continuare a far crescere AICPE. Quindi invito caldamente ogni socio a collaborare allo sviluppo della nostra Associazione. **L'ho già scritto in altre occasioni, ma lo voglio riscrivere di nuovo a chiare lettere: l'unione fa la forza! E noi siamo molto uniti e, contrariamente a ciò che qualcuno si sarebbe forse augurato, riusciamo anche a convivere nello stesso mercato senza troppi problemi, condividendo senza gelosie le conoscenze di ciascuno, nonostante in effetti siamo concorrenti. Il Congresso ne è testimone.** Crediamo nel principio



cui maggiore è l'offerta di qualità, più ampia sarà la richiesta. D'altra parte puntare sulla qualità diventerà l'unico modo che ci resterà in futuro per combattere le sempre più frequenti proposte di turismo sanitario "all inclusive" (operazione e soggiorno/vacanza a prezzi stracciati).

Talvolta può capitare che nell'ambito della Società si debbano prendere decisioni strategiche che, per quanto si cerchi di impostare sempre ogni cosa sulla massima democrazia, talvolta potrebbero non essere condivise proprio da tutti. Son certo che però ognuno possa comprendere questa necessità. D'altra parte si elegge il Consiglio Direttivo proprio perché possa prendere delle decisioni in nome di ogni socio. Ma AICPE non è retta da un'oligarchia, come avviene in altre "famiglie", tanto è vero che io esco dal CD. E nuovi colleghi prenderanno il posto dei vecchi nel Consiglio e nelle commissioni. Ripeto che non è sufficiente iscriversi ad AICPE. Occorre anche un pizzico di buona volontà. Date il vostro contributo non solo economico, ma anche pratico. Non c'è nulla da guadagnare individualmente, ma migliore sarà l'organizzazione della Società con l'apporto di nuove idee e di energie fresche, maggiore sarà la sua forza e la sua rappresentatività. Ad AICPE ha aderito la maggior parte dei chirurghi plastici estetici italiani, quelli veri: AICPE siamo noi!

In questo mio ultimo editoriale da Presidente non posso evitarvi i ringraziamenti. Siccome non vorrei dimenticare nessuno, per non sbagliarmi ringrazio di cuore tutti. Gli altri membri del CD, che non solo hanno sacrificato quasi una sera ogni 20 giorni per le riunioni periodiche, ma hanno anche dedicato moltissimo altro tempo per mandare avanti i vari progetti. In particolare Mario Pelle, vicepresidente sempre indaffarato e mio amico del cuore, Eugenio Gandolfi, il miglior segretario che avremmo potuto avere, Alvaro Pacifici, tesoriere impeccabile e precisissimo, Flavio e Gianfranco, probiviri giusti e sempre attivi, e poi Alessandro Casadei, Andrea Paci, Emanuele Bartoletti, Gianluca Campiglio, Felice Cardone, tutti sempre disponibili e pieni di iniziative, nonché Claudio Bernardi, che si è preso la responsabilità della nostra Onlus, insieme a Marco Stabile e ad altri collaboratori. Le preziosissime segretarie (Barbara e Assunta), alle quali si deve anche gran parte dell'organizzazione di questo congresso, come di quello dello scorso anno. Silvia del nostro ufficio stampa, che si è data un gran da fare perché il nome della nostra Società diventasse un riferimento obbligato per i media quando si parla di chirurgia estetica. Ma anche mia sorella Barbara, avvocato e sindaco della mia città, che ci ha fornito (insieme allo studio legale "ufficiale") un'assistenza gratuita in diverse occasioni. E i tecnici informatici che curano il sito, le aziende che supportano i nostri eventi e le molte altre persone coinvolte nella nostra attività societaria. In particolare desidero ricordare e ringraziare moltissimo un collega e amico che ha fatto tanto per AICPE, pur non essendo nel Consiglio Direttivo: Pier Francesco Cirillo. Non solo ha curato l'editing di AICPEnews, ma è sempre intervenuto attivamente in ogni attività della nostra associazione, infondendo una nota di goliardica allegria con le sue filastrocche, che spero ci proporrà alla cena sociale.

**Al termine del mio incarico non posso nascondervi che, se da un lato tiro un sospiro di sollievo perché finalmente potrò tornare ad occuparmi a tempo pieno dei miei interessi abituali pre-AICPE (convegni, libri e articoli, chitarra, viaggi e altre cosette che non mi sembra opportuno rendere pubbliche), dall'altro lascio il "vertice" dell'associazione con un velo di malinconia perché qui ho trovato vecchi e nuovi amici, specie fra i membri del CD, con i quali ho avuto una collaborazione più stretta, che mi hanno accolto con il calore di una nuova famiglia. Ho trovato gente che ha creduto in un'idea nuova ed entusiasmante e ha permesso di realizzarla, contro le resistenze di un establishment che temeva di perdere il controllo della chirurgia estetica italiana (come in effetti è avvenuto). Ho trovato persone che hanno riposto fiducia in un programma mai neppure preso in considerazione nella situazione stantia della chirurgia plastica baronale di alcuni anni fa e con coraggio e determinazione si sono spronate reciprocamente fino a ottenere risultati impensabili.**

**GRAZIE DI  
A TUTTI**



In conclusione desidero ringraziare tutti i membri di AICPE per la loro disinteressata e spontanea amicizia e per il loro sostegno in questo delicato e impegnativo periodo iniziale della nostra fantastica avventura

**Giovanni**

**Tentate la fortuna: non vostra ma di coloro che riceveranno il ricavato di questa lotteria.  
Cercate il banco AICPE ONLUS e comprate un biglietto.  
In palio filler, protesi, servizi, ferri chirurgici e altro.  
Costa poco e comunque si vince un poco di felicità.**



## Lotteria di Beneficenza 10 fantastici premi 10

**Con il gentile contributo di:**



## Borsa di Studio alla memoria del Dottor Francesco Vaccarella

Viene istituita una borsa di studio alla memoria del Dottor Francesco Vaccarella, specialista in Chirurgia Plastica, prematuramente scomparso nel 2001.

Il dottor Vaccarella dopo gli studi in Medicina e Chirurgia otteneva il diploma di Specialista in Chirurgia Plastica presso la Scuola di Milano diretta allora dal Prof. Luigi Donati.

Nel corso di quegli anni e immediatamente dopo prestava la sua opera come assistente



medico presso la Divisione di Chirurgia Plastica dell'Ospedale Fornaroli di Magenta prima e della Divisione di Chirurgia Plastica dell'Ospedale Niguarda di Milano poi. Un male incurabile lo ha separato dall'affetto dei famigliari, degli amici e dei colleghi alla età di 42 anni.

***La borsa di studio è riservata ai soci AICPE di età inferiore ai 35 anni e consiste in un premio dal valore di 1.500 euro per una ricerca nel campo della Chirurgia Estetica.***

I candidati, **entro e non oltre il 1 Maggio 2014**, dovranno inviare al presidente della Commissione Esaminatrice un breve curriculum vitae e la loro proposta di ricerca (premesse, finalità, modalità di svolgimento, etc). Il vincitore avrà la possibilità di presentare i risultati della propria ricerca al prossimo Congresso AICPE 2015 in una specifica sessione.

*Gianluca Campiglio*

*Presidente della Commissione Esaminatrice*

[info@gianluccacampiglio.it](mailto:info@gianluccacampiglio.it)

**A.I.C.P.E.**  
**ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA**



**RENDICONTO DEGLI INCASSI, DEI PAGAMENTI E PATRIMONIALI**  
**PERIODO AMMINISTRATIVO DAL 01/01/2013 AL 31/12/2013**  
*a cura del Tesoriere Alvaro Pacifici*

**SEZIONE A Incassi e pagamenti**

**A Incassi della gestione**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Quote associative     | € 76.490,00         |
| Erogazioni liberali   | € 15.500,00         |
| Altri incassi         | € 16.391,00         |
| <b>totale A</b>       | <b>€ 108.381,00</b> |
| <b>Totale incassi</b> | <b>€ 108.381,00</b> |

**SEZIONE B Pagamenti della gestione**

|                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| Spese per prestazioni e servizi      | € 54.279,00        |
| Abbonamenti riviste                  | € 17.127,00        |
| Quote associative                    | € 1.292,00         |
| Compensi professionali lav. autonomo | € 9.453,00         |
| Cancelleria                          | € 761,00           |
| Varie                                | € 301,00           |
| Imposta di bollo                     | € 100,00           |
| Oneri finanziari                     | € 565,00           |
| <b>totale B</b>                      | <b>€ 83.878,00</b> |

**SEZIONE C Pagamenti in conto capitale**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Oneri pluriennali | € 1.918,00        |
| <b>Totale C</b>   | <b>€ 1.918,00</b> |

|                                                       |                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>TOTALE PAGAMENTI (B + C)</b>                       | <b>€ 85.796,00</b> |
| <b>DIFFERENZA TRA INCASSI E PAGAMENTI (A - B - C)</b> | <b>€ 22.585,00</b> |

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| Fondi liquidi iniziali             | € 19.547,00        |
| <b>Fondi liquidi al 31/12/2013</b> | <b>€ 42.132,00</b> |

## IVA in Chirurgia Estetica: Il parere dell'Avvocato

Cari soci,

con l'aiuto di mia sorella Barbara, avvocato, che ci è stata vicina sin dall'inizio della storia di AICPE con i suoi preziosi consigli, ho rivisto per la 145esima volta (sto forse esagerando?) tutta la faccenda riguardante l'IVA. Purtroppo c'è poco da scherzare, perché ci troviamo in una situazione per certi versi preoccupante.

Come sapete benissimo, ho già versato quintali d'inchiostro per informarvi circa l'evoluzione della normativa, che in effetti in un certo senso non c'è stata. In pratica la famosa sentenza della Corte Europea non ha fatto altro che confermare concetti già perfettamente chiari e cioè che sostanzialmente le prestazioni mediche sono esenti IVA, mentre le prestazioni di carattere estetico non lo sono.

Il punto è proprio questo: quello che facciamo noi è una prestazione medica o non lo è?

Abbiamo già cavillato con mille sfumature per cercare di dare una risposta definitiva a questo semplice quesito, di importanza fondamentale per la gestione della nostra attività. Se infatti carichiamo di IVA le fatture relative alle nostre prestazioni, saremo costretti, in un periodo di gravissima crisi economica, ad aumentare i costi che i pazienti devono sostenere del 22%.

Speravo proprio di poter gestire la cosa insieme a SICPRE, come più volte ho proposto da queste stesse pagine, ma il comportamento dei rappresentanti dell'altra Società mi ha invece destato non poche perplessità. Inizialmente mi avevano accusato di sollevare tanto polverone per nulla poiché il problema a loro dire non esisteva, anche se negli altri Stati europei tutti si erano già mossi in moto concretamente (si vedano gli AICPEnews di fine 2012/inizio 2013). Una volta pubblicata la sentenza della Corte Europea, i dirigenti SICPRE avevano sostenuto che comunque forse non sarebbe mai stata recepita e convalidata in Italia, come era successo (a sentir loro) per altre decisioni analoghe. Purtroppo invece quel tipo di sentenza, come avevo ben rilevato sin dall'inizio, ha valore immediato su tutto il territorio dell'Unione Europea e non ha bisogno di essere ratificata nei singoli Paesi. A quel punto, dopo aver, anche loro, richiesto un parere autorevole (nel frattempo noi ne avevamo già raccolti ben quattro) si sono espressi in questo modo:

"IVA, QUANDO E PERCHÉ: L'imposta IVA va applicata sugli interventi puramente estetici, nei casi in cui non è dimostrabile la presenza di problemi psicologici che implicino la necessità di una cura medica. È questa l'indicazione, unanime, frutto della consultazione di esperti di fama nazionale." (ripreso dal bollettino SICPRE).

Questa raccomandazione che SICPRE fa ai soci, dà l'impressione di voler tutelare più il gruppo dirigente, che i chirurghi plastici italiani. Sembra che vogliano mettere le mani avanti per non rischiare di essere poi accusati di fare qualcosa di sbagliato. Si può capire, ma è necessaria coerenza e, soprattutto, in una faccenda così delicata, occorre avere il coraggio di prendere una posizione ben definita. Non che del parere nostro o di SICPRE al Ministero delle Finanze importi molto, ma le indicazioni di una Società scientifica hanno la funzione di guidare i soci nella scelte professionali. La dichiarazione di SICPRE non risolve proprio un bel nulla. Anzi, a me sembra piuttosto ambigua e fuorviante.

La posizione di AICPE la conoscete. Noi abbiamo firmato una dichiarazione, insieme a altre Società scientifiche di Medicina e Chirurgia Estetica, nella quale sosteniamo che gli interventi di chirurgia estetica, essendo prestazioni mediche a tutti gli effetti, debbono restare esenti da IVA. A supporto di tale dichiarazione avevamo aggiunto le argomentazioni che ormai conoscete tutti. Anche alcuni Ordini dei Medici si erano allineati sulla nostra posizione (e questi sono pareri rilevanti, che pesano certo di più della nostra opinione).

In seguito però alla raccomandazione di SICPRE, evidentemente contraria alla nostra, avevamo pensato di inoltrare un interpello che chiarisse una volta per tutte quello che avremmo dovuto fare per non andare incontro a brutte sorprese. Mia sorella aveva quindi preparato tutta la documentazione necessaria con l'aiuto anche della moglie del collega Maurizio Baldo, anch'ella avvocato.

Ora però abbiamo rifatto il punto della situazione e abbiamo deciso di soprassedere ancora alla presentazione dell'interpello per i motivi che seguono riassunti nella lettera di mia sorella.

Vi rimando quindi alle prossime pagine per prendere visione dell'interpello e poi per riflettere sulle considerazioni di mia sorella, che sconsigliano per il momento il suo inoltro.

Personalmente sostengo che convenga continuare a non caricare di IVA le prestazioni di chirurgia estetica, accludendo però una documentazione atta a confermare l'indicazione medica dell'intervento (come quel modulo che era stato distribuito a tutti i soci). In caso di verifica non dovrebbe essere difficile difendersi da eventuali contestazioni per l'assenza di direttive specifiche che chiariscano come sia da certificare la natura medica della prestazione. Per quanto invece riguarda la medicina estetica (ac. ialuronico, Botulino, ecc) ritengo che ci si debba arrendere all'evidenza e assoggettare le relative fatture ad IVA. Ripeto che questa è una mia personale convinzione, che non collima necessariamente con quella di tutto il CD AICPE.

**Leggete con attenzione ciò che segue e in particolare la lettera di mia sorella, l'avvocato Barbara Botti.**



**INTERPELLO ORDINARIO ALL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA**

La A.I.C.P.E. .... con sede in ....., C.F. ...., mail: ....., in persona del legale rappresentante pro tempore (Presidente) dott. Giovanni Botti, C.F. ...., con studio in Salò (BS) ....., mail: ....., propone interpello in tema di esenzione dell'applicazione dell'IVA alle prestazioni di chirurgia e medicina estetica.

**PREMESSO CHE**

Le direttive 77/388/CEE, art. 13, parte A n. 1, lettera C) e 2006/112/CE, art. 132, paragrafo 1, lettere B) e C) stabiliscono che gli Stati membri esentano le operazioni seguenti:

*"Le prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche quali sono definite da uno stato membro interessato".*

Per l'istituzione e la disciplina dell'IVA e dell'esenzione è stata emanata la legge italiana che segue: D.P.R. 633/1972 (art. 10, comma 1, n. 18):

*"Le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza...."*

La Corte di Giustizia Europea, con sentenza 21/03/2013 nella causa C-91/12, ha stabilito che:

*"Le prestazione di servizi come quelle di cui trattasi nel procedimento principale, consistenti in operazioni di chirurgia estetica e in trattamenti di carattere estetico, rientrano nelle nozioni di "cure mediche" o di "prestazioni mediche (alla persona)" ai sensi del paragrafo 1, lettere b) e c), qualora tali prestazioni abbiano lo scopo di diagnosticare, curare o guarire malattie o problemi di salute o tutelare, mantenere o ristabilire la salute della persona".*

La sentenza è interpretativa dell'art. 132, paragrafo 1, lettera b) e c) ed equivale ad una fonte legislativa; in realtà l'interpretazione autentica dice esplicitamente quello che era già stato detto dalla norma interpretata; è pertanto immediatamente applicabile nello stato italiano come la Direttiva interpretata; è stata emanata il 21/03/2013 e pubblicata il 17/05/2013.

Prima di entrare nel merito, vanno richiamati i principi costituzionali di cui all'art. 23 (riserva di legge) ed art. 53 (capacità contributiva, universalità d'imposta, progressione del sistema tributario).

La riserva di legge, nel caso in esame, è di tipo relativo, in quanto il legislatore deve predeterminare gli aspetti principali della materia demandando all'organo esecutivo la regolamentazione delle questioni di dettaglio già individuate dalla legge stessa.

Il principio significa, pertanto, che per ogni prestazione patrimoniale è necessario che vi sia una legge formale che determini gli elementi principali del tributo, ossia: i soggetti passivi, il presupposto d'imposta, i principi per la determinazione dell'aliquota, le sanzioni.

L'aspetto che qui interessa è il presupposto d'imposta esente e, quindi, le prestazioni mediche/sanitarie eseguite nel ramo della medicina e chirurgia plastica ed estetica di diagnosi, cura e riabilitazione della persona.

\* \* \* \* \*

Con la sentenza 14/09/2006 (cause riunite da C-181/04 a C-184/04 la Corte di Giustizia Europea ha dichiarato al n. 3): *"nell'ambito del sistema comune dell'imposta sul valore aggiunto, le autorità tributarie nazionali sono tenute a rispettare il principio della tutela del legittimo affidamento"*.

Il legittimo affidamento è un principio del diritto comunitario ed impone al soggetto pubblico che voglia esercitare i suoi poteri nei confronti del soggetto privato, di tener debito conto dell'interesse alla conservazione di un vantaggio/bene/utilità conseguito in buona fede dal privato grazie ad un previo chiaro atto della pubblica

amministrazione all'uopo diretto; e tanto specie se detto vantaggio si sia consolidato per effetto del decorso di un significativo lasso temporale.

Non vi è alcun dubbio che la circolare n. 4/E del 28/01/2005 rientra nella suddetta nozione di atto chiaro della pubblica amministrazione, rectius dell'autorità nazionale tributaria, che ha ingenerato una convinzione in buona fede sull'applicabilità dell'esenzione in esame alle prestazioni mediche indicate al n. 8) della circolare: *"Le prestazioni mediche di chirurgia estetica sono esenti IVA in quanto sono ontologicamente connesse al benessere psico-fisico del soggetto che riceve la prestazione e quindi alla tutela della salute della persona.*

*Si tratta di interventi tesi a riparare inestetismi, sia congeniti sia talvolta dovuti ad eventi pregressi di vario genere (es: malattie tumorali, incidenti stradali, incendi, ecc.) comunque suscettibili di creare disagi psico-fisici alle persone".*

La convinzione in buona fede è stata ben rafforzata non solo dalla terminologia usata dall'Agenzia delle Entrate nel motivare tale esenzione, ma anche dal fatto che la circolare era stata emanata proprio in relazione ad una pronuncia della corte comunitaria che richiedeva un attento esame dello scopo della prestazione in termini già restrittivi.

**Si evidenzia che qualificare una prestazione medica di chirurgia come connessa alla tutela della salute in modo ontologico esclude di per se ogni esame sullo scopo effettivamente perseguito da quell'azione quando viene esercitata concretamente.**

#### SI DEVE ESAMINARE LA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE SUI LIMITI GENERALI ALL'EFFICACIA RETROATTIVA DELLA LEGGE

Le sentenze della Corte Cost. n. 209/2010 n. 36/2009, n. 257/2011, n. 48/2012, n. 277/2012 e n. 103/2013 e molte altre si occupano anche del problema dei limiti della retroattività delle norme di interpretazione autentica e per inciso forniscono la definizione di norma interpretativa per distinguerla da quella integrativa.

La sentenza n. 103/2013 recita: *"...questa Corte ha individuato una serie di limiti generali all'efficacia retroattiva delle leggi, attinenti alla salvaguardia, oltre che dei principi costituzionali, di altri fondamentali valori di civiltà giuridica, posti a tutela dei destinatari della norma e dello stesso ordinamento, tra i quali vanno ricompresi il rispetto del principio di ragionevolezza, ..., di tutela dell'affidamento legittimamente sorto nei soggetti quale principio connaturato allo Stato di Diritto..."*

#### SI DEVE INOLTRE ESAMINARE SE SIA INVECE UN PROBLEMA DI APPLICAZIONE DI UNA NORMA INCOMPLETA CHE RICHIEDE UN ATTO ESECUTIVO

Quanto dichiarato nel dispositivo della sentenza della Corte comunitaria in questione non interpreta in modo chiaro, univoco, definitivo e dirimente quanto già stabilito dalla norma interpretata, **in altre parole non realizza lo scopo interpretativo** di chiarire situazioni di oggettiva incertezza del dato normativo (Corte Cost. n. 103/2013) ma, al contrario i problemi applicativi e/o interpretativi restano immutati, anzi sono peggiorati.

La Corte in realtà ha ribadito quanto già contenuto nel DPR 633/1972.

L'unico elemento "innovativo" sta nel n. 29 della premessa della sentenza dove si asserisce l'esistenza di prestazioni chirurgiche e mediche che, detto sinteticamente, non curano ma rispondono a scopi puramente cosmetici, ma non identifica di quali prestazioni si tratti.

La Corte stessa asserisce al 3° capoverso del dispositivo che *"le circostanze che prestazioni come quelle di cui trattasi nel procedimento principale siano fornite o effettuate da un appartenente al corpo abilitato, oppure che lo scopo di tali prestazioni sia determinato da un professionista siffatto, sono idonee a influire sulla valutazione della questione se interventi come quelli di cui trattasi nel procedimento principale rientrino nelle nozioni di "cure mediche" o di "prestazioni mediche (alla persona)" ai sensi...."*. Da ciò si deduce che la questione c'è, rimane aperta e non è stabilito come si possa risolvere in modo definitivo.

Sorge, quindi il serio dubbio se si tratti di un semplice problema interpretativo che ogni contribuente/medico può assolvere da se e quindi decidere da solo se procedere al procedimento dell'autodichiarazione dell'imposta.

Sembra, invece, un problema di insufficienza della norma che richiede un provvedimento esecutivo per l'individuazione erga omnes delle prestazioni non esenti e dei relativi criteri poiché il contribuente/medico non ha in alcun modo, nemmeno con l'interpretazione della Corte U.E. elementi sufficienti per procedere alla valutazione sulla sussistenza o meno del presupposto in esame se non, in quanto medico, di valutare in coscienza e scienza, se la prestazione è curativa.

Già nel 2005 la circolare n. 4/E del 28 gennaio 2005 esordiva, infatti, nella premessa asserendo che: "Alla luce della interpretazione fornita dall'Organo di Giustizia comunitaria (emanata sulla questione delle perizie medico legali), si ritiene opportuno, con la presente circolare fornire chiarimenti sul trattamento IVA applicabile alle prestazioni rese dai medici, **allo scopo di assicurare comportamenti uniformi all'interno dello stato**".

La circolare identifica, inoltre, **la motivazione dei possibili comportamenti non uniformi dei contribuenti** nel fatto che: *"l'adozione di un criterio indefinito e talune volte non facilmente verificabile qual è lo "scopo principale della prestazione" può comportare conseguenze negative sul piano della corretta e uniforme applicazione dell'esenzione, al fine di limitare i dubbi interpretativi sorti in relazione ai molteplici quesiti prospettati dai contribuenti, si ritiene utile fornire una rassegna esemplificativa di fattispecie riconducibili o meno all'art. 10 n. 18) del DPR 633/1972.*

Da tutto ciò consegue, inoltre, che la circolare è tale solo nominalmente e che nella sostanza essa si concretizza in vero e proprio provvedimento esecutivo/applicativo del disposto di legge e che non si tratta di limitare dei dubbi interpretativi se il criterio applicativo è troppo generico, indefinito e non verificabile.

In definitiva il criterio interpretativo dichiarato nella sentenza e comunque contenuto nel DPR 633/1972, lo scopo curativo o cosmetico, è insufficiente perché non si indicano anche i dati oggettivi esistenti che costituiscono da guida e parametro alla valutazione fatta dal contribuente/medico.

In caso di accertamento tributario, infatti, l'amministrazione non può comunque contestare l'omessa applicazione dell'IVA solo perché si tratta di "prestazione estetica" ma deve preventivamente valutarne lo scopo non curativo con un parere medico legale che si oppone alla valutazione medica del contribuente.

Non è sostenibile che l'amministrazione tributaria debba avviare un apposito accertamento per stabilire se gli interventi esenti sono curativi invece di aver prodotto degli atti che già forniscono delle indicazioni vincolanti e ricondurre gli accertamenti ai casi limite.

#### IL PROBLEMA DEL CRITERIO INTERPRETATIVO IN SENSO STRETTO

Venendo dunque all'applicabilità effettiva dell'esenzione, citando testualmente la sentenza, si può dire che:

1) sono certamente esenti da IVA tutte le prestazioni che hanno lo scopo di diagnosticare, curare o guarire malattie o problemi di salute, e di tutelare, mantenere o ristabilire la salute delle persone.

Rientrano pertanto nel caso in esame le prestazioni mediche *"nei limiti in cui abbiano lo scopo di trattare o curare persone che, a seguito di una malattia, di un trauma oppure di un handicap fisico congenito, abbiano bisogno di un intervento di natura estetica"*, che rientrano nella nozione di "cure mediche" o di "prestazioni mediche" ai sensi dell'art. 132 paragrafo 1 lettera b) della direttiva IVA e dell'art. 132 paragrafo 1, lettera c) di tale direttiva;

2) Per quanto attiene poi a quei casi nei quali non è in discussione la salute fisica della persona, la Corte, sottolineando che "i problemi di salute affrontati dalle operazioni esenti in base all'art. 132, paragrafo 1, lettere b) e c) della direttiva IVA possono essere di ordine psicologico (sent. 6.11.2003, Dornier, C-45/01; sent. 27.4.2006, Solleveld e van den Hout – van Eijnsbergen C-443/04 e C-444/04): ritiene che *"la semplice convinzione soggettiva che sorge nella mente della persona che si sottopone ad un intervento estetico in merito ad esso non è di per sé determinante ai fini della valutazione della questione se tale intervento abbia scopo terapeutico"*."

Infatti tale valutazione, poiché presenta carattere medico, deve basarsi su constatazioni che hanno tale carattere, effettuate da personale qualificato a tale scopo.

- 3) La Corte Europea stabilisce dunque, come conseguenza, che **se le prestazioni sono fornite o effettuate da un appartenente al corpo medico abilitato** oppure che **lo scopo dell'intervento è determinato da un professionista siffatto**, tali circostanze sono idonee a influire sulla valutazione della questione se gli interventi in questione rientrino o meno nelle nozioni di "cure mediche" o di "prestazioni mediche".
- 4) Per completare tale valutazione occorre tener conto di tutti i requisiti previsti nel paragrafo 1, lettere b) e c), nonché di altre disposizioni pertinenti del titolo IX, cap. 1 e 2, di tale direttiva quali, per quanto riguarda l'art. 132, paragrafo 1, lettera b) della direttiva, gli articoli 131, 133 e 134 della direttiva.

#### CONCLUSIONI

La A.I.C.P.E. .... intende dunque:

- 1) Esentare dall'applicazione IVA tutte le prestazioni mediche e chirurgiche che, a giudizio del medico, abbiano lo scopo di diagnosticare, curare o guarire malattie o problemi di salute e di tutelare, mantenere o ristabilire la salute della persona.
- 2) Esentare dall'applicazione IVA tutte le prestazioni mediche e chirurgiche che, a giudizio del medico stesso, oppure da altro professionista qualificato a tale scopo, abbiano lo scopo di diagnosticare, curare o guarire malattie o problemi di salute di ordine psicologico e di tutelare, mantenere o ristabilire la salute psicologica della persona.
- 3) Assoggettare a IVA eventuali trattamenti o cure cosmetiche che, pur effettuati dal medico, non rientrino nei casi di cui ai punti 1) e 2).

\* \* \* \* \*

Ai sensi e per gli effetti della L 212 del 27.7.2000, art. 11, voglia codesta Agenzia delle Entrate – Direzione Centrale Normativa – per il tramite della Direzione Regionale delle Entrate del Lazio, fornire la propria risposta in ordine alla correttezza dell'applicazione delle direttive CEE 77/388 art. 13 parte A n. 1 lettera C) e 2006/112/CE art. 132 paragrafo 1 lettere B) e C), DPR 633/172 (art. 10 c. 1 n. 18) in relazione alla sentenza della Corte Europea 21/3/2013 nella causa C-91/12.

**Caro Giovanni,**

**faccio seguito alle nostre conversazioni sul tema dell'esenzione IVA per le prestazioni di chirurgia estetica per provare a precisare meglio le mie perplessità in merito alla decisione di presentare un interpello all'Agenzia delle entrate.**

**La mia comprensione dei fatti è la seguente:**

- 1) le norme di legge non sono cambiate;**
- 2) la circolare dell'Agenzia del 2005 ha interpretato la legge e ha giudicato esenti da IVA tutte le prestazioni di chirurgia estetica, senza distinzioni di sorta;**
- 3) la sentenza della Corte di giustizia del 2013 ha invece interpretato la direttiva IVA nel senso di esentare da IVA solo quelle prestazioni di chirurgia estetica motivate da necessità di cura di problemi fisici e/o psicologici. Ha invece esplicitamente escluso dal diritto all'esenzione le prestazioni che trovano la loro origine nell'esclusiva volontà del "paziente". Pur nella non totale chiarezza della sua formulazione, la sentenza presuppone l'esistenza di una diagnosi di un medico abilitato che identifichi i problemi di salute fisica o psicologica del paziente, quale presupposto per il diritto all'esenzione della conseguente prestazione chirurgica.**
- 4) sono in corso attività di verifica di Guardia di finanza e Agenzia delle entrate dalle quali scaturiscono contestazioni del regime di esenzione applicato alle prestazioni chirurgiche per le quali non esiste evidenza di un collegamento ad un problema di salute fisica o psicologica.**

5) l'esistenza di una circolare dell'Agenzia, come sopra descritta, non impedisce all'Agenzia delle entrate di contestare comportamenti adottati in buona fede ad essa conformi. Le norme tributarie prevedono soltanto, per quei casi, che al contribuente non vengano irrogate sanzioni, mentre consentono la pretesa di pagamento dell'imposta.

6) l'interpello proposto da un contribuente, secondo le previsioni della legge 212/2000, può riguardare soltanto comportamenti futuri, rispetto ai quali esiste obiettiva incertezza (non si considera esistere "obiettiva incertezza" ove l'Agenzia abbia già fornito la sua interpretazione), e mai operazioni già realizzate che non possono quindi, essere sanate dall'Agenzia delle entrate.

Vi è peraltro ancora da ricordare l'esistenza di una sentenza della Corte di Cassazione del 2005 che, a sua volta, ne richiama tre coerenti, delle quali una richiama la necessità di una prescrizione medica (la n. 7422 dell'1/6/2001 della sez. Tributaria). La Corte dunque aveva già esplicitato il principio della necessità di una diagnosi (ovviamente medica) della patologia. Dunque pochissimi dubbi rimangono sulla risposta dell'Agenzia ad un quesito sul punto.

L'unico aspetto dunque che può definirsi dubbio riguarda la provenienza delle diagnosi e della prescrizione medica, ma non la necessità di tale diagnosi. In particolare, alla luce della sentenza della Corte di giustizia, si potrà disquisire sulla legittimità dell'esenzione per quelle prestazioni giudicate necessarie per la soluzione di una patologia, dallo stesso medico chirurgo che esegue la prestazione.

Riassumendo dunque posso dire che, a mio giudizio, vi è la necessità di una prescrizione medica a seguito della diagnosi della patologia o del disagio fisico o psicologico del "paziente".

Tra l'altro la formulazione della sentenza della Corte di giustizia sembra ammettere che le prestazioni di chirurgia estetica possano essere eseguite da soggetti diversi dal medico abilitato, cosa che in Italia mi risulta non possibile e che pare, invece, possibile in altri stati.

- Vista la tendenza punitiva delle interpretazioni sempre più restrittive dubito che l'Agenzia possa confermare l'esenzione per quest'ultimo specifico caso.
- Se la mia previsione fosse corretta, anche l'unico motivo vero per il quale interpellare l'Agenzia verrebbe meno e, laddove la risposta fosse nel senso da me previsto, avremmo nero su bianco l'indicazione della disciplina meno favorevole agli operatori del settore.
- Rischieremmo inoltre di togliere argomenti di difesa per i comportamenti passati e, soprattutto, per quelli futuri difforni dalla interpretazione della Corte di giustizia.

**--In conclusione, l'impostazione tattica che mi sembra più prudente da parte dei medici chirurghi è quella di disporre di una diagnosi del disagio fisico o psicologico del paziente, anche rilasciata da soggetto diverso dal medesimo medico chirurgo operante, senza ricorrere all'istituto dell'interpello, dal quale con ogni probabilità arriverebbe solo una indicazione ancora più restrittiva, soprattutto in casi dubbi.**

*Avv. Barbara Botti*

# ...la nostra professione

di Alessandro Casadei



## ECM - La Formazione Continua in Medicina in Italia

### agevolazioni per i liberi professionisti - come ottenere 15 crediti attraverso l'auto valutazione

Si ricorda come **L'ECM (Educazione Continua in Medicina)** è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale e al proprio sviluppo professionale. La formazione continua in Medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta.

**Il sistema ECM, è stato istituzionalizzato in Italia con il D.L. 502 del 30.12.1992.** e nel 2002 vi fu la prima quantificazione del numero di crediti formativi da accumulare (10). I destinatari del programma di ECM sono *"tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi dunque i liberi professionisti"*.

**L'ECM è obbligatorio per legge.** Il D.L. 138 del 13.8.2011, convertito in Legge 148 il 14.9.2011, poi ribadito dal D.P.R.137 del 7/8/2012 (art. 7, comma 1), sancisce che *"...ogni professionista ha l'obbligo di curare il continuo e costante aggiornamento della propria competenza professionale... La violazione dell'obbligo ... costituisce illecito disciplinare ..."*. La definizione e l'applicazione di sanzioni sono state previste dal legislatore tra le competenze degli Ordini Professionali.

Per i liberi professionisti, l'aggiornamento ha una peculiarità irrinunciabile: la flessibilità. Infatti, il libero professionista deve inseguire le trasformazioni del "mercato" con la celerità che gli consenta di non restarne escluso.

Tra le prime richieste accolte dalla Commissione Nazionale è già operativa la **possibilità di reperire i crediti necessari anche in un unico anno**, e non scaglionati nei tre come previsto. Si è visto che molti liberi professionisti hanno la necessità di acquisire una serie di competenze in tempi molto brevi (ad esempio quando viene proposta una nuova tecnica o insorge una nuova problematica), e per questo potrebbero trovarsi a frequentare corposi corsi di formazione intensivi, capaci di erogare in un'unica trince tutti e 150 i crediti formativi.

Tra le altre "deroghe" al regolamento ECM ottenute per i liberi professionisti la possibilità di **reperire i crediti utilizzando una sola delle possibilità formative previste**, anche con l'autoformazione (corsi FAD, pubblicazioni su riviste specializzate), nonché attraverso il riconoscimento di attività tutoriali, ed il poter modificare il proprio dossier formativo in base ad eventuali nuove esigenze professionali. Tra le opportunità da tempo annunciate ed ora operative per i liberi professionisti quella di ottenere crediti per l'autoapprendimento effettuato.

Per ottenere la **certificazione dei crediti ottenuti leggendo libri o riviste**, basta inviare un'autocertificazione al proprio Ordine specificando il tipo di autoformazione svolta: per esempio elencando i libri o gli articoli letti.

Nel triennio ogni professionista potrà **autocertificare il proprio autoapprendimento per un massimo di 15 crediti**.

Ovviamente l'Ordine potrà verificare se l'iscritto ha veramente effettuato l'aggiornamento dichiarato e se questo è sufficiente per ottenere i crediti formativi spettanti.

### Utilità dei crediti formativi ECM accumulati

I crediti formativi accumulati dal singolo medico sono la prova tangibile del percorso di formazione e di aggiornamento eseguito dal medico, a dimostrazione non solo dell'assolvimento dell'obbligo deontologico (cfr. art. 19 del Codice di Deontologia Medica, versione 2006), ma anche a garanzia per gli assistiti di potersi avvalere dell'opera professionale di un medico al passo con il progresso della scienza medica e delle sue forme organizzative.

Per il **triennio 2011- 2013** (appena terminato) è intervenuto l'Accordo Stato-Regioni del 19/04/2012 a stabilire che *"...in considerazione del contesto generale e ritenendo comunque opportuno confermare il debito complessivo di 150 crediti (50 crediti/anno, minimo 25/anno e massimo 75/anno)"*. Anche in questo caso si ottiene un premio di 45 crediti se si erano conseguiti i 150m crediti nel triennio precedente; nel qual caso sarà sufficiente ottenere 105 "nuovi" crediti per raggiungere il totale di 150 nel triennio 2011-2013.

Da questo anno in corso e per il triennio 2014-2016 il medico, anche libero professionista dovrà compilare on-line il proprio **dossier formativo 2014-2016**... e di questo vi parlerò il prossimo numero !

# ...l'angolo sindacale

di Alessandro Casadei

## PRIVACY – interpretazioni e realtà

### Un caso reale accaduto ad un collega nel veneziano

Il DL n.5 del 03/02/2012 ha abolito la compilazione/aggiornamento del Documento di protezione dei Dati Sensibili (DPS-Privacy). Un obbligo in meno di cui non si lamenta nessuno, ovvio.

Il punto è che sulla materia è stata fatta molta confusione, la quale ha mascherato le cose serie spostando l'attenzione sulle banalità.

Un caso concreto forse ci può aiutare a capire a cosa siamo tenuti davvero: Il Dott. Danilo Muzina è un chirurgo plastico, che i meno giovani di noi conoscono sicuramente (potete trovarlo a questo sito [www.muzina.it](http://www.muzina.it)) il quale raccoglie il consenso informato dei suoi pazienti ([http://www.muzina.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48&Itemid=55](http://www.muzina.it/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=55)) e probabilmente anche il consenso al trattamento dei dati sensibili (privacy) e quant'altro la legge prescrive. Come molti altri colleghi, pubblica sul proprio sito web le foto degli interventi che esegue: prima e dopo.

I fatti: il paziente veneziano C.U. si accorge che sul sito del nostro collega ci sono anche le sue foto (prima e dopo l'intervento di rinoplastica) e si rivolge all'avvocato Alfredo Piscicelli il quale ottiene la condanna del Dott. Muzina al pagamento del danno patrimoniale. Vedi articolo sottostante.



**Considerazioni:** i dati sensibili del paziente sono del paziente e qualunque utilizzo degli stessi deve essere giustificato. L'utilizzo per adempiere il contratto con il paziente o per obblighi di legge, non richiede alcuna autorizzazione (non serve a nulla far firmare i moduli sulla privacy). L'utilizzo per altre finalità (come nel caso specifico la pubblicità dell'attività del Dott. Muzina) richiede invece l'autorizzazione da parte del paziente.

Conviene riflettere su alcune valutazioni del giudice, il quale ritiene che non sia necessaria l'autorizzazione nel caso che la pubblicazione abbia scopi "scientifici, didattici o culturali". Nel nostro settore questo avviene quando presentiamo casi clinici come in questo Congresso dove molti di noi cercano di impedire il riconoscimento del paziente. Per il giudice in questa eventualità l'anonimizzazione dei dati sensibili non sarebbe necessaria. Tuttavia non è detto che la questione sia così pacifica, per cui forse sarebbe meglio comunque chiedere l'autorizzazione del paziente o in alternativa impedirne il riconoscimento.

In definitiva se si pubblicizzano i **dati sensibili del paziente in un contesto scientifico** senza il consenso al trattamento, forse si può invocare l'interesse pubblico prevalente come il giudice del caso sostiene.

Se, invece, si pubblicizzano **per fini diversi**, come può essere la promozione commerciale della propria attività, tale esimente non può essere invocata. Perché l'importante non è compilare o non compilare il DPS, far firmare la liberatoria per la privacy o altre amenità. **L'importante è capire la logica della normativa per la protezione dei dati sensibili e non fare come quell'infermiere dell'ASL che nell'affollata sala d'attesa chiamava i pazienti con il numero della prenotazione ma a metà mattina ordinava, dall'altoparlante: le donne operate di mastoplastica si accomodino tutte sulle sedie di sinistra, grazie!**

## ...la nostra professione 02

di Alessandro Casadei

### Responsabilità medica e malpratica sanitaria

#### Valore morale o atteggiamento legale

L'intervento chirurgico è sempre gravato da rischi e incertezze, di conseguenza l'esito indesiderato è parte costitutiva, potenziale dell'intervento stesso; la nostra attenzione deve orientarsi non solo sugli operatori sanitari ma anche (e soprattutto) sull'organizzazione delle cure.

L'esito indesiderato e l'errore medico non sono coincidenti ma possono anche essere spacciati per tali! Se il primo spesso è imprevedibile, il secondo può essere corretto e prevenuto; per questo le conoscenze per la prevenzione e la gestione del rischio devono essere argomento di approfondimento per tutti noi.

*Responsus abilis* [capace di dare risposta] coincide con la capacità di farsi carico dei problemi e di concorrere a fornire soluzioni o comunque risposte al bisogno; quindi il significato di responsabilità ha un legame inscindibile con quello di competenza; la responsabilità è in carico a chi compete la risposta.

Dal Codice di Deontologia Medica recepiamo che: "... Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure ...". Ricordiamo che solo due paesi in Europa (tra questi l'Italia) hanno conservato per il medico la responsabilità anche in sede penale negli altri è confinata al solo ambito civile.

La Legge 158/2012 (c.d. Legge Balduzzi) che doveva circoscrivere l'ambito penale al dolo o alla colpa grave si sta dimostrando inidonea e potrebbe anche presentare profili di incostituzionalità.

Oggi al medico si richiedono livelli di accuratezza e competenza tali da rendere aleatoria e residuale ogni ipotesi di «colpa lieve» i cui confini con la colpa comunemente intesa, la colpa grave, risultano nella pratica vaghi e indefiniti.

Attualmente, dai dati forniti dall'OMCEO di Venezia, le denunce contro i medici ammontano a 33.000 (circa) ogni anno; nell'ambito dei procedimenti penali, il **99,8%** dei procedimenti per **lesione colposa** ed il **99,1%** di quelli per **omicidio colposo** si risolvono con **l'assoluzione del medico**. Il ricorso al procedimento penale è usato come arma di pressione nei confronti dell'assicurazione (e del medico) per accelerare i tempi del procedimento civile e della liquidazione del danno.

Così pure è segnalato che i sinistri protocollati nel 1994 e stimati mediamente pari a 16,4 mila €/sinistro sono stati pagati nel 2002 (dopo otto anni !) per 36 mila €; di qui l'atteggiamento delle assicurazioni che tendono a liquidare il danno in tempi brevi (anche senza il consenso del medico).

È in questo clima che si posizionano gli spot del CIC e dell'AMAMI i quali denunciano una situazione tutto sommato nota. Per quanto ammirevoli non inviano un messaggio chiaro verso una soluzione, nel senso che denunciano solo come stanno le cose, e noi sappiamo che non sono piacevoli. Situazione dove la conflittualità medico-paziente (che sembra stia sostituendo l'alleanza terapeutica) va affossando la sanità e il contenzioso spinge i medici ad occuparsi più di burocrazia che di medicina, a guardare più le carte che i pazienti. È evidente che non si può accettare che un medico non risponda per la propria malpratica, così come è evidente che la burocrazia non fa lavorare meglio.

Se avete osservato e ascoltato con attenzione i messaggi dei video sopra citati, vi sarete accorti che non si fa alcun cenno ad altri componenti essenziali del procedimento, anche loro responsabili di questa situazione, vale a dire i **giudici**. È evidente che i togati possono portare a propria discolpa molte ragioni, ma se un medico portasse le stesse ragioni per giustificare un intervento andato male, lo sbatterebbero in gattabuia e getterebbero la chiave. Spesso ci viene detto che al sistema giustizia mancano risorse, e il problema è tutto dell'apparato giudiziario, un problema non nostro che sarebbe ora fosse risolto. Così come per i giudici non è accettabile che la mancanza di risorse scusi la malpratica medica, così noi siamo stupefatti di sentire che la mancanza di risorse spieghi la malpratica dei giudici.



Perché il problema reale è solo questo: **se ogni chirurgo fosse assolutamente certo di essere giudicato in tempi ragionevoli e in modo ragionevole, se non avessimo tutti la convinzione che i processi siano partite di dadi, se non dovessimo spendere soldi anche quando abbiamo ragione, nessuno di noi sentirebbe il contenzioso con il paziente come una minaccia.** O perlomeno nessun medico onesto.

Da non dimenticare che c'è anche un problema di leggi, regolamenti e burocrazia. Ma se un giudice di fronte ad un avvocato che affermasse: "il paziente non ha firmato il Consenso Informato", chiedesse "ma il paziente era informato?", ebbene, la burocrazia sarebbe ricondotta nei propri limiti!

Finché non sarà possibile sottoporre a giudizio gli avvocati, i consulenti, i pazienti e i giudici, oltre al medico, ben difficilmente troveremo una via d'uscita dal contenzioso.

Come professionisti attenti alla salute ed alla sicurezza dei nostri pazienti dobbiamo sempre ricercare la qualità e l'appropriatezza ma oggi questo compito appare sempre più gravoso quando manca il senso di corporazione e di solidale protezione. Compito che dovrebbe riconoscere le peculiarità delle professioni sanitarie e di quella medica in particolare che porta sulle spalle compiti, funzioni e responsabilità straordinarie. In questo ambito ci si auspica, in modo schematico:

- una conclusione delle cause civili più rapida (potrebbe ridurre il costo dei risarcimenti ed il ricorso al penale); E' compito di un paese civile limitare il tempo intercorrente tra l'azione presunta lesiva e comunque dalla sua conoscenza (presa di conoscenza degli effetti dannosi derivati dall'intervento) e l'inizio dell'azione di rivalsa ai due, massimo cinque anni contemperando così anche il diritto del danneggiato ad essere liquidato in tempi dignitosi.
- una norma che preveda il risarcimento del professionista ingiustamente incolpato;
- provvedimenti disciplinari per gli avvocati che promuovono cause temerarie;
- provvedimenti disciplinari per i colleghi medici che compilano consulenze deontologicamente e scientificamente scorrette;
- una sanzione (assegnata dal giudice) a carico del denunciante in caso di «lite temeraria»;
- la previsione che in caso di cure erogate in una struttura sanitaria ospedaliera o extraospedaliera, oltre ad essere inoltrata anche a questa la richiesta di risarcimento (come accade oggi) che la struttura stessa, in caso di «lite temeraria», abbia la possibilità se non l'obbligo di avviare nei confronti del denunciante un'azione risarcitoria.
- l'ipotesi di un contratto assicurativo unico (primo rischio), valido su tutto il territorio nazionale, per tutte le strutture e per tutti i professionisti chirurgi plastici, che preveda anche la copertura del pregresso; in questo ambito mi auguro che le iniziative di AICPE trovino una loro sintesi strategica per una maggiore *efficacia contrattuale*.
- rivedere la possibilità di liquidazione extragiudiziale del danno civile attraverso un percorso di conciliazione che costringa tutti gli attori ad assumersi responsabilità nel campo della *civiltà giuridica*.
- Infine la depenalizzazione dell'atto medico

**Come nota finale credo che la depenalizzazione dell'atto medico sia una strada percorribile, ma molto difficile, perché difficile è il rispetto di interessi diversi (le altre categorie professionali difficilmente accetterebbero questa riserva legislativa!) ma dobbiamo percorrere almeno la strada della derubricazione; non è interesse corporativo della categoria medica ma interesse generale per la salvaguardia dei livelli attuali di sicurezza delle cure.**



## Chirurgia estetica e bugie (by Gio)

*La chirurgia estetica suscita estremo interesse fra la gente. E gli italiani non fanno certo eccezione. Sapete bene che siamo ai primi posti nel mondo per quanto riguarda la richiesta di questo tipo di prestazioni e che, nonostante la crisi economica, il nostro settore riesce bene o male a barcamenarsi. Certo non siamo ancora ai livelli della Korea del sud, dove quasi la metà della popolazione più giovane si è sottoposta ad almeno un intervento di chirurgia estetica. In quel paese sono giunti al paradosso di aver problemi nelle elezioni delle varie miss perché le partecipanti ai concorsi di bellezza sono talmente uguali, essendosi sottoposte tutte ai medesimi interventi, che si fatica a distinguerle. A Seul c'è un chirurgo plastico che si è specializzato in un solo intervento. Siccome per il loro ideale estetico le dita dei piedi devono essere perfettamente allineate, questo collega da anni esegue esclusivamente riduzioni delle seconde dita troppo lunghe!! Per fortuna in Italia non siamo ancora a quei livelli, ma anche da noi in certi ambiti l'estetica è diventata una tale ossessione da rasentare frequentemente una vera e propria patologia, come tutti sappiamo molto bene.*

*Provate a scrivere chirurgia plastica ed estetica su Google. Compariranno più di un milione di citazioni. Se poi scrivete Aesthetic Plastic Surgery (in inglese), le fonti raggiungeranno l'incredibile numero di 76 milioni. Questa è una testimonianza molto concreta di quanta offerta ci sia nel nostro settore, ma anche di quanto la gente sia assetata d'informazioni al riguardo e di quanto business ruoti, di conseguenza, attorno alla nostra professione. Di questo lato commerciale fa parte anche l'interesse dei media, che offrono spazi di ogni genere (e costo) a chirurghi plastici, medici estetici, dermatologi e alle altre varie figure che ruotano intorno al mondo della bellezza. Vi assicuro che questa è la parte più deprimente per chi, come me, ha creduto in questo lavoro e ci ha speso la vita. Ma ormai mi sono reso conto che per le nuove generazioni "vendersi" sia diventata una necessità e che per crearsi il proprio spazio (per avere pazienti) la visibilità si possa raggiungere soprattutto attraverso qualche forma di pubblicità. Un tempo si diventava medici apprezzati e/o famosi perché si lavorava bene e con impegno e gli altri colleghi ti "riferivano" i loro pazienti per stima. Ora i nuovi pazienti pare che arrivino perché ti hanno visto in televisione o sui giornali o ti hanno "trovato" su Internet. E' un mondo che mi sta stretto. Ma credo che non ci si possa fare nulla. Però cerchiamo almeno di non prostituirci in maniera troppo eclatante!! Prima di tutto siamo medici e quindi, in quanto tali, dovremmo sempre rispettare la locuzione latina "primum non nocere", che come sapete bene, viene fatta risalire ad Ippocrate, Padre della Medicina. Purtroppo per motivi economici qualcuno accetta invece di eseguire interventi palesemente nocivi. Un esempio molto vicino? La settimana scorsa al Convegno sulle complicazioni in chirurgia plastica di Stoccarda ho dovuto rimuovere protesi da 850 ml per poi ricostruire, non senza difficoltà, delle mammelle normali. Immaginatevi il danno che quei palloni avevano determinato al parenchima mammario! Tutti sappiamo benissimo quello che succede in casi di questo genere eppure un collega aveva accettato di eseguire quell'intervento, non certo per amore della chirurgia... E purtroppo casi di questo genere non sono certo rari. Gli esempi di comportamenti poco etici purtroppo sono numerosissimi. Non era però di questo che volevo parlarvi, ma dell'esatto contrario. Cioè di quando si spaccia per efficace una terapia che non lo è affatto o che lo è solo parzialmente, solo per evidenti ragioni commerciali. Vi faccio ancora un esempio. Ieri mi telefona una giornalista dell'Espresso, che mi dice che sta ultimando una lunga inchiesta sulla nuova chirurgia estetica mini-invasiva, che ha reso obsoleti i vari "vecchi" interventi di lifting e mastopessi, perché possono ormai essere sostituiti da terapie basate su applicazioni di laser e medicina rigenerativa. Ho cercato di darmi una calmata e di spiegarle che presumibilmente il suo articolo si sarebbe inserito in quell'ampio filone di disinformazione che ci riguarda. Lei ha insistito spiegandomi che il desiderio della gente è orientato verso terapie soft e che molti colleghi le hanno confermato che effettivamente ormai non c'è più bisogno di ricorrere a incisioni, cicatrici, lunghe convalescenze, ecc perché si possono ottenere gli stessi risultati con la nuova medicina rigenerativa. Un chirurgo plastico milanese esperto di nuove tecnologie le avrebbe detto che il laser è in grado di sostituire*



*perfettamente l'effetto di un lifting, senza la stessa pericolosissima invasività... Un altro le ha spiegato che con la chirurgia rigenerativa si possono sistemare tutti i problemi delle mammelle senza più ricorrere ai devastanti interventi eseguiti fino ad ieri.... Con pazienza ho cercato di raccontarle come stanno davvero le cose, sottolineandole che purtroppo nel nostro settore il lato commerciale sta assumendo sempre più importanza fino a spingere qualcuno a fare dichiarazioni palesemente false. Ho dovuto spiegarle che invecchiando nel nostro corpo e, in particolare, nella nostra faccia, si manifestano due fenomeni: i tessuti interni in genere vanno incontro ad un'atrofia (in particolare il grasso e l'osso) con una conseguente riduzione dell'imbottitura, mentre la pelle, che è l'involucro esterno, tende ad allargarsi. Quest'ultima, inoltre, subisce un danno ulteriore a causa della cottura progressiva (sole, lampade, ecc) cui viene sottoposta a fini estetici (?!). Le ho detto che è vero che si può riempire la faccia di acido ialuronico o di grasso nel tentativo di far fronte all'afflosciamento, ma che i risultati sono poi ben visibili passeggiando per le strade di ogni città, dove fanno brutta mostra di se persone che, più che una testa sopra al collo, hanno una specie di palla informe con labbra e zigomi sproporzionatamente gonfi e guance deformate dal riempimento eccessivo. Le ho chiarito il fatto che se abbiamo due problemi (allargamento dell'involucro, la pelle, e riduzione dell'imbottitura) per ottenere una risultato naturale e non ridicolo dobbiamo correggerli entrambi in modo equilibrato. Ho insistito sul fatto che se nel corso di un lifting è spesso necessario rimuovere 4 o 5 cm di pelle in eccesso, non si può certo pretendere che questo genere di "retrazione" possa essere ottenuta con un laser. Quest'ultimo strumento, le ho detto, può essere di grande aiuto per attenuare le rughe con una dermoabrasione, ma in quel caso non si può certo parlare di trattamento soft, considerando il lungo periodo di convalescenza che inevitabilmente segue una terapia efficace. Poi le ho aggiunto che se qualcuno mi fa vedere (come le avevano detto) che riesce con la medicina rigenerativa a far risalire al loro posto tette cadute sotto l'ombelico a causa dell'invecchiamento e degli allattamenti, sono disposto a mangiarmi un gatto vivo. Le ho dovuto spiegare che ormai tutti i chirurghi plastici ricorrono quotidianamente a innesti di grasso, cellule staminali comprese (altro settore su cui è meglio stendere un velo pietoso), senza però pretendere che questi facciano miracoli che per ora neanche lontanamente sono in grado di fare. Il grasso in alcuni casi particolari di miracoli ne fa davvero, ma, per favore, diamo a Cesare quel che è di Cesare! Per ora (2014) se le tette arrivano sotto all'ombelico solo il buon vecchio bisturi è in grado di farle tornare al loro posto!!*

*Ma io la giornalista la capisco. Lei vuol dare ai lettori quello che i lettori desidererebbero leggere. Quelli che non capisco sono i medici che raccontano balle. Alla fine è controproducente anche per loro. Quando arriva l'ultima paziente di cui parlavo, quella con le tette sotto l'ombelico, possono inventarsi che la medicina rigenerativa stranamente nel loro caso non ha funzionato, ma non possono ripetere la stessa bugia a tutte le pazienti perché da un punto di vista commerciale non sarebbe una buona mossa.... D'accordo comparire sui giornali e in TV ma, per favore, per evitare dolorosi autogol, non raccontiamo bugie.*



**Questo numero speciale di AICPE News manca della consueta puntata de "Le avventure del dott. Tigli". L'autrice (Chiara Botti) se ne rammarica e promette ai suoi tanto esigui quanto affezionati lettori un nuovo appassionato racconto nella prossima edizione della rivista. Nel frattempo ci riporta i migliori auguri del dott. Tigli in persona per una felice riuscita dell'imminente annuale Congresso AICPE.**



## AICPE posta

Caro Giovanni,  
sono Antonietta Cimino, (ex assistente di Carlo Gasperoni altina, capello corto, castana) ci siamo incontrati in tante occasioni. Ho un problema da gestire e credo, che quanto leggerai sotto, sia importante per tutti noi. La paziente, sottoposta a mastoplastica additiva da un collega di Firenze, è la madre di una mia paziente a cui ho fatto una mastopessi con protesi lo scorso anno, che si è rivolta a me per un consiglio. Il collega di Firenze le ha consigliato una sostituzione.  
Avrei piacere di sapere il tuo parere.  
A presto, Antonietta Cimino

Egregia Dr.ssa Cimino,  
come le dicevo stamani per telefono ormai una correlazione tra impianti di silicone e autoimmunità è dimostrato se lei invia su Pubmed una ricerca con le due parole chiave troverà 219 articoli che si riducono a 114 se da la parola sclerodermia. In realtà recentemente una nuova entità nosografica la ASIA Shoenfeld syndrome è stata dimostrata dall'autore di Israele e io ero presente a Granada alla sua presentazione. La nostra cara Sig.ra Milardi clinicamente ha una forma di connettivite indifferenziata con anticorpi anti PMScl dimostrati dal Primario del nostro Laboratorio di Immunologia Dr.ssa Mariangela Manfredi (che ci legge in copia) che possono svilupparsi come vedrà di seguito un estratto del lavoro recentemente pubblicato dopo impianto di silicone.  
I primi dati anche se sono contrastanti risalgono al 1994. La paziente ha fra l'altro sviluppato anche un quadro di alveolite linfocitaria CD4 positiva dimostrata con lavaggio broncoalveolare. Con questo io non voglio demonizzare l'impianto di silicone ne attribuirgli l'induzione del problema della nostra paziente ma va tenuto presente.  
Credo anche che la paziente dovrà essere valutata nel suo impianto attraverso un ecografia per evidenziare una eventuale permeabilità della protesi stessa ma di questo sicuramente lei è più competente del sottoscritto. La paziente ha anche sviluppato di recente un'ipertensione per la quale si è rivolta al cardiologo di fiducia, vedremo se questa è primitiva o secondaria al problema connettivico. Nel mese di marzo su invito del Prof Shoenfeld mi recherò al Congresso Internazionale Autoimmunity a Nizza dove è prevista una sessione sul problema. Di seguito alcuni passi del lavoro di Shoenfeld.  
Cordiali saluti  
Dr Maurizio Benucci

*Silicon has a molecular mass of 28 daltons. In nature, silicon is found as silicon dioxide (silica) or in a variety of silicates (e.g., in talc or asbestos). Furthermore, silicon is present in silicones, polymerized siloxanes, which are often used as medical silicones in breast implants. Silicon exposure is associated with different systemic autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, progressive systemic sclerosis, and vasculitis. Remarkably, silicon in silicone-filled breast implants is considered to be safe, not increasing the risk of developing autoimmune diseases. We analyzed the impact of silicone-filled breast implants on the immune system in 32 consecutive patients attending a specialized autoimmunity clinic. All 32 patients had silicone implant incompatibility syndrome and complaints fulfilling the diagnostic criteria of ASIA (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants). Furthermore, in 17 of the 32 patients, a systemic autoimmune disease was diagnosed, and 15 of the 32 patients had an impaired humoral immune system. Patients developed symptoms and signs after long-term follow-up, suggesting that these symptoms and signs started after implant aging and/or rupture. We postulate that silicon in silicone-filled breast implants may increase the risk of developing (auto) immune diseases and immune deficiencies.*



*Immune disorders are characterized by development of autoantibodies. Autoantibodies, particularly antinuclear antibodies, are detected in the majority of patients with connective tissue diseases such as systemic lupus erythematosus and scleroderma. Recent reports have described persons with silicone implants who have developed scleroderma and systemic lupus erythematosus. Since autoantibodies are suspected to play an important role in the pathogenesis of the connective tissue disease, the nature of the autoantibodies produced in patients with silicone-associated rheumatic disease is important to understand. A review of the English literature and abstracts from the 1992 American College of Rheumatology meeting showed that immunofluorescent testing for antinuclear antibody was positive in a wide range (7% to 68%) of patients with silicone implants. When examining only those patients with silicone implants and clinical evidence of connective tissue disease, the proportion of patients with a positive immunofluorescent test was less than commonly found in a series of patients with idiopathic connective tissue disease. Sensitive testing by Western blot technique revealed autoantibodies in 10% of patients with silicone implants. Differences in autoantibody production between patients with silicone-associated rheumatic disease and patients with idiopathic rheumatic disease may be a distinguishing feature. Further characterization of these autoantibodies is needed.*

**Cara Anto,**

**hai dimenticato di aggiungere "carina" alla tua descrizione...!**

**La letteratura che aveva tentato di analizzare il rapporto fra silicone e malattie autoimmuni è ancora più abbondante di quella citata dal collega. Purtroppo la ricerca è inquinata da due partiti contrapposti. Da una parte migliaia di donne senza scrupoli che grazie ad avvocati altrettanto senza scrupoli hanno cercato di spillare soldi ai chirurghi e alle aziende sostenendo correlazioni fra le protesi e una sclerodermia o un lupus, che magari erano già presenti prima che si facessero operare e non sono affatto peggiorati con l'intervento. Dall'altra le aziende che cercano di svilire ogni ricerca che potrebbe essere dannosa ai loro interessi. In mezzo ci siamo noi. Purtroppo, come sappiamo bene, le ricerche spessissimo sono volontariamente fuorviate e fuorvianti (basta pagare adeguatamente in qualche modo, da una parte o dall'altra). Ma a qualcosa dobbiamo credere. Io credo nell'FDA che, dopo aver esaminato migliaia di pagine di letteratura scientifica, dopo molti anni di "embargo" ha riautorizzato l'uso degli impianti in silicone perchè ritenuti sostanzialmente non pericolosi. Su questa base possiamo continuare a ad usarli con la coscienza a posto.**

**Per quanto riguarda la tua paziente, su richiesta del reumatologo che se ne assume la responsabilità si può evidentemente procedere alla sostituzione o alla rimozione delle protesi, ma dubito che se lei è affetta da una malattia vera e non psicosomatica, starà meglio. Perchè non prepari una relazione su questo interessantissimo argomento e ce la porti al Congresso Nazionale AICPE a Firenze in Marzo?**

**Cari saluti.**

**Giovanni**



**Caro Giovanni,**

**lo scorso novembre Barcellona si è svolto il Corso Eye Frame dove i partecipanti hanno avuto l'opportunità di perfezionare la dissezione endoscopica su cadavere riguardante la tecnica MIVEL (Minimal Incisions Vertical Endoscopic Lift). Il Corso ha avuto un buon successo avendo avuto 15 partecipanti da tutto il mondo. Grazie a voi tale corso ha avuto anche il patrocinio AICPE oltre che EAFPS. Di tale corso ho realizzato una dispensa in formato E-Book dove ho raccolto relazioni e filmati da me presentati al Corso. Se qualche Collega fosse interessato all'argomento,**

**ma non ha potuto partecipare al corso, ha l'opportunità di scaricare gratuitamente la dispensa del corso in formato e-book in lingua inglese al seguente link di iTunes Store.**

**<https://itunes.apple.com/us/book/mivel/id762089926?mt=11>**

**Vorrei però proporre a chi vuole scaricare questo e-book, di fare una piccola donazione ad AICPEonlus.**

**AICPEonlus IBAN: IT70C0200811400000102628131**

**Causale: AICPEonlus Mission**

**Mi preme inoltre sottolineare che ho delegato l'organizzazione di tale Corso al collega Torres ed io ho quindi SOLO percepito il rimborso del viaggio e del soggiorno ma non ho percepito alcun emolumento.**

**Alessandro Gennai**

**Caro Alessandro,**

**complimenti per la tua ottima idea. Con un solo gesto si può imparare una tecnica intelligente e aiutare il prossimo!! Speriamo che anche altri prendano ispirazione dalla tua iniziativa.**

**Giovanni**



## Bancomat obbligatorio per i medici: un vantaggio per il fisco, per i nostri pazienti o per le banche? L'obbligo del Pos slitta di sei mesi.

È ormai quasi certa la proroga al 30 giugno 2014 dell'obbligatorietà, per i professionisti – tra i quali gli studi medici ed odontoiatrici – di accettare i pagamenti elettronici per importi superiori ai 30 euro. La prevede infatti un emendamento, appena approvato dalla Commissione I Affari Costituzionali del Senato, al Decreto Milleproroghe (D.L. 150/13) che dovrà però essere convertito in Legge entro il 28 febbraio prossimo. Dopo l'approvazione del Senato il testo passa ora alla Camera. Ma quali disposizioni sono contenute nel Decreto 24 gennaio 2014, recante "Definizioni e ambito di applicazione dei pagamenti mediante Carte di debito", emanato dal ministero dello Sviluppo Economico di concerto con quello dell'Economia e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 27 gennaio scorso? Di seguito, i dettagli.

**PAGAMENTI ELETTRONICI – POS PER I MEDICI E GLI ODONTOIATRI – DECRETO 24 GENNAIO 2014.** Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 2014 è stato pubblicato il decreto interministeriale 24 gennaio 2014, emanato dal Ministro dello Sviluppo Economico di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, recante "Definizioni e ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito". L'art. 2, comma 1, del decreto dispone che l'obbligo dei professionisti di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito si applica a tutti i pagamenti superiori alla soglia minima di 30 euro. Il comma 2 prevede però che in sede di prima applicazione e cioè fino al 30 giugno 2014 tale obbligo si applichi limitatamente ai pagamenti effettuati a favore degli esercenti per lo svolgimento di attività di vendita di prodotti e prestazioni di servizi, anche professionali, il cui fatturato dell'anno precedente a quello nel corso del quale è effettuato il pagamento sia superiore a 200 mila euro. L'art. 3, comma 1, prevede espressamente che entro novanta giorni successivi all'entrata in vigore del decreto indicato in oggetto le modalità di adeguamento per i soggetti con fatturato inferiore a 200 mila euro inizialmente esclusi potranno essere definite attraverso un ulteriore provvedimento, che potrà fissare nuove soglie minime di importo e nuovi limiti minimi di fatturato. L'art. 3, comma 3, prevede che il decreto 24 gennaio 2014 entri in vigore dopo 60 giorni dalla sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale (28 marzo 2014). Si precisa inoltre che il provvedimento non prevede alcuna sanzione per il professionista che non si doti di POS e quindi non sia in grado di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito. Si segnala poi che la Commissione Affari Costituzionali del Senato, durante l'esame del DDL 1214 (D.L. 150/13 – proroga dei termini) ha approvato però due identici emendamenti, fatti propri dalla Commissione, che prorogano al 30 giugno 2014 l'obbligo per i professionisti di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito (POS). Si rileva infine che il decreto-legge n. 150 del 30 dicembre 2013 (G.U. n. 304 del 30 dicembre 2013) deve essere convertito in legge entro il 28 febbraio 2014.

Attenzione! Per i professionisti con oltre 200 mila euro di fatturato una terza norma, un decreto interministeriale del 27 gennaio che vigerà dal 28 marzo, ha nel frattempo introdotto l'obbligo immediato di tenere il Pos da quel giorno. Poi, da luglio, a meno di altri slittamenti, toccherà a tutti prendere contatti con la banca di riferimento e farsi installare l'apparecchiatura (costo intorno ai 100 euro) pagare il canone, assimilabile a quello telefonico, e versare una piccola commissione automatica, da 0,60 a 2 euro, per ogni operazione. Sarebbe auspicabile che a livello associativo si concludano accordi con le banche per attenuare l'onerosità di questa incombenza. Il Pos in sé non è un costo gravoso. E' utile pure a chi ha più clienti che pagano con bancomat, come avviene spesso nel nostro caso. E' vero che c'è anche il Pos mobile funzionante con la scheda del cellulare, ma è anche vero che si tratta di una tecnologia più avanzata di quella richiesta dalla legge. Anche se non sono previste sanzioni per chi non tiene il lettore in studio, è possibile che entro giugno la prevista regolamentazione della materia le introduca.

## Sembra proprio che ci siamo davvero: dalle staminali del grasso la cartilagine per riparare deformità di naso e orecchie

Da anni sentiamo parlare di cartilagine ottenuta dalle staminali del grasso. In questo settore nei laboratori Fidia a Padova hanno fatto ricerche d'avanguardia. Ma ora scienziati britannici hanno realmente creato cartilagine umana a partire da cellule staminali del grasso addominale. L'obiettivo ora, spiegano, è quello di usare questa cartilagine prodotta in laboratorio per ricostruire nella realtà orecchie e naso affetti da deformità congenite o post-traumatiche. I ricercatori del Great Ormond Street Hospital e dell'University College di Londra, fra cui anche una studiosa italiana, descrivono lo studio su 'Nanomedicine: Nanotechnology, Biology and Medicine'. Come sappiamo, oggi si preleva la cartilagine dal corpo del bambino (coste e setto) con difetti del naso o delle orecchie, la si modella, conferendole la forma opportuna e la si innesta dove è necessario. La nuova tecnica permette di creare la cartilagine necessaria usando solo un piccolo campione del grasso del bimbo, da cui vengono estratte le staminali. Queste ultime vengono a loro volta coltivate indirizzandole a produrre tessuto cartilagineo. Dopo aver ottenuto la cartilagine, il chirurgo procederà con la ricostruzione secondo le tecniche già collaudate.



Per conferire alla nuova cartilagine la forma più adatta si mette una sorta di impalcatura nel 'brodo' di staminali, in modo che queste possano adattarsi nel corso del processo di differenziazione. Il tessuto ottenuto verrà poi innestato con minimi adattamenti. Certo non aiuterà a risolvere eventuali problemi di udito, ma il nuovo orecchio sarà biologicamente ed esteticamente simile a quello reale. "Si tratta di una prospettiva eccitante - commenta Neil Bulstrode, chirurgo plastico del Great Ormond Street Hospital e coautore dello studio - Essere riusciti a produrre un blocco di cartilagine usando staminali e ingegneria tissutale, può essere considerato il Santo Graal del nostro settore". Ogni anno migliaia di bambini nascono con questa deformità congenita. Molti hanno un orecchio interno intatto, ma sperimentano una perdita di udito a causa della mancanza della struttura esterna. Per loro questo studio potrebbe cambiare le cose. Ma secondo i ricercatori il loro lavoro potrebbe avere riflessi anche per altri tipi di trapianti: potrebbe essere usato per ottenere ossa e altri tessuti umani, evitando il rischio di rigetto. L'italiana Patrizia Ferretti, responsabile della Developmental Biology all'Ucl, spiega che "al momento pren-

diamo la cartilagine dalle costole del bambino e questo comporta una importante procedura chirurgica che crea un difetto permanente, dal momento che la cartilagine costale non ricresce. Con questa tecnica si possono mettere le staminali sullo 'stampo' di un orecchio, o usare una stampante 3D per ottenere l'impalcatura a forma di orecchio che conterrà le cellule staminali da trasformare poi in cartilagine".

## Curiosa iniziativa dei colleghi anestesisti: arriva "Sicura". La prima campagna di sensibilizzazione sul tema.

Ogni anno nel mondo circa 230 milioni di pazienti vengono sottoposti a interventi chirurgici. "Sicura" nasce da un'idea della Siaarti per sviluppare fiducia nelle persone che devono sottoporsi ad interventi chirurgici e che si affidano in primo luogo agli anestesisti rianimatori. Il primo marzo nelle piazze di Milano, Roma, Firenze e Napoli sarà allestito un gazebo dove all'interno verrà riprodotta una vera sala operatoria. I cittadini potranno "toccare con mano" la strumentazione ma soprattutto fare domande sull'anestesia e sui reparti di terapia intensiva. I medici e gli operatori sanitari racconteranno dunque ai cittadini cosa è importante far sapere durante una visita preoperatoria o quante ore prima dell'operazione si può mangiare o bere. Ma anche se un cardiopatico può essere addormentato o se occorre interrompere i farmaci prima di un'anestesia. I medici in piazza ricorderanno ai cittadini che l'anestesista è il medico che si trova sempre vicino al malato e che controlla in ogni momento il battito cardiaco, la pressione e la respirazione e che esiste un decalogo della sicurezza. Grazie alla checklist gli anestesisti hanno contribuito in modo determinante a ridurre il numero delle complicanze che negli ultimi anni sono scese dall'11% all'8%. (Il concetto della checklist, che deriva dalla pratica aeronautica con l'intento di garantire la sicurezza totale attraverso un processo di verifica costante di qualità, ha infatti evitato e continua a ridurre il numero di complicanze nei pazienti operati). Sono cinque le raccomandazioni principali che la Società italiana di anestesia, analgesia rianimazione e terapia intensiva suggerisce per la sicurezza del paziente in sala operatoria: checklist per prevenire eventi intra e postoperatori; protocolli per evitare infezioni; igiene delle mani accurata; chiara terminologia e profilassi delle trombosi venose. "Sicura è una campagna per avvicinare la cittadinanza alla realtà dell'anestesia in camera operatoria attraverso un percorso di sicurezza e affidabilità. Comprendere il fondamentale ruolo di vigilanza esercitato dagli anestesisti rianimatori aiuta senz'altro chi deve affrontare un intervento chirurgico" afferma Massimo Antonelli, presidente Siaarti. La prima Campagna di comunicazione sulla sicurezza in anestesia e rianimazione, che si celebra sotto l'Alto patronato del Presidente della Repubblica, sarà divulgata anche all'interno di numerosi ospedali italiani. A tal proposito sono stati realizzati manifesti, locandine, brochure informative e uno spot audio che andrà in onda su numerose emittenti radiofoniche. Tanti infine gli eventi collaterali realizzati dagli anestesisti/rianimatori italiani. Testimonial della Campagna il noto volto televisivo Livia Azzariti. Può venire da chiedersi perché allestire in piazza una sala operatoria. E perché sprecare apparentemente tempo e risorse per dare a passanti incuriositi informazioni abbozzate, che in caso di reale bisogno verrebbero comunque fornite in modo dettagliato prima dell'intervento. ... Forse la vera ragione sta nel ruolo "secondario" attribuito dai pazienti più ignoranti all'anestesista. Tanti hanno paura dell'anestesia, ma nello stesso tempo in molti casi sono convinti che l'anestesista non sia neppure un medico, ma una specie di infermiere specializzato. Insomma una figura di gran lunga meno importante del chirurgo, che è invece quello che li opera, li "sistema" e poi li segue nel post-operatorio, o insomma il loro vero interlocutore. Ci sembra quindi che debba essere accolta con favore questa campagna che ha il compito di spiegare il vero ruolo dell'anestesista e di dare informazioni su questo aspetto troppo spesso sottovalutato dell'intervento chirurgico.



## Screening mammografico prima dei sessant'anni: davvero utile o dannoso? Ma allora che facciamo?

Lo screening mammografico annuale nelle donne fra 40 e 59 non riduce la mortalità da cancro al seno rispetto al semplice esame fisico, almeno secondo uno studio canadese appena pubblicato sul British Medical Journal. Ma non è tutto: dalla ricerca emerge che il 22% delle neoplasie rilevate sono sovradiagnosticate, ben una ogni 424 esami. «La mammografia di screening viene effettuata per ridurre la mortalità da cancro al seno, ma come tutte le strategie di diagnosi precoce, esige compromessi» dice Steven Narod del Women's College Research Institute di Toronto, in Canada, tra gli autori dell'articolo. A fronte del beneficio di evitare un decesso per cancro, la diagnosi precoce produce falsi positivi e trattamenti non necessari, identificando anche lesioni neoplastiche silenti,

che non avrebbero dato sintomi per molto tempo o addirittura mai. «E questo fenomeno si chiama sovradiagnosi» prosegue il ricercatore. E sottolinea: «Le donne con cancro al seno non palpabile scoperto alla mammografia hanno una migliore sopravvivenza a lungo termine rispetto a quelle con neoplasia palpabile, ma non è chiaro se questa differente sopravvivenza sia solo apparente oppure un'effettiva conseguenza dello screening». Così i ricercatori canadesi hanno messo a confronto incidenza e mortalità per cancro al seno nell'arco di un quarto di secolo su oltre 89.000 donne sottoposte o meno a screening mammografico. Durante il periodo di studio 3.250 donne sottoposte a mammografia e 3.133 controlli hanno sviluppato un tumore mammario e, rispettivamente, 500 e 505 sono decedute per la malattia. «Non solo il tasso di mortalità è sovrapponibile nei due gruppi, ma dai dati raccolti emerge che il 22% dei tumori rilevati all'esame mammografico erano sovradiagnosticati» conclude il ricercatore. E in un editoriale di commento Hans-Olov Adami, del Dipartimento di epidemiologia e biostatistica del Karolinska Institute di Stoccolma osserva: «La mammografia di screening sotto i 60 anni va urgentemente rivalutata, ma non è un compito facile: molti governi, finanziatori, scienziati e medici possono avere consistenti interessi nel continuare attività ben radicate». E i chirurghi plastici sanno bene che le tecniche di imaging sono tutt'altro che perfette: quante diagnosi errate nelle mammografie e persino nelle risonanze! Quante protesi segnalate come rotte, che non lo erano affatto e quante rotte che non erano state invece evidenziate come tali... D'altra parte questo è per ora quello di cui disponiamo. Dobbiamo quindi rassegnarci anche ad una piccola percentuale di diagnosi errate.

**L'Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica (Aicpe) sostiene lo spot di Amami e precisa: «La nostra finalità è difendere i diritti dei pazienti e dei medici, migliorare la qualità del rapporto medico-paziente e liberarlo da chi vuole sfruttare la malattia per bieche finalità di interesse personale»**

***In merito alle polemiche seguite alla grande risonanza che ha ottenuto la presentazione dello spot «Medici-Pazienti-Avvoltai» di Amami, l'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (Aicpe), che è tra le firmatarie dell'iniziativa, ritiene opportuno fare alcune precisazioni: «Sosteniamo lo spot di Amami (Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente) e ne condividiamo i contenuti. Tuttavia vogliamo prendere le distanze da alcune interpretazioni che sono state date, in particolare quelle in cui si identifica nella figura degli avvoltoi una sola categoria professionale» afferma Mario Pelle Ceravolo, vice-presidente dell'Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica.***

***«L'intento del messaggio pubblicitario di Amami è denunciare l'attività di una serie di persone che operano in diverse categorie, approfittando dei pazienti per ricavarne profitto. Quello che si vuole condannare quindi non è una particolare categoria professionale, ma un comportamento che è, purtroppo, trasversale. È erroneo quindi identificare gli avvoltoi dello spot con gli avvocati».***

***Conclude Pelle Ceravolo: «Ci sono due diritti importanti da difendere: quello dei pazienti, che devono essere curati da medici responsabili e conservare il proprio diritto ad ottenere la migliore qualità della cura, e quello dei medici, che devono essere posti nelle condizioni di esercitare la propria professione con coscienza e tranquillità senza avvoltoi intorno che possano disturbare ed inquinare il rapporto medico-paziente.»***



**ASSOCIAZIONE ITALIANA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA ONLUS**

## AICPE onlus siamo pronti....e allora VIA con le donazioni

AICPEonlus è un' associazione no profit, satellite di AICPE (Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica). Essa promuove e realizza programmi assistenziali attraverso l'attività di volontariato dei propri soci che portano la loro opera e le loro competenze direttamente là dove possa essere di aiuto, a testimonianza del legame stretto tra atto chirurgico-terapeutico e beneficenza, senza alcuna mediazione, né interessi diversi da quelli della tutela del diritto alla salute.

Nei mesi passati, abbiamo inizialmente sostenuto altre associazioni umanitarie ma il nostro obiettivo è quello di sviluppare e realizzare progetti nostri in maniera autonoma. Attualmente è in essere il "Progetto di Chirurgia Plastica Umanitaria in Togo", che assicurerà tre missioni per il 2014 presso l'Ospedale Saint Jean de Dieu di Afagnan, mentre sta per partire il "Progetto di assistenza volontaria e consulenze gratuite di Chirurgia Plastica presso centri assistenziali territoriali in Italia", in virtù dell'emergenza sociale che sta investendo, purtroppo, anche il nostro paese.

L'attività promozionale della nostra onlus ha il duplice scopo sia di ricercare fondi da utilizzare per la realizzazione pratica dei nostri progetti, sia di far emergere l'aspetto umanitario della specialità di chirurgia plastica (ahimè assai poco conosciuto rispetto ai risvolti frivoli e commerciali), che ben incarna i principi fondamentali della professione medica nel perseguire il benessere psico-fisico della persona sempre, comunque ed ovunque ci troviamo.

**Claudio Bernardi**

Presidente di AICPEonlus



### Per Donazioni:

**AICPE ONLUS - IBAN: IT70C0200811400000102628131**

### ***Missioni Umanitarie di Chirurgia Plastica per il 2014***

*Sono state programmate per il 2014 tre missioni di chirurgia plastica della durata di circa due settimane presso l'Ospedale St. Jean de dieu di di Afagnan, in Togo. I responsabili di ogni singola missione sono*

*Dr. Marco Stabile - Gennaio 2014*

*Dr. Claudio Bernardi - Aprile 2014*

*Dr. Eugenio Gandolfi - Luglio/Agosto 2014*

***I Soci interessati a partecipare sono invitati a contattare al più presto i responsabili***

### **Il consuntivo del Congresso di Salò 2013.**

**Quest'anno, nonostante le spese siano state notevoli, siamo riusciti ad avere un guadagno netto di **16.000 Euro** che verranno interamente versati ad AICPEonlus.**

**Altri fatti e non chiacchiere!!!**



## Corsi, congressi, meetings & co.



**3° CORSO TEORICO PRATICO**  
**LASER E HI-TECH IN MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA**

**Topics Laser e Hi-Tech**

DALLA FISICA ALLA CLINICA PRATICA

VASCOLARE E FOTOEPILAZIONE

ANTIAGING, CICATRICI, MACCHIE E TATUAGGI

NOVITÀ TECNOLOGICHE IN CHIRURGIA PLASTICA E MEDICINA ESTETICA

**CLINICA LASER** **E.C.M.**

29 NOV. / 1 DIC. 2013  
24-26 GENNAIO 2014  
21-23 FEBBRAIO 2014  
30 MAG. / 1 GIU. 2014

Sede del Corso: Clinica Laser Perugia  
Via G. Pavesi, 6 - Perugia - [www.clinicalaser.it](http://www.clinicalaser.it)  
Aula Didattica: olo Resort Tramonto su Assisi  
Collostrada - Perugia - [www.assisiortobellezze.it](http://www.assisiortobellezze.it)

**Informazioni Generali**  
**ECM**  
L'evento è stato accreditato al fine ECM per 20 partecipanti.  
Referente Scientifico Dr. Alvaro Pacifici

**Segreteria amministrativa** **Segreteria organizzativa**

**Provider ECM e segreteria organizzativa**

A.I.C.P.E. patrocina il **3° Corso teorico-pratico "LASER E HI TECH IN MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA"** tenuto dal dott. Alvaro Pacifici.

Il corso che si articola in 4 sessioni con sede a Perugia, avrà le seguenti date:

**28/30 nov. 2013**

**23/25 genn. 2014**

**20/22 febr. 2014**

**29/31 magg 2014**

L'obiettivo è quello di fornire al medico professionista una preparazione specialistica Hi Tech nel settore della Laserterapia, della Laserchirurgia e delle metodiche tecnologiche correlate.

Riservato a medici chirurghi specialisti in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Chirurgia Generale, Ch. Vascolare, Ch. Maxillo-facciale, Ch. d'Accettazione e d'Urgenza Dermatologia, Venereologia; Medicina Generale, Angiologia, Anestesia e Rianimazione.

L'evento è stato accreditato per **50 crediti formativi**.

**E' con piacere comunicare che a tutti i soci AICPE verrà praticato uno sconto del 20% sulla quota d'iscrizione.**

Per ulteriori informazioni sul programma può collegarsi al sito: [www.clinicalaser.it](http://www.clinicalaser.it)

### IX Congresso Nazionale della Accademia Italiana di Medicina Anti-Aging

Roma 23-24-25 Maggio 2014

Centro Congressi Rome Cavalieri, Waldorf Astoria Hotels & Resorts

Prevenzione e Bellezza  
Nuovi Orizzonti in Medicina Estetica

Per pubblicare l'annuncio di un corso, congresso, meeting, ecc, scrivere a [segreteria.aicpe@gmail.com](mailto: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](mailto:segreteria.aicpe@gmail.com)



PER ISCRIVERSI ALL'AICPE, ANDATE SUL SITO [WWW.AICPE.ORG](http://WWW.AICPE.ORG) ED EFFETTUATE L'ISCRIZIONE ON LINE, OPPURE SCRIVETE A [SEGTERIA.AICPE@GMAIL.COM](mailto:SEGTERIA.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 DELLA QUOTA ASSOCIATIVA.

### 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!***

