



News

E' Nata l'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica

Il 30 settembre 2011, in occasione del 60° Congresso Nazionale



Venerdì 30 Settembre è stata costituita l'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (AICPE), che ha colmato finalmente una lacuna tutta italiana.

Infatti, pur essendo una novità per il nostro Paese, non lo è affatto in molte altre Nazioni, dove le "Società-Madri" di chirurgia plastica convivono serenamente con le associazioni che raccolgono coloro che si interessano di chirurgia estetica.

Perché in Portogallo, Spagna, Francia, Germania, Austria, Gran Bretagna, Svizzera, Olanda e, via via fino a Stati Uniti, Argentina, Australia, Giappone, ecc. esistono simili associazioni? Per la semplicissima ragione che chi ha scelto di occuparsi prevalentemente di chirurgia este-

tica ha interessi ed aspirazioni diverse da chi si dedica invece, ad esempio, pressoché esclusivamente alla microchirurgia o alle ustioni. I liberi professionisti, che contano esclusivamente sulla chirurgia estetica per sostenersi, così come moltissimi ospedalieri ed universitari che praticano questa disciplina, hanno delle necessità che i colleghi che limitano la loro attività alla parte più propriamente ricostruttiva della chirurgia plastica invece non hanno. **Da qui, la necessità per molti specialisti, di fondare un'Associazione che sappia dare risposte pratiche a chi si occupa di Chirurgia Plastica Estetica: servizi, tutela, aggiornamento, rappresentanza.**

Benvenuti!!!

Il primo 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 SALUTO DEL PRESIDENTE

Cari colleghi,

WELCOME

ho il piacere di comunicarvi che anche in Italia finalmente è stata costituita un'Associazione di Chirurgia Plastica Estetica, che si occuperà in modo specifico di questo settore. Da molto tempo i chirurghi plastici interessati alla chirurgia estetica avvertivano l'esigenza di raggrupparsi in una società che potesse tutelare le loro particolari esigenze. Grazie all'entusiasmo ed alla perseveranza di un gruppo di amici, circa un mese fa è nata l'AICPE (Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica). L'associazione è aperta a tutti coloro che hanno i requisiti sanciti dallo statuto e che in esso si riconoscono. Al suo interno non ci sono anime diverse, ma un unico nucleo di medici, liberi professionisti, ospedalieri e universitari, uniti dagli stessi interessi e dai medesimi obiettivi. *(Continua a pag 6)*

No al discount di una falsa Sanità (dal sito della FNOMCEO)

In più di una occasione nelle scorse settimane la FNOMCeO, attraverso le parole del suo presidente, è intervenuta per sottolineare lo sconcerto nei confronti delle attività di società e siti come **Groupon, Groupalia e Obiettivo risarcimento**. Ci si è chiesti in più di una occasione: cosa nascondono i prezzi stracciati di certe prestazioni medico-odontoiatriche in Italia come all'estero? E inoltre: sono davvero trasparenti e piene di "senso civico" le campagne mediatiche volte a trasformare in un procedimento penale o comunque risarcitorio ogni rapporto con il mondo medico? Le interviste recentemente uscite su Quotidiano Sanità, Repubblica, AdnKronos e DoctorNews e raccolte dall'Ufficio stampa della FNOMCeO in una recente uscita di [Quando la sanità fa notizia](#) hanno offerto una visione sufficientemente preoccupata del fenomeno, che fa leva sulla voglia di risparmiare (o di incassare...) per portare l'assistenza sanitaria italiana in un terreno di hard discount della salute.

Di fronte a tanti segnali preoccupanti, diceva Amedeo Bianco nell'intervista pubblicata su Repubblica, "presenteremo come FNOMCeO una denuncia all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato". Oggi la FNOMCeO ha fatto partire quella denuncia, ma non solo: oggi la Federazione avvia un'azione globale nei confronti di tutte quelle attività e messaggi che presentano l'attività medico-assistenziale sotto luci non chiare o trasparenti. Si tratta di un'insieme di lettere ed esposti che pubblichiamo (vedi allegati) a beneficio di tutti i lettori del portale, siano essi medici o cittadini, indirizzate al Ministero di Grazia e Giustizia, al CSM, all'Antitrust, ai Nas e anche a Paolo Garimberti, presidente della Rai.

Eccone l'indice:

Lettera-Denuncia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato: il presidente Bianco richiede l'intervento dell'Antitrust al fine di ottenere l'inibizione degli atti di pubblicità ingannevole posti in essere dalla società Obiettivo Risarcimento.

Lettera-Denuncia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato: si denuncia all'Antitrust la pratica ingannevole della Società Groupon e si chiede "l'apertura di una formale indagine volta a verificare la scorrettezza della pratica commerciale denunciata, adottando altresì con provve-

dimento cautelare ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che deriva ai consumatori".

Lettera al Ministero di Grazia e Giustizia e al Consiglio Superiore della Magistratura: si sottolinea la "proliferazione di iniziative, anche mediatiche, che hanno il chiaro scopo di incrementare a dismisura il contenzioso verso i medici, inducendo l'opinione pubblica a credere che sempre e comunque il medico commetta degli errori", creando addirittura una presunzione di colpevolezza.

Lettera ai Nas – Comando Carabinieri per la tutela della salute: segnalazione della

non-chiarità nei messaggi della Società Obiettivo Risarcimento. "Ad avviso di questa Federazione, non è assolutamente chiaro se l'attività di questa società sia a titolo gratuito od oneroso e se le attività di perizia medico-legale offerta ai possibili clienti siano svolte direttamente da medici dipendenti e/o convenzionati con la società stessa".

Lettera ai Nas – Comando Carabinieri per la tutela della salute: segnalazione dei messaggi promossi da Groupon che promuove "la possibilità di acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe irrisorie, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione", con la richiesta di una verifica che "le prestazioni siano rese da personale specializzato, nel rispetto dei limiti di sicurezza e siano erogate in strutture a norma".

Lettera al Presidente della Rai, Presidente alcune riflessioni in seguito alla visione dello spot della società Obiettivo Risarcimento. "Quello che preoccupa è il rischio concreto di sollecitare nell'opinione pubblica l'idea che l'esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere, sempre e comunque, la conseguenza di una malpractice professionale o di cattive organizzazioni dei sistemi sanitari". La lettera contiene l'appello che le problematiche dell'assistenza sanitaria siano presentate con diversa attenzione e termina auspicando un incontro in cui il senso dell'appello alla Rai possa venir approfondito ed illustrato al meglio.

NO
AL DISCOUNT

DI UNA
FALSA SANITÀ

La SICPRE prende una posizione netta nei confronti del problema Chirurgia Estetica/Groupon

Sta suscitando forti polemiche in Francia l'ultima "offerta speciale" del sito specializzato in sconti Groupon: una plastica al seno scontata del 54%, proposta in collaborazione con una clinica belga. Un "annuncio classico", si difendono i gestori del sito, che sottolineano come l'offerta non sia aperta ai minori e precisi che serve un parere medico prima di poter aderire. Sul piede di guerra i medici francesi che parlano di proposta illegale. "Questo genere di pubblicità è vietato - spiega un portavoce dell'ordine al quotidiano Le Parisien - una clinica non ha il diritto di fare questo tipo di promozioni, su prestazioni mediche, come precisato da una sentenza della Cassazione". (ANSA)

La SICPRE, informata delle numerose offerte presenti anche sul sito italiano di Groupon, allerta i consumatori circa il fatto che dietro tali offerte ci possa essere il serio pericolo di un intervento chirurgico effettuato senza le necessarie sicurezze, o in luoghi non idonei, o eseguito da non specialisti, o ancora con materiale ed attrezzature scadenti e quindi pericolose.

La SICPRE osserva questi fenomeni di mercificazione con sempre maggiore preoccupazione, rilevando l'assoluta mancanza di eticità e di deontologia nel comportamento dei colleghi che si offrono a tale mercimonio, e si riserva, qualora si rilevi che siano coinvolti soci SICPRE, di proporre una severa sanzione a carico dei colleghi contravventori.

Il Consiglio Direttivo SICPRE www.sicpre.it

ASSICURAZIONE RC PROFESSIONALE

DI PIERFRANCESCO CIRILLO

Cari Amici,



vorrei condividere con voi poche riflessioni riguardanti un argomento che nei prossimi mesi, con tutta probabilità, sarà l'argomento principale per lo svolgimento della nostra professione, e, per i colleghi più giovani, sarà assolutamente vincolante: l'Assicurazione professionale.

- arrivano numerose segnalazioni di colleghi che

hanno problemi con le compagnie (due sole sul mercato: Zurich e La Milanese) con la quale hanno stipulato la polizza, per la gestione dei sinistri

- altre segnalazioni riguardano colleghi che non trovano più compagnie con le quali stipulare polizze, a fronte di una sinistrosità che negli USA verrebbe giudicata ridicola (caso di due colleghi: tre sinistri in due anni in 20 anni di attività totale!)

- alcuni di questi colleghi, senza polizza, hanno difficoltà a trovare case di cura in cui lavorare. ossia non possono lavorare!

- il decreto "Omnibus", che è passato alla Camera, e che dovrà passare al vaglio del Senato, contiene le norme per l'obbligatorietà dell'assicurazione professionale per i medici, e la conseguente obbligatorietà per le compagnie assicuratrici di stipulare polizze per i medici: questo se da un lato aprirà il mercato delle polizze di responsabilità professionale a tutte le compagnie, dall'altro creerà un aumento esponenziale dei premi, come è già avvenuto in alcuni paesi europei, (gli addetti ai lavori interpellati parlano di aumenti da 3 a 6 volte i premi odierni), pur mantenendo la disdettabilità e limiti delle polizze odierne.

- quindi dovremo in un futuro prossimo pensare ad investire per la nostra assicurazione professionale cifre a partire da 15/20.000,00 euro in su.

- d'altronde è piuttosto strano che in Italia si paghino polizze di 6.000,00 euro a fronte del resto del mondo dove i premi arrivano a cifre da capogiro: questo è un sintomo che in caso di sinistro non ci può far stare tranquilli

- e la questione riguarda anche i nostri colleghi che svolgono la professione in regime di intramoenia, n quanto molte segnalazioni ci confermano che l'assicurazione di molte aziende ospedaliere copre solo in secondo rischio

- ed allora la questione assicurativa diventa uno degli argomenti principali che questa Associazione deve perseguire.

- ci giunge dal collega Fonzone, e ci era stato anticipato da Gasparotti al congresso a Milano, un progetto di una compagnia assicurativa che ancora deve nascere, in cui possiamo essere assicurati e soci nel contempo.

I vantaggi sono:

La Compagnia di Assicurazione che si andrà a costituire baserà il suo core business sul collocamento nel mercato italiano di una innovativa polizza di RC professionale inizialmente riservata alla categoria dei Medici Chirurghi esercenti l'attività di Chirurgia Plastica, Estetica e Ricostruttiva. In una seconda fase la Compagnia si occuperà di mettere a disposizione di questa categoria una serie di iniziative volte a sviluppare maggiormente il business legato a questo settore medico.

La procedura che è stata concordata per l'avvio dell'attività è la seguente:

- Convention di presentazione della Società, delle Condizioni di Polizza, della Compagnia di Riassicurazione e dei Partner Finanziari e Legali.

- Pre-adesione con contributo minimo e relativo impegno alla sottoscrizione della polizza RC Prof da parte dei medici.

- Stipula con Associazione rappresentativa della categoria (esistente o da costituire) del protocollo di intesa che sancisce le modalità di partecipazione e sottoscrizione.

In sintesi, le condizioni contrattuali prevedono:

Massimale € 2.500.000

Errori pregressi garanzia decennale

Garanzia postuma decennale

Arbitrato Extragiudiziale

Franchigia € 5.000

Validità territoriale: Europa

Non disdizionalità

Chiaramente il numero degli associati non può essere inferiore a 500. Ma soprattutto deve entrare nelle nostre teste che, o questa o altre, qualche soluzione dovremo trovare, mettendo seriamente mano al portafogli, da professionisti ed imprenditori quali siamo, per garantire la tranquillità del nostro lavoro.

Vi terrò al corrente circa gli sviluppi di questo progetto, **ma invito tutti a inviare a segreteria.aicpe@gmail.com, segnalazioni di difficoltà sia per ciò che riguarda polizze in essere che per ciò che riguarda la ricerca vana delle stesse: ci serve conoscere meglio il polso della situazione, garantendo l'assoluta riservatezza dei singoli casi.**

Medicina legale: RESPONSABILITÀ CIVILE PER COMPLICANZE POST-OPERATORIE



Sussiste la responsabilità professionale civile del chirurgo che omette di dare indicazioni sui controlli medici da effettuare nell'immediato post-operatorio, che provvede con ritardo alla diagnosi di una complicanza emorragica e che non effettua la diagnosi dell'esistente ascesso subfrenico. Anche un evento raro non integra di per sé una prestazione medica che implica la soluzione di "problemi tecnici di speciale difficoltà" - con conseguente applicabilità della disposizione di cui all'art. 2236 del codice civile che prevede una limitazione della responsabilità civile per imperizia, per la quale si risponde solo per colpa grave o dolo - qualora sia possibile affrontarlo correttamente, in presenza di un quadro clinico allarmante, con una preparazione professionale media. Deve ritenersi consolidata la giurisprudenza in tema di responsabilità solidale civile del chirurgo e della casa di cura dove è avvenuto l'intervento e la successiva assistenza postoperatoria durante la quale sono stati cagionati danni al paziente e, quindi, entrambi questi soggetti sono tenuti al relativo risarcimento nei confronti della persona che li ha subiti. Questi principi sono stati affermati dalla terza sezione civile della Corte di Cassazione che, con sentenza n. 17483/11, depositata il 23/8/11, ha respinto il ricorso proposto da un chirurgo e da una struttura sanitaria avverso la decisione dei giudici di merito che avevano posto a loro carico, in via solidale, i danni patiti da un paziente sottoposto ad un intervento di appendicectomia cui erano seguite gravi complicanze non tempestivamente diagnosticate. Non può, quindi, integrare il presupposto per l'applicabilità della limitazione di responsabilità prevista dall'art. 2236 c.c. un evento clinico la cui diagnosi e terapia non trascende i limiti della preparazione professionale media del sanitario.

MISCELLANEA

A CURA DI ALESSANDRO CASADEI

ORDINE: la scorsa settimana è passata alla Camera l'emendamento delle opposizioni che prevede una "reale autonomia nelle funzioni di rappresentanza, di gestione e disciplina all'interno dell'Ordine dei Medici" da parte degli Odontoiatri. Ciò non comporta la costituzione di due Albi separati, come si era prima supposto; è tutta da dibattere la concretizzazione di questa importante scelta che porrebbe fine ad una spinosa *querelle* che avrebbe spaccato la categoria.

RICORSO MEDICI SPECIALISTI: la Corte di Cassazione ha riconosciuto il termine di prescrizione decennale al diritto al pagamento degli anni di Specializzazione dal 1984 al 1991; chi ha fatto ricorso, ha buone speranze nel riconoscimento delle spettanze.

Roma, 6 settembre 2011

COMUNICATO STAMPA CONGIUNTO TRA IL SENATORE DE LILLO E L'ASSOCIAZIONE CONSULCESI PROPOSTI IN FINANZIARIA 800 MILIONI PER SANARE LE CAUSE IN CORSO DI GIUDIZIO

Il sen. De Lillo propone al Governo di inserire nella Finanziaria 2011 - 2014 ,800 milioni da lui già proposti con un ddl in favore di 120 mila medici che non hanno ricevuto le borse di studio previste per gli anni di specialità con lo scopo di far diminuire il contenzioso a carico dello Stato che rischia di ammontare a 12 miliardi

Sono 120 mila i medici che, secondo l'Associazione Consulcesi Health e Ricerca, hanno diritto a percepire circa 100 mila euro ciascuno per le borse di studio non erogate durante gli anni della scuola di specialità, per un totale di quasi 12 miliardi di euro che lo Stato italiano dovrebbe riconoscere loro.

« Dobbiamo porre all'attenzione il problema, si tratta di un costo insostenibile, - dichiara il Senatore Stefano De Lillo - che rischierebbe nei prossimi anni di mandare in ginocchio le casse dello Stato, e non potendo bloccare il lavoro dei tribunali, non vedo altre soluzioni possibili».

L'Onorevole, che da sempre sostiene il diritto al risarcimento di questi medici, ha quindi presentato prima dell'estate un disegno di legge, il ddl n. 2786/2011, per giungere alla soluzione definitiva di questa annosa questione. La sua proposta prevede una sorta di compromesso tra Governo e l'esercito

dei ricorrenti. In essa, infatti, si chiede il riconoscimento di un importo forfettario di 20.000 euro ciascuno per ogni anno di corso, in favore dei medici che si sono rivolti alla legge per ottenere un diritto loro dovuto secondo le norme dell'Unione Europea (75/362/CEE, 75/363/CEE e 82/76/CEE, in seguito coordinate dalla direttiva 93/16/CEE).

Se la proposta fosse accolta si potrebbe chiudere il decennale contenzioso tra lo Stato e i medici, dato che, all'entrata in vigore della legge, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca dovrebbe corrispondere a coloro che sono stati ammessi alle scuole di specializzazione universitaria in medicina dall'a.a. 1982-1983 all'a.a. 1990-1991 e che hanno presentato domanda giudiziale per il rimborso una borsa di studio a titolo forfettario di 20.000 euro per ciascuno dei 4 o 5 anni di corso frequentati.

Secondo il Presidente dell'Associazione Consulcesi Health e Ricerca, Massimo Tortorella, che sostiene legalmente le ragioni di oltre 25.000 medici associati: "Quando la proposta sarà accolta andrà incontro alle richieste di coloro che stanno attendendo da anni l'esito del ricorso, riconoscendo loro parte della borsa di studio non erogata. Lo Stato ne avrà un significativo risparmio, da 12 miliardi a 800 milioni di euro, dato che rimborserebbe solo la l'ammontare della borsa di studio, circa 11 mila euro per ogni anno di specializzazione, senza gli interessi e la Consulcesi rivalutazione delle somme che sono dovuti in base agli orientamenti più recenti della Corte di Cassazione e di quella di Appello. Inoltre dilazionerà la spesa prevista in tre anni, tra il 2011 e il 2014, di cui il 50% da rimborsare sotto forma di sconti sulle ritenute d'acconto, mi sembra quindi una buona proposta che comunque riguarderà chi non vuole andare avanti nei giudizi dei tribunali che in Italia durano troppo rinunciando ad ottenere gli interessi e la rivalutazione che farebbero triplicare la cifra proposta dal Senatore».

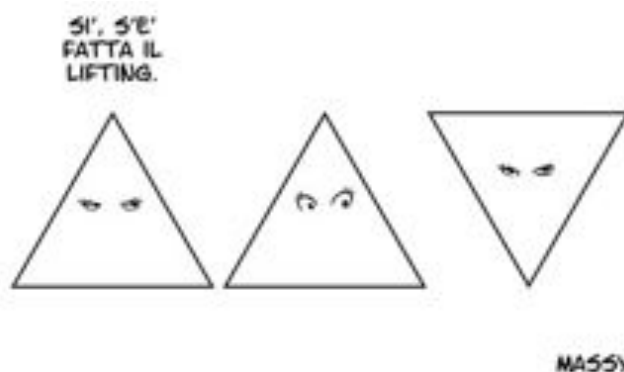
«Il vantaggio per il medico - conclude il Senatore De Lillo - sarebbe quello di non dover più attendere i 5, a volte 10 anni

di giudizio necessari per veder riconosciuto il diritto al rimborso, dato che lo potrebbe avere subito». In sintesi, il contenzioso riguarda i medici iscritti ai corsi di specialità tra gli anni 1982 e 1991, che non hanno ricevuto le borse di studio previste dalle direttive europee. Tali norme furono recepite dall'Italia solo con il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, quando il legislatore nazionale ha stabilito in favore degli specializzandi una borsa di studio annuale di lire 21.500.000, applicando però tale disposizione solamente ai medici ammessi alle scuole di specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1991-1992.

Quindi, gli iscritti agli anni precedenti non hanno percepito alcuna remunerazione. Questo nonostante fosse il 31 dicembre 1982 il termine ultimo di attuazione delle direttive europee e che queste si dovessero applicare a tutti coloro che avevano frequentato le scuole di specialità a partire dall'anno accademico 1982-1983.

Di conseguenza, nel corso degli anni, si è venuta a creare un'imponente controversia in tribunale nei confronti dello Stato italiano, promossa da decine di migliaia di medici, per ottenere il risarcimento dei danni subiti per effetto della mancata attuazione delle direttive. Moltissime cause sono state vinte, e la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero dell'Economia e delle Finanze sono stati più volte condannati al pagamento degli indennizzi, fino a oltre centomila euro per medico in alcuni casi presentati dall'associazione Consulcesi.

Per informazioni visitare il sito www.consulcesihealth.it oppure contattare il numero verde 800122777 o inviare una mail a info@consulcesihealth.it.



RIUNIONE PERIODICA DEI LAVORATORI L. 81/2008 – 43° SETT.DI CALENDARIO:

la legge stabilisce che i datori di lavoro organizzino la riunione annuale con i dipendenti ai fini della sicurezza sul lavoro nella 43° settimana di calendario, che quest'anno cade dal 24 al 28 Ottobre. Da ricordare in particolare che oltre alle modalità di svolgimento della riunione (oggetto di una prossima news), ci sono aggiornamenti sulla normativa recentemente introdotta riguardo i taglianti (2010/32/UE).

OBBLIGO DI COMUNICAZIONE DELL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA IN CAMERA DI COMMERCIO ENTRO IL 29 NOVEMBRE 2011-10-14

Il D.L. n.185/08 ha previsto che entro il 29 novembre 2011 tutte le imprese costituite in forma societaria alla data di entrata in vigore del decreto stesso (come le società di gestione dei nostri ambulatori e strutture private) debbano comunicare al Registro delle imprese l'indirizzo di posta elettronica certificata. La posta elettronica certificata (PEC) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore legale di una raccomandata cartacea con avviso di ricevimento tradizionale. Pertanto tutte le società (per azioni, in accomandita per azioni, a responsabilità limitata, in nome collettivo, in accomandita semplice, semplici) già costituite alla data del 29 novembre 2008, dovranno:

- **dotarsi di un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC);**
- **comunicarlo al Registro delle imprese della Camera di Commercio territorialmente competente entro il 29 novembre 2011**

Attualmente, per le società di nuova costituzione, l'indirizzo PEC rappresenta un requisito obbligatorio nel procedimento di iscrizione della stessa società al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio competente. Non è previsto, invece, alcun obbligo di dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata per le ditte individuali, sia che le stesse siano sta-

te iscritte prima del 29 novembre 2008 sia che si tratti di imprenditori individuali che hanno iniziato l'attività d'impresa in data successiva al 29 novembre 2008.

LA CORRETTA PROCEDURA DI DISTRUZIONE DEI BENI

Distruzione di beni

Il decreto Sviluppo ha elevato la soglia entro la quale è possibile documentare la distruzione di beni attraverso un semplice atto notorio.

Al riguardo, si ricorda che la distruzione dei beni o la trasformazione in beni di altro tipo e di più modesto valore economico, deve essere provata:

- da comunicazione scritta da inviare agli uffici indicando luogo, data e ora in cui verranno poste in essere le operazioni, le modalità di distruzione o di trasformazione, la natura, qualità e quantità, nonché l'ammontare complessivo, sulla base del prezzo di acquisto, dei beni da distruggere o da trasformare e l'eventuale valore residuale che si otterrà a seguito della distruzione o trasformazione dei beni stessi. Tale comunicazione non va inviata qualora la distruzione venga disposta da un organo della Pubblica Amministrazione;
- da verbale redatto da pubblici funzionari, da ufficiali della Guardia di Finanza o da notai che hanno presenziato alla distruzione o alla trasformazione dei beni;
- da dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi della L. n. 15/68 nel caso in cui l'ammontare del costo dei beni distrutti o trasformati (nella previsione vigente prima dell'entrata in vigore del decreto Sviluppo) non fosse superiore a dieci milioni delle vecchie lire (pari ad € 5.164,57).

Dal verbale e dalla dichiarazione devono risultare data, ora e luogo in cui

avvengono le operazioni, nonché natura, qualità, quantità e ammontare del costo dei beni distrutti o trasformati.

Il decreto Sviluppo prevede l'innalzamento a 10 mila euro della soglia di valore dei beni per i quali è possibile ricorrere ad attestazione di distruzione mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio;

- da documento di cui al DPR n. 472/96, progressivamente numerato, relativo al trasporto dei beni eventualmente risultanti dalla distruzione o trasformazione.

Come precisato dalla C.M. n. 193/E/98, le procedure formali descritte si rendono applicabili tutte le volte che l'imprenditore provvede volontariamente alla distruzione di un bene, strumentale o di magazzino, in dipendenza di un fatto eccezionale.

Tali procedure non si applicano quando le distruzioni non dipendono dalla volontà dell'imprenditore e dall'eccezionalità dell'operazione, ma sono normalmente connesse a situazioni ricorrenti, quali sfridi, cali naturali, alterazione o superamento del prodotto per le quali permangono le specifiche procedure autorizzate dall'Amministrazione Finanziaria. Tali procedure, inoltre, non si applicano per trasformazioni di merci in beni residuali che rientrano nell'attività propria dell'impresa. Inoltre, i contribuenti che necessitano di avviare a distruzione i beni propri, possono procedere all'operazione mediante consegna dei beni stessi a soggetti autorizzati, ai sensi delle vigenti leggi sullo smaltimento dei rifiuti, all'esercizio di tali operazioni in conto terzi, dimostrando, in tal caso, la distruzione dei beni mediante apposito formulario di identificazione.



Il Saluto del Presidente (Continua dalla prima pagina).

Da un punto di vista economico stiamo vivendo uno dei momenti più complessi della storia recente ed è quindi necessario che ci organizziamo concretamente per passare indenni attraverso queste difficoltà. Occorre promuovere la nostra attività con onestà intellettuale, ma anche con determinazione ed efficacia. La precarietà della situazione italiana nel nostro settore ha purtroppo permesso il proliferare di organizzazioni commerciali, che sembrerebbero ora impropriamente rappresentare la nostra categoria agli occhi dell'opinione pubblica, pur non avendone né la competenza né, tantomeno, a nostro avviso, il diritto (vedere la ricerca Doxa commissionata da "La Clinique" e pubblicata sul sito dell'azienda: www.laclinique.it/chirurghi-plastici.html). Il nostro esasperato individualismo e la conseguente carenza di unità ha reso possibile che qualcun altro ci sostituisse nella mente degli Italiani come punto di riferimento per la nostra specifica materia. La maggior parte di noi esercita con passione da molti anni la chirurgia estetica e ha accumulato un'esperienza preziosa, che dovrebbe essere adeguatamente valorizzata. Tutti cerchiamo di mantenerci aggiornati, pur con sacrifici, sulle procedure più recenti. Siamo professionisti seri, con i requisiti per offrire ai nostri pazienti la migliore chirurgia estetica. Non possiamo assistere disarmati a questo sfacciato tentativo di monopolio economico-culturale; dobbiamo riappropriarci del nostro ruolo legittimo! Ovviamente non abbiamo nulla contro i giovani colleghi che hanno dovuto accettare di assoggettarsi al giogo di queste organizzazioni, ma ci auguriamo che possano recuperare rapidamente la loro indipendenza. Abbiamo scelto di esercitare una professione difficile, nella quale occorre non solo una specifica abilità tecnica, ma anche un'attitudine imprenditoriale. Dobbiamo confrontarci continuamente con la rapida evoluzione della nostra materia e saper gestire le frequenti difficoltà quotidiane di carattere organizzativo. Abbiamo deciso di creare AICPE per aiutarci e sostenerci nello svol-

gimento pratico della professione. L'AICPE siamo noi!!

In sintesi AICPE vuole occuparsi di:

- promuovere in termini corretti presso l'opinione pubblica l'immagine dei medici che hanno scelto di praticare seriamente la chirurgia estetica, contrastando le organizzazioni commerciali che vorrebbero sfruttarli e guadagnare sul loro lavoro attraverso servizi telematici o addirittura arruolandoli e assoggettandoli a regole di "batteria".
- individuare un ufficio stampa attivo ed efficace, cui affidare il rapporto con i media.
- creare un sito Internet dell'associazione, che presenti gli associati come chirurghi particolarmente aggiornati e competenti (come in effetti dovranno essere).
- affrontare e possibilmente risolvere le problematiche assicurative, che fra poco assumeranno un ruolo vitale nell'esercizio della professione.
- supportare i soci sul piano medico-legale, offrendo una consulenza diretta ed un forum di confronto con gli altri colleghi.
- informare su novità legislative a livello nazionale e locale.
- sostenere battaglie contro chi esercita la nostra professione più o meno abusivamente.
- intraprendere azioni costruttive per una seria regolamentazione della chirurgia ambulatoriale, di day surgery e con ricovero.
- riferire sinteticamente le più interessanti proposte relative a nuove tecniche e materiali che periodicamente vengono pre-

sentate nel mondo, offrendo link per approfondimenti.

- creare una cooperativa per l'acquisto di materiali a prezzo più conveniente.
- facilitare l'aggiornamento dei soci promuovendo i corsi ed i congressi organizzati dai colleghi dotati di maggiore esperienza in particolari settori.
- favorire le esperienze di scambio del personale medico ed infermieristico fra le diverse strutture dedicate alla chirurgia estetica sia in Italia, che all'estero.
- offrire l'abbonamento alla migliore rivista di chirurgia estetica americana a prezzo super-ridotto
- pubblicare un notiziario periodico in rete con una sintesi di quanto sopra.

AICPE sarà tutto questo e molto, molto di più!!

AICPE deve essere soprattutto l'associazione di tutti coloro che credono in quello che fanno e che agiscono in maniera determinata e costruttiva, senza inutili protagonismi o inopportuni incensamenti.

Il Consiglio AICPE sta lavorando alacremente e fra breve vi comunicheremo i risultati raggiunti.

Un abbraccio a tutti.

Giovanni



CHIRURGIA ESTETICA: UNA PROPOSTA PER INCENTIVARE LA QUALITÀ

Costantino Corsini,
responsabile del servizio di anestesia di
Villa Bella Clinic

Negli ultimi mesi nei paesi di lingua anglosassone sono apparse sui media delle proposte "fantasiose" riguardanti la chirurgia estetica. Negli Stati Uniti un sociologo ha rivendicato la necessità di fornire gratuitamente gli interventi di chirurgia estetica, in quanto necessari per "il raggiungimento della felicità personale"; in Gran Bretagna al contrario il Governo ha pensato di inserire una tassa sugli interventi estetici. Nel primo caso si fa riferimento alla Costituzione che, unica al mondo, prevede il "diritto alla felicità", nel secondo caso si è ritenuto che chi ricorresse a tali pratiche dovesse essere un ricco con tanta voglia di spendere. Queste proposte, fortunatamente cadute nell'oblio, si sono dimostrate dettate da presupposti assai discutibili. Pensare che un paese che non fornisce l'assistenza sanitaria per le malattie anche gravi, ma si basa su un sistema di assicurazione privata, spenda risorse da destinarsi agli interventi estetici per garantire la "felicità" ai propri concittadini è quanto mai opinabile. Anche perché credo che il grado di infelicità per un malato di cancro od in insufficienza renale sia certamente superiore a quello causato da un seno piccolo o cadente. Anche la Gran Bretagna ha interpretato male la realtà: ormai non sono più soltanto le classi ricche e benestanti che si concedono il "lusso" della chirurgia estetica, ma anche un ceto medio che risparmia o contrae debiti per togliersi una soddisfazione. Ed in Italia come siamo messi? Qui si è ignorato il problema in modo molto sbrigativo e lo si è risolto semplicisticamente ponendo la chirurgia estetica fuori dai Livelli Essenziali di Assistenza e paventando questo genere di intervento come indicatore di ricchezza. Sarebbe stato sufficiente osservare la realtà nel suo insieme per comprendere come molte di queste scelte abbiano prodotto più danni che benefici. Oggi gli italiani sono spinti al raggiungimento di determinati canoni estetici, che

vengono presentati quotidianamente sui media; sono belli i giovani che compaiono in Tv, tronisti e no, sono belle anche le giornaliste che leggono le notizie catastrofiche del telegiornale. La pubblicità fa leva su questo e determina un sentire comune. Ovvio che oggi una ragazza si senta in imbarazzo se non dotata di un seno prospero, oppure che una signora di mezza età trovi difficoltà a mostrarsi in costume con delle "ciccie" che debordano. In alcuni casi si giunge ad un rifiuto del proprio corpo che determina delle vere e proprie patologie della relazione. Chi ha i soldi si rivolge a strutture e professionisti rinomati, chi deve risparmiare cerca l'occasione. Nascono così i discount della bellezza, nasce e prolifera il turismo sanitario. Lo Stato è prodigo nel chiedere qualità alle strutture che operano nel proprio territorio, giustamente per garantire la maggior sicurezza possibile per i propri cittadini. Ma poi chiude non un occhio ma entrambi su migrazioni verso paesi dell'est o della costa mediterranea dell'Africa, migrazioni di gente che, allettata da un consistente risparmio economico, si rivolge a strutture che non presentano i requisiti di qualità che la legge italiana impone. Questo poi non si riflette soltanto sulla salute e sull'integrità dei pazienti ma finisce per causare un danno non indifferente allo Stato stesso. Citiamo solo alcuni esempi: quanto costerebbe al sistema sanitario nazionale un soggetto che avesse contratto una epatite, oppure cosa costerebbe in termini di invalidità una cecità conseguente ad una blefaroplastica? Chi dovrebbe rispondere del danno economico in caso di malpractice? Forse un medico..., ma non si sa chi e non si sa dove! Ma esiste anche un danno economico immediato, anche in assenza di conseguenze negative. Questi interventi rappresentano soldi che escono dal nostro paese e che prendono altre strade invece di rimpolpare la nostra economia sofferente. Dietro ad un intervento non gravita solo la parcella del chirurgo, ma coesistono decine di altri interessi, personale sanitario di supporto, servizi, beni materiali ecc. ecc. Ci troviamo di fronte ad una industria non di piccole dimensioni con un consistente indotto. A questo punto giunge la fatidica domanda. Cosa possiamo fare? Innanzi tutto riflettere sul problema e non liquidarlo *sic et simpliciter* come un non-problema. Si possono fare tante cose pensando e

programmando con dati alla mano. Una fra le tante, **inserire le spese per chirurgia estetica tra le spese deducibili**. Non si tratterebbe di una perdita per l'amministrazione finanziaria, anzi potrebbe produrre un consistente guadagno. Questa deducibilità renderebbe di nuovo competitive le strutture che operano nel territorio, si eviterebbe di esportare soldi e lavoro e si produrrebbe ricchezza interna, quindi reddito. L'indotto in termini tributari compenserebbe di sicuro in misura maggiore la percentuale di deduzione. Si otterrebbe anche un altro significativo risultato. La qualità dei servizi offerti sarebbe controllata e certificata; non più viaggi all'estero in strutture sconosciute, ma neppure interventi eseguiti in Italia in strutture prive delle necessarie autorizzazioni, che perderebbero parte della competitività che acquisiscono essendo esposte a minori spese, non garantendo i livelli minimi previsti per questo genere di attività. Ricordiamoci degli incidenti avvenuti per liposuzioni fatte in retrobotteghe o interventi chirurgici fatti in ambulatori fatiscenti. Sicuramente c'è chi obietterà che molti pazienti non vorrebbero indicare nella propria denuncia dei redditi un intervento di chirurgia estetica per non incorrere nelle spire del redditometro, ma bisogna tener conto di come oggi la clientela sia costituita anche da molti appartenenti al ceto medio, stipendiati o pensionati e quindi proprio da quelle categorie che sono alla ricerca di un prodotto a buon mercato, ma che non dispongono delle capacità discriminanti per interpretare correttamente la reale qualità del prodotto offerto.

Lungi da essere una proposta conclusiva, questa riflessione vuole aprire un dibattito ed un confronto con il legislatore per incentivare un prodotto di qualità, favorendo di r i m a n d o sia c h i lavora c o n p r o f e s s i o n a l i t à , s i a u n a cliente- la mutata nel ceto nel corso degli anni.



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

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

Sarà un servizio utile per tutti



PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLE TROMBOSI VENOSE PROFONDE IN CHIRURGIA PLASTICA

a cura di Gianluca Campiglio, Specialista in Chirurgia Plastica libero professionista, e di Corrado Lodigiani Aiuto del Centro Trombosi dell' IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Milano

Premessa

Le seguenti linee guida devono servire come strategia profilattica generale e non possono né devono sostituire una approfondita valutazione pre-operatoria del rischio individuale di ciascun paziente.

CRITERI PRINCIPALI PER LA CLASSIFICAZIONE DELLA CATEGORIA DI RISCHIO

Sulla scorta di una esaustiva revisione della letteratura medica si possono dividere i pazienti che si sottopongono ad un intervento di Chirurgia Plastica in tre categorie di rischio per l'insorgenza di complicanze trombo-emboliche venose (TEV), ossia: 1) pazienti a basso rischio; 2) pazienti a moderato rischio e 3) pazienti a rischio elevato.

La categoria di rischio di appartenenza del paziente è definita da molteplici fattori.

I principali e più comuni sono:

- 1) La presenza di **FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALE**, come ad esempio:

A) DIATESI TROMBOFILICA

Esistono numerosi difetti congeniti o acquisiti che possono predisporre ad uno stato di iper-coagulabilità, quali ad esempio i deficit delle proteine anticoagulanti (PC, PS, AT) o un eccesso di proteine pro-coagulanti (elevati livelli plasmatici di FVIII, FIX, fattore von Willebrand). Si tratta tuttavia in genere di anomalie piuttosto rare, tranne la mutazione G1691A del Fattore V (FV Leiden) che è presente in circa il 3-5% della popolazione europea sana o la mutazione G20210A del FII(mutazione della protrombina), presente nel 4-6%. Per questi pazienti il rischio di trombosi soprattutto venose è nel caso dell'eterozigosi moderatamente incrementato, mentre nei soggetti con la mutazione omozigote è fino a 100 volte più alto. Il rischio poi aumenta in modo moltiplicativo se il paziente assume contraccettivi orali (da fino a 20-30 nel caso degli eterozigoti fino a 400 volte nel caso di omozigosi) e ancor più se la paziente è fumatrice. Dal momento che i test di laboratorio per evidenziare una diatesi trombofilica sono piuttosto cari e con risultati non sempre attendibili, non è indicato eseguirli in modo routinario in previsione di un intervento chirurgico. Nel caso invece il paziente sappia prima dell'intervento chirurgico di avere già una diatesi trombofilica si consiglia una valutazione ematologica e l'assunzione di una profilassi con eparina a basso peso molecolare anche nel caso di pazienti a basso rischio per altri fattori o per tipo di intervento.

B) ASSUNZIONE DI CONTRACCETTIVI ORALI O IN TERAPIA SOSTITUTIVA CON ORMONI

Donne che assumono contraccettivi orali o che sono in terapia sostitutiva con ormoni hanno un rischio maggiore di sviluppare una trombosi venosa profonda, probabilmente per via degli alti livelli serici di fattore VIII e bassi di proteina C associati ad alti valori di fibrinogeno e dell'inibitore di tipo I dell'attivatore del plasminogeno. Per queste pazienti si consiglia una profilassi con eparina a basso peso molecolare se l'intervento chirurgico è in anestesia generale ed ha una durata superiore all'ora

C) ANAMNESI POSITIVA PER PREGRESSO TEV

Per una corretta valutazione del profilo di rischio dei pazienti è fondamentale una raccolta accurata dell'anamnesi personale e familiare con particolare attenzione alla storia di pregressi eventi trombotici artero-venosi e soprattutto se ad esordio precoce. L'indagine conoscitiva deve riguardare anche i parenti del paziente, almeno fino alla terza generazione

D) PRESENZA DI INSUFFICIENZA VENOSA CONCLAMATA

L'esame clinico deve includere la ricerca di segni clinici evidenti di insufficienza venosa, soprattutto agli arti inferiori, quali ad esempio grossolane varici venose, discromie cutanee o vere e proprie ulcere. In questo caso si consiglia una profilassi con eparina a basso peso molecolare se l'intervento chirurgico è in anestesia generale ed ha una durata superiore all'ora

E) CONCOMITANZA DI ALTRE MALATTIE

Malattie di tipo cronico (BPCO, scompenso cc, diabete mellito, malattie infiammatorie intestinali, malattie autoimmuni o reumatologiche) o malattie tumorali aumentano il rischio di trombosi venosa profonda. Anche in questo caso profilassi con eparina a basso peso molecolare se l'intervento chirurgico è in anestesia generale ed ha una durata superiore all'ora

F) ETA'

Si consiglia una profilassi con eparina a basso peso molecolare se l'intervento chirurgico è in anestesia generale e riguarda pazienti con età maggiore di 40 anni

2) La DURATA dell'intervento chirurgico

La durata dell'intervento chirurgico influenza il rischio di trombosi venosa profonda. Non esistono in letteratura dati specifici per la chirurgia plastica tuttavia si può ritenere che interventi di durata superiore a 1 o 2 ore, se eseguiti in anestesia generale, presentano un rischio maggiore di trombosi venosa profonda

1) Il TIPO di ANESTESIA

E' dimostrato da numerosi lavori scientifici che l'anestesia generale è associata ad un rischio maggiore di trombosi venosa profonda rispetto alla anestesia locale.

CATEGORIE DI RISCHIO

1) PAZIENTI A BASSO RISCHIO TROMBOTICO

Sono pazienti che devono effettuare interventi chirurgici in anestesia locale o generale della durata inferiore a 1 o 2 ore.

2) PAZIENTI A MODERATO RISCHIO TROMBOTICO

Sono pazienti che devono affrontare un intervento chirurgico della durata superiore a 2 ore in anestesia generale.

3) PAZIENTI A ALTO RISCHIO TROMBOTICO

Sono pazienti che devono effettuare interventi chirurgici in anestesia generale a maggiore rischio di complicanza trombotica quali ad esempio addominoplastica, lifting cosce, lifting braccia, liposuzione degli arti inferiori della durata superiore a 2 ore o interventi combinati sempre in anestesia generale.

MISURE PROFILATTICHE PER LE DIFFERENTI CATEGORIE DI RISCHIO

1) PAZIENTI A BASSO RISCHIO TROMBOTICO

In questo caso nessuna profilassi farmacologica è necessaria. Si consiglia un posizionamento confortevole sul lettino operatorio (leggera flessione delle ginocchia e nessuna compressione o costrizione a livello degli arti inferiori) ed una deambulazione precoce entro le prime 6 ore dall'intervento. Utile compressione elastica con calze antiTVP nel periodo della degenza e di eventuale ridotta mobilità

2) PAZIENTI A MODERATO RISCHIO TROMBOTICO

In questo caso, oltre a quanto previsto per i pazienti a basso rischio trombotico, e soltanto nel caso di presenza di uno o più fattori di rischio individuale (quali ad esempio una età superiore a 60 anni l'assunzione di contraccettivi orali o di terapia sostitutiva, la presenza di malattie concomitanti di tipo cronico o tumori, la presenza di una storia familiare o personale di trombosi venose profonde e/o embolia polmonare, la presenza di segni di una insufficienza venosa conclamata) è consigliabile una profilassi farmacologica con eparina a basso peso molecolare da iniziare 10-12 ore dal termine dell'intervento chirurgico, al dosaggio di 40-50 U/Kg per le prime 48-72 ore e di 80 U/Kg per i successivi 12 giorni (durata totale della profilassi almeno 15 giorni).

3) PAZIENTI A ALTO RISCHIO TROMBOTICO

In questo caso, oltre a quanto previsto per i pazienti a basso rischio trombotico, è sempre consigliabile una profilassi farmacologica con eparina a basso peso molecolare da iniziare 10-12 ore dal termine dell'intervento chirurgico, al dosaggio di 40-50 U/Kg per le prime 48-72 ore e di 80 U/Kg per i successivi 25-28 giorni (durata totale della profilassi almeno 4 settimane).

Le Società Scientifiche del settore che sono interessate ad aprire un loro Corner su questa Newsletter, dove pubblicare articoli di interesse comune, sono le **Benvenute** e possono scrivere a segreteria.aicpe@gmail.com.

Hanno finora accettato l'invito:

Ass. It. ORL di Chirurgia Estetica e Funzionale Rino-Cervico-Facciale e **Soc. It. di Dermatologia Estetica e Correttiva**



AICEFProf



Dal Sito Ufficiale dell'AIFA



Nota Informativa Importante sull'utilizzo di protossido di azoto (N₂O) del 28/02/2011

COMMISSIONE CONSULTIVA TECNICO SCIENTIFICA PER LA VALUTAZIONE DEI FARMACI

Nel corso dei lavori dell'1 e 2 febbraio 2011, la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica per la valutazione dei farmaci (CTS) ha approvato il seguente testo relativo una "DDL sull'uso extraospedaliero del protossido d'azoto" dando indicazione, nel contempo, di pubblicazione sul sito dell'Agenzia.

Per completezza di informazione, si precisa che nella seduta del 21 e 22 dicembre 2010 la CTS ha deciso di riclassificare le confezioni di protossido d'azoto ≤20 chilogrammi in C-USPL.

Problematiche di sicurezza e precauzioni di utilizzo extra-ospedaliero del farmaco protossido d'azoto (N₂O)

Caro Dottore, gentile dottoressa,

L'utilizzo di protossido di azoto (N₂O) è permesso solo attraverso specifiche apparecchiature che impediscono l'erogazione di miscele ipossiche e solo in specifici ambienti con adeguato ricircolo d'aria.

Il farmaco, in ambiente extraospedaliero, è da utilizzarsi alla concentrazione massima del 50% in ossigeno (cioè non più del 50% di protossido di azoto e almeno 50% di ossigeno).

L'unica eccezione è rappresentata dalla sedazione cosciente praticata da esperti odontoiatri sedazionisti che, con il paziente sicuramente cosciente (come documentato dalla apertura della bocca), possono impostare, per brevi periodi di tempo, una erogazione a concentrazioni fino al 70%.

Il protossido di azoto è da decenni ampiamente utilizzato in ambito extraospedaliero, soprattutto in campo odontoiatrico, come analgesico ansiolitico. Non sono ad oggi state descritte gravi complicanze secondarie al suo utilizzo come analgesico ansiolitico in ambito extraospedaliero.

Il protossido di azoto deve essere utilizzato solo in presenza di personale medico o odontoiatra con adeguato training in rianimazione cardiopolmonare (BLS-D) e consapevole di come A) in caso di perdita di coscienza si debba immediatamente interrompere la somministrazione del protossido di azoto e di come B) in caso di apnea si debba immediatamente procedere a rendere pervie le vie aeree del paziente (per esempio con la triplice manovra di estensione del capo, sublussazione della mandibola e apertura della bocca) e eventualmente supportare la ventilazione del paziente (per esempio con il pallone auto espansibile e una mascherina facciale).

L'utilizzo del protossido di azoto (N₂O) in ambiente extraospedaliero, non deve essere associato all'utilizzo di altri farmaci anestetici, ipnotici, sedativi o antidolorifici maggiori se non in presenza di un anestesista rianimatore. L'utilizzo di protossido di azoto può invece precedere o seguire l'infiltrazione di anestetici locali, come per esempio in odontoiatria.

Dal sito ASAPS: "Patients delaying surgeries because of finances"

A pair of recent surveys reveals that a poor economy may be forcing many people to seek out non-surgical options rather than full cosmetic plastic surgeries to enhance their appearance. The first study, conducted by the American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgeons (AAFPRS), surveyed patients. It revealed that more than half (53 percent) of respondents considering facial plastic surgery had been affected by the economy in their decision to move forward with medical anti-aging treatments instead. In addition, 59 percent said they were likely to delay facial plastic surgeries for a year or longer in favor of more affordable non-surgical options, such as microdermabrasion. The majority of patients indicated they would prefer treatments with longer-lasting results over immediate effects, and most felt that duration of effect was more important than cost in selecting a medical anti-aging treatment.

In contrast, plastic surgeons who were surveyed for the second study generally perceived patients as desiring immediate effects and valuing cost over longer-lasting results. The survey, conducted by the Aesthetic Surgery Education and Research Foundation (ASERF), gauged physicians' knowledge of their patients' preferences. It found that 61 percent of plastic surgeons felt that patients preferred long-lasting results, with 82 percent responding that they believed patients would prefer an immediate result lasting one year over a procedure with more gradual effects that lasts over two years. In addition, 63 percent reported that they believed cost was a more important factor for their patients than treatment longevity. "These survey results show that we should be aware of our patients' desires when it comes to nonsurgical cosmetic procedures," said Foad Nahai, MD, Editor-in-Chief of *Aesthetic Surgery Journal*. "As the survey indicates, we may find that patients are willing to accept higher costs if they know their procedure will have longer-lasting results." Non-surgical procedures such as Botox injections, hyaluronic acid injections, chemical peels and microdermabrasion have grown in popularity in recent years. According to the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, surgical procedures have increased in popularity by 71 percent since 1997. Non-surgical procedures have seen a much more rapid growth. Overall, these procedures have increased by 228 percent during the same time period.

While these procedures may be less expensive than surgical ones, the results are temporary and often must be repeated to sustain the desired appearance.

Individuals considering a surgical or non-surgical cosmetic procedure are encouraged to speak with a licensed, board-certified cosmetic plastic surgeon about their desires and expectations.



Anaplastic Large Cell Lymphoma (ALCL) in Women With Breast Implants: Preliminary FDA Findings and Analysis *(da Medscape News)*

Center for Devices and Radiological Health, US Food and Drug Administration - January 2011

White Paper Summary

Anaplastic large cell lymphoma (ALCL) is an extremely rare form of lymphoma, with an incidence of 1/500,000 per year on the basis of Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) data from the National Cancer Institute.^[1] Diagnosing ALCL in the breast is even more rare, with a yearly incidence of 3 in 100 million women. This US Food and Drug Administration (FDA) white paper^[2] covered a 13-year period, finding at most 60 cases of ALCL of the breast (34 definitely unique, and some of the 60 could be duplicate cases) in women with breast implants. The number of women with breast implants worldwide is estimated to be between 5 and 10 million. Calculating for the worst-case scenario, assuming that all 60 cases were unique and that only 5 million women have implants worldwide, the expected yearly incidence of ALCL of the breast would be 4.6 cases per year for the 5 million women who have breast implants. With these current data, the incidence of ALCL of the breast is less than 1 case per 1 million women with breast implants per year. Although this is less than the expected incidence of ALCL for all body sites (2 per 1 million women per year), it is much higher than the expected incidence of ALCL of the breast (3 per 100 million women per year).

Viewpoint

By now I expect that every surgeon who uses breast implant devices for either reconstruction or aesthetic enhancement has already had a number of patients calling in asking "if they should be concerned" about the FDA's findings of an association between breast implants and ALCL. The media has been quick to latch onto this hot topic with inflammatory terms to describe the findings, such as "alarming," and calling patients "victims."^[3] Breast implants are, and will likely continue to be, the most scrutinized medical devices that have ever been used. Under such intense observation, it is not surprising that rare associations would eventually be identified, but it is crucial to keep findings in perspective to avoid inappropriate amplification in the media. It is important to educate patients on potential risks associated with any medical intervention, and it is just as important to relate the statistical chances of those risks to avoid unnecessary anxiety.

Because of the volatile history of breast implants, a balanced reference point should be provided to allow patients to understand the new information and avoid the tendency for panic. With respect to the new findings about breast implants and ALCL, it is reasonable to say that in a 1-year period, for every 1 million women who already have breast implants, 1 woman will be diagnosed with ALCL (according to current FDA statistics) and 2 other women in the group will be struck by lightning (according to current National Oceanic and Atmospheric Administration statistics^[4]). Most women are not afraid of lightning strikes, and should view these new findings about breast implants in a similar light.

Although ALCL is not breast cancer, patients may rightfully wonder why they would consider an intervention that might increase their risk for any form of cancer. To place this in perspective, it is worth reviewing the association between alcoholic beverages and breast cancer. On the basis of the SEER data,^[5] approximately 1 in 8 women will be diagnosed with breast cancer in her lifetime. With an average life expectancy of 80.8 years (US Census Bureau data^[6]), the average yearly risk for a woman to develop breast cancer is estimated to be 1 in 650 (an incidence of 1539 cases per 1 million women per year). Multiple studies have shown that even moderate consumption of alcohol significantly increases the chance of developing breast cancer. In a meta-analysis of 38 epidemiologic studies, Boyle and Boffetta^[7] found a pooled relative risk of 1.1 for the development of breast cancer in women who drank an average of 1 alcoholic drink per day. This means that approximately 154 new cases of breast cancer per 1 million women who drink alcohol are attributable to the lifestyle choice of drinking, much higher than the 1 case of ALCL per 1 million women who choose to have breast implants.

Now that surgeons are aware of the possibility of ALCL in peri-implant capsules, I expect that more cases will be identified. Surgeons will have a higher index of suspicion for ALCL, and will follow the FDA recommendations for sending peri-implant seroma for histology in addition to sending the capsules for pathology in cases of capsular contracture or late-onset, persistent peri-implant seroma. The American Society of Plastic Surgeons is collaborating with the FDA to establish a national registry for breast implants to track these types of data. As more data arise, it will be important to relay information to patients in a meaningful format to avoid the possibility of creating psychological unrest and social panic.

L'11 ottobre 2011, alle ore 11.30, presso la clinica Donatello di Firenze è venuto a mancare **il professor Valerio Micheli Pellegrini**, eminente maestro, scrittore e gentiluomo. Aveva 91 anni.

ODONTOIATRI E MEDICINA ESTETICA: UN PROBLEMA DA SANARE

Ti faresti curare una carie dal tuo chirurgo plastico?



tessuti, nonché alla prevenzione e riabilitazione odontoiatriche. Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione."

Non è ben chiaro, quindi, il motivo per cui gli odontoiatri possano aver accesso a master e corsi in cui viene insegnata la medicina estetica tutta, in tutto il corpo, elargendo a piene mani diplomi ed attestazioni che consentirebbero agli stessi, più o meno lecitamente, di svolgere la professione del **medico estetico**: peccato che è proprio l'accezione di **medico** che viene a mancare nel proprio curriculum.

Ancora più grave è il riconoscimento da parte di un Ordine dei Medici: nel riquadro è esposto il regolamento di accesso al Registro dei **Medici** ad indirizzo Estetico: sempre di medici si parla, ma si concede l'ingresso agli Odontoiatri.

Tutto questo genera sconcerto in molti di noi e confusione nei pazienti: auspichiamo una rapida soluzione al problema, ed a tale proposito, interpellaremo direttamente i dirigenti dell'Ordine di Milano.

Il quadro di riferimento generale è determinato dalla Legge 409/85 che, all'art. 2, recita **"Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle**

malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi

Questo è il regolamento per l'iscrizione al Registro dei Medici Estetici dell'Ordine di Milano



ORDINE DEI MEDICI DI MILANO!!!!!! ABBIAMO UN PROBLEMA

MEDICINA AD INDIRIZZO ESTETICO

Per accedere al Registro Professionale dei "Medici ad Indirizzo Estetico" inseriti nel contesto della Medicina Convenzionale, i medici chirurghi **e gli odontoiatri** dovranno essere stati formati in Scuole Post Universitarie pubbliche o private assimilabili a quelle Specialistiche Universitarie, che presentino le seguenti caratteristiche:

1. avere un programma quadriennale specificamente indirizzato alla prevenzione e trattamento medico degli inestetismi, al perseguimento del benessere psico-fisico dell'individuo, ed alla prevenzione e trattamento dell'invecchiamento, attraverso l'approfondimento di tutte branche specialistiche che risultano coinvolte in questo obiettivo.
2. essere riservate ai medici chirurghi **e agli odontoiatri** in possesso dell'abilitazione professionale
3. essere attive nell'insegnamento della Medicina ad Indirizzo Estetico da almeno 4 anni, ed avere un programma simile a quello delle scuole quadriennali attualmente operative
4. impartire una formazione di almeno 1.200 ore, così composte: 450 ore di lezioni teorico pratiche, almeno 650 ore di autoapprendimento certificate dalla scuola, almeno 100 ore dedicate alla realizzazione di una tesi di diploma finale, certificate da un attestato di frequenza e dal risultato degli esami annuali
5. il percorso formativo deve prevedere il superamento di esami intermedi, con votazione di merito tendenti ad accertare il grado di preparazione teorica e pratica di ciascun candidato
6. prevedere un esame finale con discussione di una tesi. Il superamento dell'esame finale deve essere accompagnato da un voto di giudizio relativo all'intero corso di studi
7. prevedere un tirocinio clinico pratico di almeno 200 ore da effettuarsi nei 4 anni di formazione
8. avere un direttore didattico medico, il quale deve praticare la Medicina ad Indirizzo Estetico da almeno 10 anni e/o possedere almeno 5 anni di esperienza didattica specifica. Alla direzione didattica è demandata la responsabilità della scelta dei docenti della scuola ed il rispetto dei programmi di insegnamento
9. il corpo docente deve essere composto da almeno 10 docenti titolari medici. Sono ammessi docenti non medici solo nel caso di materie non mediche (giurisprudenza, farmacia, cosmetologia, ecc)

NORME TRANSITORIE

TALI NORME TROVANO APPLICAZIONE PER TUTTE LE DOMANDE PRESENTATE SINO AL 31/12/2011

Singoli medici chirurghi **e odontoiatri** che, per motivi storici o anagrafici, non hanno potuto frequentare un istituto di formazione con le caratteristiche sopra indicate, possono accedere al Registro della Medicina Estetica purché siano in grado di produrre almeno due dei titoli che seguono:

1. pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
2. partecipazione a convegni della specifica disciplina in qualità di organizzatore scientifico;
3. effettuazione di attività didattiche, anche non continuative, nell'ambito della specifica disciplina;
4. partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi propri della specifica disciplina, in Italia e/o all'estero;
5. partecipazione a convegni sulla specifica disciplina nei cinque anni precedenti la richiesta dell'iscrizione al Registro;
6. documentata attività professionale nello specifico settore per almeno 5 anni
7. diploma di una Specializzazione Universitaria che tratti con competenza anche aspetti insiti nella Medicina Estetica, quali ad esempio Dermatologia, Chirurgia Plastica.

Associazione Chirurghi Plastici Italia centrale ACPIC contro Regione Lazio**Segnalazione su denuncia dell'ACPIC agli organi istituzionali dell'Autorità garante della Concorrenza e del Mercato****Oggetto: Latitanza in materia di Autorizzazioni Ambulatori chirurgici privati****Morale: "Essere costretti a combattere per vedere riconosciuti i diritti elementari, è un chiaro segno di decadenza" (Jean-Jacques Rousseau, 1754 Discorso sull'origine e i fondamenti della disuguaglianza tra gli uomini)***Da cinque anni la Regione Lazio non risponde alle migliaia di domande di autorizzazione inoltrate, costringendo i colleghi ad una precarietà che li espone a sanzioni e sequestri.*

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ente di Diritto Pubblico (D.L.P.S. 13/01/98 n. 233)

Roma, 3 / 10 / settembre 2011

RACCOMANDATA A.R.

Egr.

ACPIC
Via Sergio Forzi, 39
00144 ROMAAutorità Garante
della Concorrenza e del MercatoDirezione Industria e Servizi
Rif. n. S1286

Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato

Prov. 0041356 - 25/07/2011 0

Documento Procedura Registro Part.

Don. Pierfrancesco Cirillo
Via S. Forzi, 39
00144 ROMAAutorità Garante
della Concorrenza e del Mercato

SEGNALAZIONE

Oggetto: segnalazione, pervenuta il 22 aprile 2010, relativa a presunte restrizioni nel rilascio delle autorizzazioni all'esercizio professionale di studi medici/odontoiatrici.

Con riferimento alla comunicazione in oggetto, si trasmette copia della segnalazione ai sensi dell'art. 21 l. 287/90, con la quale l'Autorità, nella sua adunanza del 7 luglio 2011, ha espresso il proprio orientamento in merito alle distorsioni della concorrenza derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie.

L'Autorità ringrazia per l'attenzione riservata allo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

IL SEGRETARIO GENERALE

Luigi Fiorentini

ai sensi dell'art. 21 della legge 10 ottobre 1990, n. 287

in merito alle previsioni contenute nella legge della Regione Lazio n. 4/2003 recante "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e nel Decreto Legislativo n. 502/1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Dirigente Servizio AA. GG. e Legali dott. Dario Pizzetti
Responsabile dell'istruttoria: sig.ra Gabriella De Capua

In caso di contestazioni si prega di indicare il seguente oggetto

oggetto: rilascio autorizzazioni all'esercizio professionale studi medici/odontoiatrici (prat. n. 141/10-04/ND).

Con riferimento all'oggetto si trasmette, in allegato alla presente, copia della segnalazione con la quale l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, a seguito dell'intervento effettuato da questo Ordine, nella sua adunanza del 7 luglio 2011, ha espresso il proprio orientamento in merito "alle distorsioni della concorrenza derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie".
I migliori saluti

Aff.to: c.a.

/gdc

Via Giovanni Battista De Medis, 9 - 00187 Roma - Codice Fiscale: 02049090967 - tel. 06 447121 (8 linee r.a.) fax 06 44234005
E-Mail: omprovinc@tin.itAutorità Garante
della Concorrenza e del Mercato

Rif.: S1286



Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato

Prov. 0040273 - 18/07/2011 11.02

Documento Procedura Registro Partecore

Sen. Renato Schifani
Presidente del Senato della Repubblica
Palazzo Madama
00186 Roma

Con la presente segnalazione, effettuata ai sensi dell'art. 21 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato intende richiamare l'attenzione sulle distorsioni della concorrenza e del corretto funzionamento del mercato derivanti dalle disposizioni di cui alla legge della Regione Lazio n. 4/2003, recante "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e al Decreto Legislativo n. 502/1992, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

L'Autorità è già intervenuta in passato con una specifica segnalazione ai sensi dell'art. 22 della legge n. 287/90¹, in relazione allo schema di decreto legislativo in materia di riforma del Servizio Sanitario Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri il 14 aprile 1999. In tale occasione, sono state evidenziate le possibili distorsioni della concorrenza originate dalle disposizioni dello schema di decreto (ora inserite negli artt. 8-bis e 8-ter del Decreto Legislativo n. 502/92, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 229/99) riguardanti inter alia l'assoggettamento del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie private ad una previa verifica di compatibilità con il fabbisogno di assistenza risultante dal piano sanitario regionale.

In particolare, l'art. 8-ter sottopone ad un regime di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio le strutture sanitarie e socio sanitarie private,

quelle cioè che, ai sensi del comma 1, "erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale" ed erogano prestazioni in regime ricovero ospedaliero o in regime residenziale e semiresidenziale. Ai sensi comma 2 sono altresì soggette all'autorizzazione al solo esercizio le attività di assistenza domiciliare, gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoria ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche.

Il comma 3 prevede inoltre che per la realizzazione di strutture sanitarie il Comune acquisisca, nell'esercizio delle proprie competenze materia di autorizzazioni e concessioni, la verifica di compatibilità progetto da parte della Regione, verifica che deve essere effettuata rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale di strutture presenti in ambito regionale.

Nella citata segnalazione l'Autorità ha, in sintesi, osservato che verifica di compatibilità non è "ideale ad assicurare l'obiettivo di poli sanitarie consistente nel contenimento dell'offerta di prestazioni sanitarie poiché può comportare che gli operatori già autorizzati siano indotti incrementare la loro offerta nell'intento di diminuire il fabbisogno potenziale di assistenza dal quale dipende il numero delle strutture autorizzabili: l'esito di ridurre le possibilità di ingresso nel settore di operatori efficienti e, con esse, la libera scelta degli utenti". L'Autorità rilevava in che "criteri di compatibilità finanziaria possono essere presi considerazione solo per limitare, tramite gli accreditamenti e gli accessi all'ingresso e la permanenza degli operatori nel settore più ristretto le prestazioni a carico del SSN ... mentre non dovrebbero essere utilizzati limitare, tramite autorizzazioni discrezionali, le possibilità degli operatori entrare nel settore più ampio delle prestazioni che non gravano sull'erario pubblico".

Nel corso del 2010 sono pervenute all'Autorità alcune segnalazioni aventi ad oggetto la mancata adozione di autorizzazioni nella Regione Lazio risultante in parte dall'inerzia della Regione stessa, in parte dall'esistenza di una normativa regionale che, di fatto, impedirebbe l'apertura di nuove strutture. Si osserva a tal proposito che la legge regionale oggetto di segnalazione, cioè la legge regionale n. 4/03, recante "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività

sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", riproduce pressoché integralmente, agli artt. 4, 5 e 6, la normativa nazionale sopra richiamata. Inoltre, nonostante alcuni tentativi da parte della Regione di snellire le procedure, prevedendo espressamente che alcune attività non siano soggette alla valutazione di compatibilità², una inefficiente e pedissequa applicazione delle norme in questione sembra aver provocato, secondo quanto lamentato dai segnalanti, una situazione di totale paralisi, con la conseguenza di consolidare l'offerta nella mani degli operatori già esistenti; né la competente Direzione Regionale, più volte sollecitata dall'Autorità al riguardo, ha mai manifestato alcuna disponibilità a porre rimedio alla lamentata inattività.

L'Autorità, pertanto, ribadendo quanto già evidenziato al riguardo nella propria precedente segnalazione, auspica che le considerazioni sopra svolte conducano ad una revisione delle disposizioni contenute nelle previsioni normative esaminate, sia a livello nazionale che a livello regionale.

IL PRESIDENTE
Antonio Caticola

¹ In particolare, il decreto del Commissario ad acta n. 86/2009 sancisce infatti la non applicabilità della stessa alla realizzazione di ambulatori odontoiatrici esercitanti attività monoprofessionistica. Dal testo del decreto si evince che tale esclusione mira ad adeguare la normativa regionale alle disposizioni del D.P.C.M. 29 novembre 2001, il quale identifica i cd "Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria" (LEA), cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket², esso esclude gran parte delle prestazioni odontoiatriche dai LEA, lasciandovi solo i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità. Pertanto, alla luce del principio per cui l'attività di determinazione dei fabbisogni deve essere limitata alle funzioni sanitarie e socio-sanitarie individuate sulla base dei LEA, il decreto n. 86/2009 esclude gli ambulatori odontoiatrici, in quanto eroganti prestazioni non ricomprese nei LEA, dall'assoggettamento alla valutazione di compatibilità. Il successivo decreto n. 27/2011 allinea altre attività alla medesima disciplina. In particolare, esso stabilisce espressamente che la realizzazione di strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale non richiede altro adempimento che la richiesta di autorizzazione, allorché le attività ivi esercitate non sono ricomprese tra i LEA.

² Cfr. la segnalazione AS575 del 19 maggio 1999, in Boll. n. 18/99.

SIAMO TRA NOI: PARLIAMONE!



Acido ialuronico Macromolecolare per l'aumento del seno: l'Agenzia Francese per la sicurezza dei prodotti sanitari (Afssaps) ha vietato l'uso dell'acido ialuronico nella sola indicazione di «aumento mammario per fini estetici». Restano salve tutte le altre indicazioni. La tecnica viene giudicata rischiosa soprattutto perché potrebbe compromettere la diagnosi precoce di tumore mammario «considerata una priorità della salute pubblica». Il decreto tra l'altro fa riferimento a «rischi inerenti la mobilità nella regione mammaria di un prodotto iniettato e non confinato». Abbiamo chiesto un'opinione ad un gruppo di colleghi:

Bruno Bovani: "La mia esperienza con l'impiego dell'acido ialuronico per il rimodellamento dei profili corporei ha avuto inizio nel 2007. Sono stato chiamato dall'azienda distributrice del prodotto a fare parte, insieme ad altri colleghi, di una Faculty che ancora oggi si occupa della divulgazione e della formazione di questa tecnica. Senza ombra di dubbio, il primo problema che la Faculty si è posta, è stato verificare il rapporto tra l'impianto di questo materiale e lo studio a fini oncologici della ghiandola mammaria. Allo scopo, sono stati interpellati vari radiologi di comprovata fama, ai quali è stato chiesto di esprimere un giudizio obiettivo in merito. Dopo l'analisi di alcune decine di casi trattati, i colleghi radiologi coinvolti nello studio si sono incontrati e sono state stilate delle linee-guida per un impiego consapevole della metodica. Successivamente, in data 19/03/11 a Milano si è tenuta la prima Consensus Conference sull'utilizzo dell'acido ialuronico per il rimodellamento dei profili corporei, alla quale hanno partecipato 15 tra i maggiori esperti italiani, oltre a due colleghi radiologi. Si è discusso ampiamente sui risultati di una casistica comune raccolta che prevedeva 1579 pazienti trattati, di cui circa 800 per rimodellamento del seno. Ora, venendo alla questione sollevata dal decreto francese, a mio modesto parere, si dovrebbe meglio indagare su come in Francia è stato diffuso l'impiego dell'acido ialuronico macromolecolare tra la classe medica. Ammesso e non concesso che anche in Francia vi sia stata una eguale attenzione e cautela da parte dei diretti utilizzatori, sarei per primo interessato a conoscere a quali rischi e/o complicanze si fa realmente riferimento, visto che in Italia, almeno nei dati che ho potuto analizzare non ne abbiamo avuto traccia. Tutto ciò con il profondo convincimento personale che, trovandoci al cospetto di una tecnica nuova e della quale non conosciamo a fondo tutti gli aspetti, qualora me ne venisse evidenziata in modo certo la sua pericolosità a qualunque livello, non tarderei un minuto a recedere dal suo impiego. Un ultimo breve riferimento ai «rischi inerenti la mobilità nella regione mammaria di un prodotto iniettato e non confinato»: l'acido ialuronico, secondo tutti i partecipanti alla Consensus Conference sviluppa una capsula intorno a sé, che confina chiaramente il materiale rendendolo sostanzialmente immobile. Sono stati effettuati anche dei prelievi del tessuto capsulare ed esaminati istologicamente oltre che morfologicamente, a conferma di quanto sopra. Tutto ciò convalida ancor di più, a mio parere, la sensazione di una conoscenza quanto meno superficiale della metodica da parte dell'Agenzia francese."

Max Brambilla: "Partendo dal principio che la salute della donna vien prima di tutto, fin dall'inizio della nostra esperienza con acido ialuronico macromolecolare per il modellamento della mammella abbiamo adottato una strategia prudentiale, definita da molti colleghi esageratamente prudentiale, ma che si è dimostrata vincente e a nostro avviso sicura. Capisaldi: -Griglia di accesso al trattamento severa (no definitivo a pz con ca conclamato, anamnesi positiva per asportazione di ca della mammella e/o quadri displastici, pz in fase diagnostica, pz con mammelle di difficile lettura e che richiedono controlli frequenti; brca pos, pz con familiarità per ca mammella; no temporanei per pz in terapia ormonale di ogni genere, pz che hanno terminato allattamento da meno di 1 anno) -Diagnostica pre trattamento rigorosa sec. indicazioni Foncam -Controllo diagnostico rigoroso (pre trattamento eco o eco e mammografia; a 3-6-9 mesi con eco ed a un anno con procedure diagnostiche standard) -Affiatamento con radiologo della mammella che abbia competenza sul prodotto. Fatto così ci sentiamo sicuri di non arrecare interferenze nelle diagnosi. Detto questo, se andiamo a scorrere la letteratura sulla diagnosi della mammella in pz portatrici di protesi mammarie, ci rendiamo conto che solo meno di 10 anni fa sono stati fugati tanti dubbi e che per oltre 30 anni le protesi sono state odiate dai radiologi. Occorre approcciarsi alla metodica con grande serietà e scrupolo nella tutela delle pz. ciò richiede tempo e scarso costo beneficio per il tempo che viene dedicato. ma la medicina è fatta anche di progressi ed i progressi non arrivano senza idee nuove. le idee nuove sono sempre e giustamente guardate con scetticismo."

Elio Caccialanza: "Non ho mai usato il Macrolane perché il rapporto costo beneficio era chiaramente improponibile. Non potevo far pagare € 10000 per un seno che durava al massimo 1 anno! Meglio le vecchie e collaudate protesi. In realtà una sola volta l'ho utilizzato per una piccola correzione ad un polpaccio ma ripeto la breve durata dell'impianto, considerando che abbiamo delle alternative, non mi invogliato a continuare. Ora, con i nuovi costi si potrebbe diffondere maggiormente la sua utilizzazione, ma io resto sempre molto cauto. Soprattutto per il seno, al di là di quanto emerso in Francia, ho avuto modo di "apprezzare" un paio di disastri (granulomi, raccolte cistiche); di conseguenza personalmente non uso il Macrolane ma se mi dovesse capitare lo userei solo per piccole correzioni e probabilmente non nei seni."

Alessandro Gennai: "Credo che il principale problema dell'acido ialuronico nel seno sia l'interferenza radiologica, altri problemi descritti ritengo siano da attribuirsi o a errori di tecnica o di selezione del paziente. Ovviamente sull'argomento devo far riferimento a ciò che illustri radiologi ci hanno detto a riguardo: 1) l'ac.ial. NON interferisce nella diagnostica con ecografia, 2) l'ac.ial. interferisce, se pur modicamente, con la mammografia, tutto ciò SE il prodotto è correttamente collocato sopramuscolare e NON intraghiandolare. A questo punto le mie considerazioni. Pazienti sotto i quaranta aa: la mammografia non è esame di routine per lo screening mammografico quindi in paziente con ecografia normale entro i 6 mesi precedenti al trattamento e senza familiarità al tumore della mammella SE vi è indicazione, SE rifiutano l'impianto protesico e SE non hanno tessuto adiposo sufficiente per lipofilling ESEGUO impianto di ac. ialuronico macromolecolare rigorosamente soprafasciale. Paziente sopra i quaranta aa: la mammografia diventa esame per lo screening mammografico quindi in pazienti con mammografia negativa nell'anno precedente, ecografia negativa nei 6 mesi precedenti, assenza di familiarità al tumore della mammella SE vi è indicazione, SE rifiutano l'impianto protesico e SE non hanno tessuto adiposo sufficiente per lipofilling INFORMO la paziente della possibilità di interferenza con la mammografia, CONSIGLIO di eseguire le future mammografie presso radiologi che abbiano esperienza con tale materiale quindi ESEGUO impianto di ac. ialuronico macromolecolare rigorosamente soprafasciale, con tecnica SOLO multitunnel (per avere maggior probabilità di un riassorbimento verosimilmente totale nei 24 mesi - quando eseguo il bolo spesso ho trovato residui di macrolane anche dopo i 2aa e mezzo!). In queste pazienti eseguo impianti di quantità abbastanza modesta (50-90cc per seno)."

Carlo Magliocca: "Io non ho mai impiantato il macrolane per eseguire una mastoplastica additiva sebbene mi è stato richiesto da più di una paziente. La mia motivazione principe era la poca esperienza con il materiale e non avrei mai voluto rischiare quanto successo con il Bioalcamid che, come ricorderete, è stato pubblicizzato in una tavola rotonda nel Congresso SICPRE di Gubbio. Ricordo ancora l'entusiasmo di Cristiano Dominici e degli altri colleghi che sponsorizzavano la correzione volumetrica della mammella con il bioalcamid....i disastri derivati sono a tutti noi noti! Forse la mia è un eccesso di prudenza, ma credo, meglio troppo prudente che imprudente. La mia esperienza è però collegata ad almeno sei o sette casi dove ho visitato pazienti con noduli mammari palpabili da Macrolane, senza nessun risultato estetico, deluse e con una richiesta di rimozione dei noduli e nuova mastoplastica con protesi. Personalmente credo non c'è nessun vantaggio nell'utilizzare il Macrolane rispetto ad un impianto od ad un lipofilling se ben eseguito."

Massimo Signorini: "Non ho titolo per esprimere pareri sul tema Macrolane e mammella, poiché quando qualche anno fa si è affacciata all'orizzonte la possibilità di aumentare il volume mammario con acido ialuronico iniettabile non ho raccolto la proposta, principalmente perché mi sembrava che sul piano del rapporto costo/beneficio questa non avesse molto senso. A questo, che era il motivo principale, se ne aggiungeva un altro, rappresentato dalla mia diffidenza acquisita nei confronti dei nuovi fillers. In linea di massima, infatti, preferisco che il collaudo degli stessi venga fatto da altri. Infatti, e purtroppo, una decina di anni fa mi sono lasciato coinvolgere nella sperimentazione clinica di un iniettabile permanente, che ho usato esclusivamente in casi ricostruttivi extramammari, che mi ha dato a distanza di anni una serie impressionante di problemi. Ho ancora in gestione una parte di quei pazienti, che curo a mie spese essendo stato totalmente abbandonato dall'azienda produttrice. E' una storia senza fine, un vero e proprio incubo. A questo mi riferivo poco fa, parlando di diffidenza acquisita. . . Non sono dunque qui a disquisire sul Macrolane per l'aumento delle mammelle, argomento che peraltro risulta assai dibattuto nei congressi. Mi interessa invece riproporre più in generale il problema dei nuovi fillers, dello scarso collaudo cui vengono sottoposti prima della commercializzazione, della modestia delle sperimentazioni che le aziende si preoccupano di promuovere, ecc., e del fatto che siamo poi noi ed i nostri pazienti a fare le spese delle complicanze. Più in particolare, mi interessa riproporre una vecchia idea dell'ottimo Siliprandi, che già diversi anni fa raccomandava la creazione di un apposito registro per le complicanze da fillers. Non vi sembra quanto mai opportuno che l'AICPE possa e debba farsi promotrice (e organizzatrice. . .) di un tale strumento, magari allargandolo agli iniettabili in genere? Pensate alla formidabile utilità pratica nel poter condividere tra di noi queste informazioni, e pensate che bel successo riuscire a colmare, come neonata società, questa grave e finora irrisolta lacuna."



MERCATINO DELL'USATO

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

CHARITY: Missione umanitaria AVITA ONLUS in Togo **Claudio Bernardi**

E' oramai la sesta volta che mi reco in Togo, una striscia di terra tra il Ghana ed il Benin, in Africa. Circa ottanta chilometri dalla capitale Lomè, nel piccolo villaggio di Afagnan, c'è l'Ospedale Saint Jean de Dieu, uno dei più importanti della nazione e di quelle vicino. Costruito nel 1964, da più di trent'anni, molti medici e infermieri degli ospedali italiani dell'Ordine Ospedaliero Fatebenefratelli San Giovanni Calibita partecipano a missioni umanitarie, offrendo la loro assistenza e partecipando a progetti di formazione di staff locale. Ad essi si affiancano un gruppo di volontari esterni, tra cui il sottoscritto. Nel 2003 è stata fondata a Roma l'Associazione Volontari Isola Tiberina per l'Africa con lo scopo di allargare l'assistenza sanitaria anche ad altri ambiti, particolarmente

carenti in quelle aree, come igiene, prevenzione, istruzione. Tra i vari progetti iniziati e in parte completati, il più ambizioso è quello di realizzare un dispensario, un piccolo ospedale, nella zona rurale di Atimè-Condji che, già in avanzato stato di costruzione, ci auguriamo possa a breve iniziare la sua attività assistenziale. Realtà Socio-Sanitaria ad Afagnan

La caratteristica comune a tutti i pazienti che richiedono assistenza medica è che essi giungono all'Ospedale con estremo ritardo, limitando la possibilità di un trattamento precoce, sia medico che chirurgico. Basta allargare lo sguardo sulle loro condizioni socio-ambientali e ci rendiamo subito conto del perché. La totale assenza delle luci nella strada è causa dell'alta patologia traumatica da impatto con autoveicoli. L'alto indice di ustioni è spiegato dal fatto che i bambini sono lasciati incustoditi intorno ai fuochi, sopra i quali sono poggiati, in maniera estremamente precaria, grandi pentoloni usati dalle madri per cucinare. Infine, le malattie infettive non sono riconosciute quasi mai in uno stadio iniziale, ma solo tardivamente quando sintomi divengono eclatanti (es. perforazione intestinale da tifo oppure arti in comple-

ta flessione da retrazioni cicatriziali croniche da ustione). A causa di una cattiva educazione sanitaria, dopo il trauma i pazienti cercano piuttosto un guaritore o uno sciamano e solo dopo mesi o anni, decidono di recarsi all'ospedale, che magari dista qualche giorno di viaggio a piedi. I pazienti vengono informati dell'arrivo degli specialisti delle missioni umanitarie attraverso manifesti o, più efficacemente, attraverso la radio locale, che si può ascoltare per la strada in qualunque chiosco o piccolo negozio.

Esistono diversi reparti di cui i principali sono: Medicina, Chirurgia, Ginecologia e Pediatria. Accanto ad essi vi sono delle aree attrezzate nelle quali le donne (madri, mogli o sorelle di pazienti) possono vivere durante la convalescenza dei loro congiunti. Il blocco chirurgico è costituito da 4 sale operatorie in condizioni accettabili, considerando la situazione economica del paese; la vera difficoltà è nel reperimento di farmaci, di qualsiasi tipo, e di strumentari medico-chirurgici. Un nuovo blocco operatorio è già in programmazione e sarà realizzato appena si reperiranno i fondi necessari.

Le patologie d'interesse della Chirurgia Plastica sono raggruppabili in quattro grandi categorie:

Patologie congenite (labbro leporino, palatoschisi, patologie malformative in genere)

Patologie cicatriziali (cheloidi, retrazioni cicatriziali)

Ustioni (acute e esiti cicatriziali)

Ferite da perdita di sostanza (traumi, lesioni da decubito)

Durante la nostre missioni operiamo in media circa 50 interventi chirurgici. Oltre all'attività operatoria è spesso richiesta anche attività di consulenza da parte di altri specialisti (chirurghi generali, ortopedici, ginecologi, ecc). Importante, infine, è l'attività didattica e formativa nei confronti del personale locale.

La situazione socio-sanitaria dei paesi in via di sviluppo è assai critica ed in molti casi drammatica. Credo quindi che alzare il livello di attenzione su chi, meno fortunato di noi, è nato nell'altra parte del mondo sia un primo passo verso un cambiamento. Ciascuno di noi, poi, potrà dare il proprio contributo, nel modi e tempi a lui più congeniali.

Per info circa la partecipazione alle missioni:

Dr. Claudio Bernardi Roma, Italia

www.claudiobernardi.it

**UN "WELCOME AICPE" INTERNAZIONALE****Abbiamo ricevuto gli auguri ed i complimenti da:**

Foad Nahai 2008-2010 presidente o dell' International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), past president dell'American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS), Direttore dell' American Board of Plastic Surgery, e Editore della rivista Aesthetic Surgery Journal.



Dr. Joachim Graf von Finckenstein, presidente della German Society of Plastic, Reconstructive und Aesthetic Surgery, (DGPRÄC)



Prof. Wolfgang Gubisch, Presidente dell'Association of German Aesthetic Plastic Surgeons (VDÄPC)



Dr. Eric Auclair, Vice-Presidente della Societè Francaise des Chirurgiens Esthetiques Plasticiens (SOFCEP)



Dr.ssa Guler Gursu, Ex Presidente Turkish Society of Aesthetic Plastic Surgery (TSAPS) e rappresentante EASAPS per la Turchia

MANCANO DATI STATISTICI SULLA CHIRURGIA ESTETICA ITALIANA

A breve verrà inviato un questionario riguardante il numero e la tipologia d'interventi di chirurgia estetica effettuati in Italia. I risultati statistici saranno diffusi attraverso agenzie stampa. Il tentativo è quello di monitorare il nostro campo professionale. Si invitano tutti i colleghi a partecipare ed a rispondere fedelmente ai quesiti posti.

Corsi, congressi, meetings & co.

1° CORSO TEORICO PRATICO DI TECNOLOGIE LASER E BIOMEDICHE AVANZATE IN MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA

Il corso è riservato a medici chirurghi specialisti in Chirurgia Plastica, Dermatologia, branche chirurgiche; professionisti che abbiano frequentato un Master in Chirurgia estetica o una Scuola di Medicina Estetica e cultori della materia.

L'obiettivo è quello di fornire al professionista una preparazione specialistica nel settore della Laserterapia, della Laserchirurgia, e delle metodiche tecnologiche evolute negli ultimi anni.

Il costo del corso è di € 2.600,00 totali.

Per ulteriori informazioni e iscrizioni puoi collegarti al sito:

<http://www.accademiachirurgica.com>

Cordialmente, Alvaro Pacifici e Piero Guidarelli

La tossina botulinica in medicina estetica Materiali e Metodo a confronto

Sabato 5 novembre 2011 Clinica Città Giardino

Presidente Dott. Guido Dalla Costa

Relatori: Luca Siliprandi

Alessandro Casadei

Luigi Bartolomei

Alessandro Salviati

Daniele Fasano

Maurizio Cavallini

Alessandro Vianello

Marina Benedetti

Ivano Iozzo

Elena Fasola



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

Per le Aziende

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



Calendario

5 novembre 2011

La tossina botulinica in Medicina Estetica
Clinica Città Giardino - Padova

24-26 novembre 2011

I° Corso Tecnologie laser in Medicina e Chirurgia Estetica
Fabriano-Perugia

14-16 dicembre 2011

III° International Conference Regenerative Surgery
Roma

14-17 dicembre 2011

ONCOPLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE BREAST: SIXTH EUROPEAN CONFERENCE.
Milano

9-11 marzo 2012

Ist ISPRES MEETING on PLASTIC REGENERATIVE SURGERY
Roma

25-27 maggio 2012

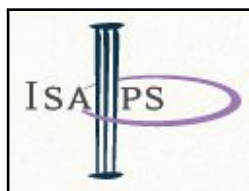
Villa Bella - Salò (BS)
I° Meeting AICPE: Mastoplastiche

1-3 giugno 2011

Corso ISAPS Como

I pazienti hanno diritto a una chirurgia sicura

Dall'ISAPS un alert nei confronti del cosiddetto "Turismo medico".



HANOVER, New Hampshire (USA), 16 agosto 2011

Il notevole aumento del turismo medico, per il quale i pazienti espatiano

per sottoporsi a interventi di chirurgia plastica, ha messo in discussione le fondamenta del rapporto paziente-medico e mette in pericolo coloro che cercano chirurgia a basso costo. "Vi sono agenzie di viaggio che procacciano ai loro clienti interventi chirurgici con chirurghi che non hanno mai incontrato. I pazienti non hanno alcuna garanzia che il chirurgo sia adeguatamente preparato o qualificato a effettuare la procedura a cui si sottoporranno e troppo spesso si presta poca attenzione all'assistenza post-operatoria", sostiene Catherine Foss, Direttore Esecutivo della Società Internazionale di Chirurgia Estetica e Plastica (ISAPS - International Society of Aesthetic Plastic Surgery). Le percentuali di complicanze negli interventi chirurgici effettuati in queste condizioni sono allarmanti. In un articolo apparso sull'edizione di agosto dell'*Aesthetic Surgery Journal*, "Complications from International Surgery Tourism" (Complicanze nel turismo chirurgico internazionale), si faceva riferimento a un recente studio statunitense che mostrava un aumento delle percentuali di complicanze post-operatorie nei pazienti che tornavano da interventi chirurgici effettuati all'estero. Le statistiche illustrate tre anni fa a San

Francisco dal Prof. James Frame (Regno Unito), membro dell'ISAPS, durante il convegno della Medical Tourism Association presentavano una percentuale di complicanze pari al 20% nei pazienti che facevano ritorno nel Regno Unito dopo aver subito un intervento chirurgico all'estero. In alcuni casi, le complicanze erano abbastanza gravi da obbligare i pazienti, al ritorno, ad andare direttamente in un ospedale per ricevere cure mediche. Esiste l'erronea convinzione che chiunque possieda una laurea in medicina possa effettuare con sicurezza qualsiasi procedura chirurgica. In tutto il mondo le norme legislative vengono modificate in seguito alla crescita dei timori che i pazienti siano sottoposti a procedure chirurgiche effettuate da individui incompetenti e impreparati, che a volte risultano non essere neanche medici. Secondo quanto riportato nell'ultima edizione della newsletter ISAPS News, alcune nazioni, tra le quali l'Italia, la Russia, il Messico, la Colombia e il Canada, stanno fungendo da apripista con nuove norme di controllo su coloro che sono qualificati a effettuare determinati interventi su determinati pazienti e in determinate strutture. È quanto succede anche in Danimarca, nazione capofila nella rigorosa regolamentazione di tutte le strutture chirurgiche e cliniche mediche private, che ha disposto la chiusura di alcune risultate al di sotto dello standard. Allo stesso modo, in Germania e in Francia da molti anni sono in vigore norme severe. In Europa è attualmente in corso, sotto gli auspici del Comitato europeo di normazione (CEN), un'iniziativa volta a definire standard di protezione dei pazienti di chirurgia plastica.

Chiunque voglia inviare un caso su cui discutere, un argomento da dibattere, un fatto singolare, un problema da condividere, da pubblicare sulla newsletter, può farlo inviando una e mail a segreteria.aicpe@gmail.com.



PER ISCRIVERSI ALL'AICPE, SCRIVETE A [SEGRETARIA.AICPE@GMAIL.COM](mailto:segreteria.aicpe@gmail.com), RICHIEDETE IL FORM D'ISCRIZIONE, COMPILATELO ED INVIATE ALLO STESSO INDIRIZZO, CORREDATO DEL VOSTRO CURRICULUM.

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

Perchè iscriversi?

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

UN NETWORK PER NOI E PER I NOSTRI PAZIENTI.

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

