

Aprile-Giugno 2014

AICPENews

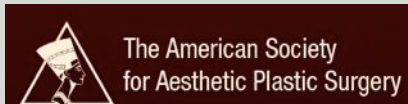
NUOVA
EDIZIONE



AICPE

Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

Partner di



Si avvicina il sereno?

Il nostro paese sta vivendo una fase particolare. Dopo tanti anni di politica opaca, inefficiente e spesso imbarazzante, abbiamo un governo diverso, forse un po' troppo giovane ed inesperto, guidato, però, da un leader entusiasta, non so se più efficiente, ma almeno dotato di una potenzialità iconoclasta che può essere utile a rompere quell'immobilismo gattopardesco tipico degli ultimi trent'anni della nostra politica.

Gli scandali recentemente esplosi aiutano il premier in questa direzione e chissà che qualcosa di buono possa uscirne fuori..

Anche nel nostro campo gli ultimi dati ci fanno sperare in un iniziale allentamento del morso della crisi, si intravede un ritorno della fiducia forse, con la complicità del sole e dell'allegria dell'estate.

E noi vogliamo crederci. Per ottenere un risultato è indispensabile volerlo con determinazione ed entusiasmo. La peggiore delle situazioni in campo economico si chiama "stagflation". E' un misto di stagnazione ed inflazione; la sua distruttività viene alimentata dall'inefficienza del sistema produttivo e da un instancabile e frustrante pessimismo che invade le comunità che la soffrono.

Credo che l'entusiasmo e la voglia di migliorare siano gli strumenti più efficaci per il progresso di ogni individuo e di ogni gruppo sociale.

E noi stiamo investendo tutta la nostra energia in questa direzione.

Per ciò che riguarda l'AICPE stiamo lavorando in più direzioni:

- Nel campo assicurativo. Abbiamo organizzato varie riunioni con tecnici che ci spingono ad avere qualche speranza, e ve ne illustreremo i dettagli soltanto a risultati certi. Troppe delusioni abbiamo avuto finora in questa area.
- L'8 Novembre organizzeremo a Roma un altro incontro sull'argomento medico-legale. Prima di ricorrere alle assicurazioni, cerchiamo di conoscere un po' di più sull'argomento perizie di parte e d'ufficio, di cui la maggior parte di noi ha poche idee ma confuse.
- Stiamo migliorando il nostro sito che diventerà un portale brillante, visibile, efficiente e molto utile per tutti noi; ne vedrete gli effetti a breve.
- Abbiamo stilato un decalogo di comportamento etico da seguire nella gestione dei pazienti operati da altri colleghi, con la finalità di migliorare questo delicato aspetto della nostra vita professionale (pag 12,13)
- Le Commissioni sono state ufficializzate ed hanno già iniziato a lavorare. Vedrete le nuove Commissioni AICPE MEDICAL HELP e AICPE PRACTICAL HELP che lavoreranno per aiutare chi lo richiederà nella gestione delle problematiche scientifiche e pratiche
- Fra breve renderemo noto il nostro programma di observership, attraverso il quale i colleghi più giovani avranno la possibilità di frequentare le sale operatorie dei chirurghi più esperti
- I nostri contatti internazionali si moltiplicano e si approfondiscono sia con l'ISAPS che con l'ASAPS, la più grande Società di Chirurgia Estetica statunitense, con la quale abbiamo recentemente firmato un accordo di partnership

Questo ed altro stiamo facendo.

Non è facile per ognuno di noi, già impegnato sul versante lavorativo, trovare il tempo da dedicare ad AICPE, ma il nostro entusiasmo è sempre vivo e solerte. Invitiamo tutti voi ad aiutarci con suggerimenti, offerte di disponibilità e quant'altro crediate utile per la nostra associazione.

Un buon riposo estivo.

Mario



STATISTICA SULLO STATO DELLA CHIRURGIA ESTETICA IN ITALIA 2013: CONSULTATELA SU

[HTTP://WWW.AICPE.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/ALLEGATI_NEWS_CHIRURGI/DEF_PRESENTAZIONE_AICPE_1.PDF](http://www.aicpe.org/sites/default/files/allegati_news_chirurghi/DEF_PRESENTAZIONE_AICPE_1.PDF)



Indagine di Aicpe sull'andamento
della **chirurgia e medicina estetica** in Italia



I dati più importanti emersi dall'indagine Aicpe 2013.

- **Chirurgia plastica.** Al primo posto tra gli interventi di chirurgia plastica estetica più eseguiti si conferma la liposuzione, già al primo posto nel 2012 (44.464 interventi, -15% rispetto al 2012). Secondo posto per l'aumento del seno, la mastoplastica additiva (33.481 interventi, +6,4% rispetto al 2012), seguita da blefaroplastica, ossia il ringiovanimento dello sguardo (31.982; -23,8%); rinoplastica (23.892, +55,4%); trapianto di grasso autologo (23.875, -29,9%).

Medicina estetica. In medicina estetica il trattamento più eseguito si conferma, per il terzo anno consecutivo, l'acido ialuronico (289.607 interventi, + 14,5% rispetto al 2012), seguito da tossina botulinica di tipo A (223.500 interventi, +10,4%); idrossiapatite di calcio (filler di lunga durata) che ha triplicato i suoi numeri, arrivando a 45.000 procedure (+72,8%), peeling chimico per il ringiovanimento del volto (con 31.017 interventi, +8,1%); laser depilazione (24.750 interventi, -4,8%).

- **Età.** Le persone tra i 35 e i 50 anni sono quelle che fanno più ricorso al chirurgo plastico costituiscono il 42% del totale. Di questi, il 34,81% è costituito da donne. I pazienti tra i 19 e i 34 anni sono il 25,4%; quelli tra i 51 e i 64 anni il 25,2%.

Gli uomini rappresentano il 17,8% dei pazienti che si sono rivolti a un chirurgo plastico

- **Nuovi pazienti:** Nel 2013, i pazienti che hanno eseguito un intervento di chirurgia plastica estetica per la prima volta sono stati 112.500, mentre

quelli che per la prima volta si sono approcciati alla medicina estetica 126.000.

- **Minorenni.** Nel 2013 i chirurghi plastici hanno ricevuto 5.100 richieste per interventi su minorenni. Gli interventi eseguiti sono stati invece 2.603 (il 51% rispetto alle richieste). Tra questi: nessuna mastoplastica additiva per fini estetici e nessuna iniezione di tossina botulinica, ma interventi legati a problematiche funzionali o sociali.

- **Operazioni "correttive".** Il 16% delle operazioni totali di chirurgia plastica (37.884) sono state operazioni secondarie, ossia interventi eseguiti dopo che il primo intervento non è andato a buon fine. Di questi interventi il 31,1% è stato fatto dallo stesso dottore che ha operato la prima volta, il 54,4% ha operato pazienti operati la prima volta da un altro collega italiano mentre nel 14,4% dei casi la prima operazione è stata eseguita da un collega straniero.

Regioni. La Lombardia si rivela la regione dove esercitano il maggior numero di chirurghi (20,57%) quasi a pari merito con il Lazio (20,31%); seguono l'Emilia Romagna, con il 12,50% degli intervistati e il Veneto (7,81%).

Nota metodologica. L'indagine, che è stata condotta con un questionario online a cui hanno risposto 283 medici (3 risposte sono state scartate in quanto non coerenti), si riferisce esclusivamente ai chirurghi plastici che esercitano in Italia (1.500), mentre sono esclusi i medici non specialisti o detentori di altre specialità che eseguono trattamenti a fine estetico. I numeri totali devono quindi considerarsi sottostimati rispetto agli interventi estetici eseguiti in Italia.

II° MEETING AICPE



237 PRESENZE

46 RELATORI

33 AZIENDE

GRAZIE A
TUTTI

Perché il mio impegno in AICPE (della serie: Ma chi te l'ha fatto fare?)

Giovanni Brunelli

Quando dissi a mia moglie che, probabilmente, avrei potuto accedere al Consiglio Direttivo dell'AICPE, la risposta non fu così entusiasmante.

"Col poco tempo che hai da dedicare alla famiglia, ti prendi anche questo incarico?", mi disse, oltre ad altre cose sensate sulle quali poco avevo da ribattere, che tralascio.

Ma, dal giorno in cui, a Milano, ci fu la prima vera riunione per la nascita della nuova società, avevo sentito dentro di me una specie di spinta mal definibile, una sorta di eccitazione che mi diceva che, finalmente, qualcosa si stava muovendo nel panorama della chirurgia plastica italiana. Forse mi sentivo un po' come un carbonaro; sapevo che la scissione dalla società madre non sarebbe stata indolore, ma la determinazione e la volontà dei colleghi più anziani mi avevano contagiato.

Per capire più a fondo le ragioni della mia scelta, consentitemi una piccola digressione:

Come tanti colleghi della mia età, di cui molti sono nostri consoci in AICPE, avevo vissuto la scuola di specializzazione come un'opportunità sicuramente favorevolissima (non era facile accedervi, e prometteva un futuro radioso), ma a quale prezzo!!! 25 anni fa la situazione era abbastanza difficile. Ore ed ore di lezioni teoriche, poca pratica e non poche angherie da sopportare. Fortunatamente ricordo anche con piacere l'amicizia instaurata con i colleghi più anziani, allora già strutturati, più votati all'attività chirurgica ed anche più prodighi di consigli e meno gelosi delle loro conoscenze (non faccio nomi, non vorrei far torto a qualcuno dimenticandomi di citarlo... gli interessati sapranno riconoscersi).

Chi mi conosce sa che, per storia familiare, ho vissuto nell'ambiente della chirurgia fin dalla nascita. Sono cresciuto in mezzo all'organizzazione di congressi sia italiani, sia internazionali. Ho cominciato ad entrare in sala operatoria a circa 15 anni quando, uscito da scuola, andavo in clinica ad aspettare che mio padre finisse di operare e, per "velocizzare" i tempi, lui mi faceva suturare le ferite chirurgiche. Ricordo con immenso piacere l'emozione della prima sutura, circa un'ora per

un taglio di pochi centimetri!!! Sono sempre stato abituato ad avere ospiti stranieri illustrissimi a cena a casa dei miei genitori ed a rimanere in contatto con loro dopo i congressi.

Tutto ciò, devo ammetterlo, mi mancava. Dopo aver lasciato l'ospedale, la libera professione lasciava poco tempo e spazio a questo tipo di attività. Le occasioni, inoltre, mancavano.

Questi furono i motivi che mi spinsero ad offrire la mia disponibilità per un incarico in AICPE. In realtà avevo pensato che, in qualche modo gentile, la mia candidatura sarebbe stata rifiutata; c'erano sicuramente colleghi molto più esperti di me, e questi sarebbero stati preferiti. Quindi, quando il vecchio consiglio direttivo mi comunicò che la mia candidatura era stata accettata, ne fui felice e soddisfatto.

Non avevo ancora capito, però, quale fosse l'impegno necessario. Riunioni telematiche abbastanza frequenti, decine di mail da leggere e alle quali rispondere, un sacco di idee da sviluppare, congressi da organizzare, oltre a tutto il resto dell'attività lavorativa. Insomma, una società appena nata, ma molto dinamica e frizzante, come un bambino piccolo a cui bisogna dedicare tempo ed attenzioni.

Quindi, per rispondere alla domanda della mia adorata mogliettina "Ma chi te l'ha fatto fare?", rispondo: la voglia di costruire qualcosa di nuovo, l'eccitazione per la nascita di una nuova società, la curiosità (attitudine fondamentale nella vita di un chirurgo) di vedere cosa si riuscirà a costruire. So che Cristina mi perdonerà se, per la durata del mio mandato, sottrarrò tempo prezioso a lei ed ai miei due splendidi figli, mi riprometto di recuperare quando qualcuna altro mi sostituirà!

Il direttore della mia Scuola di Specializzazione, il compianto Prof. Luigi Donati, una volta mi disse che l'iscrizione ad una società scientifica era, per lui, come una cravatta; purtroppo serviva a poco ma, talvolta, bisognava mettersela.

Spero che l'iscrizione all'AICPE diventi per tutti come una bella spilla, da appuntare con orgoglio alla giacca e di cui essere fiero.

Invito tutti gli altri soci, anche se non fanno parte del consiglio direttivo, ad offrire la loro disponibilità.

C'è fermento, e c'è bisogno di tutti!

MODE, CICLI E RICICLI IN CHIRURGIA ESTETICA

BY GIO

Lavoro da 41 anni e di questi più di 30 li ho totalmente dedicati alla chirurgia estetica. Quando mi soffermo a riflettere sul passato, spesso senza accorgermene le mie labbra disegnano un sorrisetto che coincide con uno strano sentimento. Un misto di soddisfazione e di commiserazione per aver attraversato, in molti casi da coraggioso o incosciente pioniere, varie fasi della nostra bella professione, tuttora spesso in cerca di definizioni scientifiche più precise. Farò un esempio pratico per farmi capire. Ricordo che all'inizio degli anni '80 avevo conosciuto un chirurgo di Los Angeles, un certo Mel Bircoll (mi pare che il suo nome si scrivesse così) che proponeva (udite, udite...) di aumentare il volume delle mammelle innestando del grasso prelevato da altre parti del corpo mediante liposuzione. Mi era sembrata un'idea intelligente. E allora ci avevo provato anch'io, pur con risultati alterni. In quegli anni eravamo in pochi a fare liposuzioni in Italia ed era sostanzialmente ancora tutto da inventare. Dopo alcuni anni il Bircoll pubblicò un resoconto dei suoi moltissimi innesti di grasso nelle mammelle sul PRS e...apriti cielo! Ci mancava poco che lo linciassero! Tutte le Società di Chirurgia plastica del mondo insorsero sostenendo pressappoco che lui era un delinquente e che simili tecniche avrebbero dovute essere messe al bando, se non al rogo. Per la verità altri proposero lo stesso tipo di operazione, seppure più in sordina (Fournier, Illouz, Fischer, Chajchir, ecc) e senza insistere specificamente sul "lipofilling" mammario. Ad ogni modo vi assicuro che quel Bircoll venne attaccato da tutti e passò per una specie di pirata che avrebbe portato grave discredito su tutta la chirurgia plastica mondiale. Lui faceva sostanzialmente quello che poi Coleman, Rigotti, Yoshimura e altri avrebbero innalzato all'Olimpo degli interventi fondamentali in chirurgia ricostruttiva ed estetica. Quello stesso innesto di grasso che Khouri, Del Vecchio e altri stanno spingendo anche da un punto di vista commerciale mostrando a tutta la comunità scientifica risultati eccezionali. Come sapete tutti, nel tempo la tecnica è passata da "prelievo-minimo trattamento (decantazione o filtrazione)-innesto diretto" a "prelievo-trattamento con centrifugazione, con compressione bilanciata, con apparecchiature speciali,

aggiunta di cellule staminali, di insulina, di PRP, di sangue mestruale di donna vergine, di ali di pipistrello e polvere di corna di rinoceronte....-innesto", per poi tornare più recentemente a "prelievo-minimo trattamento-innesto diretto" (Khouri, Rigotti, Tonnard e molti altri). Mi sento parzialmente responsabile anch'io di questo ritorno alle origini dopo aver pubblicato alcuni anni fa sul PRS un articolo in cui paragonavo centrifugazione a non-centrifugazione, cercando di dimostrare che non ce n'era alcun bisogno, essendo i risultati "con e senza" assolutamente gli stessi. Il punto è: che differenza c'è fra quello che facciamo oggi con l'avvallo anche delle Società Scientifiche più reticenti (la francese e l'americana sostengono la validità di questo intervento solo da pochissimi anni) e quello che faceva Bircoll e pochi seguaci, me compreso, 35 anni fa?? Praticamente nessuna. E perché Bircoll era considerato un criminale, mentre oggi l'innesto adiposo mammario è l'intervento più trendy? Onestamente è difficile trovare delle risposte valide. Per carità, le opinioni sulle dimensioni delle cannule e su altre variabili sono piuttosto diverse da un esperto all'altro ma, una volta sdoganato il principio che il grasso non aumenta la proliferazione del cancro e che le calcificazioni che spesso provoca sono facilmente distinguibili da quelle patologiche, ora il "lipofilling" è diventata un'opzione primaria, al punto che le aziende che producono impianti lo vedono come un nemico pericoloso.



Mel Bircoll

Cicli, ricicli, mode.... Che dire poi dei peeling? Ricordo che avevo appreso l'uso del fenolo e dell'olio di crotontiglio da un dermatologo americano (Kim), mentre seguendo un Obagi giovanissimo mi ero avvicinato timidamente al TCA. Poi vennero i laser e l'entusiasmo per le nuove tecnologie spazzò in un sol colpo le "chemo-abrasioni", apparentemente obsolete e meno precise. Naturalmente oltre a buoni risultati cominciarono ad essere segnalate anche alcune complicazioni, ma ormai le "foto-abrasioni" avevano guadagnato un ruolo importantissimo fra i trattamenti di chirurgia estetica. Io stesso avevo dedicato all'uso di quella nuova tecnologia un intero capitolo del mio vecchio libro sulla chirurgia della faccia pubblicato una ventina di anni fa. Ma col tempo ci si rese conto che non erano affatto tutte rose e fiori e che in effetti i problemi causati dai laser erano tutt'altro che minimi e infrequenti. Contemporaneamente alcuni medici approfondirono le tecniche di peeling, in particolare di quelli al fenolo/olio di crotontiglio (dopo Baker e Gordon, Litton, Hetter, Bensimon, Bonnefont e altri) e fu così che si assistette ad un periodico ritorno in voga delle chemo-abrasioni, che rispetto ai laser si dimostrarono ugualmente efficaci, con le stesse possibili complicazioni, ma con costi minimi e necessità di attrezzature di portata decisamente inferiore.

Un altro intervento di moda negli anni '90 fu la rimozione della bolla di Bichat. Le ragazze lo richiedevano per avere la guancia più magra e, di conseguenza, lo zigomo più evidente. Dopo un decennio molte di quelle pazienti ritornarono per farsi innestare grasso dove era stato asportato perché invecchiando la progressiva atrofia del sottocute aveva reso la loro faccia troppo vuota....

Mode poco favorevoli alla nostra categoria furono quelle dei famigerati filler "permanenti" (polisilossano, metacrilato, poliacrilamide, ecc). Questi materiali, pur proposti e sostenuti da professori ed "esperti" vari (?!), generarono una quantità di gravissime complicanze, purtroppo spesso tuttora presenti sul viso e sul corpo di molte sfortunate persone e tutt'altro che facili da correggere.

Presunta "moda" a mio giudizio, potrebbe essere considerata anche la chirurgia estetica dei genitali femminili. Ci si chiede perché piccole labbra corte

dovrebbero essere meglio di quelle lunghe (più belle?? più "funzionali"?). E se fra qualche anno si imponesse la moda opposta? Se si considerassero più belle piccole labbra lunghe e "propositive", saremmo obbligati ad un'inversione di marcia! Ma non sarebbe certo facilissimo ricostruire tutte quelle labbra amputate....

I survey AICPE dimostrano come la richiesta di un certo tipo di intervento può aumentare o diminuire a causa di molti fattori. Ad esempio lo scandalo PIP ha provocato una riduzione nella richiesta di protesi. Quando si erano diffuse notizie di decessi post-liposuzione, anche quell'intervento si eseguiva di meno. Se in TV si parla diffusamente di un certo trattamento, per un certo periodo i nostri pazienti lo richiederanno di più. Adesso, ad esempio, è il momento dei magici fili "effetto lifting". A volte i risultati di queste "pubblicità" lasciano perplessi perché sono in grado di creare esigenze o speranze fasulle, che in alcuni casi possono risultare dannose per i pazienti e, di riflesso, per gli stessi chirurghi.

Dobbiamo ammettere che la nostra professione, per quanto noi "ce la tiriamo", ha un prepotente lato commerciale, evidentemente legato a mode e soggetto a cicli e ricicli. Sta quindi a noi riuscire a muoverci con serietà e onestà in questa giungla, tenendo sempre in considerazione prima di tutto il fondamentale "primum non nocere" che abbiamo giurato nell'iscriverci all'Ordine.



**Gemellaggio tra
l'Associazione Italiana di
Chirurgia Plastica
Estetica (AICPE) e
l'American Society for
Aesthetic Plastic Surgery
(ASAPS)
di Gianluca Campiglio**

Il 28 aprile 2014, al Moscone Center di San Francisco, durante il congresso annuale dell'American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS), la principale e più importante società scientifica nazionale di chirurgia plastica estetica al mondo, il dottor Gianluca Campiglio, per conto dell'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (AICPE) ed i dottori Jack Fisher e Michael Edwards, rispettivamente presidente e presidente eletto dell'ASAPS, hanno firmato un documento di accordo tra le due società scientifiche.

È un importante riconoscimento ufficiale che sancisce un rapporto di collaborazione reciproca tra due realtà dedicate esclusivamente all'ambito estetico della chirurgia, con l'impegno di una collaborazione finalizzata

all'approfondimento dei rapporti scientifici internazionali e con la finalità di migliorare gli standard qualitativi di questa disciplina e favorire l'aggiornamento dei chirurghi che ne fanno parte.

L'ASAPS, punto di riferimento mondiale del settore estetico della chirurgia, annovera fra le sue file i migliori chirurghi plastici estetici del mondo e AICPE è oggi affiliata con questa istituzione. Questa è un'ulteriore garanzia di affidabilità e qualità dei soci appartenenti all'AICPE. Con questo documento il consiglio direttivo ASAPS ufficializza la partnership con AICPE. L'accordo prevede una serie di interessanti iniziative. In particolare, le due società si sono impegnate ad approfondire le comunicazioni fra le due istituzioni ed incrementare gli scambi scientifici fra le due comunità.

Un traguardo importante, insomma per l'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica, che è nata nel 2011 e che oggi, con 230 soci, è una delle più grandi società europee dedicate al settore.



FOTO DAL MONDO



Milano, 23 maggio 2014

All'Autorità Garante della Concorrenza
e del Mercato

Al Ministero della Salute

Alla FNOMCeO

e, p.c. All'ANDI

Loro indirizzi

DALL'ORDINE DEI MEDICI DI MILANO

Un nostro iscritto ci ha fatto avere la documentazione che si allega dalla quale risulta pubblicizzata "MED-RF di Dermal Medical" che "avvalendosi della radiofrequenza riattiva il microcircolo favorendo il drenaggio dei liquidi alleviando il gonfiore e producendo un effetto schiarente" e ciò per "alleviare le occhiaie".

Nello stesso documento allegato si legge che "MED-RF è un trattamento efficace e assolutamente non invasivo e, limitatamente al trattamento del viso, ha una peculiarità. Quella di essere distribuita oltre che nei centri di medicina estetica anche presso gli studi dentistici ed odontoiatrici in pieno accordo con ANDI, Associazione Nazionale Dentisti Italiani".

Si sottopone tutto quanto sopra esposto alle autorità in indirizzo per quanto di eventuale rispettiva competenza chiedendo che ci si pronunci relativamente all'affermato accordo all'iniziativa di distribuire "l'innovativa apparecchiatura" per il trattamento MED-RF per le occhiaie oltre che nei centri di medicina estetica anche presso gli studi dentistici ed odontoiatrici.

Invero, ad un primo esame, non sembra comprendersi come siffatta apparecchiatura e il correlato trattamento possa essere allocata e utilizzata negli studi dentistici e odontoiatrici alla luce di quanto stabilisce l'art. 2 della Legge 24/7/1985 n. 409 che stabilisce che formano oggetto della professione di odontoiatria le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatrica.

Pertanto non possiamo credere che vi sia un accordo con ANDI in merito all'utilizzo di siffatte apparecchiature con relativo trattamento per le occhiaie in studi dentistici ed odontoiatrici dove i professionisti, che esercitano la professione di odontoiatra, certamente non possono occuparsi delle occhiaie e utilizzare siffatte apparecchiature con correlato trattamento che peraltro l'ente scrivente non conosce.

Si confida che vengano adottate da parte delle autorità in indirizzo le eventuali più opportune e doverose iniziative per quanto di rispettiva competenza.

Rimanendo in attesa di riscontro porgiamo cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Roberto Carlo Rossi)

20123 Milano - Via Lanzzone, 31 - Tel. 02.86.47.11 - Fax 02.86.91.52.56
eMail: info@omceomi.it - PEC: segreteria@pec.omceomi.it - www.omceomi.it
Orario: dal lunedì al giovedì 9.00-16.00 continuato - venerdì 9.00-13.00 - sabato chiuso



...il congresso che vorrei...

di Claudio Bernardi

Il congresso è il luogo per eccellenza per dibattere tematiche vecchie e nuove, condividere idee e proposte terapeutiche, scambiarsi esperienze.

Ciò che sto apprezzando sempre di più nei congressi è il valore dell'incontro con colleghi vecchi e nuovi con cui condivido interessi comuni. Uno scambio di idee è sempre proficuo, specie per noi liberi professionisti che siamo abituati spesso a prendere decisioni con i pazienti, senza poterle condividere con altri colleghi. Poco importa per me se questo scambio avviene dentro un'aula alla fine di una presentazione scientifica ben fatta o di una stimolante discussione oppure in contesti meno formali come i corridoi: esco comunque arricchito.

Questo non significa che i temi del congresso non rivestono la dovuta importanza, tutt'altro; è proprio in base a questi che sono attratto ad entrare in una sala piuttosto che in un'altra, nella speranza, appunto, che la mia scelta partecipativa sia ripagata dal o dai vari "Take home message". E' ovvio, il titolo non basta, ci servono le idee, le esperienze ed in particolare la capacità comunicativa dell'oratore nel saperci trasmetterci il suo "vissuto" clinico. Questo è sicuramente stimolante per

me, specie se fatto con rigore e disciplina, capisaldi della nostra professione.

Esiste poi l'aspetto commerciale del congresso, essendo questo anche un momento importante di confronto con le aziende produttrici di farmaci o materiali elettro-medicali. Ben vengano dunque workshop o incontri di presentazione dei vari prodotti aziendali in cui colleghi illustrano la loro esperienza con quel tipo di filler, protesi o altro, soprattutto se viene rispettato il binomio "virtuoso" che abbina imparzialità del medico e serietà dell'azienda. Sono stanco, invece, di assistere ad altre forme di sponsorizzazioni o di presentazioni "unidirezionali" in cui il medico sembra essere diventato l'ultimo anello della vendita di questo o quel prodotto. In una delle ultime presentazioni alle quali ho assistito, un collega illustrava le caratteristiche di un filler in rapporto ai "competitors". "Competitors?" Ma questo termine non appartiene piuttosto ad un responsabile dell'ufficio vendite di un qualsiasi prodotto commerciale? Perché lo dobbiamo integrare nel nostro linguaggio comunicativo che resta



principalmente di tipo scientifico? Queste cose mi hanno francamente un po' stancato e su ciò ho notato una certa sintonia tra diversi colleghi con i quali mi sono trovato a condividere commenti negativi.

Penso infine che un congresso, specie se nazionale e di un'associazione scientifica come l'AICPE, debba poter garantire opportuni spazi di condivisione, commissioni o piccoli gruppi che siano, con l'obiettivo di creare proposte e progetti comuni di cui possano beneficiare tutti i soci. Mi riferisco per esempio alle linee guida, che come tali vanno costantemente aggiornate o implementate, ma anche a strategie comuni da adottare nei confronti dei nostri pazienti o delle istituzioni. Su questo credo si possa e si debba lavorare.

Doniamo il 5 X 1000 ad AICPE Onlus

Scriviamo sulla nostra dichiarazione dei redditi il numero

96035560174

3° MEETING AICPE 13,14,15 MARZO 2015 FIRENZE



Siete tutti coinvolti

Avete mesi di tempo per preparare un vostro lavoro, originale, documentato, con foto e video inappuntabili:

Fatelo!!!

E' il nostro congresso, la nostra vetrina, dove presentiamo i nostri prodotti migliori. E' l'orgoglio di tutti noi.

Cari colleghi, porto alla vostra attenzione uno spiacevole episodio che mi è accaduto recentemente.

Una giovane paziente, trattata per aumento delle labbra con acido ialuronico di un'azienda top leader di mercato quasi quattro anni or sono, ed in seguito scomparsa dallo studio, si è ripresentata con fare abbastanza minaccioso e belligerante poiché, a suo dire, il prodotto era ancora presente.

Ormai ho i capelli bianchi (quei pochi rimasti) e, nel corso degli anni, ho imparato mio malgrado – e con grande fatica – a gestire i pazienti insoddisfatti, a torto o a ragione.

In questo caso, però, devo soprattutto ringraziare il collega (di cui non mi è stato fatto il nome, ma forse è meglio così) che ha detto alla paziente che, molto probabilmente, le era stato iniettato un prodotto permanente o forse – peggio ancora – silicone liquido. La paziente si era, perciò, autoconvinta che le cose stessero effettivamente così.

Dopo averla accolta in modo molto garbato, le ho chiesto il motivo delle rimozioni e l'ho visitata. Il prodotto era impalpabile, come si può ben immaginare dopo il tempo trascorso dall'impianto.

Le ho, quindi, mostrato il consenso firmato da lei, con il bollino del prodotto incollato, ovviamente su carta intestata con tutti i miei dati. Non sono riuscito ad esimermi dal rimarcare che il collega non si fosse comportato in modo propriamente corretto (per dirla con parole gentili). Non sarebbe forse stato più corretto alzare il telefono e riferirmi che la paziente era preoccupata, oppure semplicemente far chiedere alla signora di che prodotto si trattasse, senza instillare dubbi inutili e dannosi.

In questa epoca ormai quasi completamente digitalizzata, in cui la firma di un pezzo di carta porta via tempo e spazio di archiviazione, cosa sarebbe successo se non avessi tenuto il consenso? Capita spesso a molti di noi di non far firmare i consensi per la medicina estetica; tanto, cosa ci può succedere? Le complicanze, fortunatamente, sono rare. Vi lascio immaginare in che gineprajo

mi sarei trovato se mi fosse mancato questo famoso foglio di carta.

Per non parlare delle immagini; quanti di noi scattano una foto prima di un trattamento di routine come il botulino od un filler? Molto pochi, immagino! Io, da qualche tempo, cerco di farne il più possibile, grazie anche alla mia passione per la fotografia.

Quindi, cosa faccio in questi casi? E cosa non faccio?

Cerco di essere il più preciso possibile sulla firma dei consensi informati e scatto delle foto, il più belle possibili (e perdo parecchio tempo per catalogarle). Spiego per bene alla paziente che prodotto sta per ricevere e lo apro davanti a lei. Dico alla paziente di chiamare immediatamente anche in caso di piccolo dubbio, oppure la faccio tornare per controllo dopo una quindicina di giorni.

Non parlo mai male dei colleghi. Quando mi capita di trovare pazienti insoddisfatte, se conosco il nome del collega in questione, lo chiamo e gli riferisco l'accaduto. Se non so chi sia, cerco sempre di giustificarlo per quanto possibile, cercando di ricomporre la questione, ricordando che solo chi non fa non ha complicanze o risultati insoddisfacenti, anche in caso di trattamenti o interventi eseguiti alla perfezione.

E che domani, magari, una mia paziente insoddisfatta potrebbe bussare alla porta del vostro studio!

Agire non correttamente, alla fine, è come un boomerang... torna indietro e, magari, colpisce duro!

E allora, non è meglio fare uno sport più sano?





MISSIONE AICPEONLUS IN Togo, APRILE 2014



**CLAUDIO BERNARDI
CHIARA BOTTI
CARLO CARUSI**



by Carlo Carusi

Alcuni mesi fa, parlando con il dottor Claudio Bernardi, ho chiesto di poter partecipare alla missione umanitaria di AICPEonlus in Togo, spinto dall'entusiasmo di giovane chirurgo, da un buono spirito di dedizione per il prossimo e, perché no, da molta curiosità per un'esperienza per me nuova.

Appena atterrati a Lomé, la sera dell'11 aprile, dopo una lunga coda per il controllo passaporti e bagagli (non è stato semplice far passare indenni le nostre valigie piene di farmaci, fili di sutura, ferri chirurgici, etc.), a bordo di un pick-up siamo stati accompagnati alla sede della nostra missione, l'Ospedale Saint Jean de Dieu di Afagnan; dopo due ore di viaggio attraverso strade dissestate, in terra battuta, tra piccoli villaggi e fitta vegetazione, ci siamo trovati all'interno del perimetro dell'Ospedale, in un silenzio surreale. Solo l'indomani, dopo le prime luci dell'alba, abbiamo cominciato a renderci conto del posto in cui ci trovavamo: una vera e propria oasi in un deserto, una struttura ospedaliera ben organizzata in cui i pazienti ed i loro familiari vivono in simbiosi con tutto il personale sanitario. Immediatamente anche noi ci siamo trovati a far parte di quella enorme e variegata famiglia, con un'accoglienza calorosa riservata ad "ospiti speciali". Dopo le presentazioni ufficiali subito ci siamo messi a lavoro: dopo poche ore già eravamo perfettamente integrati ed in sintonia con il personale della struttura. In due settimane abbiamo effettuato circa 50 interventi chirurgici, numerose medicazioni e consulenze per pazienti ricoverati nei vari reparti dell'ospedale

e visite ambulatoriali (anche presso il dispensario "F. Giardinetti" di Aneho, recentemente inaugurato). Durante lo svolgimento delle nostre attività, è stato immediato e spontaneo il confronto tra la realtà delle confortevoli strutture alle quali siamo abituati e la situazione che vivono i nostri colleghi in Togo. A causa dei numerosi impegni il tempo è trascorso rapidamente e, in procinto di tornare in Italia, abbiamo cominciato a fare un "bilancio" della nostra missione, molto produttiva sia dal punto di vista professionale, per il concreto e cospicuo aiuto che siamo riusciti a dare con il nostro operato, sia dal punto di vista umano, per aver vissuto un'esperienza che a mio avviso aiuta a mettere ordine alle priorità della vita ed ai suoi reali valori. Altresì dà molta soddisfazione il fatto che quattro persone, ciascuna con esperienze diverse, abbiano rapidamente formato un'équipe, lavorando in perfetta sintonia per offrire un contributo di solidarietà umana.



Nina Raharrison

Nina è una ragazza, una bella ragazza del Madagascar insegnante di francese. E' stata aggredita con l'acido sul viso per un furto di un orologio del valore di poche decine di euro. AMISTADonlus l'ha fatta venire in Italia per essere sottoposta ai trattamenti chirurgici ricostruttivi, numerosi come potete ben immaginare. Anche AICPEonlus si è fatta carico di questo iter ricostruttivo ed abbiamo effettuato gli ultimi due interventi, prima che ella ripartisse per il suo paese di origine. Oltre che con il suo sguardo, Nina ci ha voluto ringraziare con queste parole, poche ma ricche di affetto, che vogliamo condividere con tutti voi:

“Très chers Docteurs,

Je vous envoie cette petite lettre pour vous remercier du fond du coeur d' avoir pris en charge les dépenses qui ont été nécessaire pour mes opérations et aussi merci de prendre en main les opérations de mon visage. Je suis vraiment très reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi. Que le bon Dieu vous accompagnera dans tout ce que vous entreprendra.

Je vous laisse alors et vous souhaite tous les meilleurs du monde.

Amicalement.

NINA,



IPS (IL PAZIENTE SECONDARIO)

Il rapporto fra un chirurgo ed un paziente che si rivolge a lui dopo essere stato operato da altri rappresenta una situazione delicata e spinosa.

Può essere origine di una serie di problemi per il primo chirurgo, per il secondo operatore ed ancor di più per il paziente. Vogliamo esaminare le problematiche di questa difficile dinamica con la finalità di chiarirne alcuni aspetti, proporre delle linee guida comportamentali ed evitare spiacevoli conseguenze per ognuna delle parti. In questo e nei successivi numeri di AICPE NEWS troverete una locandina

IPS (IL PAZIENTE SECONDARIO) nella quale si parlerà delle problematiche relative a questo argomento. Incominciamo col proporvi un decalogo informativo da far leggere e firmare (fra le tante altre cartacce) ai nostri pazienti secondari. Leggetelo e tenetelo da parte, nel prossimo numero ve ne spiegheremo il razionale.

Mario Pelle Ceravolo

DECALOGO INFORMATIVO DEL PAZIENTE SECONDARIO

1 La chirurgia plastica non è una scienza perfetta.

La chirurgia estetica è una scienza medica oggettiva, ma, agisce su individui diversi, ognuno dei quali possiede tessuti differenti con caratteristiche e capacità di reazione e cicatrizzazione individuali. Pertanto ogni paziente può, a fronte dello stesso trattamento, ottenere effetti diversi e variabili. A volte anche nella stessa paziente sottoposta ad un intervento bilaterale, come una mastoplastica, ad esempio, la cicatrice sulla mammella destra potrebbe essere più bella di quella sulla sinistra per cause che non hanno nulla a che vedere con la qualità del chirurgo, ma soltanto con le caratteristiche della cicatrizzazione della paziente stessa.

2 Ogni paziente può reagire in maniera individuale e diversa ad uno stesso trattamento.

Anche un bravo chirurgo non ottiene sempre un risultato ottimale. Le ragioni di ciò non vanno sempre attribuite alle sue capacità, ma anche ad una serie di ragioni che, a volte, sono riconducibili ad un'esecuzione non perfetta di una tecnica, ma molto più spesso, a situazioni contingenti non prevedibili. Un esempio di ciò è dato dall'indurimento che può sopraggiungere a distanza di tempo in una mammella sottoposta ad un intervento di aumento di volume mediante protesi. Tale evento, la maggior parte delle volte, non dipende da ciò che fatto il chirurgo, ma dalla reazione del corpo alla protesi. Quindi, prima di attribuire responsabilità al chirurgo per la non riuscita di un intervento, è importante escludere tutti quei fattori individuali e contingenti che possono aver contribuito a creare la complicità o il risultato imperfetto.

3 Il consenso informato è importante anche per il paziente.

Ogni intervento comporta rischi che dovrebbero essere stati valutati dal chirurgo e comunicati al paziente. Il tutto viene normalmente, in maniera più o meno generica o specifica,

riportato sul consenso informato che il paziente sottoscrive. Tale documento non rappresenta uno scarico di responsabilità, ma soltanto una testimonianza che conferma che il paziente è stato accuratamente informato dal chirurgo sui rischi e sulle eventuali complicanze relative ad ogni intervento. Pertanto è importante leggere attentamente tale documento e, qualora esistessero dubbi in proposito chiarirli con il medico. In caso di complicanze o esiti negativi di un intervento eseguito dal primo chirurgo è importante chiedere al secondo chiarimenti in merito al come e al perché sia avvenuto il tutto e al rischio che la stessa complicanza possa ripresentarsi in seguito ad un ulteriore intervento.

4 La delusione è spesso frutto di una inadeguata comunicazione fra medico e paziente.

A volte la insoddisfazione del paziente è dovuta ad una mancanza di comunicazione chiara ed accurata con il medico. Non sempre è facile capire e farsi capire, in special modo quando si parla di risultati di una trasformazione dell'estetica. Talvolta la delusione del paziente è una conseguenza, più che di una incapacità tecnica, di un fraintendimento fra le parti, quindi, più che di un errore di esecuzione, si tratta di una difficoltà nello scambio di informazione fra il chirurgo e il paziente.

5 Farsi rioperare dallo stesso chirurgo per la seconda volta ?

Chi ha eseguito il primo intervento, qualora si tratti di un professionista competente e serio, usualmente si rende pronto ad ovviare eventuali imperfezioni e ad offrire la sua disponibilità ad un reintervento a condizioni economicamente molto più vantaggiose di quelle che un nuovo chirurgo potrebbe proporre. E' evidente che l'opzione di un secondo intervento da parte dell'operatore originale dovrebbe rappresentare la prima scelta da parte del paziente. Peraltro, non è necessariamente vero che un secondo chirurgo sia in grado di risolvere completamente un problema che il primo non è stato capace di affrontare con successo.

6 La collaborazione fra il nuovo ed il primo chirurgo

Qualora, per una serie di ragioni, il paziente dovesse decidere di non ricorrere a chi lo ha già operato, sarebbe auspicabile che il paziente autorizzi il secondo operatore ad entrare in contatto con il primo per conoscere approfonditamente ciò che è stato fatto ed eventuali altre informazioni che il paziente potrebbe ignorare, ma che potrebbero essere importanti per una migliore riuscita del trattamento secondario.

7 Evitare una lite giudiziaria, sempre rovinosa per tutte le parti in causa.

In caso il paziente decidesse di richiedere un rimborso della spesa sostenuta o d'altro nei confronti del primo chirurgo, la collaborazione del secondo operatore, potrebbe essere utile per evitare un contenzioso giudiziario che di solito finisce per essere svantaggioso per ambedue le parti. A volte una forma di accordo, qualora accettato da entrambi risolve rapidamente ed in maniera meno farragिनosa e più economica una discordia che potrebbe rivelarsi lunga e dispendiosa per tutti, con il solo vantaggio per gli avvocati, che, per evidenti motivazioni, spesso ne sollecitano la soluzione giudiziaria.

8 Chiarire con il secondo chirurgo le cause dell'insuccesso.

Un paziente che ha già subito un intervento con risultati deludenti a volte perde la fiducia nella figura del medico e decide di non ricorrere più a lui. In questi casi è importante che scelga un professionista che possa dargli nuovamente tale fiducia e che sia in grado di creare un nuovo rapporto positivo in grado di produrre i risultati attesi. E' necessario quindi approfondire con il secondo chirurgo tutti gli argomenti relativi alla dinamica dell'insuccesso ed ai rischi e le aspettative del prossimo trattamento.

9 Essere realistici sulle aspettative di risultato della correzione.

Chi ha già subito un intervento con risultati deludenti vive una situazione difficile e spesso ripone nel successivo trattamento speranze consistenti. In questa situazione si crea un'emozionalità che spesso non permette al paziente una visione oggettiva e realistica della sua situazione. Quel paziente potrebbe crearsi l'aspettativa di un'idea di risultato ideale non raggiungibile. Un secondo intervento su tessuti cicatriziali è paragonabile ad una riparazione che un sarto deve operare su un vestito tagliato male in precedenza. Ciò significa che potrebbero esistere limiti al risultato ottenibile e potrebbe non esistere la certezza di ottenere un risultato ottimale.

10 La maniera più semplice per risolvere il problema.

La finalità di questo scritto è di chiarire il rapporto fra le tre parti: il paziente insoddisfatto di un intervento subito, il chirurgo che lo ha operato la prima volta e colui che lo opererà per trattare la complicità o il risultato inadeguato esito della prima operazione. Se un errore c'è stato, cosa che è possibile, deve essere riconosciuto ed il paziente ha tutto il diritto in molti casi di essere risarcito per lo stesso. E' importante però che fra le varie parti coinvolte in questo complesso conflitto di opinioni si instauri un rapporto onesto che gioverà ai due chirurghi e ancor di più al paziente che potrà essere assistito nella maniera migliore ed ottenere la soddisfazione che la chirurgia estetica può oggi offrire a tutti coloro i quali ne fanno ricorso.

Data

Firma



IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: ART. 1228 DEL CODICE CIVILE

a cura di Luca Siliprandi



NEWS:

**Sentenza Cassazione
n. 12830 del 6 giugno
2014**

**fondamentale per il
chirurgo estetico
adempire all'obbligo
di informazione**

Il Dispositivo dell'art. 1228 Codice Civile (Libro quarto – delle obbligazioni – Titolo 1 – delle obbligazioni in generale (Artt 1173-1320) - Capo III dell'inadempimento delle obbligazioni) cita: "Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi (1), risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro" (1229,1717,2049).

Note

(1) La norma si riferisce a tutti coloro della cui opera si avvale il debitore nell'adempimento, siano essi collaboratori dipendenti o autonomi, purché non siano obbligati personalmente nei confronti del creditore e agiscano su incarico del debitore. Nell'art. 2049, invece, in materia di responsabilità extracontrattuale dei padroni e committenti per il fatto illecito dei loro ausiliari, vengono in rilievo soltanto dipendenti legati da un preciso vincolo di subordinazione.

Cari Amici e Colleghi,

Vi tediò con questa tematica legale per richiamarvi alla massima cautela nei vostri comportamenti e nella vostra organizzazione, ad evitare che possa accadervi quanto purtroppo a me di recente occorso.

In sintesi:

- Nel giugno 2009 asportai una neoformazione pigmentata dal dorso di una paziente ed inviai lo specimen per esame istologico ad un patologo di mia fiducia.
- Referto istopatologico: "nevo composto, completamente asportato"
- Un mese fa mi arriva raccomandata dell'avvocato della paziente con richiesta di risarcimento a carico sia del patologo, sia mio, di € 350.000 per aver causato una perdita di chance di sopravvivenza alla paziente, oltre che un danno biologico.

Cos'era successo?

Un anno dopo l'asportazione del nevo era insorta una linfadenopatia ascellare rivelatasi, dopo linfadenectomia, metastasi da melanoma. La revisione del vetrino aveva condotto alla diagnosi di "melanoma maligno ad estensione superficiale".

Riconosciuto l'errore diagnostico del patologo, viene richiesto anche al sottoscritto, che gli aveva affidato l'indagine, di corrispondere il risarcimento, sulla base dell'art 1228 (vedi sopra). Ciò nonostante il patologo non sia mio dipendente, abbia eseguito l'indagine presso una struttura diversa da quella ove la paziente è stata operata e abbia percepito autonoma parcella con emissione di fattura.

Il mio Avvocato di fiducia, molto esperto nel settore sanitario, a fronte della mia meraviglia, mi ha detto: "sei incolpevole, ma a norma di legge tenuto, insieme al patologo, al risarcimento".

Attendo di conoscere l'esito della vertenza.

Per quanto dunque si riferisce all'esecuzione di esami istologici su campioni da noi prelevati, delle due l'una:

1. si consegna al paziente lo specimen, richiedendogli di provvedere autonomamente alla ricerca di un patologo di sua fiducia, svincolandoci da ogni debito contrattuale.
2. si allestisce un modello da far sottoscrivere al paziente, nel quale egli stesso, a sua firma, richiede che l'esame istologico sia condotto dal patologo indicato, manlevandoci per il futuro da ogni possibile onere risarcitorio.

NB – sto preparando, con l'aiuto del mio avvocato di fiducia, un modello di liberatoria da proporre per la firma ai pazienti. Sarà mia cura trasmetterlo a tutti i Soci Aicpe, a beneficio di tutti.

In ogni caso è buona norma che il patologo emetta personalmente una distinta fattura per la sua prestazione.

In conclusione, al di là dello specifico esempio che mi riguarda, è bene ricordare che per qualsiasi prestazione erogata da un nostro Collega o Collaboratore cui affidiamo il/la paziente per un esame diagnostico, un trattamento o un suo completamento (altro chirurgo, patologo, infermiere, etc. anche non operante presso la stessa struttura), siamo tenuti a rispondere civilmente per danni provocati da un suo errore.

Buon lavoro a tutti !

...la nostra professione

di Alessandro Casadei

Assicurazione di Responsabilità Civile e Tutela Legale Penale

A che punto siamo con la R.C. Professionale:

I Professionisti che sono stati incaricati da Aicpe di trovare soluzioni per la Responsabilità Civile si stanno muovendo con costrutto nel mercato assicurativo. Si sono attivati per sottoporci soluzioni che hanno anche carattere innovativo rispetto a quelle che sono le nostre attuali conoscenze. Nell'incontro che abbiamo avuto recentemente è emerso, oltre alla tradizionale Responsabilità Civile di primo rischio, anche la possibilità di affiancarla con un secondo rischio (l'operazione farebbe ben risparmiare!); nonché l'opportunità di una copertura per tutta la nostra categoria con un massimale elevato, cui tutti potrebbero attingere in caso di sinistro: soluzione molto interessante per abbattere i costi ed avere massimali di copertura più elevati al bisogno.

Purtroppo le Assicurazioni si muovono positivamente (nel senso che riducono i premi !!!) solo a fronte di numeri molto chiari sulla reale "sinistrosità". Ecco quindi che nei prossimi giorni riceverete un ulteriore questionario solo con domande di tipo assicurativo, le cui risposte (che spero numerose!) aiuteranno i nostri Professionisti nell'opera di ricerca e di proposta.

Quale proposta per la Tutela Legale Penale:

A cosa serve? Le garanzie prestate da una Polizza di Tutela Legale Penale riguardano i casi di Difesa Penale per delitti colposi o reati contravvenzionali e Difesa Penale per Delitti Dolosi, questi ultimi solo nel caso in cui l'assicurato venga prosciolto o assolto con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. La polizza in convenzione prevede innanzitutto un massimale per sinistro, senza limite annuo pari

ad € 20.000 e franchigia di € 1.000 sempre per ogni sinistro.

Queste due Garanzie sono molto importanti in quanto vanno ad integrare e completare la polizza di RC professionale che non prevede, in caso di imputazione Penale, la libera scelta dell'avvocato da parte dell'assicurato ed inoltre interviene (sempre la polizza di RC) solo fino a quando ne ha interesse, ovvero una volta risarcito il danno può abbandonare l'assicurato e molto spesso opera con questa modalità.

Tutelare la propria fedina Penale è molto importante ed è necessario per questo avere un valido strumento come la polizza Tutela Legale per poter agire nel proprio esclusivo interesse senza dover dipendere da altri soggetti (come l'assicuratore di Responsabilità Civile).

E' fondamentale anche sottolineare che la polizza di Tutela Legale interviene per difendere Penalmente anche nel caso in cui l'assicurato riceva solo un avviso di garanzia, mentre la polizza RC Professionale non scatta se contestualmente non vi è anche una richiesta di risarcimento.

I Professionisti che sono stati incaricati da Aicpe stanno verificando la possibilità di integrare questa proposta inserendo anche la garanzia in ambito Civile "Spese di Resistenza" che prevede la possibilità da parte dell'assicurato di potersi difendere dalle richieste di risarcimento con queste modalità:

La prestazione opera esclusivamente in presenza di polizza di responsabilità civile relativa all'esercizio professionale per la quale sia stato corrisposto dall'Assicurato il relativo premio. In tale caso l'assicurazione subentra:

- dopo l'esaurimento di quello che è dovuto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza su fattispecie coperte dalla polizza di responsabilità civile;
- in primo rischio qualora la polizza di responsabilità civile, pur esistente, non possa essere attivata in quanto non operante nella fattispecie in esame.



FOTO DAL MONDO



LISTA CTU CHIRURGHI PLASTICI

Caro Socio,

tra i progetti che il consiglio Direttivo AICPE ha approvato, ricorderai quello che prevede di inserire il maggior numero di soci AICPE nel ruolo di CTU nei rispettivi Tribunali di residenza. Recentemente ho chiesto a tutti voi la disponibilità di partecipare a questo progetto ed è emerso che già 40 soci svolgono questo servizio in sede civile ed alcuni anche in sede penale nei Tribunali di appartenenza ed in altre sedi.

Alcuni, per la precisione tre soci, pur non avendo mai ricoperto tale ruolo, hanno dato la propria disponibilità e dimostrato interesse a partecipare a questo progetto.

Appare evidente l'importanza di questa iniziativa in un momento così delicato della nostra professione, in cui i pazienti attribuiscono il sopraggiungere di una complicanza, o la loro parziale (a ragione?) soddisfazione, ad un errore dell'operatore. Certamente, proprio per la particolarità della nostra specialità, non si possono avere sempre risultati eccellenti e in quei casi in cui si aggiungano altri problemi, non deve considerarsi come unica soluzione chiamare il medico in giudizio. Tutto ciò a fronte di informazioni, che noi forniamo sugli interventi e sui risultati, quanto mai complete, dettagliate e sempre accompagnate dalle riserve e dai limiti di ogni caso.

L'attuale tendenza a portare in giudizio il medico è sostenuta e alimentata anche da quelle organizzazioni di Avvocati che propongono assistenza a costo zero, anche se non si ha soddisfazione dalla sentenza. Appare evidente che la proposta da parte di un legale di consigliare un assistito, specie di fronte ad una causa inutile e improduttiva, scopre un momento di "scarsa eticità" per questa classe di professionisti.

Dal canto nostro possiamo fare ancora molto per metterci a riparo da richieste di risarcimento per danni: dobbiamo fare un ulteriore sforzo per rendere quel rapporto di fiducia medico-paziente stabile e sicuro per entrambi, senza permettere che intervengano figure professionali esterne. Inoltre dobbiamo consolidare l'opportunità di poterci difendere ed essere tutelati dalla presenza di specialisti consulenti tecnici, laddove non sia possibile contenere l'insoddisfazione del paziente in ambito medico e si apra un contenzioso.

La figura quindi dello specialista all'interno dei tribunali rappresenta la garanzia che ognuno di noi vorrebbe avere trovandosi in queste condizioni.

Nella prospettiva di aumentare la conoscenza di chi già si propone come CTU e di chi invece vorrebbe iniziare questa attività, il Consiglio Direttivo ha deliberato perché si tenga un corso di aggiornamento in materia nel prossimo novembre a Roma. L'iniziativa è volta a dare una maggior qualifica allo specialista che a sua volta figurerebbe

all'interno di una lista redatta da AICPE e consegnata a tutti i tribunali nazionali. I magistrati e le cancellerie dei tribunali avrebbero quindi la possibilità di nominare Specialisti in Chirurgia Plastica competenti e che abbiano anche frequentato un corso ufficiale AICPE. Stiamo inoltre valutando la possibilità di ottenere ECM.

Questa mia lettera non è indirizzata ai soli soci che già svolgono attività di CTU o a quei pochi che hanno dato la loro disponibilità a partecipare al progetto, ma a tutti i Soci AICPE, con lo scopo di sensibilizzarli sull'importanza che i CTU Specialisti in Chirurgia Plastica avrebbero presso i Tribunali. La loro presenza potrebbe garantire una corretta interpretazione delle cartelle cliniche e della nostra condotta, evitando quindi di sottostare ad un unico giudizio da parte di altri specialisti spesso senza una profonda preparazione nella nostra materia e comunque privi di esperienza chirurgica.

Sapere che il CTU che dovrà giudicarci è un collega qualificato, operatore aggiornato, rappresenterebbe in queste circostanze per ognuno di noi una grande tranquillità. Per arrivare a questo sarebbe opportuno che tutti i soci AICPE con un piccolo sacrificio si rendessero disponibili ad un apprendimento della materia ed al successivo inserimento nella lista dei tribunali.

Tutti noi scegliendo di iscriverci all'AICPE abbiamo creduto nella forza e opportunità di questa Associazione, nella speranza di avere tutela, diritti, assistenza e servizi, sino ad ora mai avuti. Ritengo sia doveroso partecipare attivamente alle attività della Società in prima persona, prendere parte e sostenere i progetti come quello sopra riportato. Tutto questo oltre a tutelarci reciprocamente allontanerà quella così odiosa abitudine italiana di credere: "quello che sta succedendo a te, non può succedere a me", o peggio ancora continuare a dire "che tanto ci penserà qualcun altro".

I tempi sono cambiati, ognuno dovrebbe dare il proprio contributo per la tutela della propria categoria e quindi di se stessi e della propria professione. Mi piacerebbe tanto non sentir più dire dagli Avvocati e Giudici che i peggiori nemici dei medici sono proprio i medici.

Certo che avrete colto lo spirito amichevole ma corporativistico di questa mia lettera vi esorto a partecipare a questo progetto dando prova di generosa responsabilità.

Un cordiale saluto

Andrea Paci



LA MEDICINA ESTETICA

NELLA CHIRURGIA ESTETICA!!! DI LUCA PIOVANO

Da alcuni anni stiamo assistendo ad un avvicinamento sempre maggiore tra la Medicina e la Chirurgia Estetica. Questo elemento sta modificando, in parte, anche le nostre condotte terapeutiche: il medico estetico estende il suo campo di azione a metodiche più aggressive, mentre noi chirurghi quando possibile, scegliamo procedure sempre meno invasive, pur raggiungendo risultati validi.

Ciò è reso possibile grazie alla sempre maggiore disponibilità di materiali iniettabili la cui sicurezza e affidabilità, almeno per quelli non permanenti e riassorbibili, è ampiamente provata nella pratica clinica.

Quanto detto sopra è particolarmente significativo nei trattamenti del viso, non tanto nei riempimenti superficiali di rughe, quanto piuttosto nel recupero volumetrico e morfologico di aree anatomiche o unità estetiche con formulazione altamente viscosa e con proprietà elastiche importanti come filler con proprietà biostimolanti.

Con questo non vogliamo sostituire o abolire in futuro l'intervento chirurgico correttivo che ha una sua precisa indicazione, con risultati stabili e predittibili...

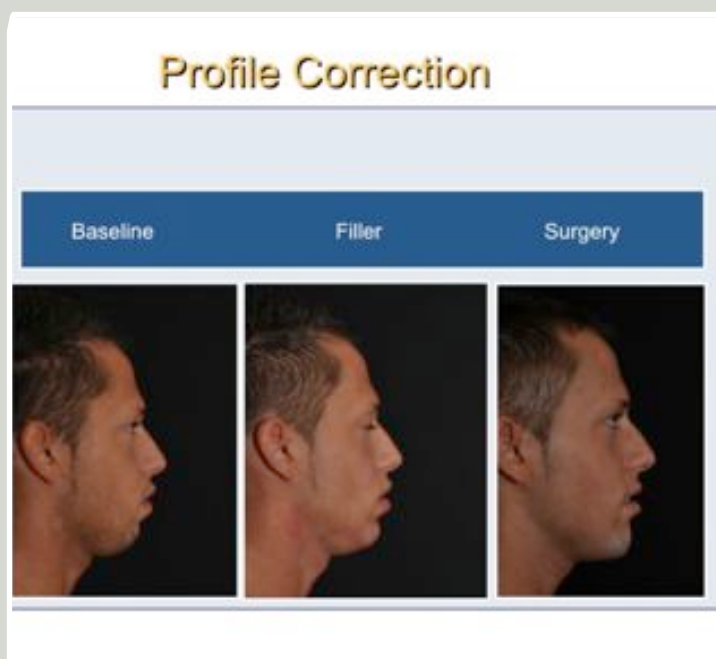
Ad esempio, se volessimo analizzare, schematizzare e mettere a confronto un reintegro volumetrico del volto con due procedure distinte: l'una chirurgica con protesizzazione e l'altra medico estetica; cioè "senza chirurgia" con il semplice utilizzo di un filler qualunque, esso sia ad esempio per colmare un deficit volumetrico dell'are geniena possiamo così schematizzare:

	Protesi	Filler
Procedura	Chirurgica	Medico Estetica
Approccio	Programmato	Progressivo
Evoluzione	Stabile	Variabile
Reversibilità	Sì	Sì/No
Dislocazione	Sì	Sì
Migrazione	No	Sì
Estrusione	Sì	Sì
Infezione	Sì	Sì
Plasmabilità	Sì/No	Sì
Contorni	Netti	Sfumati

TOPIC

La sola procedura di medicina estetica risulta insufficiente e limitata in certe correzioni, per esempio nella correzione di un ipomentonismo marcato, senza disturbi funzionali la sola medicina estetica risulta limitativa.

Vediamo nella foto allegata un trattamento correttivo con solo filler volumizzante a livello del tubercolo mentoniero con risultato migliorativo ma non risolutivo!



L'impianto di una protesi in silicone mentoniera di tipo extended sembra ottimale per volumizzare e sostenere il deficit del terzo inferiore del viso.

In conclusione, la metodica medico estetica si rivela particolarmente utile in casi di rifiuto del paziente a riempimenti stabili con impianti protesici o può essere un primo passo verso un impianto protesico futuro.

AITEB X AICPE

DI GUIDO DALLA COSTA E LUCA SILIPRANDI

Carissimi amici,

tutti noi ci occupiamo di medicina estetica oltre che di chirurgia e la quasi totalità di noi utilizza il botulino nella pratica quotidiana.

La terapia con la tossina botulinica, fra le procedure non chirurgiche, rappresenta nel mondo il dato in maggior crescita: oltre 11 milioni per la sola glabella. Una crescita percentuale di + 24,4 % nel 2012, rispetto ai filler che si attestano a un + 18 %, e con oltre il doppio di trattamenti rispetto ai filler (dati ASAPS).

Solo da noi in Italia, paese ove la medicina estetica e non solo la chirurgia sono ai vertici mondiali per qualità e diffusione, l'utilizzo della tossina botulinica trova difficoltà ad emergere e ad affermarsi per ingiustificati "timori" (ciò è testimoniato anche dall'ultima indagine Aicpe: + 10,4 % botulino e + 14,5 % filler).

Le notizie scandalistiche e falsamente scioccanti dei media, le affermazioni su larga scala di colleghi non suffragate da onesti dati scientifici o frutto di estrapolazione arbitraria di risultati di pubblicazioni scientifiche, hanno creato disinformazione con conseguente disorientamento fra la popolazione che nel dubbio, fra notizie contrapposte (rassicuranti versus "terroristiche"), ha preferito e continua ad astenersi dal trattamento con il botulino, con conseguenti ricadute economiche, fatto questo che assolutamente non accadeva un decennio fa.

Una situazione analoga era presente anni or sono in Germania: il botulino era stato messo all'indice e non si perdeva occasione per denigrare e sconsigliare tale terapia.

Ma dopo un costante, continuo e intenso lavoro da parte di DGBT, società scientifica analoga ad AITEB, che è consistito nel promuovere una sostanzialmente corretta informazione scientifica a tutti i livelli (popolazione, utenti, media, comunità scientifica, istituzioni) la situazione si è da tempo completamente capovolta.

Il Botulino ora anche in Germania è la prima terapia estetica non chirurgica; i media, quando compare una notizia relativa al botulino, prima di commentarla consultano la società scientifica DGBT che è pure interpellata dalle istituzioni e dal Ministero della Salute prima di assumere ogni decisione inerente al botulino.

Ora, siamo convinti che anche da noi questa tendenza possa essere capovolta, con tutti i relativi vantaggi, a patto che ci si impegni assieme nell'affermare scientificamente la realtà delle cose e nel promuovere una onesta "cultura del botulino".

Un anno fa per tale motivo è stata fondata l'Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino (AITEB) e già alcuni risultati si sono percepiti, ma ciò non è assolutamente sufficiente. I risultati del nostro lavoro hanno una cassa di risonanza ben diversa e sono possibili solo se come associazione contiamo numericamente in modo importante nel panorama scientifico, istituzionale e dei mas-media italiani.

Per tale motivo è fondamentale il vostro sostegno e la vostra presenza in AITEB per promuovere la corretta conoscenza della terapia con la tossina botulinica presso i media, le istituzioni scientifiche e presso

l'opinione pubblica (che poi è anche la nostra possibile clientela) e tutto ciò alla fin fine a nostro vantaggio.

Fra le altre cose AITEB promuove la didattica (corsi di I e II livello; App AITEB Education) e l'aggiornamento scientifico (New-letters; incontri periodici con esperti; congressi).

Quest'anno – il 14 novembre a Torino - si terrà il 1° Congresso AITEB che sarà anche in assoluto il primo incontro italiano interamente dedicato al botulino (vedi programma allegato).

Sarà un evento di notevole spessore con ospiti internazionali indiscussi cultori della materia, che sicuramente garantirà un "take home message" a tutti i partecipanti.

Con l'occasione si ricorda che la partecipazione al 1° Congresso AITEB è assolutamente gratuita per i soci Aiteb.

Pertanto è con viva sollecitudine che vi invitiamo ad associarvi ad AITEB per aiutarci e aiutare voi stessi ad affermare e diffondere una terapia scientificamente corretta e una cultura del botulino che dissipi dubbi e tentennamenti così deleteri fra la gente.

L'iscrizione ad AITEB prevede una quota di modesta entità (€ 150) che dà diritto gratuitamente a partecipare ai Congressi Aiteb; a ricevere la New-letters periodica; a poter scaricare gratuitamente la App AITEB (aggiornamento continuo; s.o.s per problemi, dubbi, casi difficili; Education: corso-gioco di vari livelli); a fruire della bibliografia internazionale attualmente a disposizione; ad inserire gli indirizzi dei vostri studi medici georeferenziati e così facilmente ricercabili/consultabili dagli internauti.

Iscrizioni: Cristina Rossi Tel.: 342-12.18.985 o info@aiteb.it



Torino
14 Novembre
2014

I CONGRESSO NAZIONALE
LA SCIENZA INCONTRA L'ARTE DEL BELLO

A.I.T.E.B.
Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino

14 NOVEMBRE 2014
Villa Sassi
Strada al Traforo di Pino 47 - 10132 Torino

Il Convegno vedrà la presenza di ospiti internazionali e sarà un'occasione importante per fare il punto sulla nostra professione, sullo stato dell'arte della Terapia a base di Tossina Botulinica e sull'attività dell'associazione.

La partecipazione sarà gratuita per tutti i soci in regola con il pagamento della quota associativa.

Segreteria Organizzativa
G.P. Pubbliche Relazioni srl - Via San Pasquale a Chiaia, 55 - 80121 Napoli-Italy
tel. 0039 081 401201 - 411450 - fax 0039 081 404036
info@gpcongress.com - www.gpcongress.com

OTTOBRE 2014



OTTOBRE 2014



NOVEMBRE 2014



FEBBRAIO 2015



NOVEMBRE 2014



**APRILE-GIUGNO
2014**

Contatti:

segreteria.aicpe@gmail.com

CONSIGLIO DIRETTIVO AICPE 2014-2016

PRESIDENTE

Mario Pelle Ceravolo

PRESIDENTE ONORARIO

Giovanni Botti

VICE PRESIDENTE

Luca Siliprandi

SEGRETARIO

Pierfrancesco Cirillo

TESORIERE

Alessandro Casadei

CONSIGLIERI

**Giovanni Brunelli
Gianluca Campiglio
Eugenio Gandolfi
Andrea Paci
Luca Piovano**

PROBI VIRI

**Emanuele Bartoletti
Gianfranco Bernabei
Flavio Saccomanno**

SEGRETERIA ESECUTIVA

Barbara Urbani

TESORERIA ESECUTIVA

Assunta Visconti

