



News



*Non c'è che una stagione: l'estate.
Tanto bella che le altre le girano attorno.
L'autunno la ricorda, l'inverno la invoca,
la primavera la invidia e tenta pueril-
mente di guastarla.*

Ennio Flaiano, Diario degli errori 1968

*Buona Estate
a tutti noi*

Il Consiglio Direttivo AICPE

Presidente

Giovanni Botti

Vice Presidente

Mario Pelle Ceravolo

Segretario

Eugenio Gandolfi

Tesoriere

Alvaro Pacifici

Consiglieri

Emanuele Bartoletti

Gianluca Campiglio

Felice Cardone

Alessandro Casadei

Andrea Paci

Probi Viri

Gianfranco Bernabei

Claudio Bernardi

Flavio Saccomanno

IL SITO AICPE E' ON LINE

WWW.AICPE.ORG

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

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

ULTIM'ORA**EASAPS**

RICONOSCE AICPE COME MEMBRO EFFETTIVO

Ecco il messaggio di benvenuto del Presidente e del Segretario EASAPS

Dear Dr. Giovanni Botti, IAAPS President,
Dear Dr. Mario Pelle Ceravolo, IAAPS Vice President
Dear Dr. Eugenio Gandolfi, IAAPS Secretary,

On behalf of European Association of Aesthetic Plastic Surgery Societies,

We have the honor to announce you that, during the EASAPS General Assembly held in Istanbul, 20th of June 2012, your society has been admitted as full EASAPS member, with unanimity.

The "Ulrich Hinderer" Lecture given by Mario Pelle Ceravolo, representing Italy at "Voice of Europe" section in 2011, was outstanding.

Being for the first time when EASAPS introduce this prize at it's annual Congress, Mario Pelle Ceravolo established a highest level for it, making this competition more and more attractive for speakers and national societies.

We congratulate you and we are looking to meet you soon inside EASAPS events.

Warmest regards,

Prof. Norbert Pallua MD, PhD

EASAPS President

Prof. Toma T. Mugea, MD, PhD

EASAPS Secretary General

6 Luglio 2012: un giorno importante per la chirurgia plastica italiana.

Le incomprensioni fra SICPRE ed AICPE si sono finalmente dissolte grazie al forte impegno da entrambe le parti a identificare strade non più divergenti ma vicine e spesso convergenti, per non dissipare preziose energie, che, d'ora in avanti, saranno impiegate a raggiungere obiettivi concreti ed in molti casi comuni ad entrambi i gruppi.

Il lungo colloquio fra i due presidenti, Giovanni Botti di AICPE e Michele Pascone di SICPRE, si è infatti concluso con un sereno accordo di "non-belligeranza", che contemporaneamente ha anche messo le basi per un futuro di collaborazione sulle problematiche di interesse condiviso. Entrambe le Società continueranno ad avere la loro precisa identità, ma, sin dai prossimi mesi, non mancheranno di portare avanti insieme progetti di utilità generale per il bene supremo di tutta la comunità. AICPE ha già intrapreso questa direzione mettendo in pratica alcune iniziative di totale collaborazione. Nei più recenti comunicati stampa (quello sul decalogo per la scelta del chirurgo e quello a commento della nuova legge sulle protesi mammarie) è stato sottolineato che, per verificare la qualità del medico cui le pazienti dovrebbero rivolgersi, è opportuno controllare che sia iscritto a SICPRE o ad AICPE. Inoltre alla riunione dell'EASAPS, che raggruppa tutte le Società Europee di Chirurgia Plastica Estetica, tenutasi a Istanbul il mese scorso, AICPE, nella persona del vicepresidente Mario Pelle Ceravolo, ha formalmente richiesto ed ottenuto che venga mantenuta una rappresentanza SICPRE. Tutto questo nell'obiettivo di mantenere un rapporto positivo con la Società di Chirurgia Plastica, cui tutti apparteniamo. Nella riunione di Roma si è anche stabilito che, nell'ambito dei servizi generali di comune interesse che le due Società saranno in grado di offrire, si potranno fare delle scelte concordate. Ad esempio, se una proposta assicurativa sviluppata in uno dei due gruppi risulterà più conveniente di quella identificata dall'altro, si cercherà di estendere a tutti i membri delle due Società i vantaggi della proposta migliore. In tali casi si tratterà più spesso di un'apertura di AICPE nei confronti di SICPRE, poiché il 100% dei soci ordinari AICPE è anche membro SICPRE, mentre non è vero il contrario. D'altra parte è convenienza reciproca stabilire che, nell'esempio riportato, se noi riusciamo ad elaborare una polizza che costa 1000 Euro per i 150 soci AICPE, ma che può essere abbassata a 950 Euro se viene estesa anche agli altri soci SICPRE, varrà la pena per tutti scegliere questa seconda opzione. Riepiloghiamo che, ovviamente, questa condivisione riguarderà prevalentemente opportunità di carattere generale, poiché molte iniziative AICPE resteranno di esclusiva fruibilità da parte dei nostri Soci, che pagano una quota aggiuntiva per ottenere dei vantaggi.



Un ulteriore recentissimo esempio di come sia radicalmente mutato il panorama della chirurgia plastica estetica italiana, riguarda un'altra iniziativa del nostro presidente Giovanni Botti, portata avanti finalmente a nome di entrambe le Società. Si tratta dell'annoso problema di "chi deve fare cosa", cioè in quale tipo di struttura debbono essere effettuati i diversi interventi. A livello della regione Lombardia, pilota nell'ambito della Sanità, seppur recentemente afflitta, come ben noto, da problematiche di carattere legale, si è infatti stabilito, su istanza condivisa di AICPE e SICPRE, di istituire con celerità un tavolo tecnico di trattativa per definire in maniera dettagliata quali operazioni possano essere eseguite in un ambulatorio chirurgico, quali necessitino di una struttura di day surgery e quali invece si debbano effettuare in regime di ricovero protratto. La normativa, che speriamo possa essere definita con chiarezza in tempi rapidi, potrà essere di riferimento per altre regioni che non avessero ancora legiferato con precisione in tale ambito. Su questo tema troverete peraltro un approfondimento nelle prossime pagine.

Nella riunione di Roma del 6 Luglio si è anche chiarito che i soci AICPE sono benvenuti al congresso nazionale SICPRE, al quale sono invitati caldamente a collaborare anche con relazioni, così come è recentemente avvenuto per il congresso AICPE svoltosi a fine Maggio a Salò, che ha visto con piacere la presenza attiva del presidente-eletto SICPRE Enrico Robotti e del presidente del Collegio dei Probiviri SICPRE Carlo Magliocca, che tanto si è impegnato per risolvere le incomprensioni fra le due Società.

Restano da chiarire solo alcuni dettagli che siamo certi potranno trovare un'adeguato chiarimento in sede assembleare. In particolare la nostra perplessità risiede nella proposta fatta dal CD SICPRE in merito al fatto che dopo la data del 06/07/2012 i colleghi membri ordinari SICPRE che desiderano iscriversi ad AICPE o ad altre Società debbano essere retrocessi a soci aderenti. Questa proposta sembrerebbe determinare una palese limitazione della libertà individuale di scelta. In nessun paese del mondo avviene niente di simile. Ma Siamo certi che nel corso dell'assemblea di Palermo queste ultime nebbie si diraderanno lasciando una atmosfera perfettamente tersa fra le due società.

Quindi ci auguriamo di proseguire su questa strada costruttiva, che vede AICPE e SICPRE allineate in maniera complementare per collaborare al fine ultimo del bene primario di tutta la comunità.



L'editoriale di Gio

by Giovanni Botti

Ambulatorio chirurgico, day surgery o casa di cura?

Era il 1974 ed io lavoravo come infermiere in un reparto misto di chirurgia-urologia. Il reparto aveva circa 80 letti ed il personale sanitario per ogni turno diurno era formato da un infermiere professionale, un generico e due ausiliari. Oltre ad accudire i pazienti ricoverati, in quattro riuscivamo a gestire senza troppi problemi fino a circa 10-15 nuovi interventi ogni giorno. Ora, dopo quasi 40 anni, lo stesso numero di pazienti sarebbe sorvegliato da un numero quasi triplo di infermieri. Ma tant'è... Sapete bene che i sindacati gradualmente hanno ottenuto sempre migliori condizioni di lavoro per il personale sanitario con meno stress e maggiore condivisione di responsabilità ed il vantaggio di una sorveglianza del paziente teoricamente più attenta e personalizzata. Ma non voglio discutere di questo. Piuttosto mi interessa sottolineare che a quel tempo, per riempire ospedali e cliniche private, era prassi mantenere ricoverati i pazienti per periodi molto lunghi. Si diceva che erano scelte dettate dall'esigenza di tenere meglio sotto controllo il decorso post-operatorio per prevenire e/o gestire complicanze. Nello stesso periodo dall'altra sponda dell'Atlantico si seguivano concetti radicalmente diversi. Tutta l'impostazione generale aveva altre basi. Le spese sanitarie NON erano a carico della comunità, ma del singolo individuo, che a sua volta doveva poi ottenere un rimborso dalla sua assicurazione. Quindi si cercava di diminuirle non certo a scapito della qualità, ma riducendo la durata della degenza allo stretto necessario. Così capitava che da noi per un'appendicectomia si facevano mediamente almeno 7 giorni di ospedale, mentre negli USA per lo stesso intervento già allora ne bastavano 2. Ricordo che nella clinica dove lavoravo le colecistectomie restavano ricoverate di routine 2 settimane e si arrivava a trattenere qualche giorno persino chi veniva a rimuovere lipomi e cisti sebacee....! Oggi è tutto cambiato anche da noi. Prima di tutto il progresso tecnologico con l'introduzione, ad esempio, delle tecniche endoscopiche, ha reso ridicole degenze di quella durata. E nello stesso tempo il sistema dei LEA, con il rimborso da parte dello stato (Regioni) dei DRG, che garantiscono tariffe prestabilite per ogni prestazione, ha opportunamente limitato gli sprechi in un periodo nel quale sono disponibili risorse sempre più esigue. La tendenza attuale anche in un Sistema Sanitario Socializzato come il nostro è quindi quella di restringere sempre più le spese sanitarie, pur tentando di garantire la miglior assistenza possibile. La grande rivoluzione è stata senz'altro quella di stabilire preventivamente il costo globale di ogni intervento, in modo che ogni struttura debba far bene i suoi conti per tentare almeno di evitare perdite. A questo si è aggiunto un sistema che premia i dirigenti che riescono a far "produrre" il proprio ospedale stimolando l'affluenza con un'offerta di qualità, ma nello stesso tempo risparmiando sulle spese. In quest'ottica, per quanto ci riguarda, si è visto crescere in maniera esponenziale il numero di interventi effettuati in regime di ricovero breve e brevissimo a scapito dei lunghi ricoveri ordinari, ormai limitati a quegli interventi di maggiore impegno, nei quali siano realmente indispensabili. Tutto ciò senza osservare aumenti delle complicanze, anzi, paradossalmente con una loro minore incidenza. Questo fatto si spiega probabilmente con una miglior organizzazione dell'evento nella sua globalità, nonché con il presunto maggiore stimolo alla guarigione dell'ambiente extra-ospedaliero. Dunque la tendenza è quella di seguire per necessità quello che negli Stati Uniti avveniva già molti anni fa con prestazioni, peraltro, mediamente di qualità spesso superiore alle nostre. Sappiamo tutti benissimo, infatti, che gli standard in medicina, così come gran parte delle innovazioni, sono stati sviluppati in quel paese, probabilmente anche perché l'organizzazione sanitaria è sempre stata gestita seguendo principi radicalmente diversi dai nostri. Ma ora finalmente (di necessità, virtù) anche in Italia e persino nell'ambiente pubblico è non solo accettata, ma anche fortemente auspicata, l'abbreviazione della degenza post-operatoria. Gradualmente i ricoveri di una settimana sono stati ridotti dapprima a 2-3 giorni e poi, nei limiti del possibile, a regime di day surgery. E quelli di 2-3 giorni sono stati spesso soppressi e sostituiti da un puro inquadramento ambulatoriale. Dunque anche per gli interventi "funzionali" stop agli sprechi in nome di una gestione efficiente, soprattutto a causa di fondi sempre più scarsi.



La chirurgia estetica pura, al contrario, è sempre stata dominata da necessità di tipo "americano", perché, pur nell'indispensabile ricerca dell'eccellenza (migliore è la qualità della prestazione, maggiore è la richiesta), ha dovuto tenere in gran conto i costi, totalmente a carico del paziente. Quindi a presunta parità di qualità, in buona parte dei casi il fattore determinante nella scelta del chirurgo è certamente quello economico. Dunque è conveniente per ognuno di noi avere la possibilità di eseguire operazioni con la tecnica e le attrezzature migliori, ma al minor costo possibile. E sappiamo bene che ruolo determinante abbia la spesa per la struttura dove viene effettuato l'intervento sul suo prezzo totale. Location, cura dei dettagli, impiego di personale ben addestrato, ecc. sono tutti criteri molto importanti nella scelta della struttura, ma senza dubbio la sicurezza del paziente (e, di conseguenza, anche del chirurgo) deve essere posta al primo posto. In Italia i nostri interventi possono essere effettuati, come sapete bene, negli ambulatori chirurgici, nelle day surgery e nelle case di cura private, oppure negli ospedali pubblici seguendo un analogo assetto organizzativo. Non vi è dubbio che, disponendo per legge di dotazioni e attrezzature diverse, i vari tipi di struttura sono in grado di offrire un livello di sicurezza proporzionalmente crescente, che deve quindi essere alla base della scelta, a seconda dell'impegno dell'intervento e delle caratteristiche del paziente. In effetti c'è una sorta di intesa a livello nazionale su come si dovrebbero suddividere gli interventi nei diversi tipi di struttura, ma essendo la Sanità di competenza locale, alcune Regioni hanno provveduto da tempo a specificare un dettagliato elenco di interventi, mentre altre non lo hanno ancora fatto. In linea di massima negli ambulatori dovrebbero essere eseguite operazioni minori (otoplastiche, blefaroplastiche, piccole liposuzioni, ecc) in anestesia locale, con l'eventuale ausilio di una blanda sedazione, nelle day surgery sarebbe consentito praticare sostanzialmente tutti gli interventi di chirurgia estetica in pazienti ASA 1 con e senza anestesia generale, mentre i pazienti ASA 2 e superiori devono essere operati solo in strutture dove sia consentito il ricovero protratto (le cosiddette strutture "protette"). Nella regione Lombardia AICPE, in coordinazione con SICPRE, sta tentando di definire con maggior precisione l'elenco degli interventi eseguibili negli ambulatori chirurgici e nelle day surgery, in modo che in caso di verifica delle autorità competenti (ASL, NAS, ecc) o di contenzioso assicurativo non si possano ingenerare situazioni che espongano il chirurgo ad eventuali dispute, spesso estremamente sgradevoli. A questo scopo il Consiglio Direttivo della nostra Società gradirebbe conoscere l'opinione degli associati su questo argomento, in modo da portare avanti richieste condivise. Contemporaneamente riterremmo opportuno chiarire definitivamente la portata del ricovero in day surgery che in alcune regioni può essere esteso alle 24 ore (one day surgery), ma in altre deve essere limitato alle sole ore del giorno. Personalmente ritengo che se una day surgery è autorizzata ad eseguire interventi in anestesia generale e a ricoverare i pazienti sino alle ore 20, non vi sia alcuna ragione perché non sia poi più in grado di tenerli in osservazione per la loro sicurezza fino al mattino successivo. Fra l'altro se il paziente fosse dimesso precocemente e dovesse poi essere ammesso d'urgenza in un ospedale pubblico per qualsiasi complicanza, tale ulteriore ricovero sarebbe a carico del sistema sanitario nazionale, che già ha budget forzatamente limitati. Inoltre se una day surgery dovesse dimettere tutti i pazienti entro le 20, non potrebbe più eseguire in sicurezza interventi in anestesia generale nelle ore pomeridiane, con una grave limitazione della dinamica imprenditoriale, considerate le enormi spese cui quel tipo di struttura deve sottostare. Per attrezzare una day surgery, sottoporla ai regolari controlli e aggiornamenti tecnologici secondo le normative vigenti e mantenere quindi elevata la qualità delle prestazioni offerte si va incontro infatti a costi elevatissimi, che devono trovare riscontro in un'ottimizzazione delle risorse e quindi nell'alternarsi anche di più equipe nell'arco della stessa giornata. Parimenti non risulta prevedibile a priori il tempo necessario per raggiungere un'autosufficienza da parte del paziente sottoposto ad un intervento. Problematiche sia chirurgiche, che generali e psicologiche potrebbero suggerire periodi di osservazione che vanno oltre quanto preventivato pre-operatoriamente. Tali fattori non sono necessariamente legati a complicanze o urgenze, ma semplicemente a generali norme di prudenza. Bisogna osservare inoltre che il prolungamento della sorveglianza post-operatoria nell'ambito delle 24 ore, finalizzato al monitoraggio delle eventuali complicanze precoci ed al compimento del normale recupero biologico conseguente al trauma chirurgico, variabile da un individuo all'altro, produce un costo interamente supportato dai gestori delle strutture stesse e non direttamente o indirettamente dal paziente e tanto meno dal SSN.

Desidereremmo sapere quindi dai chirurghi plastici italiani qual è il loro orientamento anche in quest'ambito, di grande importanza per la nostra professione.



AICPE è prima firmataria di una lettera di protesta, pubblicata il 19 luglio su "Il Tempo" e "La Repubblica", contro la Regione Lazio, che, latitante dal 2007, non rilascia autorizzazioni a migliaia di strutture sanitarie, ambulatori e studi medici ed odontoiatrici che sono costrette a lavorare nella totale precarietà per colpa di tale istituzione

avviso e pagamento

COMUNICAZIONE URGENTE A MEDICI E ODONTOIATRI DI ROMA E DEL LAZIO

Con i decreti n° 38/2012 e 43/2012 la Regione Lazio obbliga i titolari di studi professionali medici e di studi odontoiatrici a richiedere autorizzazione all'esercizio entro il termine perentorio del 31/08/2012, seguendo una complicata procedura informatica, e, soprattutto, imponendo il possesso di assurdi requisiti strutturali ed organizzativi, non in linea con quelli prescritti dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie. E' un vero "tritacarte" burocratico! Nascono contemporaneamente, come per incanto, organizzazioni che si propongono ai medici per l'esecuzione delle farraginose procedure richieste, a costi spropositati (4000/5000 €).

Basta con i comitati d'affari!

La laurea, l'abilitazione di Stato, l'iscrizione all'Ordine dei Medici, nella Regione Lazio, caso unico in Italia, non contano più nulla!

Un giovane laureato non può più aprire il suo studio, neanche per svolgere la libera professione!

Gli studi esistenti da decine di anni non potranno proseguire serenamente la loro attività e, in assenza di assurdi e immaginosi requisiti, sono e saranno diffidati a chiudere!

Sarà impossibile che un odontoiatra eserciti con altri colleghi per razionalizzare le spese, sarà impossibile dividere lo studio medico con altri colleghi specialisti per le stesse motivazioni.

E' facile intuire la conseguente perdita di innumerevoli posti di lavoro (segretarie, infermieri, tecnici etc.) ed il freno ulteriore alla produzione di strumentari specializzati da parte di aziende già fortemente coinvolte dalla crisi economica generale. Basti pensare che molte di queste fabbriche risiedono in Emilia Romagna, regione già così duramente colpita dalle ben note vicende del terremoto. E quindi, altri posti di lavoro che si perdono!

Senza contare, poi, che la questione dei decreti 38 e 43, così penalizzanti le attività sanitarie, viene ad inserirsi in un contesto socio-economico, che, attualmente, anche allo scopo di dare impulso alla ripresa della crescita, sembra seguire in tutti gli altri settori un trend di liberalizzazione e, comunque, di facilitazione all'avvio di nuove attività.

Inoltre, non è da trascurare il fatto che tale atteggiamento restrittivo pone un serio ostacolo alla libera circolazione delle professioni nei paesi europei, provocando inevitabili sanzioni all'Italia da parte degli organismi di tutela europei.

Collega, aiutaci a far rispettare i tuoi diritti!

Combatti per la tua professione e la difesa del tuo lavoro

A.I.C.P.E. ASSOCIAZIONE ITALIANA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA
A.C.P.I.C. ASSOCIAZIONE DEI CHIRURGI PLASTICI DELL'ITALIA CENTRALE
A.I.C.E.F.A.F.E. ASSOCIAZIONE ITALIANA ORL DI CHIRURGIA ESTETICA FUNZIONALE RINOCERVICO FACCIALE
A.I.O. ROMA ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI
A.M.D.C.D. ASSOCIAZIONE MEDICI DOCENTI CATTOLICI DEMOCRATICI
S.I.D.E.C. SOCIETÀ ITALIANA DERMATOLOGICA ESTETICA E CORRETTIVA

sito web: www.medicinaechirurgia.it e-mail: info@medicinaechirurgia.it

PROTESI MAMMARIE: IN GAZZETTA LA LEGGE CHE ISTITUISCE I REGISTRI, IMPONE AI MEDICI NUOVE OBBLIGHI INFORMATIVI PER LE PAZIENTI E VIETA L'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA ALLE PERSONE MINORI (LEGGE N°86 DEL 5 GIUGNO 2012)

by Gianluca Campiglio, Consigliere AICPE e membro della commissione ministeriale che ha partecipato alla stesura della legge

E' stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale numero 148 del 27 Giugno 2012 la legge n°86 del 5 Giugno 2012 con la quale vengono presi importanti provvedimenti nel campo dell'utilizzo delle protesi mammarie.

Questa legge è nota nel nostro ambiente soprattutto per la parte che riguarda il divieto di impianto di protesi mammarie con finalità estetica nelle pazienti minorenni ma in realtà il provvedimento affronta temi molto più ampi ed importanti per la nostra categoria come ad esempio l'istituzione dei registri nazionali e regionali, le nuove modalità di acquisizione del consenso informato per le pazienti che devono sottoporsi a mastoplastica additiva e soprattutto la definizione degli specialisti che d'ora in poi potranno impiantare protesi mammarie sia scopo estetico che ricostruttivo.

Alcuni di questi provvedimenti sono entrati in vigore il 12 Luglio 2012 (ad esempio il divieto per le minorenni e i requisiti per i professionisti abilitati) e sono quindi già operativi mentre per altri ci sono ancora sei mesi di tempo (ad esempio le modalità di raccolta dei dati e la "validazione" del consenso informato).

Analizziamo nei dettagli i vari temi toccati dalla legge 86.

L'articolo 1 riguarda la istituzione di un registro nazionale e di registri regionali per il monitoraggio clinico ed epidemiologico in Italia delle attività di chirurgia plastica estetica e ricostruttiva che prevedono l'impianto di protesi mammarie. Il monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto di protesi mammaria ha "lo scopo di prevenire le complicanze e migliorare la gestione clinico-assistenziale degli eventuali effetti collaterali indesiderati ed esiti a distanza" mentre

il monitoraggio epidemiologico viene effettuato a scopo di studio e di ricerca scientifica in campo clinico e biomedico. Le informazioni che vengono raccolte riguardano in particolare la tipologia e la durata degli impianti, con particolare riguardo al tipo di materiale di riempimento, gli effetti collaterali ad essi connessi nonché la eventuale incidenza di tumori mammari e malattie autoimmuni (comma 4 articolo 1). Il comma 5 della legge specifica che saranno i registri regionali a perseguire il monitoraggio clinico ed epidemiologico mentre quello nazionale si occuperà soltanto del monitoraggio epidemiologico sulla base dei dati trasmessi a Roma dai vari registri regionali. Ovviamente tutti i dati personali oggetto di trattamento saranno raccolti nel rispetto assoluto della privacy delle nostre pazienti. Il comma 7 dell'articolo 1 definisce i soggetti che possono accedere a questi registri sia per l'inserimento che per la consultazione dei dati. Per le finalità di monitoraggio clinico-assistenziale possono accedere ai dati i medici che prendono in cura la paziente, sia al momento dell'impianto stesso sia nell'eventualità di complicanze o effetti indesiderati, previa autorizzazione del titolare del registro regionale. Il trattamento dei dati raccolti nel registro nazionale ed in quelli regionali, per finalità di tipo epidemiologico, è consentito al Ministero della Salute, agli assessorati regionali alla salute e agli interessati che ne facciano richiesta, senza in ogni caso l'utilizzo di dati identificativi dei soggetti.

Il comma 8 stabilisce che entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della legge (quindi entro 6 mesi dal 12 Luglio 2012) il Ministero della Salute e la Conferenza Permanente Stato Regioni disciplinino i tempi e le modalità di raccolta dei dati nel registro nazionale, istituito presso il Ministero della Salute a Roma e gli obblighi informativi delle regioni nei confronti del registro nazionale, i tipi di dati sensibili e le operazioni eseguibili,



i soggetti che possono avere accesso ai dati del registro nazionale e di quelli regionali, le modalità di trasmissione dei dati tra le regioni, le garanzie e le misure di sicurezza in tema di privacy e le modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco per ogni soggetto.

L'articolo 2 della legge è il famoso punto che riguarda i pazienti minori. Viene stabilito che l'impianto di protesi mammarie a finalità estetica è consentito soltanto in pazienti maggiorenni. E' possibile l'impianto di protesi in minori in caso di gravi malformazioni certificate da un medico convenzionato con il SSN o da una struttura sanitaria pubblica. Questo significa che se dobbiamo operare privatamente un seno tuberoso di una paziente minorenni dobbiamo avere ottenuto prima una certificazione idonea da parte di un medico ospedaliero o convenzionato con il SSN. La sanzione per l'inosservanza di questo divieto è sia amministrativa (pari a 20.000 euro) sia disciplinare (sospensione dalla professione per 3 mesi).

L'articolo 3 è forse il punto più interessante per la nostra professione. Infatti per la prima volta in Italia viene stabilito che possono impiantare protesi mammarie soltanto medici specialisti in Chirurgia Plastica, Chirurgia Generale, Ginecologia o Chirurgia Toracica. Sono autorizzati anche i medici non specialisti che alla data del 12 Luglio 2012 hanno svolto attività chirurgica equipollente nei precedenti 5 anni. Purtroppo questo ultimo punto non è ben chiarito così come non viene definita la eventuale sanzione per la sua inosservanza. Certamente dal 12 Luglio in poi i Direttori Sanitari di DH e Cliniche dovranno verificare i requisiti dei medici che frequentano le sale operatorie delle loro strutture, impedendo ai non "autorizzati" di effettuare impianti di protesi mammarie. L'assenza di una sanzione non dovrebbe comunque far dormire sonni tranquilli ad eventuali trasgressori in quanto in caso di contestazione medico-legale le loro assicurazioni certamente non prenderebbero in carico il sinistro e per di più si vedrebbero contestare da giudici e avvocati la inosservanza di una legge o regolamento dello stato con tutte le conseguenze del caso.

L'articolo 4 stabilisce che i registri regionali siano conservati presso le unità organizzative delle regioni e province autonome. Ogni operatore di strutture sanitarie pubbliche e private in cui si eseguono interventi chirurgici di impianto di protesi mammaria o vengano seguite le pazienti già sottoposte ad impianto deve comunicare tempestivamente ai registri regionali i dati individuali della paziente mediante l'attribuzione di un codice identificativo univoco che non consenta l'identificazione diretta dell'interessata. La decodificazione dei dati avviene con modalità definite dall'accordo tra Ministero della Salute e Conferenza Permanente Stato Regioni di cui sopra. La sanzione per la mancata raccolta e trasmissione dei dati è amministrativa e pari ad una somma da 500 a 5000 euro. Il comma 4 di questo articolo impone a ciascuna struttura sanitaria in cui si effettuino interventi di impianto di protesi mammaria di compilare una scheda informativa sul tipo di protesi mammaria utilizzata (durata, tipo di materiale di riempimento, potenziali complicazioni, etc) che va allegata al consenso informato sottoscritto dalla paziente. Le regioni avranno il compito di verificare la coerenza tra le informazioni delle schede informative e lo stato attuale delle conoscenze. Le Regioni hanno 6 mesi di tempo dal 12 Luglio 2012 per definire i criteri per la compilazione della scheda informativa.

L'articolo 5 infine dispone che ogni 2 anni il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione sui dati raccolti dal registro nazionale e da quelli regionali.



PRP e Medicina Estetica: polemiche sull'evidenza scientifica

by Claudio Bernardi

Un recente articolo apparso sulla stampa di qualche settimana fa (Corriere.it del 19 giugno 2012), richiama l'attenzione del lettore sulle problematiche inerenti i fattori di crescita piastrinici ed in particolare il loro utilizzo in Medicina Estetica. Ritorniamo volentieri sull'argomento (AicpeNews N. 2 NOV-DIC 2011) per fare alcune considerazioni critiche e riflessioni.

Si parte da una constatazione di fatto che, come afferma la SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia), *"Ad oggi non c'è alcuna evidenza scientifica che sancisca l'efficacia clinica degli «emocomponenti» in chirurgia estetica..."*.

E' vero che gli studi sperimentali sono maggiormente concentrati nell'ambito della medicina e chirurgia funzionale, piuttosto che di quella estetica, discrepanza legata al fatto sia che queste ultime si svolgono esclusivamente in ambito privato ed il costo della "sperimentazione" ricade in definitiva sul medico/chirurgo operatore, sia che difficilmente si possono adottare per l'estetica le stesse procedure di ricerca che si eseguono in altre branche (es. biopsie, esami invasivi o altro), essendo i pazienti meno motivato a farlo. Resta il fatto però che l'efficacia del trattamento con PRP ha dimostrato in termini di rigenerazione di tessuti danneggiati in diverse branche chirurgiche, compresa quella plastica ricostruttiva, è una certezza acquisita di cui facciamo tesoro. Ed è in base a questa acquisizione che riteniamo abbia effetto anche sui tessuti danneggiati da photoaging e chronoaging, mentre è evidente che nessun medico serio penserebbe di applicare la terapia con PRP su pazienti giovani con cute sana e senza segni clinici di danno, nei quali la stimolazione non sortirebbe sicuramente alcun beneficio.

Dunque, se diretto a noi, riteniamo inutile l'appello a *"...Smorzare i facili entusiasmi..."*, inviandolo piuttosto ad un certo tipo di informazione pseudo-scientifica che abbonda sia nella carta stampata, sia nel web. I nostri pazienti sono ben informati sulla metodica, sui rischi (più teorici che pratici) di essa, e soprattutto sulla non predicibilità del miglioramento che possono ottenere.

Continuando l'articolo leggiamo: *"..Non sottoporsi a questi trattamenti sperimentali, se non in strutture sanitarie che abbiano una specifica autorizzazione dell'autorità sanitaria competente e il consenso del comitato etico a effettuare questo tipo di sperimentazioni"*.

E' evidente, che in periodi di tagli drastici anche in campo sanitario, non è certo proponibile che studi sperimentali clinici di questo tipo si svolgano utilizzando risorse pubbliche, distraendole da campi di ricerca assai più necessari e bisognosi di supporti economici. Inoltre ci sembra eccessivo "scomodare il comitato etico". Ma che cosa ci sarebbe di "non etico" a fare il PRP su una cute rugosa o elastosica, piuttosto che su una lesione da perdita di sostanza? Semmai si può parlare di un uso *off label* del trattamento, al pari della tossina botulinica quando viene applicata in aree diverse da quelle per le quali ne è stato autorizzato il suo uso clinico: il paziente viene informato dal medico, il quale si assume la responsabilità del trattamento stesso. Il problema è un altro e noi lo conosciamo bene:

- le autorizzazioni regionali per l'esercizio degli ambulatori chirurgici sono in cronico ritardo
- le convenzioni (obbligatorie) con i centri trasfusionali vanno molto a rilento a causa della scarsa disponibilità dell'organico in molti ospedali
- la presenza del medico trasfusionista durante il trattamento con PRP, obbligatoria nella maggioranza delle regioni italiane, comporta problemi logistici non indifferenti ed aumenta sensibilmente il costo della prestazione terapeutica.

Lasciateci lavorare e saremo in grado di fare protocolli clinici sperimentali seri e obiettivi!



19 luglio 2012



SOSPIRO DI SOLLIEVO PER 400MILA MEDICI

Primo round ad AMAMI in difesa dei medici nello scontro con le assicurazioni

I trecentocinquantamila medici italiani tirano un sospiro di sollievo. **L'obbligo di assicurarsi con una polizza per la responsabilità civile slitta di un anno.** Dopo mesi di battaglia da parte dell'associazione AMAMI (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente), la Camera dei Deputati ha approvato ieri un emendamento in cui si prevede che "l'obbligo è postposto di un anno rispetto alla data di scadenza prevista (13 agosto 2012)". La norma, limitatamente agli iscritti all'Ordine dei Medici, modifica il Decreto Legge 138 del 13 agosto 2011, convertito dalla Legge 148 del 2011, che impone a tutti i professionisti italiani di contrarre una polizza che li assicuri per le eventuali richieste di risarcimento. **Le compagnie, nonostante la normativa, si stanno rifiutando di assicurare decine di migliaia di medici,** specialmente chirurghi, e c'era quindi il concretissimo rischio che i camici bianchi, dal 13 agosto in poi, fossero costretti ad opporre un rifiuto alle richieste di cura o di intervento da parte dei pazienti.

“Ce l'abbiamo fatta – dice Maurizio Maggiorotti, presidente di AMAMI – Siamo riusciti a far comprendere ai politici più accorti che l'entrata in vigore della norma avrebbe messo fuori legge migliaia di medici. Le compagnie non hanno l'obbligo assicurarci. Abbiamo chiesto alle prime dieci società italiane del settore di fare una proposta di convenzione per i nostri 25 mila associati. La risposta è stata il silenzio: un fatto agghiacciante”.

L'emendamento A.C., identificato con il numero 5.323, fa esplicito riferimento al drammatico stallo che si sarebbe creato con l'attuazione del Decreto Legge 138 e della Legge 148. “L'obbligo è postposto – recita la norma - in attesa che il consiglio nazionale dell'Ordine dei Medici o, in subordine, le associazioni mediche maggiormente rappresentative negozino le condizioni generali delle polizze in regime di convenzione”. La nota illustrativa alla nuova norma recepisce l'allarme lanciato senza sosta in questi mesi dall'associazione AMAMI.

“Si richiede di posporre il termine – si legge nel testo – per evitare che il professionista possa essere impedito nella sua attività dal diniego delle compagnie a stipulare una polizza”. Per tutti gli altri professionisti, l'obbligo di una copertura assicurativa resta invariato ed entra in vigore dal 13 agosto prossimo.

“Siamo soddisfatti, ma **l'impegno di AMAMI continua per garantire a tutti i medici una copertura assicurativa efficace a costi equi** sul modello dell'RC Auto con obbligo delle compagnie ad assumere il rischio”, chiosa Maggiorotti.

ECM: per saperne di più

by *Eugenio Gandolfi*

ECM: soggetti coinvolti

Il programma nazionale di ECM riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella sanità, sia privata che pubblica. Il programma nazionale prevede che l'ECM sia controllata, verificata e misurabile; inoltre, che sia incoraggiata, promossa ed organizzata.

N.B.: E' esonerato dall'obbligo dell'ECM il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, corso di formazione specifica in medicina generale, formazione complementare, corsi di formazione e di aggiornamento professionale) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza). Sono esonerati, altresì, dall'obbligo ECM i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza.

ECM: crediti formativi

Vengono attestati dal provider (che informa l'ente accreditante e il Co.Ge.A.P.S.) e hanno validità su tutto il territorio nazionale. Per il periodo 2011-2013 è stato stabilito che ciascun professionista deve acquisire 150 crediti ECM (ogni anno il minimo è pari a 25, il massimo a 75). Il provider conserva la relativa documentazione per 5 anni.

La nuova normativa ECM, pur dichiarando l'obbligo della formazione continua per i medici e per tutti gli operatori delle professioni sanitarie non mediche, fino ad oggi non aveva comminato sanzioni per coloro che non lo assolvevano o che lo assolvevano in maniera insufficiente.

Nella recente manovra del governo Monti (e nel precedente DPR n.138 del 13 agosto 2011, art. 3) le sanzioni sono invece previste: difatti, entro il 13 agosto 2012 tutti gli ordini professionali interessati, e quindi gli ordini dei medici chirurghi e quelli delle professioni sanitarie non mediche, dovranno stabilire le sanzioni da applicare a chi non acquisisce in un anno i 50 crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo. È noto che, a partire dal 1° gennaio 2010, data di entrata in vigore delle nuove regole ECM, i Provider, alla fine di ogni evento formativo, trasmettono al Co.Ge.APS l'elenco dei professionisti che hanno ricevuto i crediti, e il Co.Ge.APS, che gestisce l'anagrafe dei crediti, trasmette poi i nominativi ai rispettivi ordini professionali per la creazione dei relativi dossier. In tal modo gli Ordini dispongono dello strumento per infliggere le sanzioni ai disobbedienti. I Provider trasmettono anche i nominativi dei medici, la cui partecipazione all'evento è stata sponsorizzata, con l'identificativo dello sponsor; questo perché un medico può acquisire crediti formativi ECM da sponsorizzato solo per un terzo del cumulo triennale necessario, che ammonta a 150 crediti; gli Ordini Professionali tenuti a vigilare riterranno validi pertanto solo 50 crediti su 150 ottenuti tramite sponsorizzazione, annullando l'eccedenza. Naturalmente per i restanti 100 crediti il professionista dovrà pagarsi la formazione di tasca propria.

Le sanzioni di cui si parla prevedono non soltanto arresti nella progressione di carriera per i professionisti inseriti in organici, ma anche multe pecuniarie. La liberalizzazione delle attività professionali, di cui è momento indicativo la riforma degli ordini entro la stessa data di agosto 2012, se da un lato apre ad una maggiore leale concorrenza tesa anche a favorire l'ingresso dei giovani nel mondo della professione, dall'altro esige la formazione continua di tutti gli attori operanti nel pianeta sanità, adeguata alle innovazioni scientifiche e tecnologiche e orientata agli obiettivi nazionali di riferimento che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina ha ritenuto di particolare rilievo e prioritari per l'interesse del malato e del S.S.N.



OFFERTE PER I SOCI AICPE



Milano, 11 Luglio 2012

Spett.
Associazione Italiana di Chirurgia
Plastica Estetica

OGGETTO: Ns. offerta 57/12 - GAC/ac del 11/07/12

a seguito dell'incontro avvenuto con il ns. Dr. Colombo, con la presente la scrivente società **MEDICAL SYSTEMS ITALIA SRL** con sede in Milano, Via Olmetto 7-P.IVA 07516420960, nella persona del Suo Legale Rappresentante, Dr. Giuseppe Alberto Colombo, sottopone alla Sua cortese attenzione, per **TUTTI I SOCI AICPE**, la migliore offerta relativa il seguente prodotto:

STRIM "SURGICAL PROCEDURE PACKS FOR MICROFAT TRANSFER"

ART.	DESCRIZIONE	U.M.	PREZZO LISTINO IVA incl.	PREZZO OFFERTO IVA inclusa	IVA
PICS 2013	Surgical procedure packs for microfat transfer 1 set	1	€ 121,00	€ 85,00	21%

Tali condizioni favorevoli vengono applicate in virtù di una futura proficua e fattiva collaborazione per entrambi le parti.

In caso di ulteriori informazioni si prega di contattare il seguente no. 02/85964228 Sig.ra Calandrini.

CONDIZIONI GENERALI

Termine di consegna: 3 gg ca dal ric.ordine
Minimo fatturabile: nessun importo
Spedizione: a cura del mittente
Porto: franco
Pagamento: ricevimento fattura
Validità offerta: 2012/2013
Banca d'appoggio: Carige - sede di Milano - IBAN IT08A0617501600000005539680

In fede.

MEDICAL SYSTEMS ITALIA SRL

Responsible Customer Service

Alessandra Calandrini

MEDICAL SYSTEMS ITALIA s.r.l.
Via Olmetto, 7
20123 Milano - Italy

Tel. +39 02 45.96.421
Fax +39 02 45.96.421

P.IVA 07516420960
REG. MI 0134088

Specializzazione in Chirurgia Plastica Competenza in Chirurgia Estetica

Le definizioni sono sovrapponibili?

La specializzazione in Chirurgia Plastica offre una competenza in Chirurgia Estetica?

Sono percorsi diversi?

Solo lo specialista in Chirurgia Plastica può essere competente in Chirurgia Estetica?

Ci possono essere altri validi percorsi formativi?

Non sono e non vogliono essere domande pleonastiche: parliamone!

Vogliamo dibattere l'argomento degli argomenti:

Su uno dei prossimi numeri di AICPE NEWS vogliamo affrontare tale argomento con una pacata tavola rotonda che ci porti a capire qualcosa di più su una questione annosa dibattuta in tutto il mondo!



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



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

Diritto Penale

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

Diritto Civile e Amministrativo

Studio Avv. Scoccini & Associati

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

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



Diritto della Sanità:

Consenso informato - Contenuto dell'informazione - Esiti anomali

Su questo tema, è intervenuta recentemente, con qualche interessante puntualizzazione, la **terza sezione civile della Corte di Cassazione** in un caso di intervento chirurgico di artroprotesi all'anca, con postumi per lesione del nervo femorale, rispetto al quale una paziente lamentava danni in conseguenza dell'inadempimento del medico al dovere di fornire un'informazione puntuale sui possibili rischi dell'operazione.

La Suprema Corte, infatti, nella **sentenza n. 24853/2010**, depositata il 9/12/2010, ha affermato che l'informazione al paziente *"deve essere completa ed includere non solo la descrizione della cura o dell'intervento a cui il malato verrà sottoposto, ma anche quella delle complicazioni che, pur senza colpa dei sanitari, potrebbero derivarne"*.

Ha aggiunto la Corte che la corretta informazione non è un dato che può essere desunto *"dalla mera sottoscrizione di un modulo del tutto generico"*.

In sostanza il medico e la struttura sanitaria in cui il sanitario opera devono provare di avere fornito *"in modo completo e esaustivo, tutte le informazioni scientificamente acquisite sulle terapie che si vogliono praticare e sull'intervento chirurgico che si intende eseguire, illustrandone le modalità e gli effetti, i rischi di insuccesso" nonché "gli eventuali inconvenienti collaterali"*.

La Cassazione, infine, ha ritenuto apodittica l'affermazione della Corte d'Appello di Milano secondo la quale la grave menomazione funzionale della gamba a causa delle denervazione di tre muscoli costituiva conseguenza eccezionale ed imprevedibile, ed ha comunque sottolineato che *"tendenzialmente anche gli esiti anomali o poco probabili – se noti alla scienza medica e non del tutto abnormi – devono essere comunicati"* in modo da consentire al paziente di decidere consapevolmente *"se correre i rischi della cura o sopportare la malattia, soprattutto nei casi in cui non si tratti di operazione indispensabile per la sopravvivenza"*.

Responsabilità penale in concorso del chirurgo e dell'anestesista per mal posizionamento del paziente sul lettino operatorio

La **quarta sezione penale della Corte di Cassazione** è ritornata sul tema della responsabilità professionale quando si lavora in equipe per un intervento operatorio.

La fattispecie giudicata nella sentenza n. 19637/10 riguarda lesioni personali gravi (consistite nella lesione neuroprassica del tronco superiore del plesso branchiale) cagionate ad una donna nel corso di un intervento di mastoplastica additiva, a causa del mal posizionamento sul lettino operatorio della paziente *"con braccia abdotte"* mantenuto per tutte le tre ore di durata del trattamento chirurgico.

In primo e secondo grado sono stati ritenuti responsabili dell'accaduto sia l'anestesista che il chirurgo e la Suprema Corte nel respingere i ricorsi dei due imputati ha affermato che, sebbene il posizionamento della paziente sul lettino era stato predisposto dall'anestesista, non poteva essere ritenuto che questa operazione fosse del tutto sottratta al controllo del chirurgo incaricato dell'intervento.

La Cassazione ha richiamato al riguardo il principio secondo il quale nelle ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica *"ogni sanitario è tenuto ad osservare, oltre che il rispetto delle regole di diligenza e prudenza connesse alle specifiche e settoriali mansioni svolte," anche "gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico", quello cioè della corretta esecuzione dell'intervento di cura programmato.*

Ogni medico, quindi, *"non può esimersi dal conoscere e valutare (nei limiti in cui sia da lui conoscibile e valutabile) l'attività precedente e contestuale di altro collega e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti, non settoriali ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio"*.





Diritto della Sanità:

SEMPRE PIÙ STRETTO IL RAPPORTO TRA MEDICO E CASA DI CURA.

CORTE CASS. 26 GIUGNO 2012 N. 10616

Per lungo tempo si è discusso sui profili di responsabilità della casa di cura in caso di erronea prestazione del medico; con la sentenza odierna si affronta il problema contrario: si configura responsabilità del medico se l'inadempimento è direttamente ascrivibile alla casa di cura?

Qui di seguito il fatto: un uomo aveva subito un intervento chirurgico presso una struttura privata per correggere la deviazione del setto nasale. Durante la suddetta operazione, a causa del malfunzionamento del bisturi elettrico – il cui elettrodo era stato applicato sulla gamba destra del paziente – questi aveva riportato ustioni di terzo grado nella regione superiore dell'arto, con esiti cicatriziali di natura permanente. Sia il giudice di primo grado sia il giudice d'appello avevano riconosciuto al danneggiato il diritto ad ottenere il risarcimento del danno, condannando però in tal senso soltanto la Casa di cura e non invece il professionista che aveva materialmente eseguito l'intervento, argomentando a tal proposito che "... il medico non era in condizione di percepire il malfunzionamento del bisturi elettrico perché la parte ustionata, coperta dall'elettrodo, non era visibile ..." ed inoltre che "...una preventiva verifica della funzionalità delle apparecchiature era inesigibile dal chirurgo, trattandosi di attività estranea alle sue competenze professionali ..." nonché, in definitiva, che "... siffatto controllo spettava alla struttura ...".

La nostra Cassazione – nell'accogliere il ricorso, cassando la sentenza impugnata e rinviando alla Corte d'Appello di Roma – ha affermato alcuni invece importantissimi principi in materia di responsabilità medico-sanitaria relativamente ai rapporti tra medico e casa di cura:

- In primo luogo ha affermato che "... pur quando manchi un rapporto di subordinazione o di collaborazione tra clinica e chirurgo, sussiste comunque un collegamento tra i due contratti stipulati, l'uno tra il medico ed il paziente e l'altro tra il paziente e la Casa di cura, contratti aventi ad oggetto il primo prestazioni di natura professionale medica, comportanti l'obbligo di abile e diligente espletamento della prestazione chirurgica e/o terapeutica e il secondo prestazioni di servizi accessori di natura alberghiera, di natura infermieristica ovvero aventi ad oggetto la concessione in godimento di macchinari sanitari, di attrezzi e di strutture edilizie specificamente destinate allo svolgimento di attività terapeutiche e/o chirurgiche ...";

- In secondo luogo, la Corte ha affermato che "... deve ritenersi consustanziale al dovere di diligente espletamento della prestazione l'obbligo del medico di accertarsi preventivamente che la Casa di cura dove si appresta ad operare sia pienamente idonea, sotto ogni profilo, ad offrire tutto ciò che serve per il sicuro e ottimale espletamento della propria attività (...). Se è vero che la natura pacificamente contrattuale del rapporto che si instaura tra paziente, da un lato, e casa di cura privata o ente ospedaliero, dall'altro, comporta che la struttura risponde, ex art. 1218 cod. civ., non solo dell'inadempimento delle obbligazioni su di essa incombenti ma, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., anche dell'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario (...) e ciò pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato con lo stesso; il medico, a sua volta, in virtù della medesima norma (...) è responsabile dell'operato dei terzi della cui attività si avvale. Ne deriva che (...) il chirurgo ha un dovere di controllo specifico del buon funzionamento della stessa (da leggersi: apparecchiatura necessaria all'esecuzione dell'intervento), al fine di scongiurare possibili e non del tutto imprevedibili eventi che possano intervenire nel corso dell'operazione ...".

Dalla sentenza in commento emergono dunque profili di responsabilità ulteriori a carico del professionista operante presso una Casa di cura privata, chiamato non soltanto a svolgere con diligenza, prudenza e perizia la propria prestazione, ma altresì gravato dell'onere di verificare l'idoneità della struttura stessa nonché della strumentazione utilizzata per l'esecuzione della prestazione medesima. Ne consegue inoltre che, laddove l'evento di danno sia imputabile a negligenza, imperizia o imprudenza di uno dei membri dell'équipe cui fa capo il professionista che in concreto pone in essere l'intervento chirurgico, sarà comunque quest'ultimo a dover essere gravato della relativa responsabilità, ex art. 1228 cod. civ.

INOSSERVANZA DEI PROCESSI DI AUTORIZZAZIONE: LA CASSAZIONE DISPONDE IL SEQUESTRO PREVENTIVO DI UN AMBULATORIO MEDICO-SPECIALISTICO

CASSAZIONE PENALE- SEZ. III, SENT. N. 19656 DEL 24/05/2012

Disposto il sequestro di un ambulatorio medico- specialistico di ginecologia istituito senza specifica autorizzazione sanitaria presso una struttura di terapia fisica e riabilitativa della città di Foggia. Rigettata dal tribunale la domanda di riesame proposta per ottenere l'annullamento del provvedimento che disponeva il sequestro dell'ambulatorio, si è fatto ricorso alla Suprema Corte. La Cassazione in questa sede ha ribadito il principio, ormai pacifico in giurisprudenza, secondo cui nessuno può aprire o mantenere in esercizio ambulatori, case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, gabinetti di analisi per il pubblico a scopo di accertamento diagnostico, case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del prefetto (competenza trasferita poi alle regioni e infine attribuita al sindaco dalle successive modifiche normative intervenute). La Corte, investita della questione, ha stabilito che lo svolgimento presso una struttura di cura di attività specialistiche non autorizzate configura reato previsto dall'art. 193 Regio Decreto del 1934, n. 1265. Smentita dunque la tesi per cui l'inosservanza delle prescrizioni dell'autorizzazione configurasse un'ipotesi sanzionabile soltanto con la mera chiusura dell'istituto. Lo svolgimento di attività medico-specialistiche ulteriori rispetto a quelle già autorizzate deve essere sottoposta anch'essa alla verifica del possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al comma 4, art. 8ter, del D. lgs. 229/1999, la c.d. Riforma Bindi. Trattasi d'altra parte di reati che non oltraggiano solo la giustizia, ma possono compromettere anche la salute di qualcuno.

Nasce "AICPE onlus"

Cari soci,

come di consueto, anche quest'anno i proventi del Corso sulle Mastoplastiche organizzato dal nostro Presidente e patrocinato dall'AICPE a maggio 2012 **saranno interamente devoluti in beneficenza.**

I tre progetti pubblicati su Aicpe-News e presentati all'assemblea di Salò saranno completamente finanziati e, pertanto, realizzati. Per rendere questo passaggio più snello e per garantire che tutti i fondi dell'AICPE, presenti e futuri, vengano interamente utilizzati in beneficenza, risparmiando anche su oneri fiscali e relative decurtazioni, abbiamo pensato di costituire una Onlus che possa gestirli. Questo importante passaggio oltre a dotarci di maggior autonomia, ci consentirà un'azione di supporto economico ai vari progetti di beneficenza, che speriamo sia sempre più continuativa e proficua.

CHARITY:

 **help for life**
foundation onlus



Help for Life è una fondazione libera, indipendente e senza fini di lucro. Nasce nel 2006 dall'esperienza quindicennale dell'associazione Padova Ospitale Onlus al fine di estendere il suo impegno di solidarietà anche alle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo. Realizza **progetti di accoglienza, assistenza e cura nel continente africano.**



Collaboratori di Help for Life sono i Soci AICPE
Barbara Topan e
Alessandro Casadei

Help for Life crede fermamente che **la salute sia un diritto innegabile** per qualsiasi persona in ogni parte del mondo e che essa non possa prescindere dal **riconoscimento della dignità umana**. A tal fine opera ogni giorno per conseguire un equilibrio tra questi due valori irrinunciabili, inteso come condizione indispensabile per **migliorare le condizioni di vita** di una popolazione.

Help for Life aiuta le comunità più svantaggiate attraverso **un approccio integrato e percorsi di sviluppo socio-sanitario paralleli**. Promuove la cultura della crescita non solo in termini di benessere fisico, ma anche di alfabetizzazione, formazione professionale e accesso alla sanità attraverso il lavoro

Firma il modello della destinazione del 5 per mille a nostro favore
Inserisci il codice fiscale della nostra Fondazione **04182610289**

CHARITY:

AVITA ha la finalità di aiutare la popolazione dell'Africa occidentale presso l'Ospedale di Afagnan e Tanguietà, in Togo e in Benin, con interventi di urologia, pediatria, traumatologia, chirurgia plastica, per la correzione delle deformità nei bambini, nella lotta all'osteomielite e alle malattie infettive.



AVITA oltre alla fornitura di attrezzature medico diagnostiche, grazie all'impegno di medici e infermieri che prestano gratuitamente la loro opera, forma il personale del luogo e finanzia direttamente gli interventi alle persone bisognose.

Aiutateci a sostenere le attività di **AVITA**

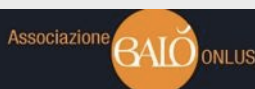
C'è un modo di contribuire alle attività di AVITA che non costa nulla: devolvere il 5 per mille della tua dichiarazione dei redditi



Compila la scheda CUD, il modello 730 o il modello Unico; firma nel riquadro appositamente creato per la destinazione del 5XMIlle indicando nel riquadro il codice fiscale di AVITA:

97316060587

Collaboratori di Avita sono i soci AICPE Claudio Bernardi, Marco Stabile e Costantino Davide

CHARITY:

L'associazione Balò Onlus lavora per dare **un futuro migliore** ai bambini svantaggiati dell'India

**Il tuo 5 per mille a Balò:
scrivi il codice fiscale di Balò
90056320402**

**Collaboratrice di Casabalò: La Socia
AICPE Paola Emiliozzi**

Lavoriamo fianco a fianco con **personale indiano** che si è formato in questi anni e si dedica ai progetti di Balò con impegno e serietà. **Progetti che cercano di sradicare una povertà profonda** da questa baraccopoli vicino a Calcutta fornendo accesso alla scuola, ai servizi medici e cibo nutriente ai bambini e alle loro famiglie.

Perché crediamo che ogni bambino che nasce abbia diritto ad avere una possibilità, così come l'abbiamo avuta noi. Il fatto che voi siate così tanti ed abbiate deciso di essere con noi tendendo una mano a chi è meno fortunato ci dà **forza e fiducia di continuare nel nostro lavoro.**

Ogni vostro **piccolo gesto** può fare un'enorme **differenza per la vita di un bambino.**

Vuoi diventare amico di Balò? Puoi farlo con 10 euro l'anno!

ASSOCIAZIONE BALÒ ONLUS
Via Filippo Re, 97 Cesena (FC)
C/C 5659/1

Cassa di Risparmio di Cesena ag. 4
Cod. IBAN_ IT64G0612023934000000005659 deducibile dal reddito imponibile

Chirurgia estetica.

Il documento del Comitato nazionale di bioetica

È stato reso pubblico [il parere del Cnb](#) in materia di chirurgia estetica e ricostruttiva. Nella prima parte vengono esaminati i limiti e la legittimità di richieste di interventi estetici considerando molteplici fattori. Nella seconda parte si affrontano i problemi bioetici nella chirurgia estetica

05 LUG - Sedici pagine divise in due parti che affrontano sia sotto l'aspetto della legittimità sia sotto il profilo della bioetica la chirurgia estetica e ricostruttiva. È il parere del Comitato nazionale di bioetica, coordinato e redatto da Lorenzo d'Avack, Laura Palazzani e Giancarlo Umani Ronchi, approvato il 21 giugno scorso e reso noto oggi. Il parere come detto è diviso in due parti, nella prima il Cnb riflette sui "limiti della legittimità di richieste di chirurgia estetica – in continuo aumento – in specie nel rapporto che intercorre tra il paziente e il medico, nel contesto della discussione sui molteplici fattori etici, sociali e culturali che influiscono sulla mutazione di atteggiamento nei confronti del corpo e di una dilatazione del concetto di salute in senso soggettivo".

Nella seconda parte invece si affrontano "i problemi bioetici emergenti nella chirurgia ricostruttiva, ossia quella parte della chirurgia che corregge malformazioni congenite o causate da traumi demolitivi con l'obiettivo primario di restituire la funzione e migliorare l'immagine di pazienti gravemente menomati, con particolare riferimento ai trapianti più invasivi (es. arti e viso). Si tratta di un settore in continua espansione e sviluppo".

Nella prima parte il Comitato ritenendo che si tratti di un intervento "non strettamente terapeutico" richiama "i criteri deontologici che regolano la prassi medica, a volte trascurati" sottolineando la "inaccettabilità di interventi sproporzionati, in quanto eccessivamente invasivi o inutilmente rischiosi e inadeguati rispetto ai possibili benefici richiesti dal paziente ovvero che si traducono in una sorta di 'accanimento estetico' o in mero sfruttamento del corpo".

Chiede quindi il Cnb di "bilanciare rischi e benefici" considerando anche le condizioni "psico-fisiche del paziente, con riferimento anche alla percezione che il

paziente ha del proprio corpo e dei risultati che si attende dall'intervento". Mentre per quanto riguarda gli interventi sui minori e incapaci il parere del Comitato "ritiene che vi debbano essere limiti alla liceità, a meno che tali interventi non rispondano al loro esclusivo interesse oggettivo sotto il profilo della salute, tenuto in particolare conto dell'età adolescenziale. Va anche garantita una protezione dei minori vietando forme di pubblicità e di servizi televisivi che provochino il rifiuto della propria immagine".

Non è comunque da considerarsi lecita "la chirurgia estetica su bambini o adulti incapaci con sindrome di Down, finalizzata alla conformazione a canoni sociali di 'normalità', specie se presenta un carattere invasivo e doloroso, considerato anche che con questi interventi difficilmente si realizza un beneficio per la persona con sindrome di Down e sia frequente la possibilità di accentuare, anziché diminuire, il suo disagio personale".

La seconda parte del documento, relativa ai problemi bioetici emergenti nella chirurgia ricostruttiva "ossia quella parte della chirurgia che corregge malformazioni congenite o causate da traumi demolitivi" che ha come obiettivo il miglioramento dell'immagine dei pazienti gravemente menomati.

Sebbene non indispensabili tali interventi sono riconosciuti "eticamente giustificabili" sempre però considerando la "valutazione dei rischi e dei benefici, rapportabili ad una considerazione generale del miglioramento della qualità della vita del paziente". Il Comitato dunque ritiene necessaria una "adeguata consulenza anticipata rispetto all'intervento e prolungata nel tempo (anche allargata alla famiglia)", per far conoscere i rischi e i benefici oltre ad un "costante monitoraggio psicologico" del paziente. Il consenso informato deve quindi avvalersi delle "nuove tecnologie informatiche" e deve far riferimento ai "registri nazionali e internazionali dove siano stati pubblicati gli studi più recenti nel settore".

Infine è auspicabile, da parte del Cnb, "campagne di sensibilizzazione per la donazione degli organi esterni e dei tessuti, così come in genere avviene per la donazione di quelli interni". Oltre alla possibilità "di una integrazione normativa che preveda il consenso o dissenso 'parziale' alla donazione degli organi esterni".



RIFLESSIONI SUL COMUNICATO DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

by Mario Pelle Ceravolo

Il 5 Luglio il Comitato Nazionale per la Bioetica pubblica un rapporto dal titolo "Aspetti bioetici della chirurgia estetica e ricostruttiva".

Ci riempie di gioia vedere che anche una figura "istituzionale", finalmente, si occupa della chirurgia estetica, branca fino a qualche anno fa ignorata, quando non messa al bando, dai medici "veri".

E, udite, udite ciò che il pamphlet dice non è neanche critico più di tanto nei nostri confronti!

"E' auspicabile un maggior rigore nella formazione e professionalità del chirurgo estetico"

"Si rileva il moltiplicarsi sul web di interventi di chirurgia estetica in grado di suscitare attese palesemente irrealizzabili"

"L'Organizzazione Mondiale di Sanità ha definito la salute come completo benessere fisico, psichico e sociale. In tale prospettiva l'intervento chirurgico estetico rientrerebbe nei trattamenti terapeutici (omissis).... in quanto la "salute estetica" rappresenta un bene non solo da preservare e reintegrare ma anche un elemento fondante l'identità dell'individuo, in funzione dei propri desideri soggettivi e delle relazioni sociali"

"Il medico deve rispettare criteri di proporzionalità ed accuratezza

(accertamento delle condizioni fisiche e psichiche del paziente, informative esaustive, consenso informato, valutazione rischi/benefici)"

"Il medico deve avere sensibilità e preparazione psicologica per capire se e quando è indispensabile un intervento"

"Preoccupa il fatto che in Italia la persone che lavorano nel business del "ritocco" (come i truccatori o le parrucchiere n.d.r.)

si calcolano in numero ben maggiore degli iscritti alla società, con il possibile rischio di molti professionisti improvvisati".

E' interessante notare che la maggior parte dei concetti sovresposti erano stati appena trasmessi al pubblico dall'AICPE sotto forma di un decalogo di consigli per aiutare i pazienti a scegliere un chirurgo estetico. E quindi: l'importanza della preparazione del chirurgo, la necessità di un'informazione accurata, la pericolosità di usare "la magica rete" come Bibbia per la scelta del chirurgo, la opportunità di rivolgersi a specialisti del settore reperibili negli elenchi delle società ufficiali etc.

Diciamo la verità, le frasi che abbiamo riportato dal comunicato non peccano di ingegnosa creatività, come, peraltro, neanche il nostro decalogo. Quest'ultimo però era indirizzato ai poveri pazienti, mentre il pamphlet si rivolge ad una nomenclatura scientifica.

Indipendentemente dalla originalità dei contenuti, però, siamo contenti che il Comitato per la Bioetica sia d'accordo con le nostre considerazioni.

Purtroppo non tutto ciò che il rapporto contiene è condivisibile da chi opera seriamente nel campo della chirurgia estetica; alcuni concetti come "Il richiamo ad evitare un'accondiscendente esecuzione delle richieste avanzate dagli individui" oppure "l'interesse economico diretto od indiretto del professionista non è controbalanciato da un bisogno oggettivo di tutela della salute del paziente/cliente" (altra bieca definizione che si poteva evitare n.d.r.) ed altri mostrano come esistano ancora delle resistenze nei confronti di chi esercita questa branca.

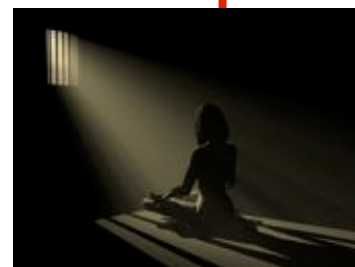
D'altra parte anche noi chirurghi plastici che crediamo nell'importanza della serietà e dell'onestà nel nostro lavoro dobbiamo ammettere che non facciamo molto per propagandare i nostri principi di etica e di professionalità. Purtroppo il nostro buon nome è, quotidianamente, non solo minacciato ma anche contaminato ed avvilito da chi opera con criteri che di serio hanno ben poco. Forse dovremmo fare un po' di "mea culpa" perché per una o l'altra ragione non siamo riusciti finora ad evitare eventi come: pubblicità ingannevoli, shows televisivi inappropriati, commercializzazioni mediatiche avviliti etc. Molti di noi pensano "Ma sono gli organismi responsabili che se ne devono occupare..." La verità è, però, che se ognuno di noi collaborasse a difendere la nostra specialità da questi attacchi potremmo ottenere senz'altro risultati più brillanti. Ricordate come nella permissiva Italia, nota per il suo estremo "figliolprodighismo", il giorno dopo della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici, i non fumatori non permettevano agli altri neanche una boccata se non in terrazza?

Vi siete mai chiesto come è possibile che una legge così rigida sia stata immediatamente rispettata in un paese lasso come l'Italia? Credo che la spiegazione stia nel fatto che esisteva una metà degli italiani che erano imputati ed un'altra metà giudici.

E i giudici avevano appena avuto carta bianca nel comminare le loro pene. Noi italiani sappiamo far valere i nostri diritti soltanto quando il danno delle azioni altrui cade su di noi; se cade su quella fantomatica entità che si chiama "Stato" "Res publica" o "Italia" non ci tocca e non facciamo nulla per evitarlo. La conclusione fu che per la prima volta nella storia una legge italiana venne e viene solidamente rispettata senza importanti deterrenti.

Alla stessa stregua, i danni provocati dall'avvilimento della nostra immagine attraverso i canali mediatici ricadono su tutti noi ed hanno trasformato la nostra figura di medici specialisti in quella di biechi commercianti che si curano molto dei propri conti correnti e molto meno dei pazienti.

Quindi se vogliamo evitare di andare incontro alla la stessa fine che ha travolto la classe politica per la quale il livello di stima ha superato in profondità la fossa delle Marianne, dobbiamo fare di tutto per promuovere la serietà della nostra specialità, collaborare fra noi in senso propositivo e corporativo ed evitare quel buonismo eccessivamente permissivo che, a volte, permette che pochi individui dai comportamenti scorretti rechino danno ad una categoria intera di persone professionalmente valide ed oneste.



E lo Stato decide anche come rifarci le tette



Publicato da *Angela Anzaro*
il 11 luglio 2012.
Publicato in *Diretti*.



Il Comitato nazionale di bioetica abbandonate le spinose questioni della fecondazione assistita e del testamento biologico si butta anima e corpo, soprattutto corpo, sugli interventi di chirurgia estetica. Il Comitato più reazionario che si potesse mettere insieme che cosa poteva fare se non dire l'ennesimo nient? E infatti. Il documento che è stato presentato oggi e che verrà votato la prossima settimana dice basta "agli interventi invasivi" e chiede ai medici di "non dire sempre sì alle pazienti".

Molti di voi sicuramente stanno pensando che si tratta di un documento positivo, giusto, da condividere. Ma a tutti coloro che sono convinti della bontà di questa posizione vorrei far notare come il Comitato nazionale di bioetica, a prevalenza di cattolici integralisti, dica le stesse cose anche per questioni che non vi trovano molto probabilmente d'accordo come l'interruzione di gravidanza o la scelta o meno di staccare la spina quando una persona è in coma. Sono due cose diverse? Sicuri?

Se ci pensate il meccanismo è sempre lo stesso. Lo Stato, o chi per lui, non si pone come tutore della libera scelta e quindi di una corretta informazione e di un buon servizio sanitario, ma come semaforo etico della vita dei cittadini. Si pone cioè come Stato etico. Anche in questo caso l'atteggiamento è lo stesso: dire ciò che è bene e ciò che è male rispetto ai modelli di bellezza. Stabilire un indirizzo a cui le persone dovrebbero attenersi.

Resta solo da sperare una cosa: che il documento non diventi anche legge. Qualcuno ci aveva già pensato. Destra e sinistra uniti quando si tratta di essere proibizionisti. Visti i tempi che corrono non sarebbe così strano. Ma tocca a noi non cadere nella trappola. I dubbi, legittimi, sulla chirurgia estetica non diventino voglia di censura anche da parte da nostra.



REINCARNAZIONI



Autoritratto

Paul Mayer
MOMA New York



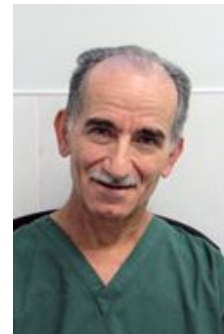
Dr. Mauricio De Maio

San Paolo (Brasile)



Autoritratto

Antonio Ligabue
Museo Guggenheim Bilbao



Dr. Pietro Bellinvia
Milano

L'angolo del buon umore



Corsi, congressi, meetings & co.

61° CONGRESSO NAZIONALE SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Presidente Francesco Conte
PALERMO 24-27 SETTEMBRE 2012
Centro Congressi Zagarella Santa Flavia - Palermo



CLINICA LASER

2° CORSO TEORICO PRATICO LASER E HI-TECH IN MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA

Topics Laser e Hi-tech

DALLA FISICA ALLA PRATICA

VASCOLARE E FOTOEPILAZIONE

ANTIAGING, MACCHIE E TATUAGGI

NOVITÀ TECNOLOGICHE NELL'ESTETICA Medica e Chirurgica

In collaborazione con **hi.tech**

Informazioni Generali

Scadenza iscrizione: 15/10/2012
Scadenza versamento: 15/10/2012
Scadenza ritiro materiale: 15/10/2012

29-30 NOV. / 1 DIC. 2012
24-26 GENNAIO 2013
7-8 FEBBRAIO 2013
23-25 MAGGIO 2013

Scuola Congressuale Clinica Laser Firenze
Via dei Medici 10 - 50139 Firenze
Kub. Dedicato: Via Rossetti 10 - 50139 Firenze

Referente Scientifico: Dr. Alvaro Pacifici
Presidente ECM e Segreteria Organizzativa
CNC (Soc. Med. Chir. Estet.) 055/261111
tel. 055/261111 - fax 055/261112
email: info@clinicalaser.it
www.clinicalaser.it

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY
ISAPS 2012 ISAPS 21st CONGRESS Geneva September 4-8, 2012



Welcome from the President

I invite you to join us in Geneva, Switzerland for the 21st Biennial Congress of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS).

ISAPS now includes over 2,500 members in 60 countries. Our Congress is open to all qualified plastic surgeons with an interest in aesthetic surgery. Because Geneva is so easily accessible from many surrounding countries in Europe, we anticipate very good attendance by plastic surgeons, nurses, aestheticians, office staff, and accompanying guests and families.

The Centre International de Conférences Genève (CICG) in central Geneva will be our very comfortable and intimate home for this glorious first week in September. Our local staff will help you to organize short, optional tours to surrounding mountains and of course around beautiful Lake Geneva. Our 2012 Program Committee under the direction of Dr. Alain Fogli of France is already at work on the planning to include new and important information, and our social program organized by our local Geneva host, Dr. Kai Schladatoff, will ensure that you and your family will enjoy your time in Switzerland.

Please join us on the shores of Lake Geneva in September of 2012.

Jan G. Poell, MD
President

La Tossina Botulinica in Medicina Estetica
Sabato 10 novembre 2012
Clinica CITIGLIANDINI www.citigliandini.it
Via F. Petrosi c. 5 - Padova Tel. 049.891.18.49 Fax 049.998.51.85
Direttore del Corso: Dott. Guido Dalla Costa
11,5 Crediti ECM - Puntale s. 8/1 - Sistema Congressi
Con il patrocinio di **AICPE**

Descrizione ed obiettivi del corso

Il corso teorico-pratico dal titolo "La Tossina Botulinica in Medicina Estetica" rientra nell'ambito dei cicli annuali di aggiornamento scientifico del "Laboratorio di Esperienze in Medicina e Chirurgia Estetica" e si propone di fornire i Medici Chirurghi che si dedicano alla medicina estetica informazioni sulla tossina botulinica secondo le conoscenze più aggiornate sui prodotti disponibili in commercio e sul loro corretto utilizzo.

Saranno affrontate le tematiche relative all'anamnesi clinica del viso, alla biocinetica ed alla farmacocinetica della tossina botulinica, alle modalità da seguire per la sua preparazione ed utilizzo, alla corretta gestione del paziente con riferimento all'informazione, all'analisi clinica dei difetti da correggere, alle precauzioni per evitare le complicanze.

Parteciperanno con relazioni scientifiche e con l'esecuzione dei trattamenti, da seguire con modalità interattiva grazie al collegamento audio video con le sale operatorie, i massimi esperti nazionali in questo specifico settore, stimolando una discussione continua ed informale su ogni aspetto teorico e pratico ancora controverso.

Le finalità didattiche

Al termine dell'evento i partecipanti saranno in grado in completa autonomia di:

- porre le corrette indicazioni all'utilizzo della tossina botulinica in medicina estetica;
- selezionare in modo appropriato i pazienti candidati al trattamento;
- conoscere i diversi prodotti presenti sul mercato e le relative caratteristiche d'utilizzo;
- implementare la qualità dei risultati ottenibili;
- conoscere le affermazioni da prestare per minimizzare le complicanze ed i metodi per risolverle.

I vantaggi per i partecipanti

- Vedere l'esame clinico del paziente in diretta
- Poter seguire le tecniche in diretta
- Interagire direttamente con il medico durante tutte le fasi del Corso
- Inquadrare tecniche correttive conservative e chirurgiche
- Capire i passaggi tecnici essenziali per la sicurezza, l'efficacia e l'affidabilità
- Partecipare interattivamente con domande ed osservazioni in ogni momento.

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



Isaps 21° Congresso
Ginevra 4-8 settembre 2012

61° Congresso Nazionale SICPRE
Palermo 24-27 settembre 2012

La Tossina Botulinica in Medicina Estetica
Clinica "Cittagiardino"
Padova 10 novembre 2012

Laser e High tech in Medicina e
Chirurgia Estetica
2° corso teorico Pratico
Clinica Laser - Perugia
29nov- 1dic 2012



PER ISCRIVERSI ALL'AICPE, ANDATE SUL SITO WWW.AICPE.ORG ED EFFETTUATE L'ISCRIZIONE ON LINE, OPPURE SCRIVETE A segreteria.aicpe@gmail.com, RICHIEDETE IL FORM D'ISCRIZIONE, COMPILATELO ED INVIATE ALLO STESSO INDIRIZZO, CORREDATO DEL VOSTRO CURRICULUM.

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

Perchè iscriversi?

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

UN NETWORK PER NOI E PER I NOSTRI PAZIENTI.

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

