

Il contenzioso in chirurgia estetica: un caso di mastoplastica additiva.

di Susanna Agostini*, Alessandro Eramo**, Alessandro Feola*, Luigi Tonino Marsella**

Il motto attuale, di questo nostro mondo industrializzato che ci “obbliga” al confronto quotidiano, attraverso i media, con stereotipi di apparente perfezione fisica può esprimersi attraverso l’emblematica frase di una vecchia fiaba che riecheggia ricordi lontani: “Specchio delle mie brame, chi è la più bella del reame?”. Oggi giorno tante donne ormai, belle giovani e di tutte le età, infatti, pur a costo di qualsiasi sacrificio, si affannano nella ricerca spasmodica della perfezione fisica. E questo sembra ormai esser divenuto l’imperativo della nostra Era, quasi fosse il *leit motiv* di una pluralità di esistenze in quel dilemma che da sempre ha attanagliato le coscienze e che, allo stato dei fatti, sembrerebbe essere stato risolto: l’apparire si è prepotentemente affermato sull’essere. Indagini a tal proposito riportano che una donna italiana su tre è scontenta del proprio aspetto ed ogni anno, oltre tre milioni di persone si sottopongono ad interventi di “chirurgia estetica”, tra questi in assoluto aumento anche gli uomini. Il concetto di chirurgia plastica però, non è certamente figlio dei nostri tempi, l’idea del bello a tutti i costi, evidentemente, si rintraccia già nei tempi antichi. Il vocabolo plastica infatti, deriva dal greco *πλαστικός*, ovvero sia modellare, dare forma. Dei primi interventi si può leggere scorgendo nei vecchi papiri egizi e nelle pagine dei testi sanscriti dell’antica India. Si racconta che già nell’ottavo secolo Giustiniano II, detto *Rhinometus* ovvero “naso mozzo”, perché quando fu destituito dal trono venne mutilato del naso per impedirgli di riconquistare lo *status* di Imperatore, si fece di tuttata risposta ricostruire il naso, tornando così al potere. Senza addentrarci troppo nella ricostruzione storica, possiamo però affermare che fino al diciannovesimo secolo, la chirurgia plastica fu quasi esclusivamente di tipo ricostruttivo e di scarso valore. E’ soltanto dopo la prima guerra mondiale che, grazie alla chirurgia plastica militare, gli scenari iniziano a cambiare: a seguito delle molteplici mutilazioni, la disciplina dovette per forza di cose maturare, in particolare nella branca maxillo facciale. Il primo corso universitario di chirurgia plastica fu tenuto nel 1924, in America, al “John Hopkins”. Ed è proprio su questo aspetto che vogliamo richiamare l’attenzione prima di addentrarci nel caso di specie. Non esiste ad oggi una specializzazione universitaria ed “ufficiale” in Chirurgia Estetica ma solo in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva che si occupa per la

* Dipartimento di Medicina Legale dell’Università degli Studi di Roma “Sapienza”.

** Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

gran parte di ricostruzioni, traumi, ustioni e della correzione di malformazioni congenite, mentre dedica solo una parte dell'attenzione alla chirurgia estetica. Se come per altre branche, non è necessario l'obbligo di possedere una specializzazione – in Italia l'unica eccezione vale per l'anestesista e il radiologo che effettua radioterapia – ne deriva che, chiunque può fregiarsi del titolo di chirurgo estetico, purchè sia laureato in Medicina e Chirurgia. Possiamo comunque affermare, senza ombra di dubbio, che la chirurgia estetica è certamente una branca della chirurgia plastica in quanto ha come fine primario quello di rimuovere o correggere difetti o malformazioni che hanno rilevanza per l'aspetto fisico ed estetico del paziente e solo occasionalmente per l'aspetto funzionale. E' noto quanto il miglioramento dell'aspetto estetico di una persona incida a livello psicologico, facendole acquisire autostima e sicurezza. In quest'ottica e ne è debita testimonianza il fatto che uno degli interventi più praticato dalle donne è quello di mastoplastica additiva, il cui numero negli anni duemila nel mondo occidentale è incrementato del 300% rispetto agli anni novanta¹, per comprendere meglio il fenomeno basti pensare che, secondo i dati dell'American Society of Plastic Surgeons, nel solo 2006, negli Stati Uniti, circa 330.000 donne si sono sottoposte a tale intervento. Questi numeri sono anche frutto del desiderio di voler raggiungere quel canone di bellezza che i media propongono di continuo. Ma affrontiamo ora il caso giunto alla nostra osservazione, attraverso il quale meglio e in modo più esaustivo, possiamo analizzare il contenzioso in chirurgia estetica. La vicenda riguarda T.M. una donna di 31 anni che, nel marzo 2002, si ricovera presso una Casa di Cura per sottoporsi a intervento di mastoplastica additiva, in quanto portatrice di ipotrofia mammaria bilaterale. Dall'esame della cartella clinica l'intervento viene descritto: « ... incisione al solco mammario destro. Confezionamento di tasca sotto il m. grande pettorale. Emostasi. Posizionamento di protesi anatomica da 245 g. previa prova. Chiusura della tasca, previo modellamento, in Vicryl 4/10, 3/0. Cute in ... 3/10 intradermica. Lo stesso procedimento viene effettuato controlateralmente. Medicazione elastocompressiva al tensoplast ... incisione volare plica del polso di destra. Asportazione di cisti sinoviale delle dimensioni di 4X5 cm. Emostasi. Cute in nylon 5/0 previa detersione al cortisone. Medicazione al tensoplast ... ». Successivamente all'asportazione dei punti di sutura, T.M. nota cicatrici molto ampie e pruriginose, dunque si reca nuovamente dal medico che l'ha operata, il quale le prescrive prima una pomata ad uso topico e poi, vista l'inefficacia del trattamento, le consiglia di sottoporsi ad un nuovo intervento per rimuovere il tessuto cicatriziale in eccesso. Si giunge così all'aprile 2004 quando si ricovera presso un Ospedale romano per revisione delle cicatrici chirurgiche, intervento effettuato dalla stessa chirurga, di cui si riporta la descrizione: « ... previa infiltrazione di anestetico locale si

¹ Sarwer D., Brown G., Evans D., *Cosmetic breast augmentation and suicide*, Am J Psychiatry 2007; 164:7,1006-1013

esegue incisione a losanga comprendente la cicatrice cheloidea a livello del solco sottomammario di destra che viene asportata. Emostasi e plastica a lembi di scorrimento in Nylon 4/0. Medicazione. La stessa procedura si esegue per la cicatrice a livello del solco sottomammario di sinistra ... ». Successivamente, la paziente, non soddisfatta dell'esito raggiunto, si sottopone a visita da altro medico, specialista in dermatologia che oltre alla prescrizione di gel di silicone da applicare alle cicatrici per ammorbidirle, ridurne il colore ed il prurito, pratica anche laserterapia per migliorarne l'aspetto. La paziente inizia quindi un procedimento civile nei confronti del medico e richiede il risarcimento dei danni subiti e subendi a causa dell'intervento estetico subito. In sede di consulenza tecnica d'ufficio all'obiettività si riscontra: « ... a carico delle mammelle, bilateralmente in corrispondenza della porzione superiore del solco sottomammario, due esiti cicatriziali, ad andamento trasversale, quella di destra di cm 7 circa, quella di sinistra di cm 6 circa, ipercromiche e cheloidee. Si rileva inoltre lieve asimmetria delle mammelle con quella di sinistra, proiettata in alto di circa cm 0,5 rispetto alla controlaterale, che risulta leggermente più grande e spostata verso l'esterno ... ». Prima di entrare nel vivo della questione, ci preme ricordare, molto velocemente, alcune note cliniche relativamente alla mastoplastica additiva e agli esiti cicatriziali. L'intervento di mastoplastica additiva è uno degli interventi più richiesti, le motivazioni che spingono le donne a sottoporsi a tale intervento sono molteplici: ipoplasie mammarie, desiderio di aumentare la grandezza del seno *et cetera*. Qualunque sia la motivazione, questa è legata direttamente all'aspetto che la donna ha del proprio seno, dunque, all'immagine di se stessa. L'obiettivo della mastoplastica additiva è donare plasticità e volume al seno, attraverso l'inserimento di una protesi mammaria. Tale protesi può essere costituita da diversi materiali: vi sono protesi in gel di silicone, protesi con soluzione salina; protesi di silicone rivestite di poliuretano e protesi regolabili. Il tipo di protesi più usato in Europa è quello in gel di silicone, che dà i migliori risultati estetici regalando al seno una forma e una sensazione "naturali"², è più duraturo e si correla meno a complicanze*. Per quel che concerne la

² Lam T., Brennan M., French J., Cosmetic and reconstructive breast surgery, Aust Fam Physician. 2006 Jun;35(6):423-8

* Le protesi in gel di silicone furono introdotte nel 1964 da Cronin e Gerow, all'inizio erano di forma a goccia, più anatomica, con un rinforzo posteriore in Dacron, che però fu quasi subito eliminato. Dal 1974, la progettazione delle protesi ebbe un'evoluzione e se ne possono individuare tre "generazioni", significativamente differenti. La prima generazione, prodotta dal 1974 al 1978 ed era caratterizzata da gusci esterni spessi e da gel viscoso, ma erano gravate da un alto tasso di contrattura capsulare. La seconda generazione (1979 - 1987) fu realizzata con gusci molto sottili ed un gel più fluido, dalla consistenza più naturale, tuttavia la percentuale di rotture precoci (5-7 anni dall'impianto) era molto alta. La terza generazione, prodotta ancora oggi, ha visto l'introduzione dei gusci multistrato con rivestimento antitrasudazione del gel e l'aggiunta di gel coesivi di riempimento, questi ultimi mantengono la forma e non fuoriescono dal guscio neanche in caso di rottura. Le protesi con soluzione salina sono costituite da un involucro di silicone riempito con una

tecnica chirurgica in sede di visita il chirurgo dovrà decidere insieme alla paziente il tipo di protesi più adatta, la sede dell'incisione e la sede della tasca, dove viene posizionata la protesi. L' incisione può essere localizzata nella piega sottomammaria, come nel nostro caso oppure in sede periareolare o ascellare. Le protesi vanno inserite in una tasca appropriata, la cui scelta di allestimento dipende oltre che dall'operatore, da alcuni fattori determinanti insiti nella paziente: alcuni chirurghi la confezionano in sede retro mammaria e dunque sopra al muscolo grande pettorale^{*}; altri in sede retro muscolare quindi dietro al grande pettorale^{**}; altri coniugano le due precedenti confezionando la tasca in sede parzialmente retromuscolare^{***3}. Il chirurgo nell'intervento dovrà prestare particolare attenzione a non ledere i dotti galattofori, per consentire alla ghiandola mammaria di mantenere la sua funzione fisiologica, consentendo alla donna di poter allattare, e quindi cauterizzare i piccoli vasi per evitare la formazione di edemi e lividi nell'immediato post-operatorio⁴. Una volta inserite le protesi se ne deve verificare la simmetria e il corretto posizionamento rispetto ai capezzoli e alla linea mediana. Successivamente si effettua la sutura che è fondamentale ai fini della corretta resa estetica dell'intervento infatti, se la porzione cutanea superficiale subisse una eccessiva trazione, si avrebbe un processo di cicatrizzazione difficoltoso ed esuberante. Al termine dell'intervento viene applicato un bendaggio compressivo del seno per evitare la formazione dell'edema che normalmente si forma in seguito a una manipolazione chirurgica⁵. Le complicanze che possono genericamente verificarsi in seguito all'intervento sono: la formazione di un ematoma,

soluzione salina sterile. Il vantaggio di tali protesi è rappresentato dal maggior riassorbimento del contenuto in caso di rottura di protesi, mentre lo svantaggio nella consistenza meno naturale del risultato. Esistono poi anche protesi a base di tessuto, costituite da cellule dal paziente e poi combinate con un particolare materiale di impalcatura. Il vantaggio di questo metodo è che non c'è alcun rischio di perdita o di rottura e la dimensione può rimanere stabile per tutta la vita, diversamente dalle protesi al silicone o con soluzione salina che di solito si riducono nel tempo.

* questa tecnica consente di avere un miglior controllo sulla forma della mammella, assenza di variazioni di forma nella contrazione del muscolo pettorale e un decorso postoperatorio più breve.

** questa tecnica consente una migliore esecuzione delle mammografie ed è associata con una minore incidenza di contrattura capsulare, però si osservano variazioni di forma della mammella durante le contrazioni del grande pettorale ed il decorso postoperatorio più lungo.

*** questa tecnica viene anche detta *Tecnica dual-plane*: se si usa questa tecnica la protesi viene posizionata parzialmente retro muscolare, per cui la protesi si viene a trovare per circa due terzi dietro al grande pettorale e per il terzo inferiore sotto alla ghiandola mammaria.

³ Scuderi N., Rubino C., *Chirurgia Plastica*, 3a edizione, Piccin - Nuova Libreria, Padova 2004

⁴ Scuderi N., Rubino C., *Chirurgia Plastica*, 3a edizione, Piccin - Nuova Libreria, Padova 2004

⁵ *Idem*

l'infezione, una perdita di sensibilità della regione areola-capezzolo, il dolore, la rottura, lo svuotamento e lo sgonfiamento della protesi, la contrattura capsulare, la dislocazione, le cicatrici e le asimmetrie. La formazione di un ematoma ha un'incidenza del 3% circa, il suo trattamento prevede l'evacuazione chirurgica con emostasi accurata e riposizionamento della protesi⁶. Le complicanze infettive si presentano nel 2% dei casi, e vanno trattate con terapia antibiotica mirata, ed è indicato rimuovere la protesi, sconsigliando il riposizionamento immediato di un'altra⁷. La perdita di sensibilità del complesso areola-capezzolo è un'eventualità poco frequente, consegue alla lesione dei rami nervosi che innervano l'areola – capezzolo e generalmente è transitoria e autolimitantesi. Una complicanza molto importante e che può causare alla donna un *discomfort* e dolore è la contrattura capsulare, questa si verifica nel 5,3% dei casi⁸ e rappresenta la risposta dell'organismo al corpo estraneo, con la formazione di una capsula fibrosa periprotetica⁹. A livello di risultato estetico gli elementi che hanno un maggiore impatto sono le cicatrici, l'eventuale asimmetria e la dislocazione. Per dislocazione si intende lo spostamento della protesi dovuto alla contrazione del muscolo grande pettorale, questa complicanza si verifica più frequentemente quando si confeziona una tasca retro muscolare. Per quanto concerne le asimmetrie invece, già nell'anatomia normale della donna esiste la possibilità di avere una più o meno accentuata asimmetria, che nel caso di mammelle di piccole dimensioni, può passare inosservata, mentre con aggiunta di protesi viene esaltata, in tal caso, saranno necessari particolari accorgimenti per ottenere una simmetria oppure possono esserci asimmetrie non fisiologiche, dovute al posizionamento errato della protesi rispetto alla controlaterale¹⁰. Riguardo le cicatrici che esitano dall'intervento di mastoplastica additiva rappresentano il tessuto che si forma per riparare la lesione, che interrompe la continuità della cute; sono dovute alla proliferazione del derma e dell'epidermide. Di norma una cicatrice si presenta liscia, di colore più chiaro rispetto alla cute circostante, priva di peli, di sbocchi ghiandolari e di solchi cutanei, d'aspetto può apparire piana, rilevata o infossata e la sua forma ricalca il processo patologico causale. Nel loro decorso possono presentare alterazioni, per aumento o deficit del processo di cicatrizzazione¹¹. Nel caso *de quo* il periodo successivo al primo

⁶ Iorio M., Navissano M., Rocchietti G., Sansovito D., Bocchiotti M.A., *Chirurgia Plastica e Medicina Legale: responsabilità professionale*, Edizioni Minerva Medica, Torino 2004

⁷ Idem

⁸ Hedèn P, Bronz G, Elberg JJ, Deraemaeker R, Murphy DK, Slicton A, Brenner RJ, Svarvar C, van Tetering J, van der Weij LP., Long-term safety and effectiveness of style 410 highly cohesive silicone breast implants. *Aesthetic Plast. Surg* 2009 May;33(3):430-6; discussion 437-8. Epub 2009 May 13.

⁹ Nota 3

¹⁰ idem

¹¹ Quest'ultimo secondo la definizione del Donati rappresenta il processo naturale di riparazione dei tessuti lesionati, grazie alla congestione dei vasi della zona interessata che

intervento è caratterizzato dalla formazione di cheloidi**, forme di tessuto di riparazione esuberante che segue normalmente una ferita cutanea in individui predisposti. La diagnosi dei cheloidi è clinica e vanno in diagnosi differenziale con le cicatrici ipertrofiche da cui si distinguono per il fatto che i cheloidi si sviluppano sempre oltre i confini della cicatrice da cui derivano. Nel caso si vengano a formare, i cheloidi possono essere migliorati sia mediante trattamenti medici che chirurgici. Tuttavia prima di ricorrere a un intervento di revisione della cicatrice è necessario attendere circa un anno dall'evento che ne ha determinato l'origine, durante tale periodo infatti, le cicatrici vanno incontro a numerose trasformazioni che le rendono molto evidenti soprattutto nei primi 3 mesi, fino a maturare e arrivare ad una conformazione definitiva. I trattamenti medici dei cheloidi possono essere diversi: massaggio ripetuto più volte al giorno, compressione continua, occlusione con fogli di gel di silicone o pomata con gel di silicone, iniezione di cortisonici, dermoabrasione, trattamenti laser, trattamenti con basse dosi di radiazioni⁹. Se si registra il fallimento della terapia medica si può tentare una terapia chirurgica che consiste, per il cheloide, nell'escissione intralesionale della formazione, ossia senza la sua completa asportazione*. L'aspetto fondamentale della vicenda *de qua* - al di là delle considerazioni che posso essere fatte, nel caso concreto esaminato, sull'operato del medico che ha avuto in cura T.M. - in realtà offre lo spunto per procedere in ordine ad una valutazione più generale ed ampia, ovverosia in merito alle opportune riflessioni in ambito degli interventi eseguiti a fini meramente estetici. In via preliminare, occorre sottolineare come appaia a questo punto superfluo indugiare nel richiamare le considerazioni, oramai pacifiche, in ordine alla liceità dell'atto medico *ex art. 5 c.c.* sugli atti di disposizione del proprio corpo. E ciò non tanto perché il concetto possa definirsi superato, ma poiché, sicuramente, l'entrata in vigore della Carta Costituzionale ha dato una più ampia concezione alla nozione di salute, diritto riconosciuto e garantito dall'art. 32 della Costituzione. L'elaborazione dottrinale di tal sorta che ne è discesa è scaturita appunto da una visione più "generale" di salute, la quale implica non solo semplicemente un benessere fisico ma comporta anche quello psichico. In questa più moderna delineazione del concetto di salute, si inseriscono quegli

incrementa l'apporto di fibrina e di sostanze nutritive per le cellule coinvolte.

** Istologicamente i cheloidi sono neoformazioni di vortici di tessuto fibroso giovane e fibroblasti disposti casualmente con spesse bande di collagene eosinofilo e assenza di cellule, tali neoformazioni appaiono spesse e arrossate, sintomatologicamente invece sono pruriginose e dolenti, anche se il più delle volte sono asintomatiche. In Fitzpatrick T.B., Johnson R.A., Wolff K., Polano M.K., Suurmond D., *Atlante di Dermatologia Clinica*, III edizione, Mc Graw Hill, Milano 1997

⁹ Iorio M., Navissano M., Massimelli M., *La cicatrice chirurgica: verità cliniche e problemi medico legali*, Edizioni Minerva Medica, Torino 2006

* Seguendo tale tecnica è stato visto che la probabilità, comunque sempre alta, che si riformi un cheloide delle stesse dimensioni si riduce.

atti medici – ivi compresi quelli estetici – rivolti a conseguire maggior fiducia in se stessi così come enunciato dalla Corte di Cassazione: « ... E' opportuno ribadire che la funzione tipica dell'arte medica, individuata nella cura del paziente, al fine di vincere la malattia, ovvero di ridurne gli effetti pregiudizievoli o, quantomeno, di lenire le sofferenze che produce, salvaguardando e tutelando la vita, non esclude, infatti, la legittimità della chirurgia estetica, che a prescindere dalle turbe psicologiche che potrebbero derivare da una dilatata considerazione degli aspetti sgradevoli del proprio corpo tende a migliorarne esclusivamente l'estetica ... »¹². Ma se appare ormai superato lo scoglio della legittimazione della chirurgia estetica, attraverso una più ampia accezione di integrità fisica, ancora rimangono animate, tutte le annose questioni – sia dottrinarie che giurisprudenziali – in merito alla natura *sub specie juris* della chirurgia plastica estetica. Trattasi di semplice trattamento chirurgico terapeutico o la sua natura è meramente voluttuaria? Le obbligazioni del chirurgo estetico, sono state inquadrare sempre nell'ambito di un obbligo di risultato, ovvero nel conseguimento di quel miglioramento prospettato al paziente. Nessuna responsabilità può essere addossata al medico che non ha “guarito”, a meno che a seguito dell'operato non vi sia stata una conseguenza dannosa derivata dal mancato rispetto delle *leges artis* della sua professione. Diversamente nel caso della chirurgia estetica, ove il medico si assume l'obbligazione di raggiungere un risultato che non potrà essere consolidato semplicemente in virtù di un comportamento, ma nell'obbligazione stessa del risultato. Tant'è che, proprio in virtù di quanto appena esplicitato, sarà il sanitario a dover dimostrare che il mancato conseguimento del risultato non è dovuto alla sua condotta. **E' evidente come il rapporto che si instaura tra chirurgo estetico e paziente assume connotati diversi rispetto a quelli con il chirurgo generale, proprio in virtù del tipo di prestazione che gli si richiede. Infatti tra le parti, sorgerà quell'accordo da entrambi non solo pattuito ma altresì voluto che si concretizzerà nell'obbligazione di risultato stessa. Fondamentale, pertanto, a tal riguardo, l'informazione ovverosia il consenso informato che rappresenta, in questo ambito più che in altri, requisito assoluto ed imprescindibile per la validità del contratto stesso. Che il dovere dell'informazione sia per il medico di valenza fondamentale, è ormai giurisprudenza acclarata, ma quanto questo incide su una prestazione estetica? L'informazione che viene data deve essere non solo completa, ma personalizzata in funzione dell'attività chirurgica estetica che si deve intraprendere ed ai risultati che si possono ottenere. Ed è proprio sull'adeguata informazione che si basa tutto il costrutto dell'adempimento

¹² Sentenza del 25.11.1994 n. 10014 in Il Foro Italiano 1995,I, 2913

** Art. 1218 c.c. Responsabilità del debitore

« Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile ».

contrattuale. Infatti le molteplici sentenze al riguardo, evidenziano che il mancato raggiungimento del risultato promesso è espressione dell'inadempimento all'obbligo di una corretta informazione. Se la nostra paziente fosse venuta preliminarmente a conoscenza a seguito di adeguata ed esaustiva informazione, che l'intervento potesse comportare un esito infausto sotto l'aspetto estetico, si sarebbe comunque sottoposta all'intervento? E in caso affermativo, siamo certi che avrebbe incardinato una causa per risarcimento danni nei confronti del sanitario? Ed è proprio in tema di mancato adempimento dell'obbligo di informazione, che la Suprema Corte ben motiva: « ... sebbene il medico non sia tenuto a garantire il risultato, costui deve rispettare esattamente i termini della prestazione promessa connotata dall'assenza di tutti i rischi, che, per non essere stati comunicati restano a carico del medico ... »¹³. Ma tornando al caso di specie il mancato raggiungimento del risultato, estrinsecatosi nell'asimmetria delle mammelle, implica un passaggio che non è direttamente correlato al tipo di informazione data alla paziente, bensì alle modalità di svolgimento della prestazione. Nulla si dovrà addebitare al sanitario, nella sua prestazione d'opera intellettuale, per quanto concerne gli esiti cicatriziali cheloidei che, come abbiamo precedentemente affermato, dipendono in larga parte dal modo in cui la cute di un soggetto tende a guarire e in minor misura, dal tipo di evento che le ha determinate nonché dalle precauzioni adottate durante la fase di guarigione. Ben altre sono le argomentazioni che riguardano l'asimmetria della mammella. A tal proposito non nuoce ricordare che l'attività del sanitario si deve identificare con le regole di condotta della scienza medica ovvero con le sue *regulae artis*. Per tale ragione egli è tenuto a confrontarsi *in primis* con le proprie competenze e con il "dovere" di astenersi da qualsivoglia attività che oltrepassi le sue conoscenze. Ed è proprio per tale principio che la Suprema Corte individua la responsabilità del sanitario per colpa lieve ai sensi dell'art. 1176 c.c.* quando: « ... di fronte ad un caso ordinario, non abbia osservato, per inadeguatezza od incompletezza della preparazione professionale, ovvero per omissione della media diligenza, quelle regole precise che siano acquisite, per comune consenso e consolidata sperimentazione, alla scienza ed alla pratica, e, quindi, costituiscano il necessario corredo del professionista che si dedichi ad un determinato settore della medicina ... »¹⁴. Come precedentemente asserito infatti,

¹³ Baldassarri A., Baldassarri S., *La Responsabilità Civile del Professionista*, II tomo, Giuffrè Editore, Milano 2006.

*** Art. 1176 Diligenza nell'adempimento**

Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

¹⁴ Sezione III Civile-22 febbraio 1988- N. 1847 in Fiori A., Bottone E., D'Alessandro E., *Quarant'anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica*, Giuffrè Editore, Milano 2000.

l'inadempimento del sanitario alla propria obbligazione, non può certamente esser desunto *ipso facto* attraverso il mancato raggiungimento del risultato, ma andrà valutato sulla scorta dei doveri di diligenza non più relegati al vecchio concetto del buon padre di famiglia bensì ai nuovi parametri fissati dall'art. 1176 comma secondo c.c. e comparati alla natura dell'attività esercitata¹⁵. In definitiva, per quanto concerne il caso di specie, il chirurgo estetico non era in possesso di specifica specializzazione che, pur non togliendo valore alla validità della sua attività, non dimostra però la sua specifica competenza. Ma sorvolando sulla specifica competenza che, venendo a mancare avrebbe dovuto imporre al sanitario di astenersi dall'effettuare tale intervento, non si può invece, non evidenziare che l'intervento chirurgico di mastoplastica additiva è ai giorni nostri considerato un intervento *routinario* ovvero non implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà e quindi parafrasando l'articolo 2236 del c.c. il prestatore d'opera, risponde anche per colpa lieve. Il sanitario infatti, risponderà anche per colpa lieve, come nel caso di specie, in virtù di una omessa diligenza o per una inadeguata preparazione professionale, provocando un danno, e si tende a sottolinearlo, nell'esecuzione di un intervento operatorio che non presenta particolari difficoltà. Dalla peculiare natura del trattamento suddetto, appare evidente la necessità che il professionista informi il paziente di tutti i benefici, le modalità di intervento e di tutte le eventuali altre diverse tecniche operatorie nonché di tutti i rischi connessi affinché egli possa liberamente scegliere se sottoporvisi per conseguire un eventuale miglioramento del suo aspetto fisico oppure desistere. Nel caso ciò non avvenga, come nel caso da noi trattato, risponderà sotto una duplice forma di responsabilità: contrattuale e aquiliana. In conclusione vale la pena ricordare che quello della chirurgia estetica è un tema delicato, intimamente collegato al concetto di salute come benessere psicofisico della persona, a confine tra ciò che è terapeutico e quello che invece non lo è, dunque il chirurgo estetico deve cercare di comprendere le attese del paziente, non illuderlo con promesse di miglioramenti sorprendenti e assicurarsi che il paziente che si sottopone a un intervento del genere sia effettivamente consapevole di tutte le problematiche e le evenienze legate all'intervento stesso. Non ultimo, ma a nostro avviso fondamentale, il sanitario dovrà ben analizzare, se necessario anche con l'ausilio di uno psicologo, quanto il soggetto sia indicato per un intervento di chirurgia estetica. A nostro giudizio sarebbe infatti auspicabile far affiancare il chirurgo plastico da uno psicologo nelle fasi preliminari all'intervento, cercando così di evitare di ricorrere alla chirurgia in tutti quei casi in cui il desiderio di un miglioramento estetico è legato a problematiche di mancata accettazione del proprio corpo, che sicuramente non si potranno risolvere, e che porterebbero solo ad aumentare un contenzioso già di per sé molto cospicuo.

¹⁵ Cassazione Civile Sez III 13.1.2005 N 583

Bibliografia

1. Baldassarri A., Baldassarri S., *La Responsabilità Civile del Professionista*, II tomo, Giuffrè Editore, Milano 2006
2. Fiori A., Bottone E., D'Alessandro E., *Quarant'anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica*, Giuffrè Editore, Milano 2000.
3. Fitzpatrick T.B., Johnson R.A., Wolff K., Polano M.K., Suurmond D., *Atlante di Dermatologia Clinica*, III edizione, Mc Graw Hill, Milano 1997.
4. Hedèn P, Bronz G, Elberg JJ, Deraemaecker R, Murphy DK, Slicton A, Brenner RJ, Svarvar C, van Tetering J, van der Weij LP., *Long-term safety and effectiveness of style 410 highly cohesive silicone breast implants*. *Aesthetic Plast. Surg* 2009 May;33(3):430-6; discussion 437-8. Epub 2009 May 13.
5. Iorio M., Navissano M., Massimelli M., *La cicatrice chirurgica: verità cliniche e problemi medico legali*, Edizioni Minerva Medica, Torino 2006.
6. Iorio M., Navissano M., Rocchietti G., Sansovito D., Bocchiotti M.A., *Chirurgia Plastica e Medicina Legale: responsabilità professionale*, Edizioni Minerva Medica, Torino 2004.
7. Lam T., Brennan M., French J., *Cosmetic and reconstructive breast surgery*, *Aust Fam Physician*. 2006 Jun;35(6):423-8.
8. Sarwer D., Brown G., Evans D., *Cosmetic breast augmentation and suicide*, *Am J Psychiatry* 2007; 164:7,1006-1013.
9. Scuderi N., Rubino C., *Chirurgia Plastica*, 3a edizione, Piccin - Nuova Libreria, Padova 2004

RIASSUNTO

Il caso riportato dagli autori riguarda la vicenda di una donna di 31 anni che, a causa di un'ipoplasia mammaria, decide di sottoporsi ad intervento di mastoplastica additiva, tuttavia dopo l'intervento le residuano delle cicatrici cheloidee, che la portano, a distanza di due anni a sottoporsi ad un intervento di revisione delle stesse. Il risultato di quest'ultimo intervento però è insoddisfacente poiché viene a crearsi una asimmetria delle mammelle accertata in sede di perizia medico legale. Gli autori descrivono le caratteristiche dell'intervento di mastoplastica additiva per poi individuare gli eventuali profili di responsabilità professionale nel caso specifico, inoltre vengono discusse le peculiarità della chirurgia estetica, le sue implicazioni etiche e le lacune normative riguardo la formazione di specialisti in materia.

SUMMARY

The case reported by the authors relates the story of a woman of 31 years who, because of hypoplasia of the breast, decides to undergo breast augmentation surgery, but after surgery remain scars, leading the woman, after two years, to undergo an audit of them. The result of that intervention, however, is unsatisfactory because this creates an asymmetry of the breasts found in the coroner's report. The authors describe the characteristics of breast augmentation surgery and then identify any profiles of professional responsibility in this case also discusses the peculiarities of cosmetic surgery, its ethical implications and the regulatory gaps regarding the training of specialists in this field.

Parole chiave: responsabilità professionale, mastoplastica additiva

Key Words: professional responsibility, Cosmetic Breast Augmentation