

Benessere e malattia in medicina estetica. Il superamento di una dicotomia ed il ruolo del medico

Francesco Massoni, Pasquale Ricci, Pierluigi Crusco, Lidia Ricci, Serafino Ricci*

WELL-BEING AND DISEASE IN THE FIELD OF AESTHETIC SURGERY. OVERCOMING THE DICHOTOMY AND THE ROLE OF THE PHYSICIAN

ABSTRACT: The market for aesthetic medicine is constantly growing and, except “re-constructive” surgery that responds exclusively to the need to improve the appearance, it presents a number of legal, but also strictly ethical and professional questions. The aim of the authors is, through a literature review, to discuss whether it can still be possible to deal with an idea of aesthetic medicine extraneous to the concept of disease and, therefore, to re-evaluate the position of the aesthetic surgeon with its authoritative professional dignity.

KEYWORDS: Aesthetic medicine; ethics; definition of disease; duty of care; doctor-patient relationship

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Discussione – 3. Conclusioni.

1. Introduzione

Il mercato della chirurgia estetica e dei trattamenti estetici è in continua crescita: secondo l’American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) il numero complessivo di procedure è aumentato del 197% dal 1997 raggiungendo nel 2011 negli Stati Uniti quasi 9,2 milioni di procedure chirurgiche e non¹.

Alcuni interventi per migliorare l’aspetto estetico di una persona rispondono senza dubbio ai requisiti intrinseci della medicina: è il caso della chirurgia “ricostruttiva” che interviene sul volto sfigurato della vittima di un incidente o di un paziente con grave patologia cutanea per ottenere un aspetto possibilmente “normale”². Non è raro che pazienti, ad esempio vittime di gravi ustioni, riportino in co-

* *Francesco Massoni: Medico chirurgo – Dipartimento di Scienze anatomiche, Istologiche, Medico legali e dell’Apparato Locomotore Università degli Studi “Sapienza” di Roma; Pasquale Ricci: Dottore in Giurisprudenza – Dipartimento di Scienze anatomiche, Istologiche, Medico legali e dell’Apparato Locomotore Università degli Studi “Sapienza” di Roma; Pierluigi Crusco: Avvocato; Lidia Ricci: Dottore in Giurisprudenza; Serafino Ricci: Professore di ruolo di Medicina Legale – Dipartimento di Scienze anatomiche, Istologiche, Medico legali e dell’Apparato Locomotore Università degli Studi “Sapienza” di Roma.*

¹ N. KRUEGER, S. LUEBBERDING, G. SATTLE, C.W. HANKE, M. ALEXIADES-ARMENAKAS, N. SADICK, *The history of aesthetic medicine and surgery*, in *J Drugs Dermatol.*, 7, 2013, 737.

² U. WIESING, *Ethical aspects of aesthetic medicine*, in *Hautarzt.*, 5, 2009, 409.

morbidity seri disturbi della personalità o depressione maggiore con inevitabili ripercussioni sulla qualità della vita³.

In letteratura le problematiche affrontate riguardano soprattutto la zona grigia compresa tra chirurgia ricostruttiva ed una chirurgia esclusivamente estetica⁴, laddove quest'ultima verrebbe intesa come priva di un requisito essenziale dell'*ars medica* ovvero la malattia.

In realtà la medicina estetica si pone come scopo la fusione di salute e bellezza riconoscendo nell' "abbellimento" una terapia per una "malattia" (bruttezza)⁵. Il corpo viene visto come uno strumento, un mezzo⁶, e quando la sua configurazione non corrisponde alle aspettative e alle esigenze della vita, si rende necessario l'utilizzo di aiuti per renderlo tale⁷. E i dubbi relativi ai rischi insiti nella medicina estetica rimangono sovrapponibili ad altre circostanze comuni alla medicina. Un numero elevato di interventi chirurgici e farmaceutici (come terapie antiretrovirali e antidepressive) comportano danni alla sessualità ed all'aspetto. Per quale motivo tale danno iatrogeno sessuale ed estetico non debba essere corretto con trattamenti medici aggiuntivi, come la liposuzione, che a loro volta hanno rischi per la salute. Rimane pertanto difficile distinguere completamente salute e malattia nella medicina estetica⁸.

Il problema, o meglio il rischio, è che la medicina estetica di oggi si presenti come un vero e proprio "mercanteggiare"... Sono lontani i tempi in cui il paziente sofferente si rivolgeva al proprio medico il quale veniva chiamato a mettere le sue capacità al servizio del bisogno di salute. Oggi è la stessa medicina con le sue offerte a "corteggiare" il paziente⁹.

L'obiettivo degli Autori è quello, attraverso una revisione della letteratura, di discutere se si possa ancora parlare di una medicina estetica estranea alla concezione di malattia e, quindi, rivalutare la posizione del medico estetico dotato di una sua autorevole dignità professionale.

2. Discussione

Il medico estetico è preda di una logica giurisprudenziale non uniforme che fatica ad inquadrare la sua attività in un'ottica obbligatoria di mezzi ovvero di risultato¹⁰. Nonostante tale distinzione sia stata considerata non supportabile in tema di responsabilità professionale medica, in quanto difettosa in argomenti sostanziali (Cass., SS. UU., sent. n. 577/2008; Cass., sez. III civ., sent. n. 8826/2007) ed

³ C.E. JONSSON, K. SCHÜLDT, J. LINDER, V. BJÖRNHAGEN, J. EKHOLM, *Rehabilitative, psychiatric, functional and aesthetic problems in patients treated for burn injuries—a preliminary follow-up study*, in *Acta Chir Plast.*, 1, 1997, 3.

⁴ D. NAUGLER, *Crossing the Cosmetic/Reconstructive Divide: The Instructive Situation of Breast Reduction Surgery*, in *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer*, 2009, 225.

⁵ A. EDMONDS, *Can medicine be aesthetic? Disentangling beauty and health in elective surgeries*, in *Med Anthropol Q.*, 2, 2013, 233.

⁶ F.R. FERREIRA, *Some considerations about aesthetic medicine*, in *Cien Saude Colet.*, 1, 2010, 67.

⁷ D. LE BRETON, *L'adieu au corps*, Paris, 1999.

⁸ A. EDMONDS, *op. cit.*, 233.

⁹ G. MAIO, *Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique*, in *Handchir Mikrochir Plast Chir.*, 3, 2007, 189.

¹⁰ Cfr. R. De MATTEIS, *La responsabilità medica una svolta?*, in *Danno e resp.*, 23, 2005, 45; G. ALPA, *La responsabilità medica*, in *Resp. civ. prev.*, 1999, 315; A. FIORE, *Medicina della responsabilità medica*, Milano, 1999; M. BARNI, *Diritti-doveri, responsabilità del medico - Dalla bioetica al biodiritto*, Milano, 1998; M. BILANCETTI, *La responsabilità del chirurgo estetico*, in *Riv. it. medicina legale*, 1997, 511.

inidonea in materia di prestazione d'opera intellettuale (Cass., sez. III civ., sent. n. 8826/2007; Cass., SS. UU., sent. n. 15781/2005), tuttavia è da ricordare quella giurisprudenza che ammetta un'obbligazione di risultato laddove si riconosca un dovere di informazione e di avviso (Cass. n. 947/2004). In altre parole, partendo dalla consapevolezza dell'aleatorietà del risultato del trattamento, in virtù del condizionamento da fattori estranei alla condotta medica, l'apprezzamento della diligenza professionale si concentrerebbe sulla condotta riservata dall'operatore in merito all'informazione (Cass., SS. UU., sent. n. 577/2008). Non che questo sortisca particolari effetti relativamente all'onere della prova, posto che in entrambi i casi valga il principio della "vicinanza della prova".

Il motivo è legato alla duplice valenza dell'intervento estetico genericamente inteso come finalizzato al ripristino della funzione estetica in taluni casi danneggiata in altri priva di un danno, ma in ogni caso tesa al miglioramento.

La distinzione tra medicina estetica e ricostruttiva è stata, quindi, basata sulla presenza contemporanea di una disabilità funzionale e un processo patologico sottostante. In mancanza di uno, la procedura è ritenuta cosmetica o mirata unicamente a un miglioramento dell'estetica¹¹.

La distinzione tra obbligazione di mezzi o risultato è di origine francese e risale a Demogue¹², ma è stata bersaglio di un'aspra critica da parte della dottrina consapevole del fatto che in ogni obbligazione come un risultato, quale momento finale della prestazione, è sempre dovuto anche un doveroso impiego dei mezzi necessari per il suo conseguimento¹³.

È chiaro che concettualmente dovremmo domandarci se l'oggetto dell'atto medico debba essere esclusivamente intesa la malattia e quale il significato del concetto di malattia. Questo in quanto non si può negare come la preoccupazione per l'aspetto possa essere molto invalidante¹⁴. Il difetto estetico può essere vissuto come fonte di grave stress e disagio comportamentale con elevati livelli di paura di valutazione negativa, vergogna ed ansia accompagnati da evitamento sociale e relazionale¹⁵.

Le donne che si rivolgono alla chirurgia estetica per una mastoplastica additiva sono spesso stereotipate nei media come giovani donne single, benestanti, che vogliono un seno più grande in quanto esibizioniste o per trovare un partner¹⁶.

Uno studio condotto su 103 pazienti sottoposti a interventi di chirurgia estetica dal 1999 ha trovato il 20 % dei pazienti depressi secondo la scala Montgomery - Åsberg (MADRS)¹⁷. Inoltre, uno studio ca-

¹¹ C.N. CORDEIRO, A. CLARKE, P. WHITE, B. SIVAKUMAR, J. ONG, P.E. BUTLER, *A quantitative comparison of psychological and emotional health measures in 360 plastic surgery candidates: is there a difference between aesthetic and reconstructive patients?*, in *Ann Plast Surg.*, 3, 2010, 349.

¹² R. DEMOGUE, *Traité des obligations en general*, Paris, 1928.

¹³ C.M. BIANCA, *Dell'inadempimento delle obbligazioni*, Bologna-Roma, 1967, 30; P. RESCIGNO, *Obbligazioni* (dir. priv.), in *Enciclopedia del diritto*, Milano, 1979.

¹⁴ N. RUMSEY, A. CLARKE, P. WHITE, M. WYN-WILLIAMS, W. GARLICK, *Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement*, in *J Adv Nurs.*, 5, 2004, 443; T. MOSS, B. ROSSER, *Psychosocial adjustment to visible difference*, in *Psychologist.*, 2008, 492.

¹⁵ T.P. MOSS, D.L. HARRIS, *Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study*, in *Psychol Health Med.*, 5, 2009, 567.

¹⁶ C.E. CRERAND, A.L. INFELD, D.B. SARWER, *Psychological considerations in cosmetic breast augmentation*, in *Plast Surg Nurs*, 3, 2007, 146; C.E. CRERAND, A.L. INFELD, D.B. SARWER, *Psychological considerations in cosmetic breast augmentation*, in *Plast Surg Nurs*, 1, 2009, 49; E.R. DIDIE, D.B. SARWER, *Factors that influence the decision to undergo breast augmentation surgery*, in *J Womens Health*, 3, 2003, 241.

so-controllo in Australia ha mostrato elevati tassi di morbidità psichiatrica e dismorfia tra i candidati per la chirurgia¹⁸. La prevalenza di sintomi depressivi in questi pazienti è stata ampiamente riconosciuta¹⁹. Uno studio di Walden *et al.* ha dimostrato che il 36% delle donne che hanno subito l'aumento del seno aveva consultato uno psichiatra o uno psicologo ad un certo punto della loro vita per depressione, ansia o problema di gestione dello stress²⁰. E studi condotti su pazienti in sede post-operatoria hanno confermato una minore prevalenza di psicopatologia²¹.

E lo stesso vale per la chirurgia estetica del naso mossa dalla situazione emotiva e sociale del paziente con motivazioni psicologiche o persino psichiatriche che giocano un ruolo importante nella decisione di operare il paziente²².

Per il transessualismo e i disturbi di genere l'onere psicologico si carica di una valenza ancora maggiore. Il trattamento del transessualismo (la cui prevalenza nella popolazione superiore a 15 anni varia da 1:100.000 a 1:24.000 tra gli uomini e da 1:400.000 a 1:100.000 tra le donne²³ fino ad arrivare, rispettivamente negli uomini e nelle donne, ad una stima di 1:10.000 e 1:30.000²⁴) è drastico ed irreversibile, e quindi non può che essere intrapreso solo in un contesto di assoluta certezza diagnostica. In un contesto nel quale principi generali sono quello di far precedere i cambiamenti reversibili a quelli irreversibili ovvero che nessun passo venga effettuato a meno che i passaggi precedenti non siano stati accompagnati da un miglioramento psicologico e sociale. Il ricorso ad una terapia ormonale prima della chirurgia genitale consente di selezionare candidati che abbiano per almeno un anno elaborato il loro nuovo ruolo di genere resistendo a tal punto da considerare la chirurgia come “*the icing on the cake*”²⁵, come una grande sensazione di sollievo e di vero piacere²⁶.

¹⁷ J.P. MENINGAUD, L. BENADIBA, J.M. SERVANT, C. HERVE, J.C. BERTRAND, Y. PELICIE, *Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: multicentre prospective study*, in *J Craniomaxillofac Surg*, 3, 2001, 177.

¹⁸ S. KISELY, D. MORKELL, B. ALLBROOK, P. BRIGGS, J. JOVANOVIĆ, *Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients*, in *Aust N Z J Psychiatry*, 1, 2002, 121.

¹⁹ L. SCHLEBUSCH, *Negative bodily experience and prevalence of depression in patients who request augmentation mammoplasty*, in *S Afr Med J*, 7, 1989, 323; J.S. HASAN, *Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview*, in *Ann Plast Surg*, 1, 2000, 89.

²⁰ J.L. WALDEN, G. PANAGOPOULOUS, S.W. SHRADER, *Contemporary decision-making and perception in patients undergoing cosmetic breast augmentation*, in *Aesthet Surg J*, 3, 2010, 395.

²¹ B.D. SARWER, J.E. NORDMANN, J.D. HERBERT, *Cosmetic breast augmentation surgery: A critical overview*, in *J. Womens Health Gend. Based Med.*, 8, 2000, 843; M.T. EDGERTON, A.R. MCCLARY, *Augmentation mammoplasty: Psychiatric implications and surgical indications*, in *Plast. Reconstr. Surg.*, 4, 1958, 279; J.L. BAKER, I.S. KOLIN, E.S. BARTLETT, *Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation*, in *Plast. Reconstr. Surg.*, 6, 1974, 652; R.H. SHIPLEY, J.M. O'DONNELL, K.F. BADER, *Personality characteristics of women seeking breast augmentation*, in *Plast. Reconstr. Surg.*, 3, 1977, 369.

²² U. SCHMIDT-TINTEMANN, *Ethik in der ästhetischen Chirurgie*, Heidelberg, 1999;

²³ I. PAULY, *The current status of the change of sex operation*, in *J Nerv Ment Dis*, 5, 1968, 460; M.W. ROSS, J. WÅLINDER, B. LUNDSTRÖM, I. THUWE, *Cross-cultural approaches to transsexualism*, in *Acta Psychiatrica Scand*, 1, 1981, 75; J. WÅLINDER, *Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden*, in *Br J Psychiatry*, 549, 1971, 195; W.F. TSOI, *The prevalence of transsexualism in Singapore*, in *Acta Psychiatrica Scand*, 4, 1988, 501.

²⁴ A. BAKKER, P. VAN KESTEREN, L.J.G. GOOREN, P.D. BEZEMER, *The prevalence of transsexualism in the Netherlands*, in *Acta Psychiatry Scand*, 4, 1993, 237; W.F. TSOI, L.P. KOK, F.Y. LONG, *Male transsexualism in Singapore: a description of 56 cases*, in *Br J Psychiatry*, 1977, 405.

²⁵ J. BARRETT, *Disorders of gender identity: what to do and who should do it?*, in *Br J Psychiatry*, 2, 2014, 96.

²⁶ A. MICHEL, C. MORMONT, *Was Snow White a transsexual?*, in *Encephale*, 1, 2002, 59.

Non fosse altro per il lungo ed estenuante percorso valutativo clinico e chirurgico gestito da vere e proprie “gender unit” polispecialistiche²⁷ o “servizi per la modificazione dei caratteri sessuali” e regolamentato da linee guida internazionali²⁸, oltre che giuridico (L. 14 aprile 1982, n. 164 – G.U. 19 aprile 1982, n. 106), cui devono sottoporsi nel contesto di un’assistenza sanitaria pubblica, che, come nel Lazio, rimborsa fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta (art. 3 L.R. 24 maggio 1990, n. 59 – G.U. 22 dicembre 1990, n. 49).

Alla prima richiesta, il paziente dovrebbe sottoporsi ad una valutazione psicologica ed endocrinologica. La prima comprensiva di successive interviste semi-strutturate e test psicologici, e, se ritenuto necessario, di interviste con parenti, partner o amici e contatti realizzati con le associazioni transgender. Contemporaneamente alla fase di valutazione psicologica, l'endocrinologo inizia uno screening del sangue che comprende diversi test biochimici ed ematologici e dosaggi dei livelli di ormoni sessuali. Quando i pazienti soddisfano i criteri di ammissibilità per il trattamento ormonale, vengono informati circa gli effetti clinici ed i possibili effetti collaterali degli ormoni e seguiti dal team per mesi sotto la supervisione da parte del coordinatore dell'unità. Dopo almeno un anno di trattamento ormonale, il paziente è incluso nella lista di attesa per l'intervento chirurgico e, maggiorenne, viene contattato dal chirurgo per l'inserimento nella lista di attesa per una mastectomia ovvero una vaginoplastica. Anche dopo l'intervento chirurgico viene raccomandata la gestione clinica permanente del paziente per evitare un sovra/sottodosaggio ormonale, il monitoraggio metabolico e la valutazione di adattamento psicosociale.

Dunque non è scontata la natura obbligatoria della prestazione sanitaria nel caso concreto, se esso sia da riferire esclusivamente ad evento estetico ovvero di tipo squisitamente terapeutico per far fronte ad un grave disagio psicologico dovuto all’aspetto sgradevole, non più sopportabile.

Data la valenza terapeutica dell’atto medico estetico, questo porta ad una rivalutazione del ruolo del professionista sotto il profilo giuridico.

Il discorso non è privo di pregnanza giuridica. Basti pensare che il contenzioso in tema di *malpractice* non risparmia il medico estetico e che il paziente non sia, anche e forse soprattutto per i motivi appena descritti, una tipologia di paziente facilmente gestibile. È stato persino dimostrato che il tasso di suicidio per le donne che hanno subito protesi mammarie estetiche è doppio rispetto a quello previ-

²⁷ M. R. WILL, *Legal conditions of sex reassignment by medical intervention—situation in comparative law*. In: *Transsexualism, medicine and law*, Proceedings of the XXIIIrd Colloquy on European Law. Strasbourg: Council of Europe 1995; I. ESTEVA DE ANTONIO, E. GÓMEZ-GIL; GIDSEEN Group. *Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach*, in *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.*, 6, 2013, 585.

²⁸ Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, *The standards of care for gender identity disorders*, in *Int J Transgender*, 5, 2001; The World Professional Association for Transgender Health, *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*, disponibile all’indirizzo internet http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf; B.P. KREUKELS, I.R. HARALDSEN, G. DE CUYPERE, H. RICHTER-APPELT, L. GIJS, P.T. COHEN-KETTENIS, *A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative*, in *Eur Psychiatry*, 6, 2012, 445; L.J. GOOREN, *Clinical practice. Care of transsexual persons*, in *N Engl J Med*, 13, 2011, 1251; W.C. HEMBREE, P. COHEN-KETTENIS, H. A. DELEMARRE-VAN DE WAAL, L.J. GOOREN, W.J. MEYER, N.P. SPACK, V. TANGPRICHA, V.M. MONTORI, Endocrine Society, *Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, in *J Clin Endocrinol Metab*, 9, 2009, 3132; E. MOORE, A. WISNIEWSKI, A. DOBS, *Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects*, in *J Clin Endocrinol Metab*, 8, 2003, 3467.

sto secondo stime rientranti nella popolazione generale²⁹. La stessa psicopatologia rappresenta un fattore di rischio in termini di *malpractice*. Fattori noti per essere associati ad una cattiva esito psico-sociale dopo chirurgia estetica comprendono, infatti, oltre alla giovane età, il sesso maschile, aspettative irrealistiche, precedente chirurgia estetica insoddisfacente, deformità minima, la motivazione basata su problemi di relazione e una storia di depressione, ansia, o disturbo di personalità³⁰.

“La selezione dei pazienti è l’ultima nota tra le scienze inesatte” hanno precisato Iorio e Navissano³¹ che alla domanda “quale sia il paziente adatto alla chirurgia estetica” hanno risposto affermando che «[...] un paziente fortemente motivato patirà meno dolore, avrà un migliore decorso post-operatorio ed un indice di soddisfazione significativamente superiore». Di contro, nel caso di un paziente con una maggiore “soggettività” dell’inestetismo (e, dunque, una minore “obiettività”) avrà maggiori probabilità di percepire qualsiasi risultato come sfavorevole, ricorrendo alle vie legali.

Anche oltralpe il procedimento in tema di chirurgia estetica sono in costante aumento con compensazioni sempre più pesanti ponendo enormi difficoltà l’inversione dell’onere della prova in materia di informazione del paziente (Cour de Cassation — 1997) e, dunque, il “consenso informato” (Cour de Cassation — 1999)³².

La soluzione che apparentemente meglio si adatta al caso concreto, nella dovuta presa d’atto della natura personalissima del diritto alla salute, è quella di una indispensabile “alleanza terapeutica” tra medico e paziente che ponga al centro del rapporto il diritto all’informazione del “creditore” della prestazione. Dovere di informazione del sanitario che si inquadra in un profilo di responsabilità contrattuale a giudizio della Corte di Cassazione, in quanto il dovere di informazione, pur se teso ad ottenere un consenso valido all’esecuzione dell’intervento chirurgico, rientra all’interno della fase preliminare di anamnesi e diagnosi che farebbe già parte del rapporto di prestazione d’opera professionale (Cass. n. 3604/1986, Cass. civ., sent. n. 3604/1982, Cass. civ., sent. n. 1773/1981, Cass. civ., sent. n. 1132/1976, Cass. civ., sent. n. 2439/1975, Cass., sent. n. 2754/1951, Cass., sent. n. 2934/1933).

Unico vero titolare del diritto, il paziente dovrà essere messo nella condizione di prendere parte attivamente al programma terapeutico spogliando il sanitario da una obbligazione di risultato ed investendolo esclusivamente dell’obbligo di non omettere qualsiasi tipo di dato che possa risultare utile alla scelta consapevole della terapia, prudentemente e diligentemente resa in funzione del livello culturale, della condizione psichica del paziente, etc.³³.

²⁹ D.B. SARWER, G.K. BROWN, D.L. EVANS, *Cosmetic breast augmentation and suicide*, in *Am J Psychiatry*, 7, 2007, 1006.

³⁰ R.J. HONINGHAM, K.A. PHILLIPS, D.J. CASTLE, *A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery*, in *Plast Reconstr Surg*, 4, 2004, 1229.

³¹ M. IORIO, M. NAVISSANO, G. ROCCHETTI, D. SANOVITO, M.A. BOCCHIOTTI, *Chirurgia plastica e medicina legale*, Torino, 2004.

³² F. PERROGON, *Aesthetic surgery, patient's opinion. Quantitative and qualitative analysis of the aesthetic surgery results of 481 survey responders and 50 records of “dissatisfied” patients*, in *Ann Chir Plast Esthet.*, 5, 2003, 307.

³³ G. CRISCUOLI, *Ragionevolezza e “consenso informato” del paziente*, in *Rass. Dir. Civ.*, 1985, 487; M. ROMANO, *Considerazioni in tema di responsabilità contrattuale del medico per violazione del dovere di informazione*, in *Giur. It.*, 1987, 1140.

Una “obbligazione di garanzia” (Cass., sez. III civ., sent. n. 8826/2007) che carichi di significato probatorio la forma e l’oggetto del consenso laddove non venga espressamente dichiarato il conseguimento di un determinato risultato.

3. Conclusioni

La chirurgia estetica non è sicuramente la psichiatria con il bisturi³⁴, tuttavia è possibile dare ai pazienti più fiducia in se stessi, migliorare la qualità della vita e contribuire al successo professionale e all'accettazione sociale. L'onere che grava sul professionista è per siffatti motivi considerevole in quanto un risultato estetico di successo richiede un approccio che si estenda oltre i confini tipici di un problema di salute³⁵ e la scelta dell'indicazione chirurgica o meno impone formazione, competenza, esperienza e, soprattutto, responsabilità³⁶.

³⁴ W. GUBISCH, A. DACHO, *Aesthetic rhinoplasty plus brow, eyelid and conchal surgery: pitfalls – complications – prevention*, in *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.*, 12, 2013.

³⁵ J.M. SYKES, *Managing the psychological aspects of plastic surgery patients*, in *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.*, 4, 2009, 321.

³⁶ K. KARIMI, M.F. MCKNEALLY, P.A. ADAMSON, *Ethical considerations in aesthetic rhinoplasty: a survey, critical analysis, and review*, in *Arch Facial Plast Surg.*, 6, 2012, 442.