

PITTAU M. R.(*), DEMONTIS R.(*), ATZENI M.(†), CADDEO M.(*),
RIBUFFO D.(†)

LA CHIRURGIA ESTETICA POST-BARIATRICA: NUOVI O VECCHI ORIZZONTI DELLA CHIRURGIA PLASTICA

Comunicazione alle VI Giornate Di Studio GISDI: “*La medicina del piacere: tra benessere e danno alla persona*”. Sestri Levante (GE) 27 - 29 Ottobre 2011

(*)Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Cagliari ; (†) Cattedra di Chirurgia Plastica Università degli Studi di Cagliari. Corresponding Author: mrpittau@tiscali.it

Riassunto

I cambiamenti sociali avvenuti negli ultimi 100 anni, ma soprattutto l'avvento dei “fast food”, hanno portato ad una esplosione dell'obesità. L'OMS ha stimato nel 2005 la presenza di circa 400 milioni di obesi in tutto il mondo e che in alcuni Paesi, tra i quali l'Inghilterra e gli USA, i tassi di obesità siano più che raddoppiati negli ultimi 25 anni. È ben nota la relazione che intercorre sia tra obesità e morte precoce, sia tra obesità e tutta una serie di patologie metaboliche, cardiovascolari e alcuni tipi di tumore ed un aumento del 30% della mortalità complessiva, (negli Stati Uniti circa 300000 decessi/anno per patologie legate all'obesità).

Nell'ultimo decennio si è verificato un significativo incremento nel numero di persone che ricorrono ad interventi di chirurgia bariatrica che costituisce, al momento attuale, l'unico trattamento in grado di produrre una duratura e significativa perdita di peso. Questa diffusione della chirurgia bariatrica ha fatto emergere il tema del trattamento “estetico” post-chirurgico al punto tale da portare allo sviluppo di una vera e propria sottospecializzazione della chirurgia bariatrica, definita da alcuni Autori come “chirurgia barioplastica”, che nasce dalla necessità di ovviare ai risultati devastanti che la chirurgia bariatrica spesso determina sull'aspetto corporeo, rappresentati principalmente da importante lassità e ridondanza cutanea, che rappresenta per il paziente anche motivo di spesso rilevanti problematiche di natura psicologica al punto che molti pazienti confessano di rimpiangere il proprio corpo così come era prima dell'intervento chirurgico bariatrico. In quest'ottica prende spunto la nostra riflessione su quelle che sono le divergenze nella concezione delle finalità di tali interventi, tra chirurgo bariatrico prima e chirurgo plastico successivamente e paziente. Infatti se da un lato i professionisti della salute attribuiscono a tali procedure chirurgiche una finalità quasi esclusivamente curativa, dall'altro i pazienti ripongono in questi interventi speranze di un miglioramento estetico che si rifletta positivamente sulla sfera personale e sociale. È in questo coacervo di situazioni cliniche e psicologiche che è possibile identificare tre scenari principali: interventi eseguiti esclusivamente con finalità estetica; interventi eseguiti unicamente per finalità funzionali (sia il tempo bariatrico che quello plastico); interventi

articolati in due fasi ben distinte e non necessariamente consequenziali: il trattamento bariatrico e, qualora il paziente lo desideri, un tempo estetico.

Obiettivo del presente studio è fornire lo spunto per una riflessione in merito ai possibili risvolti in tema di responsabilità professionale con i quali si deve confrontare la figura del chirurgo impegnato in questo recente campo di applicazione della chirurgia plastica.

Parole chiave: chirurgia bariatrica, obesità, dimagrimento.

Abstract

Post Bariatric Aesthetic Surgery: New or Old Perspectives in Plastic Surgery

The social changes over the past 100 years, but especially the advent of "fast food", led to an explosion of obesity. The WHO estimated in 2005 the presence of approximately 400 million obese persons worldwide and that in some countries, including Britain and the U.S., obesity rates have more than doubled in the last 25 years. It is well known the relationship between obesity and early death, and between obesity and a variety of metabolic diseases, cardiovascular diseases and some cancers and an increase of 30% of overall mortality (in the United States approximately 300000 deaths/year for diseases related to obesity). In the last decade it has been a significant increase in the number of people resorting to bariatric surgery that is, at present, the only treatment capable of producing a lasting and significant weight loss. This diffusion of bariatric surgery has highlighted the issue of "aesthetic" post-surgical treatment to the point that lead to the development of a true subspecialty of bariatric surgery, defined by some authors as "barioplasty", which arises from the need to overcome the devastating results that bariatric surgery often lead in bodily appearance, represented mainly by major skin laxity and redundancy, which is the reason for relevant problems of psychological nature to such an extent that many patients profess to regret their body so as it was before bariatric surgery. This problem inspired our reflection on what are the differences in the conception of the aims of such interventions, including bariatric surgeon before and after plastic surgeon and patient. In fact, while health professionals attach to such a surgical procedure almost exclusively curative purposes, other patients have of these interventions hopes to enhance its aesthetic that reflects positively on individuals personal and social sphere. It is in this maze of medical and psychological situations that we can identify three main scenarios: interventions performed solely for aesthetic purpose; interventions performed solely for functional purposes (bariatric and plastic); operations divided into two distinct phases and not necessarily consequential: bariatric treatment and, if the patient desires, aesthetic. The objective of this study is to provide an opportunity to reflect on possible implications regarding professional responsibility with which we must compare the figure of the surgeon involved in this recent field of application of plastic surgery.

Key words: bariatric surgery, obesity, weight loss.

Negli ultimi anni si è verificato un significativo incremento del numero di persone che ricorrono ad interventi di chirurgia bariatrica, che costituisce, al momento attuale, l'unico trattamento in grado di produrre una duratura ed importante perdita di peso¹. La richiesta di questo tipo di interventi è in largo

aumento; solo negli USA ne sono stati eseguiti 103.000 nel 2003, 140.000 nel 2004 e addirittura 200.000 nel 2007². Questa diffusione della chirurgia bariatrica ha fatto emergere il tema del trattamento “estetico” post-chirurgico al punto tale da portare allo sviluppo di una vera e propria sottospecializzazione della chirurgia bariatrica, definita da alcuni Autori come “*chirurgia barioplastica*”¹⁰.

Il NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)³ ha pubblicato le linee guida per il trattamento degli adulti obesi, dove si afferma che l’intervento chirurgico è indicato: nei pazienti con BMI maggiore di 40, nei pazienti con BMI compreso tra 35 e 40 se affetti da patologie suscettibili di miglioramento clinico in seguito alla perdita di peso; nei pazienti sottoposti a terapie conservative che non hanno ottenuto alcun risultato in termini di raggiungimento o di mantenimento di un peso ideale per la salute, per un periodo di almeno sei mesi. Secondo quanto contenuto in tali linee guida, inoltre, la chirurgia deve essere l’ultima strada percorribile nei pazienti con BMI maggiore di 50, i quali presentano un rischio operatorio eccessivo.

La chirurgia per la riduzione del peso determina entro un anno dall’intervento un calo ponderale tre o quattro volte superiore a quello ottenibile con approccio non chirurgico. Studi comparativi tra due gruppi di pazienti obesi, i primi sottoposti a chirurgia, i secondi a terapie conservative, evidenziano che a due anni dall’intervento i primi hanno perso l’87,2% del loro peso, con un calo ponderale del 21,6% rispetto al loro peso iniziale, mentre i secondi hanno una perdita di peso pari al 21,8% , ovvero una riduzione del solo 5,5% del loro peso iniziale^{1,3}. Tale significativo calo ponderale è alla base sia della diminuzione della mortalità che del miglioramento di tutte le comorbidità legate all’obesità. Anche dal punto di vista psicologico, il trattamento bariatrico può determinare notevoli cambiamenti, rappresentati inizialmente, dall’acquisizione di una maggior autostima che si traduce nella ripresa di una regolare vita sociale e lavorativa, gravemente compromesse dalle condizioni psico-fisico legate all’obesità. Si assiste inoltre ad una ridotta richiesta di indennizzi pensionistici, con una riduzione dei costi per la società.

La chirurgia bariatrica tuttavia non è scevra di complicanze sia di tipo prettamente medico sia chirurgico che psichico. Tra queste ultime, una in particolare riveste notevole importanza per l’impatto che esercita sulla condizione psico-fisica dei pazienti: la ridondanza cutanea.

La perdita di peso che si osserva dopo chirurgia bariatrica è principalmente conseguente ad una diminuzione dei depositi di grasso localizzati tra cute ed apparato muscolo-scheletrico. Ciò si traduce in drammatiche alterazioni morfologiche, alcune delle quali sono rappresentate ad esempio dall’aspetto

invecchiato del viso con guance pendule e ptosi delle mascelle; dall'aspetto del braccio ad "ala di pipistrello"^{4,5} per allontanamento del connettivo posteriore; dalla formazione di un grande grembiule cutaneo addominale che spesso si estende a coprire la regione pubica e inguinale; dall'appiattimento delle mammelle che si sgonfiano e si fanno pendule⁶. È intuitivo come tutto ciò, oltre a rappresentare un grave disagio nell'eseguire attività quotidiane come vestirsi o camminare, costituisca per il paziente motivo di notevole disagio psicologico. I soggetti che si sottopongono a chirurgia bariatrica, infatti, riversano grandi aspettative in tale trattamento riguardo all'aspetto corporeo che otterranno; pertanto il ritrovarsi con un dimorfismo corporeo inevitabilmente li conduce ad uno stato di infelicità e insoddisfazione⁷.

Alcuni di essi descrivono il loro nuovo stato come di chi si sente all'interno di un "contenitore più grande del necessario"; ben l'80% addirittura afferma che preferirebbe essere affetto da disabilità come l'esito di un'amputazione o la cecità piuttosto che avere un tale aspetto corporeo. Molti pazienti inoltre confessano di rimpiangere il proprio corpo così come era prima dell'intervento chirurgico bariatrico⁶. È chiaro come questa visione estremamente negativa e pessimistica influisca notevolmente sulla compliance dei pazienti al necessario iter post-operatorio; infatti spesso interrompono la rigida dieta che dovrebbero seguire dopo la chirurgia bariatrica e riacquistano peso, cancellando i risultati ottenuti e vanificando gli sforzi compiuti per raggiungerli².

È in quest'ottica che opera la figura del chirurgo plastico. Sempre più numerosi sono infatti i soggetti di ambo i sessi che, per ovviare ai danni estetici residuati dalla chirurgia bariatrica, fanno ricorso alle recenti tecniche di "rimodellamento corporeo". Solo in America, secondo i dati della Società Americana di Chirurgia Plastica, nel 2007 sono stati eseguiti 66.147 interventi di rimodellamento estetico su pazienti che avevano precedentemente subito interventi di chirurgia bariatrica⁸. Stiamo quindi assistendo all'avvento di una sorta di "sub-specializzazione" della chirurgia plastica che, di fronte a questa nuova realtà, si è trovata a dover perfezionare le esistenti tecniche per adattare alle richieste di questa complessa classe di pazienti.

I soggetti che presentano una lassità cutanea derivante da un'importante perdita di peso sono candidabili per interventi di rimodellamento che interessano diverse parti del corpo quali braccia, mammelle, addome, cosce. Questo intervento può essere realizzato in più sedute operatorie o in un unico intervento definito *Plastica Corporea Globale* o *Body Lift*.

Si tratta di una lunga e complessa procedura chirurgica che comincia con una plastica inferiore del corpo e porta ad un rimodellamento totale che, seppure a

prezzo di importanti cicatrici, permette un notevole miglioramento della silhouette corporea. I pazienti mostrano subito grande entusiasmo quando viene prospettata loro l'idea di un rimodellamento corporeo, grazie anche alla pesante influenza esercitata dalle icone di bellezza proposte dai mass media. Tale intervento dovrebbe essere rinviato sino a quando il paziente non abbia raggiunto un peso stabile, o almeno si sia avvicinato ad esso (idealmente un BMI inferiore a 30), al fine di offrire la migliore garanzia di risultati ottimali a lungo termine; inoltre è bene attendere almeno un anno per valutare l'effettivo mantenimento di questo peso, indice di buona motivazione da parte del soggetto. Inoltre i candidati devono essere accuratamente informati su tutti i rischi a cui vanno incontro sottoponendosi ad un intervento chirurgico che, come tale, è gravato da una certa percentuale di rischio⁶.

Uno studio retrospettivo condotto a 5 anni dall'intervento chirurgico di Plastica Corporea Globale, nei primi 75 pazienti ha evidenziato che ben il 76% di questi ha presentato complicanze, la maggior parte delle quali rappresentate da problemi di guarigione delle ferite⁴. Questo perché il bendaggio gastrico o il bypass, al quale sono stati sottoposti, riducendo l'assorbimento dei nutrienti, spesso determinano un quadro di disvitaminosi a sua volta responsabile di una non ottimale cicatrizzazione delle ferite chirurgiche. Inoltre possono verificarsi, nelle prime 24-48 ore dall'intervento, abbondanti raccolte ematiche nel contesto degli ampi spazi morti creati a seguito delle dissezioni sottocutanee, tali da richiedere trasfusioni di sangue. Ancora possono verificarsi complicanze quali: necrosi cutanea (soprattutto a livello dell'areola e della linea mediana sovra pubica); eventi trombo embolici; infezioni e più frequentemente sieromi infetti. Di comune rilievo sono inoltre le ridondanze cutanee residue o recidive, come pure la persistenza di tessuto adiposo indesiderato, che necessitano spesso di ulteriori interventi di revisione. Il risultato estetico può infine essere compromesso da residui di cute pendula, brutte cicatrici e asimmetrie corporee. Tutto ciò deve essere chiaramente ed esaustivamente prospettato al paziente al fine di renderlo edotto circa le possibili sequele dell'intervento e al fine di renderlo consapevole della scelta di sottoporsi a tale procedura invasiva, evitando di eludere le grandi aspettative che questo ripone nella pratica chirurgica, come verrà discusso successivamente.

Finora è stato descritto il ruolo della chirurgia bariatrica e quello della chirurgia rimodellante, come singole opzioni chirurgiche nel trattamento dell'obesità patologica. Il rimodellamento del profilo corporeo nei pazienti precedentemente sottoposti a chirurgia bariatrica rappresenta un recente campo di applicazione della tradizionale chirurgia plastica e negli ultimi due decenni è andato

assumendo sempre maggior rilievo per le sue finalità sia estetiche che curative. Tale tipologia di intervento praticato nei cosiddetti “ex grandi obesi”, raggruppa una serie di procedure chirurgiche definite da alcuni Autori come “chirurgia barioplastica”⁴ per il ruolo di completamento della chirurgia bariatrica che la precede.

Tali due interventi, bariatrico e rimodellante, possono tuttavia rivestire ruoli differenti nel trattamento dell’obesità patologica, in rapporto alle esigenze ed alle caratteristiche del singolo paziente, identificando tre scenari principali rappresentati dai tre seguenti casi clinici:

- 1) Un intervento di rimodellamento eseguito con finalità meramente estetica (vedi fig.1a-1b);
- 2) Un unico intervento articolato in due tempi (un primo tempo bariatrico ed un successivo plastico) eseguito con finalità funzionale (vedi fig. 2a-2b);
- 3) Due interventi eseguiti in fasi ben distinte, non necessariamente correlate tra di loro: il trattamento bariatrico e, qualora il/la paziente lo desideri, un intervento di chirurgia plastica rimodellante (vedi fig. 3a-3b).

Fig.1a



Fig.1b



Fig.2a



Fig.2b



Fig. 3a

Fig.3b



Esaminando le singole ipotesi prospettate, prendiamo in considerazione il caso di un intervento di chirurgia plastica eseguito a scopo rimodellante su un paziente obeso che non sia stato precedentemente sottoposto ad un intervento bariatrico o perché lo ha rifiutato o perché valutato non idoneo per ragioni mediche. In caso di insuccesso o di danno conseguente a tale intervento, i risvolti medico legali per il chirurgo saranno quelli ben noti. In ambito civile, in cui vige l'aspetto risarcitorio-patrimonialistico del danno cagionato al paziente, l'obbligazione del chirurgo intesa come obbligazione di risultato, sarà fondata sull'applicazione dell' art. 1218 c.c. ("Responsabilità del debitore") e l'onere della prova sarà a carico del professionista della salute, mentre collocando l'impegno assunto dal chirurgo nei confronti dell'assistito nell'ambito delle obbligazioni di mezzi, si farà riferimento all'art. 1176 c.c. ("Diligenza nell'adempimento"), la quale prevede che il debitore debba semplicemente dimostrare di aver tenuto una condotta diligente nell'esercizio della professione nel caso in oggetto. Dottrina e giurisprudenza attuali sono concordi nel ritenere che l'operato del chirurgo plastico sottostà sia ad un'obbligazione di mezzi che di risultato, vuoi che l'operazione sia finalizzata a scopo terapeutico, vuoi che lo sia a scopo voluttuario. In ambito penale andrà indagata la possibilità di errori nella esecuzione tecnica dell'intervento chirurgico, momento questo tutto da documentare e ricostruire mediante la consueta metodologia di indagine medico-legale, potendo giungere ad affermazioni di responsabilità dell'operatore chirurgo per cattiva condotta tecnica (imperizia, imprudenza o negligenza) sempre attraverso la rigorosa e scientificamente fondata valutazione della sussistenza del nesso di causalità tra condotta del chirurgo e danno lamentato dal paziente. Fondamentale anche in questo ambito giuridico è il ruolo svolto dall'informazione resa al paziente preliminarmente all'intervento chirurgico, focalizzando l'attenzione soprattutto sul tema delle cicatrici quale ineluttabile esito dell'atto chirurgico, sulla cui evoluzione tuttavia non potrà essere espressa a priori alcuna valutazione.

Molto più interessante e articolato anche per i possibili risvolti medico-legali è il secondo scenario in cui può operare il chirurgo plastico nell'ambito del trattamento dell'obesità, rappresentato dalla chirurgia barioplastica per eccellenza, che concepisce il tempo bariatrico ed il tempo rimodellante come due fasi successive di un unico intervento chirurgico praticato con finalità terapeutiche. Inserita in un tale contesto, la chirurgia plastica svolge un ruolo complementare a quello della chirurgia bariatrica, essendo indispensabile per completare ed ottimizzare i risultati ottenuti da quest'ultima. Considerando l'atto chirurgico rimodellante in questa visione unitaria, anche il ruolo svolto dal chirurgo plastico è tutt'altro che secondario o marginale, poiché egli è chiamato a far parte integrante di quella equipe multidisciplinare che dovrà selezionare e prendere in carico il paziente obeso già nel corso della fase preliminare all'intervento bariatrico stesso. Dunque, al pari delle altre figure professionali impegnate in questo contesto, egli dovrà contribuire a realizzare quella fondamentale valutazione e selezione del paziente, finalizzata ad azzerare il divario concettuale terapia vs estetica esistente tra chirurgo e paziente in merito alla finalità dell'intervento chirurgico proposto. Proprio il ruolo svolto dall'"equipe" chirurgica (chirurgo bariatrico e chirurgo plastico) in questa fase iniziale del percorso, può contribuire ad una maggior tutela dal punto di vista giuridico e medico-legale degli stessi chirurghi nei confronti di eventuali richieste risarcitorie da parte del paziente, attraverso la realizzazione di una adeguata informazione circa gli obiettivi, rischi ed esiti dell'intervento barioplastico, rappresentati come più sopra esposto, principalmente dalla lassità e ridondanza cutanea prima e dagli esiti cicatriziali talvolta deturpanti successivamente. In merito a questo aspetto, l'inappropriata e insufficiente informazione fornita al paziente si traduce spesso in una ridotta percezione e sottostima da parte del paziente stesso verso queste possibili sequele dell'importante perdita di peso con mancato soddisfacimento delle aspettative riposte nel trattamento⁶.

Ciò, nei pazienti più fragili dal punto di vista psicologico, può essere percepito come un insuccesso terapeutico, al punto tale da indurli, talvolta, alla ripresa del peso perduto, come testimoniato dal caso clinico presentato, con compromissione dei risultati dell'atto chirurgico stesso e dall'inoltro di richieste risarcitorie nei confronti del chirurgo plastico. Per ridurre le probabilità che si verifichi una tale circostanza, sarà opportuno che l'informazione in merito alla probabile insorgenza, al termine dell'intero percorso barioplastico, di pesanti esiti⁹, venga fornita dal chirurgo già preliminarmente all'intervento bariatrico, di modo che il paziente poco motivato o che attribuisce all'intervento chirurgico

una finalità esclusivamente estetica possa venir indirizzato verso terapie conservative, evitando che egli venga esposto ai rischi che un intervento chirurgico come quello bariplastico comporta già nel primo tempo (chirurgia bariatrica). In questo settore della chirurgia, l'elemento debole è spesso rappresentato dal paziente, le cui problematiche psicologiche spesso irrisolte possono condurlo ad un nuovo conflitto con il proprio aspetto fisico; tale malessere psicologico può sfociare in un contenzioso legale nei confronti del chirurgo plastico che ha eseguito l'intervento, soprattutto nel caso in cui vi sia stata una carenza di informazione preliminare, come purtroppo avviene o per trascuratezza da parte del Sanitario che vive talvolta questa fase del contratto con il paziente come un'inutile incombenza burocratica o come possibile causa di demotivazione e di rinuncia all'intervento. Valutando il ruolo dell'equipe multidisciplinare di cui fa parte integrante la figura del chirurgo plastico, nella presa in carico e nella gestione del paziente affetto da obesità patologica, si può ritenere che esso possa rappresentare non solo il gold standard per conseguire i migliori risultati in termini di "cure" e di "care" nei confronti del paziente sia in fase pre, peri che post-operatoria, ma anche nei confronti della posizione giuridica del chirurgo plastico stesso. Infatti, la chirurgia bariplastica concepita come atto terapeutico il cui fine ultimo è il raggiungimento della tutela della salute del paziente, intesa come pieno benessere psico-fisico, fa sì che la valutazione medico-legale dell'attività del chirurgo plastico possa essere sempre più assimilata alle altre branche della medicina e chirurgia, venendo meno l'obbligazione di risultati ma non di mezzi. Tuttavia, in merito ai profili di responsabilità professionale colposa, in caso di mancato rispetto delle *leges artis*, egli potrà essere chiamato a rispondere dell'attività svolta sia in quanto membro di un'equipe chirurgica sia in quanto membro di un'equipe multidisciplinare. Nel primo caso, la giurisprudenza, come è noto, prevede la valutazione della condotta del Sanitario, sotto il profilo della diligenza, e farà riferimento a c.d. principio dell'affidamento; nel secondo caso invece, essendo i membri dell'equipe vincolati da un rapporto lavorativo di tipo orizzontale, caratterizzato dalla condivisione della posizione gerarchica ma dalla differente qualifica professionale dei componenti il gruppo di lavoro, secondo quanto enunciato dalla Cassazione (cfr. Cassazione 24/01/05 sent. n. 231535; Cass. Sez. IV, 6/04/2005, n. 22579, ecc.), sul suo operato incomberà un dovere generico di reciproco controllo rappresentato dal c.d. principio dell'affidamento relativo. La posizione giuridica del chirurgo plastico appare più sfavorevole nel caso in cui l'intervento venga considerato e praticato disgiuntamente dalla chirurgia bariatrica, come un'opzione eventuale e non necessaria. Considerando questo

terzo scenario, la figura professionale del chirurgo plastico, scorporata dal contesto di un team interdisciplinare, può risentire maggiormente di eventuali risvolti in ambito giuridiziaro, poiché il paziente se insoddisfatto o deluso dalle conseguenze estetiche derivanti dal calo ponderale, può rivalersi esclusivamente su di lui, essendo gli esiti cicatriziali importanti motivo di ulteriore risentimento. A prescindere dal tipo di approccio e di contesto nel quale si trova ad intervenire nella chirurgia dell'obesità, è fondamentale ribadire l'importanza che riveste l'informazione. Mai come in tale campo della pratica medico-chirurgica è fondamentale personalizzare e adattare al singolo paziente l'informazione fornita, sia in termini qualitativi (possibili rischi e complicanze insiti nella procedura, con particolare riguardo per gli esiti cicatriziali), che quantitativi (necessità di una maggior frequenza e durata dei colloqui preliminari). Presupposto fondamentale affinché si possa ottemperare a quest'obbligo giuridico ("l'informazione costituisce atto medico in sé") da parte del chirurgo plastico nei confronti del paziente è l'idoneità del paziente a comprendere, valutare ed accettare i rischi insiti non solo nella procedura chirurgica proposta ma nell'intero percorso previsto, a partire dall'intervento di chirurgia bariatrica. Tale presupposto, stabilito grazie alla valutazione psicologica ed eventualmente psichiatrica, ridurrà al minimo il rischio, tutt'ora molto frequente, che il paziente attribuisca all'intervento bariplastico una finalità esclusivamente estetica, ricongiungendo medico e paziente nella visione dell'obiettivo finale dell'intero percorso (raggiungimento della salute intesa come benessere psico-fisico) e del significato attribuito a tale obiettivo, che non è rappresentato esclusivamente dal risultato estetico.

E' auspicabile che, in questo emergente campo di applicazione della chirurgia plastica:

- si proceda con la creazione di un sempre maggior numero di Centri dedicati nei quali operino figure professionali specializzate nell'approccio interdisciplinare, anche di tipo chirurgico, all'obesità grave;
- dal concetto di consenso informato consapevole, quale strumento di tutela del chirurgo ed espressione dell'autonomia decisionale del paziente, si possa evolvere verso una sorta di "documento condiviso", espressione di una più profonda condivisione delle scelte (*shared decision making*), in grado di soddisfare sia le esigenze del chirurgo sia quelle del paziente e punto di partenza per ottenere una riduzione del numero di contenziosi legali che vedono chiamato in causa il chirurgo plastico.

BIBLIOGRAFIA

1. Iaunoo SS, Southall PJ. Bariatric Surgery. *Int J Surg* 2010; 8: 86-89.
2. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological Considerations of the bariatric surgery patient undergoing body Contouring Surgery. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121: 423e-434e.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guideline 2006.
4. Hurwitz DJ, Holland SW. The L brachioplasty: an innovative approach to correct excess tissue of the upper arm, axilla and lateral chest. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 403-411.
5. Strauch B, Herman C, Rohde C, Baum T. Mid-body contouring in post-bariatric surgery patient. *Plastic Reconstr Surg* 2006; 117: 2200-2211.
6. Abela C, Stevens T, Reddy M, Soldin M. A Multidisciplinary approach to post-bariatric plastic surgery. *Int J Surg* 2011; 9: 29-35.
7. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial Issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22: 136-147.
8. Coon D, Gusenoff JA, Kannan N, El Khoudary SR, Naghshineh N, Rubin JP. Body Mass and Surgical Complications in the Postbariatric Reconstructive Patient: Analysis of 511 Cases; *Ann Surg* 2009; 249: 397-401.
9. Capon A. Body reshaping surgery after massive weight loss. *J Visc Surg* 2010; 147: e53-64.
10. Scuderi N, Alfano C, Mezzana P. Obesità e chirurgia plastica. *Ann Ital Chir* 2005; 76: 455-60.