

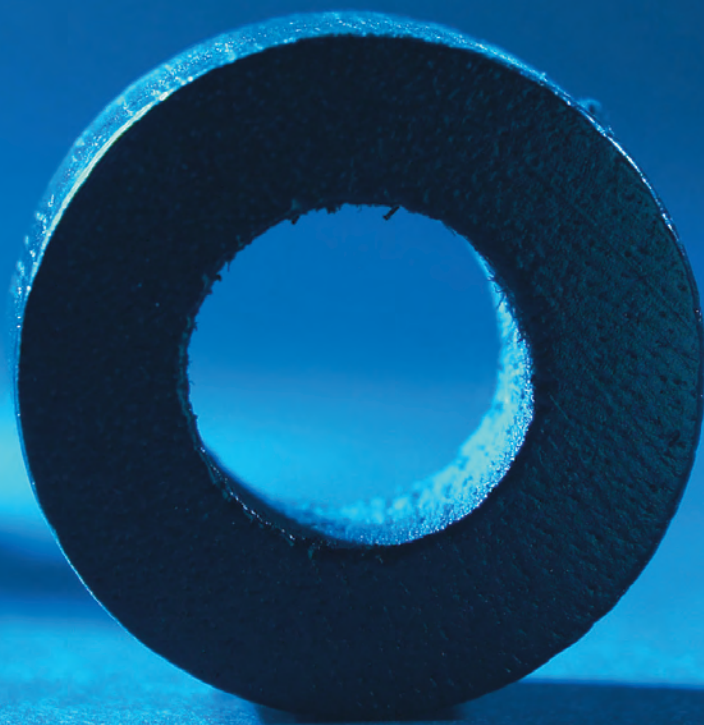
DA_{2.0}

Organo Ufficiale
dell'Associazione Italiana
Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2016 - n. 2
dicembre 2016

Dermatologia Ambulatoriale 2.0

FOTODANNO CRONICO: LA “CARTA DI RISCHIO”



Aida Innova
Gubbio 17 "Aggiorniamo le mappe"
AIDA 2017: dal Dermatologo 2.0 al Congresso 2.0

LA REDAZIONE

Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2016 - n. 2
dicembre 2016

ISSN: 2420-9627

*Rivista iscritta al n.17 del registro della Stampa
del Tribunale di Lecce il 17 novembre 2014*

Direttore responsabile

Alessandro Martella, Tiggiano (LE) rivista@aida.it

Vice-direttore

Valerio Cirfera, Copertino (LE)

Direttore Scientifico

Gian Luigi Giovane, Perugia

Comitato di redazione

Giovanni Menchini (Pisa)

Domenico Piccolo (L'Aquila)

Carlo Bertana (Roma)

Cecilia Pravettoni (Milano)

Responsabile Marketing

Saturnino Gasparini (Terni)

Progettazione grafica

Pubbligraf Alessano (Le)
tel. 0833 789586
info@pubbligrafonline.com



SOMMARIO



Editoriali

- Aida Innova - Alessandro Martella Pag. 4
Un biennio insieme - Domenico Piccolo Pag. 5
Aida 2017-2018: un progetto innovativo - Saturnino Gasparini Pag. 7

Aggiornamento

- Il fotodanno cronico e il campo di cancerizzazione Pag. 9
Alessandro Martella

Eventi

- Gubbio 17 "Aggiorniamo le mappe" Pag. 17
AIDA 2017: dal Dermatologo 2.0 al Congresso 2.0 Pag. 18
XXVI Congresso Nazionale AIDA 2017 Pag. 19

Il caso

- Storia di un nevo del piede - Margherita Terranova Pag. 21

L'atlante in dermatologia

- I casi clinici e dermoscopici di Gian Luigi Giovene Pag. 22

L'angolo dell'esperto

- Il risultato nelle prestazioni sanitarie a finalità estetiche - Valerio Cirfera Pag. 25

AIDA innova Alessandro Martella

Si chiude il biennio della presidenza di Domenico Piccolo che fin dall'inizio ha dovuto affrontare non poche difficoltà dettate dalla scomparsa di Paolo Silvestris e poi di Vito Pietrantonio, entrambi soci fondatori della nostra associazione.

In poco tempo, venuta a mancare la memoria storica vivente dei soci fondatori che avevano dato vita e fatto crescere l'associazione, in poco tempo AIDA ha dimostrato di sapersi innovare nei componenti del CD e delle iniziative congressuali.

Un'innovazione rivolta al futuro, la cui progettualità è stata definita anche per il prossimo biennio di presidenza di Saturnino Gasparini, che vede AIDA focalizzata sia ai dermatologi con novità riguardanti ad esempio il format congressuale sia alle aziende in particolar modo per la realizzazione di studi osservazionali.

Un biennio insieme Domenico Piccolo

Cari amici,

questo è il mio ultimo editoriale da presidente dell'AIDA ed oltre ai consueti ringraziamenti è quindi tempo di consuntivi.

Partirei da quello del nostro 25° congresso nazionale. La mia presidenza è stata caratterizzata da Riccione, città simbolo e scelta non casuale degli ultimi due congressi. Molti si saranno chiesti perché ripetere per due anni di seguito un evento così importante nello stesso luogo? I nostri associati devono sapere che è sempre più difficile organizzare un congresso nazionale per i vincoli posti da Farindustria (non può essere fatto in un albergo 5 stelle, non può essere un luogo che abbia nella denominazione SPA, Resort, Villaggio, etc e non può essere fatto in città di villeggiatura dal 1 giugno al 30 settembre).

Pertanto, le scelte possibili oggi in Italia non sono molte e quindi Riccione è il luogo che meglio risponde all'esigenze richieste. Oltre questo, è stata anche una scelta di cuore. In questa magnifica cittadina abbiamo respirato il clima giusto dell'AIDA, un luogo dove poter fare scienza e formazione (il palazzo dei congressi è uno dei migliori d'Italia) e poter essere raccolti (tutti gli alberghi sono a un tiro di schioppo dal congresso).

Il bilancio di quest'ultimo congresso (le nostre nozze d'argento) è stato tra i migliori degli ultimi anni, dimostrazione del fatto che i partecipanti e le aziende hanno apprezzato la scelta di Riccione. Le sessioni scientifiche, secondo i questionari formulati dai partecipanti, sono state molto apprezzate, così come i corsi paralleli. In particolare, il corso sulle emergenze in ambulatorio dermatologico ha ottenuto commenti entusiastici da parte dei fortunati partecipanti (era aperto solo a 30 iscrizioni). Da molti abbiamo ricevuto la richiesta, che spero sarà possibile soddisfare, di rinnovare questo importante momento formativo, estendendolo a un maggior numero di colleghi (si potrebbe pensare di ripeterlo almeno due volte in due giorni differenti). I numerosi speakers, tra i più importanti nel territorio nazionale, hanno nobilitato e impreziosito il nostro programma scientifico, trattando tutti i temi più caldi e attuali del panorama dermatologico senza mai tralasciare quegli aspetti pratici (take away) che caratterizzano da sempre i nostri congressi. Abbiamo avuto anche ospiti stranieri di grandissima levatura internazionale che abbiamo reso fruibili a tutti grazie anche a un servizio di traduzione simultanea.

Oltre all'aspetto scientifico, il nostro ultimo congresso verrà ricordato anche come quello della commemorazione

di due personaggi fondamentali per la dermatologia italiana che purtroppo ci hanno lasciato poco prima dell'evento. Ci riferiamo a Sergio Chimenti (sarebbe stato il Presidente del prossimo Congresso Mondiale di Dermatologia nel 2019 a Milano) e al "nostro" Vito Pietrantonio, pietra miliare e socio fondatore della nostra associazione.

Abbiamo deciso di rendere omaggio a questi nostri due carissimi amici così come sarebbe piaciuto ad ognuno di loro. Per Sergio abbiamo organizzato una partita di calcio allo stadio Nicoletti di Riccione tra la Nazionale dei dermatologi e quella degli informatori scientifici. E' stata anche l'occasione per portare gli iscritti a partecipare al cocktail di benvenuto del congresso direttamente presso lo stadio. Tale iniziativa, originale e unica nel suo genere, è stata molto apprezzata. Per la cronaca, la nazionale dei dermatologi ha battuto i rivali con il punteggio di 6-3, sollevando al cielo il trofeo del primo Memorial Sergio Chimenti.

Per Vito, invece, grazie anche al contributo in denaro dei suoi amici più cari, abbiamo istituito un premio che verrà ripetuto anche nei prossimi anni, da destinare a un giovane che si fosse distinto con una presentazione originale e quindi meritevole secondo una giuria di esperti. Quest'anno il premio è stato assegnato alla dottoressa Margherita Terranova di Catania che ha fatto una magnifica overview sulla sua esperienza dermatologica in una missione africana, piena di fotografie toccanti, scientificamente istruttiva e ricca di spunti di riflessione.

A conclusione della mia esperienza come presidente dell'AIDA non posso che dire di essere stato orgoglioso e fiero di aver potuto svolgere un ruolo così importante nell'associazione che da sempre rappresenta per me e numerosissimi colleghi ambulatoriali un riferimento e un aiuto concreto e indispensabile per lo svolgimento della nostra magnifica professione.

Il consuntivo finale per quanto mi riguarda è decisamente esaltante. In questi due anni abbiamo ulteriormente aumentato il numero dei nostri soci in regola con la quota associativa, testimonianza del fatto che i dermatologi italiani credono in AIDA e in essa si sentono rappresentati e tutelati.

L'assicurazione professionale, la migliore e più conveniente nel panorama nazionale, fortemente voluta dal consiglio direttivo dell'associazione e portata avanti in tutti gli aspetti legali dal nostro grandissimo Valerio Cirfera, rappresenta sicuramente un fiore all'occhiello dell'associazione. Siamo l'unica realtà scientifica italiana

ad avere un ufficio legale di supporto ai dermatologi. Testimonianza dell'apprezzamento da parte dei dermatologi italiani è la presenza numerosa ai vari corsi di dermatologia legale organizzati su tutto il territorio nazionale in questi due anni.

Anche le aziende hanno creduto in noi e nei nostri progetti. Nell'ultimo congresso di Riccione abbiamo avuto una presenza massiccia di aziende, sia appartenenti al mondo dell'etico che del cosmeceutico. Proprio per consolidare questi rapporti, indispensabili per noi per portare avanti idee e progetti e per poter organizzare ogni volta un congresso nazionale interessante e ricco di contenuti, abbiamo organizzato a settembre a Gubbio (prima del master di dermatoscopia), un incontro con molti referenti aziendali per poter condividere con loro le nostre idee per il futuro e indicare con forza e chiarezza la nostra mission, che è quella di andare avanti forti e coesi perseguendo obiettivi di lungo raggio da affidare alle prossime presidenze.

A tal proposito, vorrei ringraziare pubblicamente Saturnino Gasparini, mio braccio destro in questi due anni meravigliosi e prossimo presidente dell'AIDA; il passaggio del testimone sarà naturale e il percorso che abbiamo intrapreso sarà egregiamente proseguito grazie alla guida del migliore. Sarò felicissimo e orgoglioso di poterlo coadiuvare e di fornirgli il mio supporto fattivo nei prossimi due anni con la speranza di essergli di aiuto come lo è stato lui per me.

Essendo l'ultimo mio editoriale, voglio concluderlo ringraziando, oltre a Saturnino, tutte le persone che hanno condiviso con me questi magnifici e faticosi anni di presidenza.

Partirei da Cecilia Pravettoni, unica donna del nostro CD e past president. Questi due anni per lei non sono stati affatto facili ma nonostante tutto ha voluto sempre far sentire la sua presenza e la sua vicinanza all'associazione che tanto ama. Un grazie speciale va ad Alessandro Martella, il nostro esperto di marketing e web e responsabile della rivista. La sua è stata una presenza costante in termini di idee e determinante dal punto di vista pratico. Se la nostra rivista è ancora attiva dopo la morte di Vito è sicuramente merito suo. Fondamentale il supporto di Gianluigi Giovane, anche lui personaggio storico ed emblematico di AIDA, nostro responsabile scientifico, ideatore ed autore principale del programma scientifico di tutti i nostri congressi. Persona colta, saggia e pragmatica, perfettamente in linea con quello che AIDA è oggi e con quello che vuole essere domani. Altra pietra miliare del nostro gruppo è Diego Pini, responsabile e supervisore dei coordinatori regionali. Grazie alla sua pazienza e alla simpatia napoletana che lo contraddistingue è riuscito a trasformare quello che spesso in passato era stato un gruppo anarchico (in senso benevolo ovviamente) in una squadra affiatata e coesa.

Ho lasciato volutamente per ultimo il ringraziamento a Valerio Cirfera, persona mite e tranquilla che però non finisce mai di sorprenderci. Valerio è una forza della natura, appassionato come pochi del suo mestiere, studioso attento e profondo conoscitore degli aspetti legali della nostra professione, sempre pronto a dare il suo prezioso contributo per il bene esclusivo di AIDA e dei suoi associati.

Non posso certo non ringraziare i responsabili della nostra segreteria organizzativa, Paolo Riccio e Michela Possidoni, figure professionali impeccabili e amici veri. Non sarebbe stato possibile svolgere il mio ruolo senza il loro supporto. Presenti, bravi, competenti e corretti sono solo alcuni degli aggettivi che li contraddistinguono e che sicuramente non sono sufficienti per descrivere la qualità del loro lavoro.

Sono stato davvero fortunato a capitanare per due anni questa grandissima squadra. Per me AIDA, oltre che un'incredibile opportunità professionale, ha rappresentato una famiglia, fatta di affetti, di dolore (a volte), di simpatia e stima reciproca. Quello che mi ha sempre entusiasmato del nostro gruppo è che da noi tutti si sentono protagonisti ed ogni incontro è l'occasione per confrontarci su nuove proposte e idee; è questo il motore vero dell'AIDA, una associazione viva e vitale che è destinata a crescere in modo esponenziale perché fondata sulla condivisione e sull'amicizia, da cui nascono progetti utili a migliorare il lavoro di gruppo sempre e solo nell'interesse degli associati.

Da ultimo vorrei ringraziare voi tutti cari colleghi, che ci avete appoggiato e seguito sempre più numerosi. Le critiche, per fortuna di chi si trova alla guida della squadra, non sono mancate ed è proprio da esse che si deve partire per crescere insieme.

Ho lavorato con impegno e dedizione assoluta, di questo, cari amici, posso darvi certezza. Sicuramente avrei voluto dare di più, ma quando si assume un ruolo importante e delicato come quello che ho avuto l'onore di rivestire, credo che l'obiettivo principale sia quello di fare, di lavorare, di ascoltare, di essere presenti e questo, amici, posso dire di averlo garantito.

Dell'affetto e della stima che molti di voi mi hanno manifestato faccio tesoro per la mia professione e per la mia vita; di quello che ho imparato da chi mi ha affiancato faccio dono all'associazione mettendomi a disposizione della prossima presidenza.

Sarò un collaboratore entusiasta come sempre ma, dopo questa esperienza, sarò senz'altro un socio ancora più partecipe, perché ho vissuto in prima persona quanto AIDA sia il suo presidente e quanto il presidente sia AIDA.

Spero di potervi tutti ritrovare a maggio a Roma per il nostro XXVI congresso nazionale. GRAZIE!

Aida 2017-18: un progetto innovativo

Saturnino Gasparini

Cari amici,

alla vigilia del mio mandato mi è sorta immediata una domanda, semplice ma essenziale: quale è il compito del presidente dell'AIDA? Ovvero, cosa posso fare per la mia associazione?

La risposta è sembrata altrettanto semplice... soddisfare le esigenze degli associati. Individuato il compito, bisogna identificare le priorità e quindi attrezzarsi per assolverlo.

Riconoscere queste esigenze appare facile quando, come nel mio caso, sei un dermatologo ambulatoriale, eppure non è proprio così elementare.

Gli ambulatoriali, in realtà, sono un popolo variegato poiché "ambulatoriale" è sinonimo di un ruolo, di un aspetto professionale che è proprio di ogni dermatologo a prescindere dall'età, dal suo inquadramento o ente di appartenenza, che sia un dipendente ASL, un ospedaliero, un universitario o un libero professionista.

Soddisfare quindi, attraverso l'AIDA, le esigenze del dermatologo ambulatoriale significa, in pratica, appagare le aspettative di quasi tutti i dermatologi.

Un compito impegnativo, poiché oggi vuol dire non solo fornire un pratico aggiornamento scientifico, clinico e tecnologico ma anche dispensare una serie di servizi utili, anzi essenziali, per l'esercizio dell'attività ambulatoriale.

Se questo è il compito del presidente, il mio ruolo diventa quasi quello di un imprenditore che deve dotare la sua impresa degli strumenti utili per raggiungere gli obiettivi suddetti. Poiché gli strumenti vengono identificati principalmente nei collaboratori che mi assisteranno nel mandato, abbiamo allargato ed arricchito il nostro CD con nuove figure professionali competenti.

Dal confronto di esperienze e idee del nuovo comitato direttivo e naturalmente dalla voce della base dell'associazione nasceranno e si svilupperanno le proposte utili per soddisfare sia le aspettative che le esigenze dell'"ambulatoriale".

In proposito, i progetti già in cantiere sono diversi e spaziano dal campo educativo a quello dei servizi.

Cercherò anzitutto, assieme ai miei collaboratori, di concretizzare un nuovo format per il nostro congresso nazionale. Un format che non solo consolidi ed esalti gli aspetti pratici che lo hanno sempre distinto dagli altri eventi ma che, allo stesso tempo, risulti innovativo soprattutto attraverso modalità di comunicazione diverse al fine di rendere sempre più attuale il nostro modello di formazione. Un modello di formazione utile e concreto, tagliato su misura per le nostre esigenze e che non vogliamo si fermi al congresso nazionale, ma che cercheremo di esportare in varie regioni, mediante diversi eventi educativi.

Nell'ottica di offrire servizi utili al dermatologo ambulatoriale, continueremo a fornire ai nostri associati una vantaggiosa opportunità assicurativa studiata e tagliata su misura per lo specialista che esercita anche attività di dermatologia estetica e chirurgica. Un'attenzione particolare sarà rivolta, inoltre, allo sviluppo del nostro sito che subirà degli interventi significativi al fine di renderlo uno strumento sempre più importante ed attivo di comunicazione tra associazione ed utente, tra utente ed utente e tra l'associazione e le aziende. A proposito di aziende, continueremo a sottolineare alle stesse l'importanza dell'esperienza clinica individuale dell'ambulatoriale e della nostra presenza capillare ed organizzata sul territorio quali elementi concreti, nonché affidabili, per la realizzazione di studi osservazionali e di eventi scientifici.

Ma credo che l'AIDA possa e debba fare qualcosa di più. Uno dei servizi che dovrebbe realizzare un'associazione di specialisti è certamente quello di affermare e tutelare l'immagine professionale dei propri iscritti. Un servizio

scontato e dovuto, eppure in realtà mai realizzato dalle diverse società scientifiche di dermatologia. Si sollevano spesso lamenti e proteste per le numerose invasioni delle aree che spettano al dermatologo, ma è sempre un coro di voci che rimane confinato nelle nostre stanze. Mai abbiamo sentito o letto di alzata di scudi concrete e mediatiche in difesa dei nostri spazi professionali, oggi sempre più spesso occupati da professionisti diversi dal dermatologo.

E' ora che la nostra associazione, indipendentemente dal consenso e dalla collaborazione delle altre, rivolga un'attenzione particolare a questo aspetto e promuova delle iniziative di informazione per i pazienti al fine di affermare e ribadire il significato di un titolo: Specialista in Dermatologia. A tal fine ci adopereremo, attraverso iniziative che stiamo valutando, affinché tanti anni di studio ed impegno vengano distintamente apprezzati e riconosciuti dalla popolazione come elementi discriminanti e differenziali del dermatologo rispetto ad altre, diverse figure professionali.

Una simile iniziativa è doverosa anche e soprattutto per difendere il futuro dei giovani specialisti. Inutile nascondere che i dermatologi in Italia sono decisamente tanti e che, di conseguenza, risultano ridotti gli spazi di manovra e le opportunità di lavoro. Se le associazioni, che dovrebbero anche monitorare e tutelare questi spazi, si limitano a fornire solo servizi formativi, quali possibilità professionali avranno i nostri giovani dermatologi?

Quando, molti anni fa, entrai nel direttivo della nostra associazione ero uno dei membri più giovani. Ora sono un dermatologo più che maturo ma conservo ancora uno spirito combattivo, voglia di fare e capacità di sognare. Aspetti essenziali per un "ambulatoriale", che ho potuto mantenere poiché ho attraversato tempi professionalmente più comodi. Aspetti che la nostra associazione deve sforzarsi di trasferire e coltivare nell'animo dei tanti giovani colleghi che oggi, a ragione, stanno perdendo la capacità di sognare.

Come dicevo, è ora di agire. Tuttavia, mentre l'associazione studierà le contromisure, molti di noi, riflettendo sulle tante invasioni di campo, hanno il dovere di un obiettivo esame di coscienza. Molti dovranno chiedersi perché demandano la loro chirurgia, perché non si attrezzano con i laser basilari, perché non praticano fillers e botox, perché non effettuano un tricogramma o una biopsia ungueale. Un insieme di domande doverose prima di godere, comunque, delle eventuali iniziative a tutela dell'immagine della propria specialità. La mancata soddisfazione, infatti, di queste richieste diagnostiche e terapeutiche da parte di una fetta della nostra categoria genera e continuerà a generare una fisiologica attrazione dei pazienti verso altri professionisti del settore. Pertanto, vorrei che tenessimo tutti ben in mente che i nostri spazi sono difendibili con autorevolezza solo se ci impegniamo ed attrezziamo per farlo.

Cari colleghi, da quanto scritto gli obiettivi sono molti ed impegnativi ma ho fiducia che li raggiungeremo, poiché ho la fortuna di ricevere il testimone da un presidente che ha svolto un ottimo lavoro e quella di contare su un comitato direttivo costituito da un gruppo di amici affiatati, competenti e motivati.

Come ogni presidente che si rispetti, potrei concludere con l'affermazione: sarò il presidente di tutti, ma voglio essere sincero, in realtà sarò soprattutto il presidente di quanti avranno voglia di lavorare concretamente per il bene della nostra associazione e per l'affermazione della nostra specialità.

Il fotodanno cronico e il campo di cancerizzazione Alessandro Martella



I danni da esposizione al sole possono essere acuti, la classica scottatura solare, e cronici. Quest'ultimi responsabili del danno attinico e del campo di cancerizzazione ma anche dei tumori cutanei non melanocitari.

Oggi, desidero condividere con voi le mie osservazioni circa il fotodanno cronico e le sue conseguenze cutanee.

Non mi risulta che in letteratura medica sia stato già pubblicato nulla del genere e la mia ipotesi si basa semplicemente sull'osservazione clinica e nel tempo dei pazienti visitati.

Da clinico, da dermatologo che osserva e documenta le manifestazioni cutanee prima, durante e dopo un trattamento ma anche a distanza di tempo per controllarne il decorso ho notato alcune condizioni cliniche, che potrebbero essere se confermate, molto importanti per definire la carta di rischio di un paziente al momento della visita dal dermatologo.

Definirò tra poco cosa intendo per carta di rischio.

Oggi quando parliamo di fotodanno cronico l'attenzione del dermatologo è incentrata solo sulla singola lesione, nel caso specifico la Cheratosi Attinica, e di conseguenza sul suo trattamento ignorando il contesto cutaneo dove la lesione si è manifestata.

E' come se uno indicasse la Luna e l'altro si limitasse ad osservare l'indice che segnala in che direzione osservare.

Sappiamo già come dermatologi, mi auguro che ne siamo anche consapevoli, che la Cheratosi Attinica è solo un epifenomeno del campo di cancerizzazione cutaneo e che per ogni lesione clinicamente visibile e apprezzabile ce ne sono almeno altre 10 subcliniche non osservabili ad occhio nudo.

Se clinicamente ad oggi non abbiamo elementi per osservare le lesioni subcliniche del campo di cancerizzazione è possibile immaginare un punto di vista alternativo che ci permetta di confermarne la presenza in un paziente e soprattutto di prevedere quale potrebbe essere l'evoluzione della sua storia clinica nel tempo?



A mio avviso, la risposta è sì!

Questa mia personale convinzione nasce dal fatto che le manifestazioni del fotodanno cronico non sono uguali per tutti e che forse è giunto il momento di iniziare a parlare di fotodanni cronici i quali condividono solo una medesima condizione il danno d'organo alla cute.

E' proprio questo il punto: il danno d'organo!

Il danno d'organo

Il nostro punto di partenza deve essere sempre la pelle del paziente per aver ben chiaro in quale contesto si manifesta il fotodanno cronico e quali sono di conseguenza le tipiche manifestazioni cutanee nonché prevedere quale potrebbe essere il decorso nel tempo della patologia, fattore di rischio per l'insorgenza dei tumori cutanei non melanoma.

Così facendo si potrebbe immaginare una carta del rischio della persona, individuale per ogni soggetto per lo sviluppo di tali tumori.

La carta del rischio del paziente con fotodanno cronico

Da un punto di vista pratico, capita di visitare pazienti di età diversa con una propria storia personale e professionale, fototipo e fenotipo differente.

Siamo sicuri che la Cheratosi Attinica è l'unica lesione osservabile del fotodanno cronico?

Non credo!

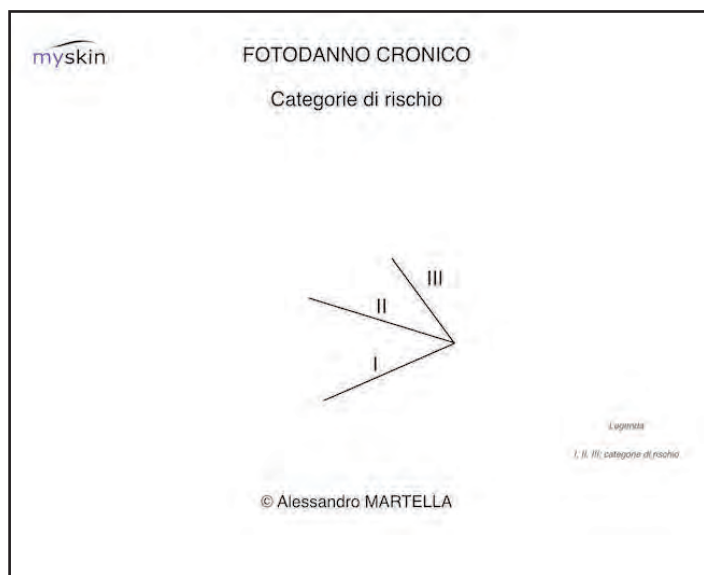
La Cheratosi Attinica è solo una delle possibili manifestazioni.

A mio avviso esistono tre categorie di pazienti con fotodanno cronico:

- pazienti con un basso rischio di sviluppo di tumori cutanei non melanoma
- pazienti con rischio considerevole di sviluppare d'emblée e magari contestualmente Basaliomi e Spinaliomi
- pazienti a rischio di sviluppare essenzialmente Spinaliomi d'emblée.

Attualmente non sono in grado di riportare valori percentuali dei precedenti rischi citati e ricordo che quanto riportato nel post è solo un'ipotesi clinica.

Da un punto di vista grafico si potrebbe immaginare un ventaglio dove all'estrema sinistra si collocherebbero i primi pazienti descritti, al centro i secondi e all'estrema destra gli ultimi.



In questo ipotetico ventaglio, il rischio di sviluppare tumori cutanei non melanoma aumenta via via che da sinistra ci si sposta verso il centro e poi a destra.

Se questa ipotesi fosse confermata, si potrebbe sempre immaginare di associare ad ognuna delle categorie citate algoritmi terapeutici dedicati.

Oggi, invece, ci si limita a terapie finalizzate alla rimozione della Cheratosi Attinica o al trattamento del campo di

cancerizzazione, sia con trattamenti fisici o chimici, rischiando di cadere nella trappola della futile discussione di quale sia l'approccio migliore.

E come se discutessimo se per l'Acne funziona di più l'isotretinoina, l'antibiotico o il laser. Dipende!

A tutto ciò va aggiunto che ogni dermatologo tende ad usare solo alcune delle metodiche e delle terapie disponibili facendo affidamento solo su quelle con le quali ha una maggiore dimestichezza.

Personalmente sono fermamente convinto che tutte le attuali possibilità terapeutiche sono valide e che andrebbero strutturate in algoritmi terapeutici, specifici per ogni categoria di rischio.

Così facendo il dermatologo potrebbe avere delle linee guida da consultare per il corretto trattamento dei pazienti con fotodanno cronico.

Ovviamente sarebbe necessario prima di tutto una conferma dell'ipotesi descritta e poi studi per la messa appunto di tali algoritmi per la definizione di linee guida universali.

Quali sono le manifestazioni cliniche delle diverse categorie di rischio del paziente con fotodanno cronico

Prestando attenzione a non correre il rischio di ragionare per compartimenti stagni perché in medicina le sfumature sono la regola, di seguito i dettagli sulle diverse manifestazioni cliniche delle tre differenti categorie di rischio descritte.

Per poter includere sia gli uomini e le donne ho considerato le mie osservazioni sulle manifestazioni del fotodanno cronico localizzate al viso sebbene i primi, spesso a causa dell'alopecia androgenetica responsabile dell'esposizione cronica del cuoio capelluto, presentano a livello del capo delle manifestazioni aggiuntive.

Prima di tutto, sottolineo che tutti i pazienti con fotodanno cronico condividono cinque condizioni:

- età adulta, superiore ai 50/60 anni
- esposizione cronica al sole
- comparsa di manifestazioni ex novo, non presenti alla nascita per intenderci
- manifestazioni localizzate elettivamente nelle aree fotoesposte
- danno d'organo

Al contrario le manifestazioni del fotodanno cronico possono essere diverse da soggetto a soggetto.

AGGIORNAMENTO

Sono consapevole che quest'ultima affermazione potrebbe sembrare provocatoria ma è proprio in funzione del tipo di fotodanno cronico che varia la clinica.

Non spetta a me il compito, sempre se l'ipotesi fosse confermata, di spiegare le ragioni e i meccanismi biologici responsabili di tutto ciò ma da clinico ho come l'impressione che in questi diversi gruppi di soggetti varia l'entità (la quantità) e la profondità (il livello cutaneo) del fotodanno.

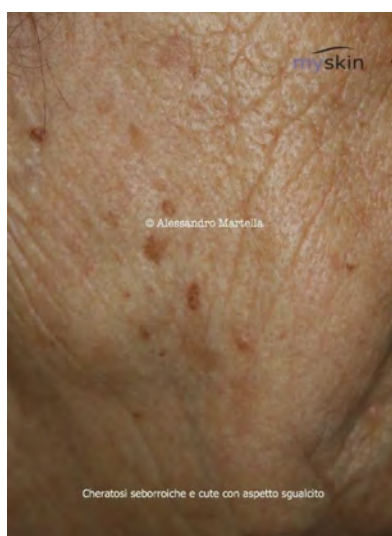
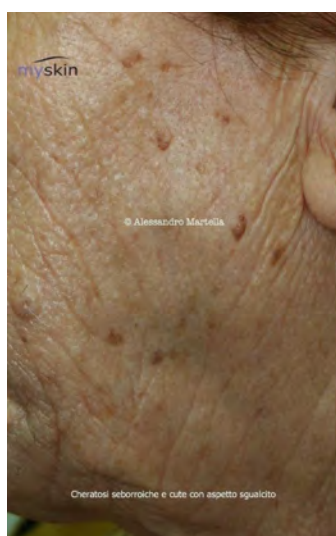
Categoria 1: basso rischio per lo sviluppo di tumori cutanei non melanoma

Si tratta di soggetti che clinicamente presentano essenzialmente lentigo solari e cheratosi seborroiche localizzate, ovviamente, nelle sedi fotoesposte.

La presenza di tali manifestazioni è responsabile di una pigmentazione non uniforme dell'area interessata e le varie lesioni si presentano di forma circolare, ovalare, ben definite piane o leggermente rilevate sul piano cutaneo. Tutte hanno una colorazione brunastra e diverse sono le tonalità possibili.

Un altro aspetto saliente riguarda la cute apparentemente sana che si presenta aflegmasica, ovvero non infiammata e la tessitura cutanea più o meno solcata da fini rughe come se la pelle fosse squalcita.

In questi soggetti sono pressoché assenti le Cheratosi Attiniche.



Categoria 2: rischio considerevole di sviluppare anche contestualmente Basaliomi e Spinaliomi

La pelle di questi pazienti appare tesa, liscia e le rughe presenti sono fisiologiche, dovute all'età, o d'espressione.

E come se la pelle fosse sottesa da un edema e infiammazione sottocutanea cronica. Sono infatti soggetti che ad occhio nudo presentano un eritema, un arrossamento persistente e in alcuni casi anche la presenza di teleangectasie alle guance e al naso come da neoangiogenesi.

L'entità di tale arrossamento varia da tonalità molto sfumate quasi rosa al rosso intenso. L'arrossamento può essere localizzato oppure diffuso e confluyente.

Sono soggetti che presentano Cheratosi Attiniche il cui numero sembrerebbe essere inversamente proporzionale all'entità del rossore clinicamente osservabile.

L'entità del rossore e la sua estensione aumenterebbero il rischio di sviluppare Basaliomi o Spinaliomi, che in alcuni casi si possono manifestare anche contestualmente. Mentre se presente un rossore meno intenso, localizzato e non confluyente che magari interessa più aree fotoesposte il quadro clinico è caratterizzato elettivamente dalla presenza di Cheratosi Attiniche, che come noto possono evolvere verso la forma invasiva dello Spinalioma così come rimanere stazionario nel tempo o regredite.

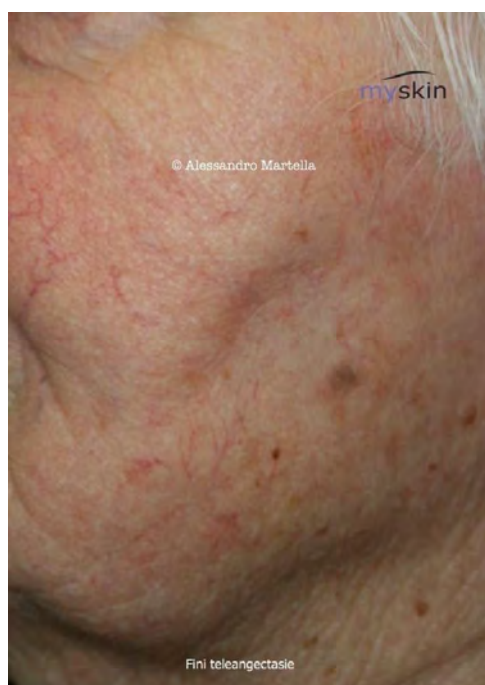
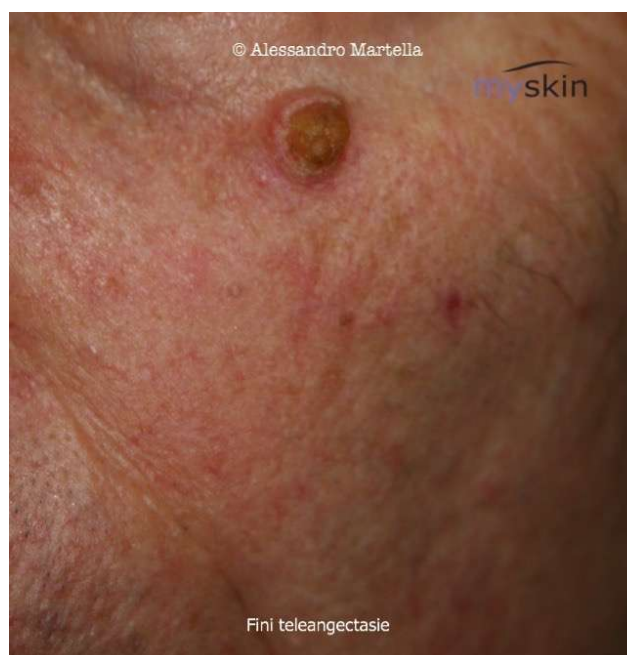
Quanto appena descritto non deve destare sorpresa perché come dermatologi sappiamo già che una Cheratosi Attinica iniziale osservata in dermatoscopia è caratterizzata dalla presenza di un pattern a fragola rosso, ovvero un arrossamento diffuso interrotto dalla presenza di aree circolari bianco-giallastre e che quando presenti segni di neovascolarizzazione e/o un pattern vascolare atipico sono i segnali dell'evoluzione della lesione verso la forma invasiva dello Spinalioma. Se dall'osservazione dermoscopica della singola lesione allargassimo l'osservazione sul contesto in cui la manifestazione è presente riusciremmo a cogliere segni clinici descritti altrettanto significativi.



Categoria 3: rischio di sviluppare essenzialmente Spinaliomi d'emblée

Si tratta di soggetti che compatibilmente con l'età anagrafica hanno una pelle rosa, chiara. Mancano tutte le manifestazioni descritte nelle due categorie precedenti così come manca quell'aspetto di pelle sgualcita e rugosa, anzi hanno una pelle che presenta un turgore, molto probabilmente a causa di un sottocute ben rappresentato. Ciò che emerge dall'osservazione clinica è la presenza di diverse angettasi di calibro apparentemente uniforme che possono essere sia fini sia più grossolane. Si localizzano alla guancia al limite con la palpebra inferiore, al naso o anche e solo alle guance. Hanno un decorso tortuoso e possono decorrere sia parallelamente tra loro oppure distribuirsi a raggera.

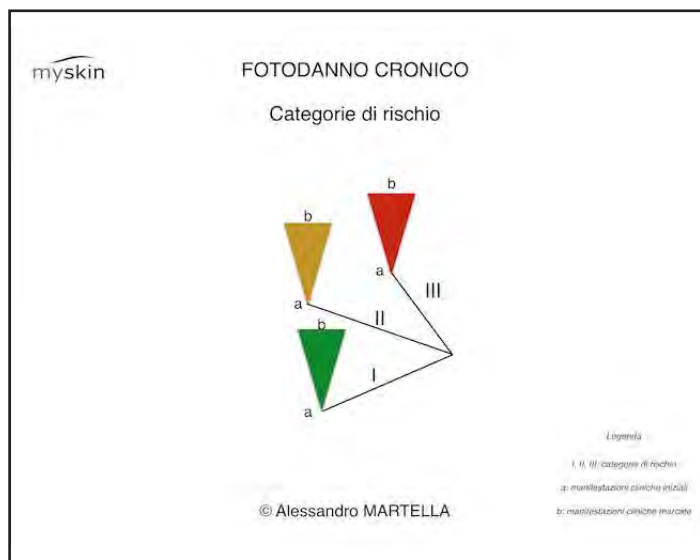
Sono soggetti che improvvisamente possono sviluppare Spinaliomi o Cheratoacantomi d'emblée.



I soggetti appartenenti ad una data categoria descritta non evolverebbero da una ad un'altra perché verosimilmente dovute soprattutto agli individuali e intrinseci meccanismi biochimici che neutralizzano e riparano il danno cellulare indotto dall'esposizione cronica al sole.

Al contrario è presente una gravità diversa per ogni categoria di rischio legata ovviamente dall'età dei soggetti al momento della prima visita dal dermatologo e allo stile di vita individuale. Solo in questo caso un soggetto che ad esempio presenta minime e iniziali manifestazioni della seconda categoria di rischio può peggiorare fino alla comparsa di segni clinici più marcati e diffusi.

Quindi tornando al concetto del ventaglio è possibile immaginarne uno sviluppo in orizzontale per rappresentare le diverse categorie di rischio e per ogni categoria uno in verticale per descrivere le manifestazioni dalle precoci a quelle più gravi e marcate.



Possibili algoritmi terapeutici

A questo punto identificate le 3 possibili categorie di rischio e definita per ognuno di essa l'entità del fotodanno cronico del paziente, l'ideale sarebbe disporre di algoritmi terapeutici specifici da adottare.

Cosa fare in un paziente appartenente alla categoria 1

Per la rimozione delle cheratosi seborroiche e delle lentigo solari si potrebbe eseguire il laser o la crioterapia e monitorare nel tempo il paziente.

Cosa fare in un paziente appartenente alla categoria 2

In questo caso l'approccio dovrebbe tener conto dell'entità dell'arrossamento cutaneo e quindi delle Cheratosi Attiniche presenti.

Ad esempio se l'arrossamento è modesto e localizzato e fossero presenti pochissime Cheratosi Attiniche si potrebbe immaginare di utilizzare metodiche, anche combinandole insieme, per la rimozione delle Cheratosi Attiniche associate sempre al trattamento campo di cancerizzazione.

Per quest'ultimo, considerati i farmaci attualmente disponibili, si potrebbe immaginare di utilizzarli da soli oppure in sequenza, magari prevedendo dei cicli nel tempo, alternando in base alla clinica quelli che è necessario applicare solo per pochi giorni ad altri che invece devono essere applicati per diverse settimane.

Se invece il paziente presenta solo con un arrossamento importante e diffuso si potrebbe ipotizzare di iniziare immediatamente con il trattamento del campo di cancerizzazione prediligendo preferibilmente terapie da seguire per pochi giorni e poi subito dopo a seguire altre da far proseguire al paziente nel tempo. Anche in questo caso si potrebbero valutare il beneficio ad eseguire dei cicli periodici alternando i trattamenti tra loro. Fondamentale il follow up del paziente per monitorare il decorso.

Infine, se presenti Basaliomi o Spianliomi provvedere all'asportazione chirurgica oppure per i primi valutare la fattibilità di possibili trattamenti fisici se dermoscopicamente presentano pattern suggestivi di lesioni superficiali.

Cosa fare in paziente appartenente alla categoria 3

In questi casi il tutto si limiterebbe alla rimozione della lesione tumorale sospettata.



Conclusioni

Spesso quando pensiamo ai tumori della pelle l'attenzione generale si concentra solo sul Melanoma rischiando di trascurare invece tutti gli altri, in primis Cheratosi Attinica, Spinalioma e Basalioma. Inoltre, ancora oggi è alto il rischio di confondere le manifestazioni cliniche della Cheratosi Attinica come normale e fisiologica pelle secca localizzata alle aree fotoesposte dell'adulto o dell'anziano.

Da dermatologi dobbiamo prestare sempre massima attenzione nell'individuare le lesioni cutanee a rischio ma anche dei soggetti maggiormente a rischio per quanto riguarda lo sviluppo dei tumori così come è una nostra responsabilità sensibilizzare e informare i pazienti sull'argomento.

La rilevanza di tali patologie è tale che nel caso del fotodanno cronico ho deciso di condividere la mia ipotesi sulle categorie di rischio con l'idea che possa essere veritiera la carta del rischio per una migliore e puntuale gestione di tali pazienti.

Gubbio

Dermoscopia ed Imaging Cutaneo
Advanced Meeting

17

...aggiorniamo le mappe

Park Hotel Ai Cappuccini

Scegli la tua data

6-8 Aprile 2017

21-23 Settembre 2017

Chairmen

S. Gasparini, G.L. Giovane

Segreteria Organizzativa



Joining People Srl

Tel +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308

gubbio@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

 **dermoscopyforum**
estendi la tua dermoscopia

www.dermoscopyforum.it

MEETING DI DERMOSCOPIA ED IMAGING CUTANEO

Gubbio 17 “Aggiorniamo le mappe”

Gubbio, 6-8 aprile 2017 / Gubbio, 21-23 settembre 2017

RAZIONALE SCIENTIFICO

A 35 anni dallo storico ingresso della dermoscopia nella trattatistica “che conta” (Fritsch P., Pechlaner R: Diferentation of benign from malignant melanocytic lesions using incident light microscopy, In: Ackerman AB. Pathology of malignant melanoma. Masson, 1981:301.) la semeiotica dermoscopia è ancora un grande, affascinante cantiere aperto che quotidianamente si arricchisce di nuove acquisizioni.

Nel tempo, tuttavia, si sono venuti meglio a delineare i tre principali campi di applicazione della metodica: quello - primigenio - della Oncologia Dermatologica; quello, emergente, della Dermatologia Generale; e infine quello, quanto mai attuale, della Tricologia.

All'aggiornamento sistematico di tali fondamentali blocchi tematici è dedicata l'edizione 2017 del meeting di Dermoscopia ed Imaging Cutaneo di Gubbio, evento come di consueto dedicato ai medici specialisti cultori della materia, che si propone la formazione teorico-pratica e l'aggiornamento sui temi e sulle tecniche principali della metodica.

Le Sessioni tematiche analizzeranno quindi le più recenti acquisizioni in ambito di lesioni neoplastiche (nevi e melanomi, carcinoma basocellulare, carcinoma squamoso e suoi precursori, altri tumori mesenchimali), di dermatologia generale (malattie infiammatorie eritematosquamose, patologie granulomatose, scleroatrofiche, infettive e del connettivo), di tricologia (alopecie cicatriziali e non cicatriziali, anomalie del fusto, parassitosi, etc.).

Una quarta Sessione verrà dedicata alle problematiche medico-legali in dermoscopia, tematica particolarmente sentita dai dermatologi, vista l'esponentiale crescita dei contenziosi medico-legali per presunti errori diagnostici o procedurali nella pratica dermoscopia quotidiana.

Non mancheranno infine le consuete sessioni interattive (“A voi la diagnosi”) per valutare il grado di apprendimento operato dai discenti.

A conclusione dei lavori i partecipanti dovrebbero:

- aver migliorato le proprie capacità diagnostiche nei confronti delle lesioni neoplastiche melanocitarie e non melanocitarie;
- aver migliorato le proprie capacità diagnostiche nei confronti delle presentazioni più classiche e più inconsuete e delle patologie cutanee infiammatorie, granulomatose, scleroatrofiche ed infettive.
- aver migliorato le proprie capacità diagnostiche nei confronti delle patologie dei capelli e del cuoio capelluto, comprese le parassitosi.
- affinare le proprie conoscenze e risorse strategiche nell'ambito giuridico, organizzativo, della tutela della privacy, del consenso informato, della refertazione per limitare il rischio di contenzioso medico-legale nella pratica dermoscopia quotidiana.

PRESENTAZIONE

AIDA 2017: dal Dermatologo 2.0 al Congresso 2.0

Dopo oltre un decennio il Congresso Nazionale AIDA fa il suo ritorno nella Capitale, impareggiabile occasione per ritrovarsi tutti nei tecnologici spazi congressuali del Barcelò Aran Mantegna. Mai come quest'anno AIDA si è impegnata per innovare il *format* dell'evento, per far interagire e coinvolgere attivamente i partecipanti nello svolgimento delle sessioni scientifiche del congresso.

Fortemente volute dal Presidente Saturnino Gasparini, che vede nella modernizzazione della comunicazione e nel coinvolgimento diretto della platea la sua principale *mission*, sono nate sessioni davvero innovative, quali:

- "Just do it" - una sorta di orazione a fare da noi ciò che troppo spesso demandiamo ad altre figure professionali o semplicemente ad altri colleghi
- "Faccia a Faccia" di *vespiana memoria*, dove importanti *opinion leaders* si confronteranno tra loro e con il pubblico su tematiche quantomai attuali, spesso scottanti e contrastanti della pratica dermatologica quotidiana
- "l'Angolo della discussione" - per approfondire direttamente con il relatore gli argomenti del suo intervento in uno spazio dedicato.

Non mancheranno ovviamente corsi dedicati alla dermatologia estetica e correttiva, alle problematiche di dermatologia legale e - dopo lo straordinario successo dell'anno scorso - quello sulle emergenze in ambulatorio.

E non è tutto!

Al prossimo Nazionale AIDA parleremo anche di FUTURO, del futuro della nostra professione partendo proprio dal presente...

Insomma, sarà un congresso *unconventional*!

XXVI
**Congresso
Nazionale**

AIDA 26

24/27 MAGGIO 2017

ROMA

Barcelò Aran Mantegna
Via Andrea Mantegna, 130

Presidente del Congresso
Saturnino Gasparini



Segreteria Organizzativa

Joining People Srl

Tel +39.06.2020227 - Fax +39.06.20421308

aida@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

Margherita Terranova

Presento il caso di una signora di anni 45 giunta alla mia osservazione per il controllo dei nei. Alla fine della visita la mia attenzione si sofferma su di una lesione pigmentata plantare sx, asintomatica, delle dimensioni di mm 7, a chiaro pattern a creste parallele e struttura irregolare per pattern, bordi e colore. La paziente non è in grado di indicare da quanto tempo sia presente la lesione.

Procedo alla asportazione completa della lesione temendo il peggio, ma l'esame istologico ha dato esito di nevo congenito.

Dermoscopicamente il pattern palmoplantare a creste parallele può riscontrarsi nel melanoma acrolentiginoso, le emorragie subcornee, le macule di sindromi specifiche (Peutz-Jeghers e Laugier-Hunziker), le colorazioni esogene (tatuaggi) ed il nevo congenito.



L'ATLANTE IN DERMATOLOGIA

I casi clinici e dermoscopic di Gian Luigi Giovane



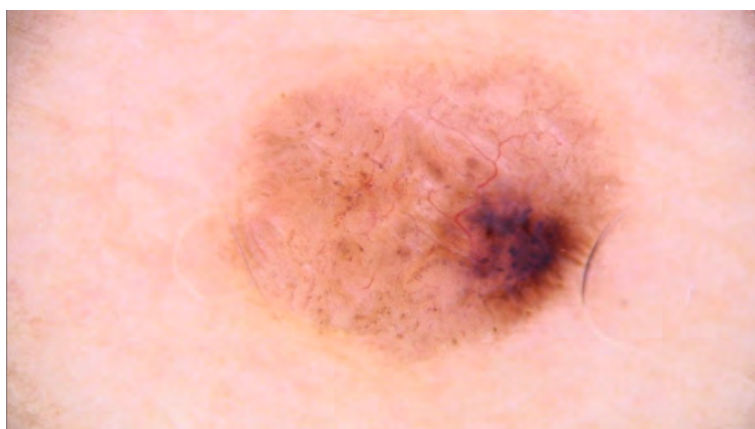
*Angioma
trombizzato*



*Angioma
trombizzato*



Basalioma



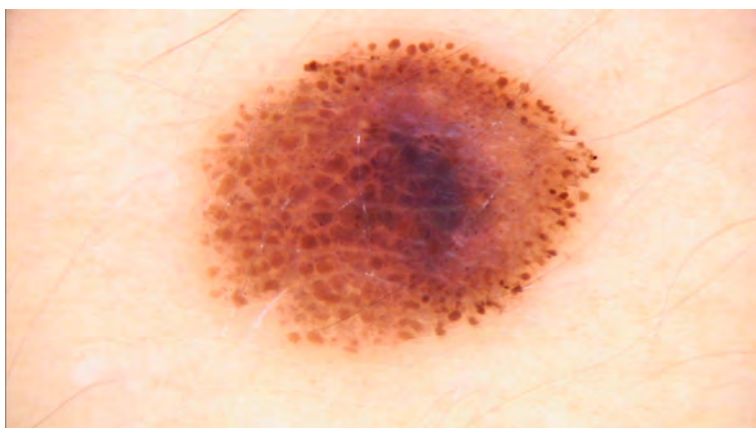
Basalioma

L'ATLANTE IN DERMATOLOGIA

I casi clinici e dermoscopici di Gian Luigi Giovane



Spitz



Spitz



ssm 0,59mm su spitz



ssm 0,59mm su spitz



Laboratori Farmaceutici Savoma Medicinali S.p.A - Parma
Divisione Dermo - Cosmesi
www.savoma.it



UN'AZIONE SINERGICA
PER CONTRASTARE
IL ROSSORE CUTANEO

Flogeak crema



Il risultato nelle prestazioni sanitarie a finalità estetiche

Valerio Cirfera

Segretario Nazionale AIDA

Responsabile CeSiDeL "Vanni Labrini"

Centro Studi Italiano Dermatologia Legale

Introduzione

Nella pratica medica, è frequente porsi il quesito se il sanitario debba rispondere o meno del risultato della sua prestazione professionale, allorquando sia difforme da quello richiesto, sperato e atteso dal suo paziente. Tale problematica rientra nel capitolo, alquanto più vasto, articolato e dibattuto, della responsabilità sanitaria sugli obblighi fondamentali che l'operatore ha nei confronti del suo interlocutore, che, se inadempiti, pongono a suo carico l'onere di risponderne.

Gli obblighi del medico

Il medico – chirurgo nella sua prestazione d'opera professionale ha essenzialmente due obbligazioni verso il suo paziente. La prima è costituita dal dovere irrinunciabile e indifferibile dell'adeguata informazione sulla natura, finalità, benefici ed eventuali rischi correlati al suo intervento diagnostico – terapeutico (obbligo di informazione); la seconda obbligazione è insita nel corretto adempimento del suo lavoro, in termini di mezzi e comportamento, finalizzato alla risoluzione del contingente problema di salute dell'assistito o, in alternativa, al suo miglioramento (obbligo di mezzi). In realtà, proprio nel merito dell'effetto della prestazione sanitaria, è prospettabile un terzo obbligo, ancorchè discusso e non univocamente condiviso e condivisibile, inerente i termini del risultato conseguibile (obbligo di risultato).

Obbligo di mezzi

È la tematica della responsabilità medica che si occupa di un principio unanimemente condiviso e

assolutamente acclarato e incontrovertibile (1), secondo cui il sanitario non può svolgere la sua attività se non approfondendo il massimo impegno e diligenza professionale esigibile, di cui all'art. 1176 del codice civile, con competenza e ponderazione, in osservanza dello stato dell'arte consolidato e in relazione alla natura e complessità della sua prestazione d'opera professionale, che non può essere solo quella del buon padre di famiglia, ossia dell'uomo medio, ma quella dell'operatore qualificato. L'adempimento della sua prestazione è soddisfatto quando, al fine del raggiungimento dello scopo di quest'ultima, ha messo in atto tutto ciò di cui poteva disporre, in termini di condotta professionale e mezzi, sulla base dello standard scientifico, dello stato dell'arte e tecnologico raggiunto nel lasso temporale in cui l'attività è stata esercitata, senza tuttavia garantirne il conseguimento, ovvero il sanitario si obbliga nei confronti del suo paziente in termini di mezzi (obbligo di comportamento), ma non di risultato (2), a meno che quest'ultimo non sia stato preventivamente pattuito in modo inconfutabile (3), ovvero promesso e garantito come certo, nel contratto pre-operativo.

Obbligo di risultato

Per meglio comprendere la problematica, è doveroso e utile ai fini didattici, operare una semplice distinzione, tra l'attività clinica che abbia come oggetto e finalità la diagnosi e la cura di un processo morboso e quella avente come finalità ben specifica il miglioramento o la risoluzione di un inestetismo. Per costante dottrina medico-giuridica e giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, il conseguimento di un risultato utile alla fine della prestazione d'opera posta in essere dal sanitario nei confronti del suo interlocutore, non è garantito in ambito clinico (4), facendo eccezione, secondo alcune recenti pronunce (5), gli atti



medico-chirurgici di semplice effettuazione ad esito costantemente prevedibile; in tali casi il risultato difforme da quello previsto come standard, pone in essere un profilo di responsabilità per inadempimento della prestazione d'opera professionale. Di fatti, l'intervento chirurgico di routine o di facile esecuzione, consolida il diritto del paziente al risultato positivo (failed back surgery: sindrome da intervento medico non riuscito), in quando viene effettuato tramite regole tecniche che, per comune consenso e consolidata sperimentazione, sono ormai acquisite alla scienza e alla pratica medica, per cui l'oggetto dell'obbligazione non è più soltanto l'impegno conforme alle regole dell'arte, bensì anche il risultato positivo che ci si attende da quel genere di operazione. L'intervento è di "difficile esecuzione", quando il caso concreto sia straordinario od eccezionale, sì da essere non adeguatamente studiato dalla scienza medica e

sperimentato nella pratica (se non addirittura ignoto), ovvero quando nella scienza medica siano proposti e dibattuti diversi, ed incompatibili tra loro, sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica, tra i quali il medico operi la sua scelta. In siffatte circostanze la responsabilità è solo di mezzi, allorché sia dimostrata negligenza e imprudenza ed il risultato deve essere valutato in relazione alle variabili incidenti sulla difficoltà medesima e quindi non ricorre presuntivamente ma deve essere valutato nel caso concreto, fermo restando che addebitare la responsabilità da insuccesso o successo parziale all'operatore è molto difficile per il paziente, il cui onere probatorio è alquanto gravoso per tali casi. Al medico spetta solo dimostrare che l'obbligo di risultato non è stato assolto per motivi a lui non imputabili, a meno che non gli venga addebitata e dimostrata una colpa grave, per aver commesso un errore

inescusabile, che abbia impedito l'ottenimento del risultato atteso (art. 2236 c. c.).

L'ambito in cui l'obbligo di risultato trova il suo alveo di ricorrenza naturale, sia che la prestazione sia di facile che di difficile esecuzione, è quello in cui il conseguimento effettivo e certo di un beneficio perseguito dal sanitario è la ragion d'essere della messa in atto della prestazione, specificatamente richiesta a tal fine dal suo interlocutore, come nelle prestazioni odontoiatriche di implantologia protesica (6), in alcune evenienze di medicina sportiva e nell'ambito della medicina e chirurgia a finalità puramente estetiche, in cui il committente chiede al prestatore d'opera, di ottenere un preciso risultato come esito del suo operato.

Obbligo di risultato in medicina e chirurgia estetica

Anche in questo caso, al fine di meglio comprendere la specifica problematica, è opportuno differenziare gli interventi a finalità estetica in due grandi categorie, quelli funzionali, se trattano un inestetismo derivante da un'anomalia somatica o una malattia ad incidenza negativa anche sull'aspetto esteriore dell'individuo e quelli puramente o semplicemente voluttuari, se mirano a risolvere una rappresentazione somatica esteriore, apparentemente priva di riflessi negativi sulla salute (7), scevra da alterazioni o anomalie obiettive, ma tali ritenute solo dal soggetto che ne richiede il miglioramento o l'eliminazione, in sintesi non richieste per un effettivo bisogno di salute, ma solo per mero scopo di bellezza e vanità. La prima categoria di interventi o trattamenti, a finalità mista, estetica-funzionale, ovvero rivolti a ripristinare, ricostituire e correggere una rappresentazione somato-esteriore danneggiata da eventi pregiudizievoli acquisiti o anomala o alterata per cause genetico-costituzionali, possono essere annoverati alla stregua di quelli classici terapeutici, per cui l'obbligo di risultato non ricorre o, comunque, non dovrebbe ricorrere in presunzione legale d'origine. Negli atti puramente estetici o voluttuari, si pensi ai filler volumizzanti delle labbra, alla mastoplastica addittiva e a quant'altro, l'obbligazione in capo al sanitario di conseguire il risultato richiesto dal suo paziente-cliente è sostenuta in modo preponderante, ma non mancano criticità e divergenza

di pareri ed orientamenti, al punto che la problematica è stata ed è, tutt'ora, oggetto di infinite e, mai risolte, disquisizioni e dibattiti, spesso non univoci, controversi e altalenanti (8)

Orientamenti sull'obbligo di risultato in estetica pura

In merito alla "*vexata questio*" ricorrono essenzialmente quattro ordini di punti di vista od orientamenti dottrinali

Primo orientamento:

L'obbligo di risultato in medicina e chirurgia a finalità estetica pura, sussiste in presunzione legale; Storicamente (9) si è ritenuto assolutamente presunto l'obbligo di risultato in medicina e chirurgia estetica, specie negli interventi ritenuti di facile esecuzione e



routinari, in virtù dell'assioma secondo cui l'intervento estetico rientrava negli atti sanitari voluttuari, non necessari per la salute intesa in senso classico ma richiesti ed eseguiti solo ed esclusivamente in virtù della certezza del risultato (10). La richiesta del paziente, meglio definibile come cliente, l'ottimale riuscita dell'intervento e il risultato atteso costituirebbero una sola voce contrattuale e l'essenza stessa del contratto (11). Le motivazioni su cui si basa tale ordine di parere sono molteplici e variegate, tra cui la non riscontrabilità del carattere dell'urgenza della prestazione sanitaria, l'assenza del carattere terapeutico classico di tali interventi, rivolti ad un organismo sostanzialmente sano ed esente da malattia, o quantomeno non richiesti per lenire le sofferenze psico-organiche del soggetto ammalato, ma per fini voluttuari o di vanità, la non difficoltà operativa o la facile esecuzione per la maggior parte di essi (12).

Secondo Orientamento:

A differenza di quanto previsto dal primo orientamento, nel secondo l'obbligo di risultato non sussiste, a causa dell'incidenza di molteplici fattori condizionanti l'esito finale dell'intervento. Gli atti medico-estetici interagiscono, parimenti come quelli effettuati per la cura di processi morbosi, con un terreno biologico "non inerte", ma reattivo, la cui prevedibile risposta e/o reazione biologica, sia di ordine immunitario, che fibro-connettivale e/o discromica o quant'altro, può, comunque, essere differente da soggetto a soggetto, per motivi genetico-costituzionali; non si dimentichi che la cute da sola assorbe in sé più della metà degli effetti collaterali dei farmaci rispetto al totale dell'organismo (13). Tutto ciò potrebbe influenzare l'esito dell'intervento, su cui possono interagire anche fattori esogeni non al medico imputabili; infatti, quando è previsto l'uso di particolari strumenti ed è atteso un certo risultato, come in estetica, il paziente deve essere informato che fattori estranei alla professionalità del sanitario ed alla precisione dello strumento usato potrebbero influire sulla guarigione e quindi sul risultato finale. Oltretutto, la prestazione per conseguire il risultato estetico, sia essa di carattere medico-farmacologico, chirurgico-ablativo o fisico, è eseguita con la stessa

metodologia scientifica della medicina e chirurgia classica, effettuata con un approccio operativo, mezzi e comportamenti professionali assimilabili a quelli adoperati per la medicina clinica classica, per la quale l'operatore non risponde in caso di mancato successo.

Terzo Orientamento:

Il terzo orientamento prevede la non ricorrenza dell'obbligo di risultato, qualora sia dimostrabile che esso è stato perseguito non per mera vanità ma per migliorare o eliminare un effettivo disagio psico-relazionale, anche in assenza di un vero e proprio stato di malattia intesa in senso classico, con indubbi esiti positivi sulla salute interiore dell'individuo e sul suo equilibrio psichico e socio-lavorativo, rimuovendo talora stati ansiosi e di polarizzazione ideativa che possono essere di nocimento nell'ambito dell'attività lavorativa e del vissuto soggettivo, innescando, non di rado, stati di disadattamento o addirittura vere e proprie nevrosi. L'intervento medico-chirurgico estetico è, quindi, un vero atto medico la cui componente terapeutica è insita nel tentativo di migliorare il rapporto del paziente con il proprio corpo; in tale senso può riconoscersi alla chirurgia estetica una finalità terapeutica indiretta ed essere, per questo, equiparata e assimilata, in senso giuridico, alle altre attività mediche; ciò comporterebbe soltanto una "obbligazione di mezzi" e non anche di risultato. Ma questo evidentemente non può e non deve rimanere un puro esercizio dialettico, essendo necessario, affinché un intervento di chirurgia estetica possa realmente essere considerato un atto medico a finalità terapeutiche, che esso parta da presupposti formali e sostanziali ineludibili; se partiamo infatti dal presupposto che un determinato difetto fisico viene vissuto come tale solo da alcuni soggetti e non da altri, appare evidente la necessità di verificare attentamente se e fino a che punto la correzione di quel difetto possa alla fine portare ad un "miglioramento" del disagio esistenziale del paziente. Tale orientamento già da tempo è consono alla moderna dottrina giurisprudenziale, che si è progressivamente uniformata al viraggio concettuale sugli interventi estetici da atti non terapeutici, voluttuari (Riz R. 1979) a normali interventi terapeutici

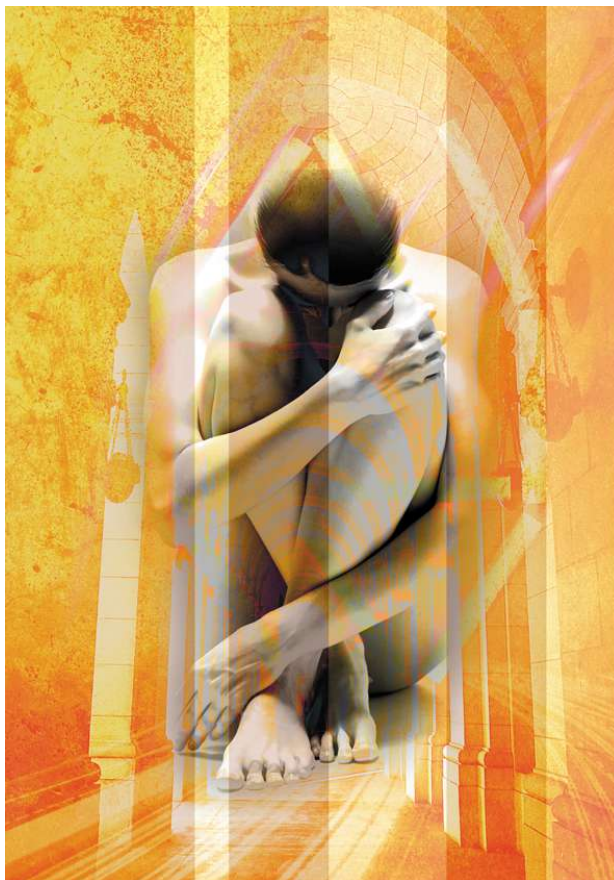
(Vimercati1996) in funzione del recepito nuovo concetto (bio-sociale) di salute dell'O.M.S., che la definisce come l'assenza di malattia in un completo stato di benessere psico-fisico, estetico e sociale (5)

Quarto orientamento:

Parte della cassazione è incline ad affermare che il sanitario non è tenuto all'obbligo di risultato in estetica, né a garantirlo, ma è tenuto solo a informare in modo più preciso, dettagliato e ampio il suo paziente in ordine a quanto effettivamente può ottenere con il suo intervento, nonché ai possibili rischi e possibilità di insuccesso (14)

fornire un'informazione più precisa, ampia e dettagliata dei possibili rischi e possibilità di insuccesso". Nel caso in cui quest'ultimo si realizzi, affinché si possa perfezionare una colpa da inadempimento contrattuale, il paziente dovrà dimostrare che il medico gli aveva promesso un risultato certo e favorevole, poi non conseguito e il sanitario provare e motivare che l'insuccesso non è da Lui dipeso. Il sanitario, quindi, secondo tale orientamento dottrinale può assumere una semplice obbligazione di mezzi e non risponde dell'eventuale risultato non conseguito, ovvero anche un'obbligazione di risultato e ne risponde se non lo raggiunge (15), a condizione che renda edotto ampiamente di ciò il suo interlocutore prima dell'intervento e ne condivida la programmazione e i prevedibili esiti.

Infine, il risultato finale dovrà essere valutato sulla base dello stato anteriore del soggetto richiedente e dello stato dell'arte raggiunto per quella tipologia di interventi che si sono programmati, per cui quanto più era "deteriorato" lo stato anteriore, tanto meno sarà censurabile il medico per un risultato non accettato dal paziente perché solo parzialmente



migliorativo.

Comportamenti Consigliati

Dal punto di vista pratico è bene che l'operatore sia accorto a non promettere mai facili risultati, anche nelle situazioni più favorevoli definite da tecniche sufficientemente collaudate e sicure, perché in medicina e chirurgia non c'è mai nulla di assoluto, per non generare false illusioni, fonte di possibili delusioni e successive contestazioni. E' molto utile, invece, dedicare più tempo nella discussione con il paziente e infirmarlo accuratamente sull'effettivo conseguimento del risultato estetico in termini quali-

quantitativi, temporali e soprattutto sui possibili inconvenienti che lo potrebbero rendere vano (sviluppo prevedibile ed eventuale di cicatrici fisiopatologiche o altri inconvenienti), in modo da metterlo nelle condizioni di aderire consapevolmente alle proposte del sanitario. Se poi il nostro interlocutore *"non ci rappresenta una richiesta sensata e ragionevole da soddisfare, "ma una pretesa" di conseguire l'irrealizzabile, allora è meglio un intervento in meno che un contenzioso in più ...*

RESPONSABILITÀ DA VIOLAZIONE DELL'OBBLIGO DI RISULTATO

La Responsabilità da insuccesso si esplica in ambito civile in termini di Inadempimento Contrattuale, le cui conseguenze sono la risoluzione del contratto, la negazione e/o restituzione della parcella, il risarcimento di eventuali danni patrimoniali e morali.

Conclusioni

anche in estetica è opportuno superare la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato e non considerare quest'ultimo un dato assoluto, motivo per cui buona parte della dottrina e giurisprudenza è orientata per la non ricorrenza dell'obbligo di risultato, a meno che non sia stato pattuito preventivamente, per cui in linea con buona parte della dottrina, l'autore del presente lavoro, considera che l'obbligo di risultato, pacificamente non previsto in medicina e chirurgia a finalità terapeutiche classiche, non debba essere previsto, in senso assoluto, neanche in ambito puramente estetico; di fatto, costante giurisprudenza lo rapporta e lo valuta in base al contenuto dell'informazione preventivamente prospettata al paziente e di certo l'operatore risponde per il risultato non raggiunto qualora quest'ultimo è stato preventivato e pattuito in sede pre - contrattuale. Di certo un'informazione alquanto particolareggiata garantisce una tutela maggiore non solo dell'assistito, ma anche della professionalità dell'operatore sanitario, con evidente riduzione di eventuali incresciosi contenziosi.

Valerio Cirfera

Riferimenti normativi e dottrinali essenziali

1. Mengoni L., Obbligazioni "di risultato" e obbligazioni di "mezzi", in *Rivista di Diritto Commerciale*, I, 185, 1954.
2. Cass. Civ., Sez. III, 3.12.1997, n. 12253; Cass. civ., Sez. III, 25.11.1994, n. 10014.
3. Cass. Civ. 9617 / 99 - Sez. III
4. Cass. Civ. Sez. III, 13.1. 2005, n. 583
5. Cass. Civ., Sez. II, 17.3. 1981 n. 1544
6. Corte Appello di Genova, Sent. del 18-07-2005
7. Sub Iudice: la responsabilità professionale del medico. Collana medico-giuridica a cura di G. Cannavò 1999
8. Cfr. Cass. 25/11/94, n. 10014; Nuova Giur. Comm., 1995, 937 con nota di Ferrando, Chirurgia estetica, "consenso informato" del paziente e responsabilità del medico; Cass. 8/8/85, n. 4394 in Resp. Civ. e Prev., 1986, I; "Responsabilità civile": L'intervento di chirurgia estetica è obbligazione di risultato?, in *Giur. it.*, 1987, I, 1136 e segg., in *Foro it.*, 1986, I, 121, nonché in *Giust. civ.*, 1986, I, 1432; Cass. 29 marzo 1976, n. 1132 in *Giur. it.*, 1977, I, 2, 1980; Cass. 18 giugno 1975, n. 2439, in *Giur. it.*, 1976, I, 1, 953, in *Foro it.* 1976, I, 745 e in *Resp. Civ. e Prev.*, 1975, 638; Cass. 7 luglio 1933, n. 2934 in *Giur. it.*, 1993, I, 1, 1307 con nota di Gaetano; App. Milano, 11 gennaio 1983, in *Foro pad.* 1983, I, 192; App. Roma, 25 gennaio 1978, in *Giur. di Merito*, 1980, 326; Trib. Roma, 28 marzo 1978, *ibid*; Trib. Roma, 10 ottobre 1992, in *Giur. it.*, 1992, I, 2, 338). Buzzi: valutazione della responsabilità professionale nell'ambito dell'esercizio della chirurgia estetica in *Riv. it. medicina leg.*, 1981, 960; Profili contrattuali della responsabilità professionale nell'ambito dell'esercizio della chirurgia estetica, in *Riv. it. med. leg.*, 1981, 960. Buzzi F.: *La responsabilità in chirurgia estetica alla luce di alcuni indirizzi giurisprudenziali* Cass., *Riv. It. Med. Leg.*, XIII: 381, 1991. Cass. 25/11/94 n° 10014; Sent. Cass. 4400/2004 III sez. Civile Trib. Monza 2006
9. Riz R. : il consenso dell'avente diritto, Padova Cedam Ed. 1979
10. Tribunale di Monza – Sentenza del 15-03-2006
11. Cass. Civ., Sez. II, 21 giugno 1983 n. 4245
12. Sent. Cass. 4400/04 III Sez. Civ.
13. V. Cirfera V. Vol 1, No 1 (2007) *Pratica Medica e Aspetti Legali* Seed Edizioni Torino.
14. Avecone – 1972, Cass. Civ. III Sez. n. 9705 del 6/10/97, Cass. Civ. sez. III 23/05/01 n° 7027
15. III Sez. Civ. - Corte di Cassazione n. 10014 / 11/94, Cass. Civ. n. 9617 / 99 - Sez. III
16. Cass. Civ. n. 9617 / 99 - Sez. III.