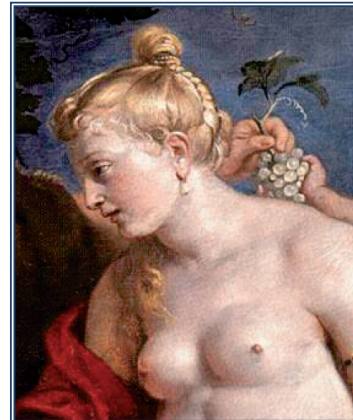


PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

Mastoplastica additiva



Questo prospetto informativo,
ricepito dalla Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica (SICPRE), è
stato consegnato alla Sig.ra

.....
in data

dalla/dal Dott.ssa/Dott.

che ne ha ampiamente spiegato i contenuti.

Ha lo scopo di riproporre le informazioni già fornite nel corso della visita, per esprimere una decisione consapevole. Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre, prima dell'intervento, tutte le domande che si ritengono opportune per una completa comprensione.

Firma della Paziente

.....

Firma del Medico

.....

li

La **SICPRE** ringrazia i soci Bruno Azzena, Alessandro Casadei, Daniele Fasano, Eugenio Fraccalanza, Pier Camillo Parodi, Mauro Schiavon e Luca Siliprandi, autori del libro "Il consenso informato consapevole in Chirurgia Plastica" (ISBN 978-88-8041-142-0), edito dalla casa editrice new MAGAZINE, da cui è tratto questo prospetto informativo.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA CHIRURGIA PLASTICA

Lo scopo della Chirurgia Plastica è quello di correggere difetti o deformità di varia natura. Chi si aspetta trasformazioni miracolose è destinato ad inevitabili delusioni.

La Chirurgia Plastica, come ogni chirurgia, non essendo una Scienza esatta, non consente di prevedere in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue.

Per quanto oggettivamente valido e frutto di un intervento correttamente eseguito, il risultato potrebbe non corrispondere alle aspettative della/del Paziente essendo soggettiva la percezione della propria immagine corporea. È necessario sottolineare che alcuni fattori condizionano il risultato finale e non sono completamente controllabili né dal Chirurgo, né dalla/dal Paziente. Fra questi, i processi di guarigione e di cicatrizzazione (quest'ultima prosegue per mesi dopo l'intervento), le condizioni generali di salute e le abitudini di vita della/del Paziente, la sua età, le caratteristiche fisiche, la specifica qualità dei tessuti e le influenze ormonali ed ereditarie.

Come ogni atto chirurgico anche la Chirurgia Plastica produce inevitabilmente sequele di differente entità - secondo il tipo d'intervento e il caso specifico - che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento: fra queste, inevitabili, sono le cicatrici. Quando possibile, le incisioni chirurgiche vengono posizionate lungo pieghe o solchi naturali in sedi difficilmente accessibili allo sguardo per rendere meno visibili le cicatrici, che comunque sono permanenti ed indelebili. Talora, a causa di una particolare predisposizione individuale, di sopravvenute complicazioni post-operatorie o di una scarsa attenzione della/del Paziente ai suggerimenti impartiti, le cicatrici possono risultare di qualità scadente. È bene quindi ricordare che il Chirurgo Plastico può garantire solo ferite chirurgiche suture con precisione, non cicatrici invisibili. Modeste o moderate asimmetrie e/o irregolarità devono essere considerate sequele possibili in quanto conseguenti alla chirurgia che non è una Scienza esatta.

Si ricordi, infine, che sono possibili errori e complicità. I primi, imprevedibili e indesiderabili, e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni Paziente deve considerare, accettandoli, prima dell'intervento.

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

L'intervento di mastoplastica additiva viene eseguito per migliorare la forma e il volume di mammelle che non si sono sviluppate in modo completo oppure di mammelle svuotate ed eventualmente discese a seguito di allattamenti o di cali ponderali.

In altri casi l'intervento viene eseguito per correggere asimmetrie evidenti delle mammelle.

Differenze di forma e/o posizione e/o di volume di grado moderato sono, invece, da considerare fisiologiche.

Se una deformità scheletrica del torace contribuisce all'asimmetria, questa non potrà essere corretta con il solo intervento di mastoplastica additiva.

L'intervento consiste nell'inserimento di protesi - dietro la ghiandola, oppure più in profondità, dietro il

muscolo pettorale o la sua fascia - e può conferire al seno caratteristiche di consistenza, forma e proiezione tali da renderlo di aspetto più gradevole.

Differenze apprezzabili di volume fra le due mammelle possono essere corrette mediante l'inserimento di protesi di volume diverso; in questi casi, peraltro, una simmetria perfetta è impossibile da ottenere.

Il semplice inserimento di protesi non corregge l'orientamento e la posizione dei Complessi Areola-Capezzolo (CAC) o asimmetrie di posizione delle mammelle.

In caso le mammelle fossero molto discese (*pendule*), può essere opportuno associare all'impianto delle protesi un intervento di rimodellamento (mastopessi, vedi il relativo prospetto informativo).



PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

L'intervento potrà essere eseguito solo previa acquisizione del modulo di consenso firmato.

La decisione sull'operabilità sarà presa dopo la visione degli esami pre-operatori prescritti. In particolare ecografia e/o mammografia hanno il duplice scopo di accertare l'eventuale presenza di tumori mammari, altrimenti non evidenziabili, e di ottenere un'indicazione di base utile per un possibile confronto con futuri esami diagnostici.

Nel caso in cui fosse in programma a breve una gravidanza, è bene posporre l'esecuzione dell'intervento.

Dovranno essere segnalate terapie farmacologiche in atto (in particolare con anticoagulanti, cortisonici, contraccettivi, anti-ipertensivi, cardioattivi, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), uso di sostanze stupefacenti, terapie omeopatiche, fitoterapiche o integratori e segnalate allergie a latticini, antibiotici e farmaci in genere.

L'eventuale sospensione di terapie ormonali estroprogestiniche (ad esempio, pillola anticoncezionale, ormonoterapia sostitutiva) verrà discussa con il Chirurgo secondo la valutazione del rischio tromboembolico individuale.

L'assunzione abituale di alcuni farmaci, ormoni ma anche integratori, prodotti omeopatici e di erboristeria potrà essere sospesa prima dell'intervento, nei tempi e nei modi da concordare con il Chirurgo, in accordo con il Medico di Medicina Generale e/o lo Specialista di riferimento. Per lo stesso motivo l'assunzione pre-operatoria occasionale, per iniziativa personale, di qualsiasi prodotto farmaceutico dovrà essere concordata con il Chirurgo.

- *Quattro settimane prima dell'intervento*, sospendere il fumo di tabacco e di sigarette elettroniche, che ha influenze negative sulla vascolarizzazione di tutti i tessuti con aumentato rischio di complicità.
- *Il giorno precedente l'intervento*, deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo e devono essere depilate le aree da sottoporre a intervento e quelle adiacenti.
- *Otto ore prima dell'intervento*, deve essere osservato digiuno da cibi solidi e bevande, acqua compresa. La terapia abituale concessa potrà essere assunta con poca acqua.
- *Il giorno dell'intervento*:
 - indossare indumenti comodi con maniche larghe,

completamente apribili sul davanti e calzature senza tacco;

- rimuovere tutti gli oggetti metallici a contatto con la pelle ed evitare il make-up e l'applicazione di crema sul viso e sul corpo, nonché di smalto sulle unghie;
- portare con sé il reggiseno contenitivo eventualmente prescritto;
- è opportuna la presenza di un accompagnatore per il rientro a domicilio dopo l'intervento.

ANESTESIA

La scelta del tipo di anestesia dipende dal singolo caso clinico e dalla tecnica prescelta. L'intervento può essere eseguito in anestesia generale, oppure in anestesia loco-regionale associata o meno a sedazione. A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.

IL PROGETTO DELL'INTERVENTO:

LE DIVERSE SCELTE DA INTRAPRENDERE

Molte scelte devono essere operate per un corretto progetto della mastoplastica additiva. In gran parte esse sono obbligate in quanto dipendono dalle caratteristiche fisiche del soggetto. Alcune dipendono dalle preferenze della Paziente. Altre sono appannaggio del Chirurgo che in ogni caso deve interagire con la Paziente coinvolgendola, responsabilizzandola e informandola in modo chiaro, semplice ma esauriente.

Ecco le diverse scelte da operare:

■ IL MATERIALE DA SCEGLIERE

☐ Generalità sulle protesi mammarie

Le protesi mammarie, comunemente impiantate per ragioni estetiche o ricostruttive, sono dispositivi medici ed in quanto tali regolamentati dal D.L. 24 febbraio 1997, n. 46, attuazione della Direttiva Europea 93/42/EEC. Dovendo essere inserite nel corpo e permanervi a lungo, le protesi vengono inquadrare come dispositivi medici di classe III, sono cioè nella classe di rischio più alta; per questo è previsto che, prima del rilascio della certificazione CE, e quindi prima della immissione sul mercato, siano valutate con particolare attenzione la progettazione, la qualità e la produzione.



Considerando che milioni di donne sono portatrici di protesi mammarie, si comprende come queste rappresentino i dispositivi medici impiantabili tra i più studiati al mondo.

L'istituzione di Registri Nazionali per le protesi mammarie e la collaborazione scientifica internazionale hanno migliorato nel tempo la sicurezza per le Pazienti.

Si ricorda che in Italia ogni Chirurgo ha l'obbligo di compilare il "Registro Nazionale Protesi", piattaforma informatica gestita dal Ministero della Salute nella quale vengono inseriti i dati relativi alle caratteristiche della Paziente, alla tipologia delle protesi mammarie e alla modalità del loro impianto.

Nonostante la maggioranza delle ditte produttrici certifichi la qualità delle protesi con una garanzia sull'integrità strutturale, non ne viene assicurata una durata minima, né una durata illimitata. Anche le protesi di miglior qualità dimostrano una percentuale di rottura per consunzione dell'8% circa a distanza di 10 anni dall'intervento. Se il controllo radiologico annuale attesta la loro integrità, esse possono essere mantenute in sede anche oltre 10 anni. In sintesi, le protesi mammarie potranno o dovranno essere sostituite nel corso della vita.

Studi allargati a grandi numeri di donne portatrici di protesi contenenti gel di silicone hanno potuto dimostrare che:

- le protesi mammarie non influiscono in alcun modo sulla formazione o sullo sviluppo di un tumore, né sulla sua cura;
- non esiste prova che malattie autoimmunitarie siano state causate dalle protesi: si tratterebbe di concomitanze casuali;
- le eventuali difficoltà diagnostiche incontrate in corso di mammografia possono essere superate da un radiologo esperto mediante particolari manovre e proiezioni aggiuntive oltre che, laddove ritenuto opportuno, mediante un'eventuale Risonanza Magnetica Nucleare (RMN).

Le caratteristiche delle protesi impiantate corrispondono a quanto riportato nel tagliando di identificazione del prodotto, che sarà consegnato dopo l'intervento e che è raccomandato conservare.

Indipendentemente dalle dimensioni e dalla forma, le protesi mammarie sono costituite da un involucro di silicone che contiene generalmente gel di silicone di densità variabile.

□ *Il contenuto delle protesi mammarie*

Le protesi contenenti gel di silicone sono quelle fino

ad oggi maggiormente usate (diversi milioni di donne ne sono portatrici). Di queste, grazie ad un'esperienza clinica più che quarantennale, sono meglio conosciuti i risultati a distanza con riferimento sia alla resa morfologica, sia alle possibili complicanze o effetti indesiderati.

Il gel di silicone contenuto nella protesi può variare come consistenza e morbidezza secondo il tipo di protesi e la ditta produttrice. Le protesi di ultima generazione, in ogni caso, contengono un gel "coesivo", discretamente consistente. Ciò rappresenta un elemento di maggior sicurezza in quanto in caso di rottura del guscio della protesi viene limitato lo spandimento del gel.

□ *La superficie delle protesi mammarie*

Tutte le protesi mammarie hanno un involucro di silicone, la cui superficie può essere classificata come segue:

- *Protesi lisce.* Fra queste sono da annoverare anche le "nanotesturizzate", cioè protesi con superficie minimamente ruvida, quasi liscia.
- *Protesi microtesturizzate,* cioè con superficie scarsamente ruvida.
- *Protesi macrotesturizzate,* cioè con superficie maggiormente ruvida.
- *Protesi poliuretatiche,* cioè con superficie ricoperta da una schiuma di poliuretano.

Rimane aperto il dibattito scientifico rivolto a stabilire quale possa essere il tipo di protesi mammaria da preferire.

Ogni protesi, secondo le caratteristiche della sua superficie, presenta vantaggi e svantaggi sulla base di una diversa interazione con i tessuti del corpo nel quale viene introdotta. Ciò rende complicata e molto "tecnica" l'informazione da dare alle Pazienti candidate all'intervento di mastoplastica additiva per spiegare le motivazioni che spingono il Chirurgo a scegliere una determinata tipologia di protesi, che viene individuata secondo il caso specifico.

■ **LA FORMA E LE DIMENSIONI DELLE PROTESI**

Per quanto riguarda le dimensioni (volume), la scelta dipende dalle preferenze della Paziente solo entro certi limiti. Debbono infatti essere rispettate le dimensioni toraciche e quindi l'equilibrio armonico: una protesi di grandi dimensioni non si adatta al torace stretto di una donna piccola e magra.



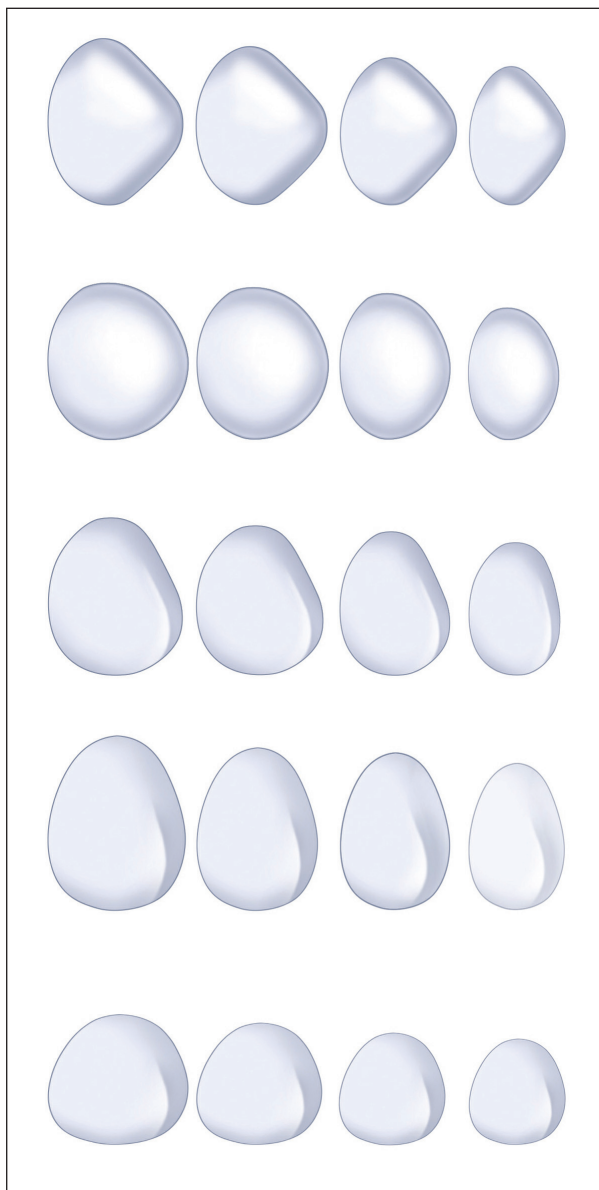


Figura 1. Le diverse forme delle protesi mammarie.

Per quanto riguarda la forma, esistono protesi “rotonde”, con base sempre circolare, e protesi “a goccia” cosiddette “anatomiche” (Figura 1).

Ciascun tipo di protesi, a parità di altezza e di larghezza della sua base di appoggio, può avere un profilo (“proiezione”) più o meno accentuato, tale da conferire alle nuove mammelle una sporgenza anteriore più o meno pronunciata (Figura 2).

In sintesi, la scelta del volume della protesi dipende fondamentalmente dalle dimensioni originarie della mammella, dalla qualità e quantità dei tessuti e, infi-

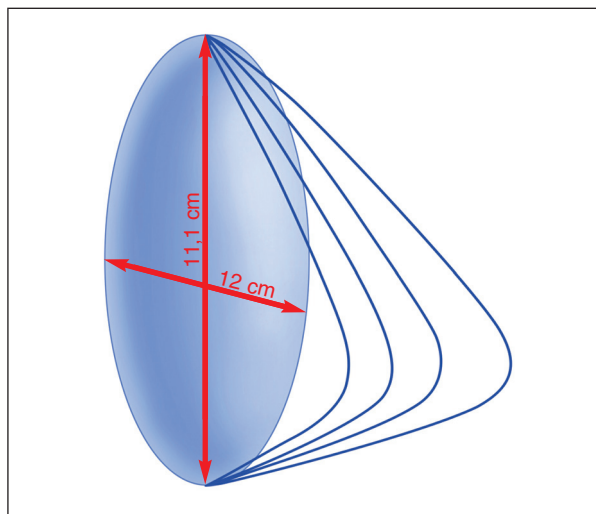


Figura 2. Diverse proiezioni delle protesi a parità di altezza e larghezza della base.

ne, dalle dimensioni del torace della donna e, solo entro certi limiti, dalle sue preferenze.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento di mastoplastica additiva può essere eseguito in regime di ricovero diurno o di ricovero con degenza notturna secondo i casi e quanto concordato fra la Paziente e il Chirurgo.

All'inizio dell'intervento vengono somministrati antibiotici per via endovenosa.

In successione vengono quindi seguite le seguenti tappe:

- *Incisione cutanea.* Può essere eseguita nel solco sottomammario o in sua prossimità oppure in corrispondenza dell'areola o dell'ascella. La scelta della sede di incisione viene concordata prima dell'intervento e dipende dalla situazione anatomica locale (dimensioni dell'areola, definizione del solco sottomammario), dal tipo e dalle dimensioni delle protesi scelte, dalle preferenze del Chirurgo ed, entro certi limiti, della Paziente (Figura 3).
- *Preparazione dello spazio di alloggiamento (tasca) della protesi:*
 - *retroghiandolare*, fra la ghiandola e il muscolo gran pettorale;
 - *retrofasciale*, fra la fascia del muscolo gran pettorale e il muscolo stesso;
 - *retropettorale*, al di sotto del muscolo gran petto-

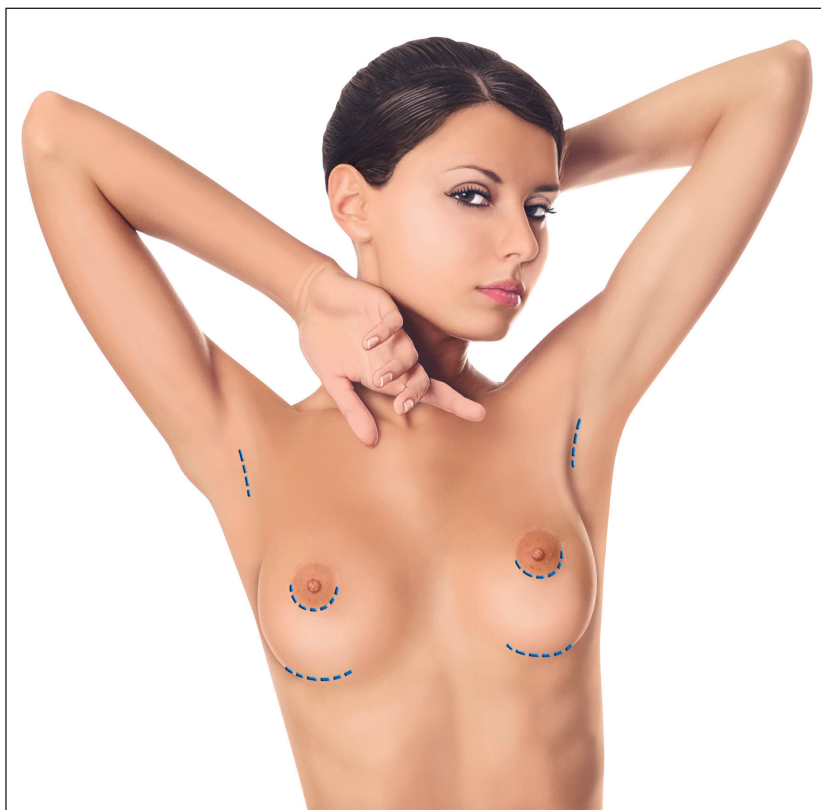


Figura 3. La mastoplastica additiva può essere eseguita mediante accesso periareolare, a livello del solco inframammario, o a livello ascellare (in blu le varie incisioni).

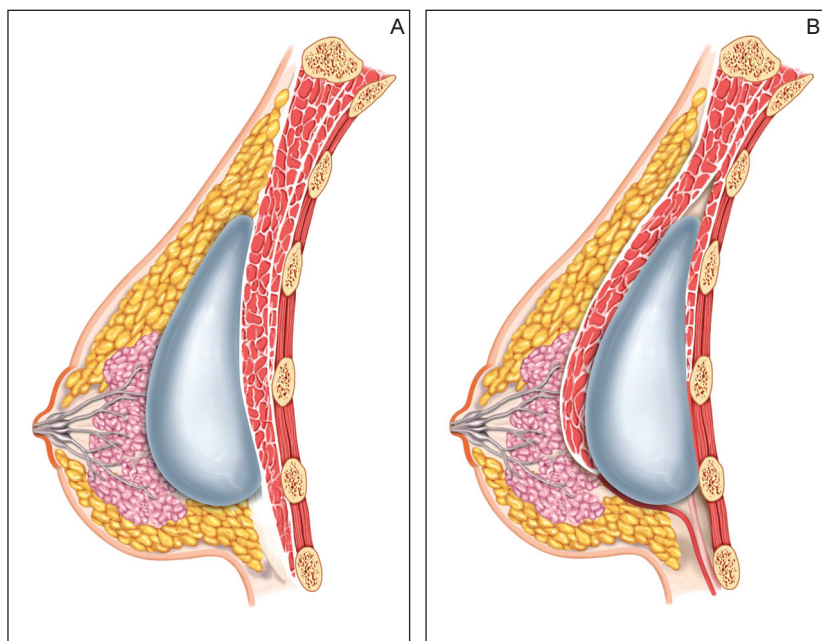


Figura 4. Protesi retroghiandolare (A). Protesi retromuscolare (B).

rale, con la parte superiore della protesi ricoperta dal muscolo stesso.

Generalmente è preferibile inserire le protesi sotto la ghiandola quando lo spessore dei tessuti (ghiandola, grasso sottocutaneo, cute) garantisce un'adeguata copertura, limitando la visibilità e la palpabilità dei margini protesici. Vengono invece inserite più in profondità, dietro il muscolo pettorale, in soggetti magri o con ghiandole poco rappresentate, allo scopo di rendere meno apprezzabile il margine superiore della protesi (Figura 4).

In alcuni casi è opportuno realizzare alcuni rimodellamenti della ghiandola mammaria per migliorare la qualità del risultato.

I vantaggi e gli svantaggi della posizione retroghiandolare e di quella retropettorale della protesi sono riassunti nella Tabella 1.

- *Inserimento di drenaggi aspirativi*: possono essere posizionati con fuoriuscita dalla pelle nella regione dell'ascella oppure lateralmente o sotto la mammella.
- *Sutura*: viene di norma eseguita con particolari accorgimenti per rendere meno evidenti le cicatrici.

Secondo il giudizio del Chirurgo e delle possibili preferenze della Paziente, quando indicato, all'impianto delle protesi può essere aggiunto l'innesto di grasso autologo (lipofilling, vedi il relativo prospetto informativo) sia come possibile integrazione volumetrica, sia al fine di occultare maggiormente i profili protesici (cosiddetta "mastoplastica additiva ibrida").

Come spesso avviene in Chirurgia Plastica, si tratta di un in-

Vantaggi e svantaggi della protesi rispetto alla posizione		
	<i>Retroghiandolare</i>	<i>Retropettorale</i>
Dolore post-operatorio	minore	maggiore
La mammella si deforma con la contrazione dei muscoli pettorali	no	probabile
Maggior visibilità dei poli superiori delle protesi nelle pazienti magre	sì	no
Contrattura capsulare	possibile	possibile
Dislocazione della protesi dalla sua sede originaria	possibile	possibile
Ondulazioni cutanee	più probabili	meno probabili
Interferenza con mammografia	maggiore	minore
Modifiche con l'invecchiamento	tendenza alla discesa della protesi insieme alla ghiandola	tendenza alla discesa della ghiandola al davanti della protesi, che resta nella sua posizione

Tabella 1. Vantaggi e svantaggi della posizione retroghiandolare e di quella retropettorale della protesi.

tervento complesso, non standardizzabile, ma personalizzato sulle caratteristiche individuali.

DURATA DELL'INTERVENTO

La durata dell'intervento può variare da una a tre ore, secondo la sede di inserimento delle protesi e l'eventuale rimodellamento delle ghiandole e/o delle areole.

DECORSO POST-OPERATORIO

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale un certo dolore che generalmente regredisce nel giro di pochi giorni ed è controllabile con analgesici per via orale. Esso è più accentuato nel caso in cui le protesi siano state posizionate sotto il muscolo gran pettorale.

Evitare l'uso di farmaci contenenti acido acetilsalicilico, i quali potrebbero provocare sanguinamenti e quindi la formazione di ematomi.

In caso siano stati posizionati, i drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi 12-48 ore dopo l'intervento.

Sarà mantenuto un particolare contenimento delle mammelle. In genere viene posizionato uno speciale reggiseno elastico che dovrà essere utilizzato giorno e notte per un periodo variabile da 2 a 4 settimane. Nel caso sia stata eseguito un bendaggio, questo sarà rimosso dopo alcuni giorni e sostituito dal reggiseno contenitivo.

- *Nel corso della prima settimana post-operatoria:*
 - è raccomandato il riposo;
 - può essere rilevato un rialzo termico, non necessariamente segno d'infezione, da segnalare al Chirurgo;
 - può essere prescritta l'assunzione di antibiotici per via orale, se indicata dal Chirurgo;
 - può essere prescritta una profilassi farmacologica per la tromboembolia, se indicata dal Chirurgo;
 - a letto è bene riposare con il torace rialzato;
 - in caso siano state posizionate suture esterne, verranno rimosse 7-10 giorni dopo l'intervento.
- *Per le prime due settimane post-intervento:*
 - gonfiori e lividi sono normalmente presenti per almeno 2 settimane e possono estendersi spesso oltre le zone trattate;
 - non utilizzare i muscoli pettorali (ad esempio, evitare ampi movimenti con le braccia, non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi), specialmente se le protesi sono in posizione retropettorale;
 - evitare il fumo di tabacco e di sigarette elettroniche: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate. Oltre a ciò, il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite ed aumenta il rischio di complicanze, in particolare di necrosi (morte) della pelle, riapertura delle ferite ed infezioni;
 - evitare l'attività sessuale;
 - evitare la guida di veicoli. In alcuni casi la guida può essere concessa anche in tempi più brevi.

• **Per circa un mese dopo l'intervento:**

- dovrà essere evitato ogni tipo di attività sportiva e concordata la sua ripresa con il Chirurgo dopo tale periodo;
- dovrà essere evitata la posizione prona ("a pancia in giù") e per quanto possibile quella sul fianco.

• **In generale:**

- dopo l'intervento chirurgico deve essere osservato un periodo di convalescenza, durante il quale è prevista l'astensione dalle attività lavorative e ricreative che implicano attività fisica;
- non bagnare né rimuovere autonomamente la medicazione e/o il reggiseno contenitivo che potranno essere rimossi secondo le indicazioni del Chirurgo, 2-4 settimane dopo l'intervento. La normale igiene quotidiana dovrà essere eseguita salvaguardando l'area operata. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo quando concesso dal Chirurgo;
- non esporsi al sole, a lampade abbronzanti, a fonti di calore eccessivo (ad esempio, sauna e bagno turco) sino a quando sono presenti ecchimosi e le cicatrici sono arrossate. È bene ricordare che le radiazioni solari possono irritare le cicatrici recenti e indurre un intenso gonfiore ed arrossamento, nonché provocare pigmentazioni permanenti, pregiudicando il risultato estetico.

• **Norme comportamentali in epoche successive:**

- segnalare la presenza di protesi all'atto delle successive visite senologiche ed indagini diagnostiche (mammografia, ecografia, RMN, Tomografia Assiale Computerizzata: TAC);
- si ricorda l'importanza di conservare e di esibire ad ogni visita di controllo il documento identificativo delle protesi;
- può essere opportuna una profilassi antibiotica in occasione di ferite, interventi chirurgici o trattamenti odontoiatrici.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni di salute, comporta la possibilità di complicazioni sia *anestesiologiche* (oggetto del consenso anestesiologico) sia *post-chirurgiche*. Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici pre-operatori non dimostrino altera-

zioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara. Le complicanze aumentano nelle Pazienti diabetiche e fumatrici o ex-fumatrici ed in caso di patologie concomitanti importanti e di marcata obesità pregressa o in atto.

Le COMPLICANZE GENERALI (possibili in tutti gli interventi chirurgici) possono essere:

- **Sanguinamento della ferita:** se di modesta entità rientra nella norma. Se di entità importante (emorragia) può richiedere un reintervento chirurgico.
- **Ematoma:** accumulo di sangue nella sede d'intervento conseguente a sanguinamenti. Può verificarsi nei primi giorni post-operatori e si manifesta con repentini aumenti di volume e/o con dolore localizzato che devono essere immediatamente segnalati al Chirurgo. In caso insorgano ematomi di una certa entità, infatti, può rendersi opportuna l'aspirazione o il drenaggio del sangue. Se ciò non fosse sufficiente, sarà necessario un intervento chirurgico per rimuovere l'ematoma.
- **Infezioni:** sono rare. Si manifestano con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e vengono trattate generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiedono un intervento chirurgico. Possono determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità e/o alterazioni della forma della mammella. Se non dominabili con gli antibiotici, possono rendere necessarie ulteriori procedure diagnostiche e/o chirurgiche fino alla rimozione della protesi che potrebbe non essere impiantata nuovamente nell'immediato.
- **Necrosi cutanee e/o del complesso areola-capezzolo:** sono molto rare e vengono trattate inizialmente in modo conservativo e successivamente, se necessario, con trattamento chirurgico.
- **Riapertura della ferita (deiscenza):** può avvenire in risposta ad una eccessiva reazione ai punti di sutura o per altre cause (ad esempio, infezioni, ematomi, sieromi), in particolare in zone di aumentata tensione ed è più frequente nelle Pazienti diabetiche e fumatrici o ex-fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni, più raramente necessita di una nuova sutura.
- **Flebiti e tromboembolie:** sono molto rare, soprattutto nelle Pazienti non a rischio e mobilizzate precocemente.
- **Allergie locali:** sono state segnalate reazioni allergiche ai cerotti, alle suture e a creme per uso topico.



Le COMPLICANZE SPECIFICHE di questi interventi possono essere:

- *Sieroma*: consiste nell'accumulo, attorno alla protesi, di variabili quantità di liquido giallognolo e trasparente, chiamato "siero". Raccolte di modesta entità ("falda liquida periprotetica") possono essere considerate normali e permanere senza richiedere alcun trattamento. Quelle più cospicue, invece, possono richiedere l'evacuazione chirurgica, come sopra specificato a proposito degli ematomi.
- *Spostamento della protesi (dislocazione)*: avviene raramente e può verificarsi precocemente ma anche a distanza di tempo; può indurre asimmetrie poco evidenti, senza pregiudicare il buon risultato d'insieme. Qualora invece provochi un'asimmetria evidente può essere opportuno un intervento correttivo se le manovre manuali di riposizionamento non abbiano dato buon esito.
- *"Double bubble" o deformità a doppia bolla*: è caratterizzata dalla presenza di due pieghe parallele e curvilinee che corrono trasversalmente nel polo inferiore della mammella. La piega superiore corrisponde al solco sottomammario originale, quella inferiore al livello in cui è stata dissecata la tasca. Si verifica in caso di tasca retromuscolare ed è più frequente in caso di polo inferiore corto o retratto o di protesi di grandi dimensioni. Richiede, se evidente, una revisione chirurgica.
- *Rotazione o capovolgimento della protesi*: possono rendersi visibili con una modifica della forma della mammella e in tal caso richiedere un intervento correttivo.
- *Esposizione della protesi*: significa fuoriuscita di una parte della protesi dalla pelle. È un evento assai raro che può verificarsi a seguito di infezioni o di diastasi (apertura spontanea) della ferita chirurgica; ancor più raramente in modo spontaneo, anche a livello di settori cutanei non interessati dalla cicatrice. In tali casi è generalmente necessario rimuovere la protesi ed attendere almeno 6 mesi prima di un nuovo inserimento. Si può tentare, in alcuni casi, un'accurata pulizia chirurgica della tasca periprotetica con l'impianto di una nuova protesi durante il medesimo intervento.
- *Alterata sensibilità* (formicolii, iposensibilità, insensibilità completa) *dell'areola, del capezzolo e della cute mammaria*: è normale anche per alcuni mesi. Solo di rado la perdita della sensibilità può essere definitiva. Le alterazioni della sensibilità, imprevedibili, possono verificarsi in modo diverso sulle due mammelle.

- *Sindrome di Mondor*: è una rara forma di tromboflebite delle vene sottocutanee della regione mammaria, ascellare e addominale, che si manifesta con tensione e indolenzimento e con presenza di una tumefazione cordoniforme e arrossata, lineare o serpiginosa, a volte dolente alla palpazione, che corrisponde al vaso interessato. La terapia è in genere sintomatica con antidolorifici e antinfiammatori sistemici e locali. La guarigione avviene solitamente entro pochi mesi. Talvolta si può risolvere ricorrendo semplicemente ad una trazione cutanea.
- *Alterazioni dei segnali dell'ecocardiografia e dell'elettrocardiografia*: sono state riscontrate in alcune Pazienti portatrici di protesi mammarie.
- *Inibizione dell'allattamento*: l'intervento di mastoplastica additiva, di per sé, non inibisce l'allattamento, in particolare quando l'incisione cutanea è eseguita a livello del solco sottomammario. Ciò nonostante, qualora nel corso della procedura siano eseguiti rimodellamenti chirurgici o resezioni di parte delle ghiandole mammarie, l'impedimento all'allattamento non può essere escluso a priori.
- *Pneumotorace*: è una complicazione assai rara che consiste nella penetrazione di aria attorno al polmone che può risultare scarsamente sintomatica (ad esempio, moderata difficoltà respiratoria) oppure condurre al collasso del polmone con difficoltà respiratoria ingravescente. Può essere causato da accidentale perforazione della pleura in corso di intervento. Richiede l'esecuzione di approfondimenti diagnostici e, se di marcata entità, il posizionamento di un drenaggio toracico.

I RISCHI SPECIFICI DELLE PROTESI possono essere:

- *Contrattura della capsula periprotetica*: ispessimento della capsula fibrosa che circonda le protesi. La protesi mammaria rappresenta un corpo estraneo, che di norma è ben tollerato dall'organismo al pari di una valvola cardiaca artificiale o di una protesi d'anca. È fisiologico che l'organismo reagisca circondando la protesi con una membrana connettivale (capsula periprotetica), per separarla dai tessuti circostanti. Nella maggior parte dei casi la mammella protesizzata rimane morbida. Talora invece - in genere alcuni mesi dopo l'intervento, raramente anche a distanza di anni - a causa di una reazione eccessiva dei tessuti, la capsula periprotetica subisce un progressivo ispessimento e si contrae. Tale evenienza può indurre una fastidiosa sensazione di tensione dolorosa e talora un'alterazione della for-

ma della mammella; può altresì verificarsi lo spostamento laterale o verso l'alto della protesi, con una conseguente asimmetria mammaria.

Qualora la retrazione della capsula periprotetica sia di grado marcato, può essere opportuno procedere con un intervento correttivo, consistente nella sua incisione o asportazione con sostituzione della protesi. A volte, nonostante tale intervento correttivo, la contrazione della capsula può verificarsi nuovamente. Il rischio di contrattura capsulare è infatti maggiore nelle Pazienti che abbiano presentato precedentemente questa condizione.

- **Rottura della protesi:** può verificarsi in occasione di forti traumi locali (ad esempio, le contusioni toraciche contro il volante o da cintura di sicurezza in corso di incidenti automobilistici), ma spesso anche spontaneamente, in assenza di traumi. Spesso le rotture sono asintomatiche e vengono riscontrate casualmente, in occasione dei controlli radiologici. In altri casi, la rottura è evidente, con il rilievo di variazioni della forma e/o della consistenza della mammella che dovranno quindi indurre la Paziente a consultare il Chirurgo. Qualora il sospetto di rottura sia confermato dall'esame ecografico e/o dalla RMN, sarà necessario procedere alla rimozione della protesi ed all'eventuale sostituzione.
- **Malattie autoimmuni:** la sindrome di Sjögren, l'affaticamento cronico e l'artrite reumatoide sono state studiate in passato in relazione alle protesi mammarie senza dimostrazione di correlazione con l'impianto. In ogni caso la presenza di una patologia autoimmune rende consigliabile, prima dell'intervento, una valutazione da parte dello Specialista Reumatologo e/o Immunologo clinico.
Sono state di recente identificate rare forme di malattie autoimmuni associate alla presenza di protesi mammarie: ASIA (Autoimmune/inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants: sindrome autoimmune/inflammatoria indotta da adiuvanti) e BII (Breast Implant Illness: malattia delle protesi mammarie).
Pur non sussistendo evidenze cliniche certe, si ritiene che stanchezza cronica, dolori alle articolazioni e/o ai muscoli, aumento della temperatura corporea e disfunzioni cognitive possano manifestarsi in soggetti predisposti in seguito ad un'attivazione immunologica cronica. In questi casi i sintomi, spesso anche se non sempre, regrediscono espianando le protesi.
- **Sieroma tardivo:** può manifestarsi anche mesi o anni dopo l'inserimento delle protesi, spesso a seguito di traumi o infezioni locali ("sieroma tardivo"). In

rari casi può comparire senza alcun segno di infiammazione con aumento repentino delle dimensioni di una mammella ("sieroma periprotetico tardivo freddo"). Nella maggioranza dei casi i sieromi tardivi sono di natura benigna, ma si rende comunque necessario eseguire un prelievo del liquido sotto controllo ecografico ed eseguire un esame citologico.

- **Neoplasie correlate alla protesi:** di recente sono state definiti due particolari tipi di neoplasie che originano dalla capsula periprotetica: BIA-ALCL (Breast Implant Associated - Anaplastic Large Cell Lymphoma: linfoma anaplastico a grandi cellule associato a protesi mammarie) e BIA-SCC (Breast Implant Associated - Squamous Cell Carcinoma: carcinoma a cellule squamose associato ad impianti mammarie).

◆ **BIA-ALCL**

- **Cosa è:** il linfoma anaplastico a grandi cellule associato a protesi mammarie è una rara forma di linfoma non Hodgkin (NHL: Non Hodgkin Lymphoma), che può svilupparsi a carico dei linfociti T del sistema immunitario in corrispondenza dei tessuti periprotetici in Pazienti portatrici di impianti mammarie posizionati per finalità estetiche o ricostruttive. Il BIA-ALCL non è un tumore del tessuto mammario.
- **Numero dei casi noti:** la Società americana di Chirurgia Plastica (American Society of Plastic Surgeons: ASPS) ha riconosciuto, a marzo 2023, circa 1.400 casi in tutto il mondo su oltre 35 milioni di protesi mammarie impiantate. In Italia, sono stati registrati 114 casi (dal 2010 a novembre 2024), con un'incidenza variabile secondo il Ministero della Salute tra 2,7 e 6,3 casi ogni 100.000 Pazienti impiantate.
- **Superficie della protesi:** l'Agenzia americana per gli alimenti e i medicinali (FDA: Food and Drug Administration) e i dati ufficiali del Ministero della Salute evidenziano che tutti i casi sinora riportati di BIA-ALCL mostrano una relazione con la presente o passata presenza di protesi testurizzate. Non sembrano esserci, al momento, casi di BIA-ALCL accertati e confermati in Pazienti portatrici di protesi lisce.
- **Tempo medio della diagnosi dall'impianto della protesi:** l'insorgenza dei sintomi varia da 1 a 22 anni, con un tempo medio di circa 7 anni.
- **Modalità di presentazione:** il sintomo più frequente è rappresentato dall'insorgenza di un sie-



roma tardivo (dopo almeno un anno dall'intervento) freddo (ossia non associato ad anamnesi positiva per trauma o infezione), che si evidenzia con un gonfiore importante di una sola mammella. Molto più raramente si manifesta con una massa periprotetica o con contrattura capsulare (*vedi testo precedente di questo paragrafo*).

- *Diagnosi*: nel sospetto clinico di BIA-ALCL è necessario effettuare un'ecografia per valutare l'eventuale presenza di fluido periprotetico. La diagnosi può essere eseguita con esame citologico del sieroma prelevato sotto guida ecografica e/o mediante l'esame istologico del tessuto periprotetico asportato. Nel sospetto ecografico di rottura di protesi o in presenza di una massa, si consiglia di eseguire anche una RMN e/o una tomografia computerizzata associata ad emissione di positroni (CT/PET: Computed Tomography / Positron Emission Tomography).
- *Trattamento*: nella grande maggioranza dei casi, l'asportazione della protesi associata ad una capsulectomia (rimozione di tutta la capsula periprotetica) in blocco è curativa e porta a guarigione. Un'incompleta asportazione della capsula è stata associata sia all'insorgenza di recidive di malattia sia ad una più breve sopravvivenza. Un numero molto ridotto di Pazienti si è presentato con una malattia già in stadio avanzato e il trattamento ha richiesto l'esecuzione sia di radioterapia sia di chemioterapia. Il trattamento deve seguire le linee guida stabilite dal Ministero della Salute aggiornate a novembre 2022. Il trattamento raccomandato ad oggi comporta anche l'asportazione della protesi controlaterale con capsulectomia totale in quanto un piccolo numero di donne ha manifestato anche una malattia controlaterale.
- *Prognosi*: è favorevole a seguito della rimozione della protesi, della capsula periprotetica in toto e di tutto il tessuto eventualmente infiltrato dalla neoplasia. L'interessamento linfonodale e/o la presenza di metastasi sono condizioni cliniche che richiedono l'impostazione di una terapia sistemica. La mortalità registrata in Italia secondo fonti Ministeriali a maggio 2023 è dell'1,9%.

◆ BIA-SCC

- *Cosa è*: il carcinoma a cellule squamose associato ad impianti mammari è un tumore epiteliale estremamente raro ma potenzialmente aggressivo, che sembra originare dalla capsula periprote-

sica. Il BIA-SCC può mostrare una tendenza altamente invasiva che include una possibile diffusione ai linfonodi, ai tessuti locali e a sedi distanti, come muscolo ed osso. Il BIA-SCC non è un tumore del tessuto mammario.

- *Numero di casi noti*: i casi riportati in letteratura sono sinora 19 (su decine di milioni di protesi impiantate).
- *Rischio di ammalarsi nel corso della vita*: sconosciuto.
- *Età al momento della diagnosi*: l'età media delle Pazienti al momento della diagnosi è di 55,8 anni (range 40-81 anni).
- *Tempo medio della diagnosi dall'impianto della protesi*: il tempo medio trascorso dall'inserimento della protesi alla diagnosi di BIA-SCC è di 22,7 anni (range 11-40 anni).
- *Superficie dell'impianto*: sono stati riportati casi in Pazienti portatrici di protesi sia a superficie liscia, sia testurizzata.
- *Tipo di protesi*: il BIA-SCC si è presentato sia in Pazienti portatrici di protesi a contenuto di silicone che di soluzione salina, sia in casi di intervento eseguito a fini estetici che ricostruttivi.
- *Modalità di presentazione*: i primi sintomi che poi hanno condotto alla diagnosi di BIA-SCC sono un sieroma tardivo, gonfiore di una sola mammella, dolore, arrossamento e, spesso, contrattura capsulare (*vedi testo precedente di questo paragrafo*).
- *Diffusione extra-capsulare alla diagnosi*: nell'80% dei casi segnalati, al momento della diagnosi era già presente una diffusione della neoplasia al di fuori della capsula periprotetica.
- *Diagnosi*: nel sospetto clinico di BIA-SCC gli accertamenti più utili sono l'ecografia per valutare eventuale presenza di fluido periprotetico, l'aspirazione per controllo citologico, la RMN con o senza contrasto per valutare la capsula al fine di escludere la presenza di masse e la CT/PET che viene eseguita dopo una diagnosi di positività. La mammografia non è utile per valutare il tumore ma è importante per la valutazione di una eventuale neoplasia mammaria.
- *Trattamento*: eventuali raccomandazioni ufficiali di trattamento dovranno basarsi sui dati che stanno ancora emergendo, considerata l'estrema rarità della malattia. Al momento sembra che l'espianto della protesi associato ad una capsulectomia totale in blocco (asportazione di tutta la capsula periprotetica) dia gli esiti migliori. Basan-



dosi sulla casistica esistente, sembra che una resezione incompleta possa esporre al rischio di una recidiva precoce e/o di una maggiore aggressività della malattia.

- *Chemioterapia/Radioterapia*: la malattia sembra non rispondere a queste terapie.
- *Mortalità*: Il 43,8% delle Pazienti portatrici di BIA-SCC ha un esito fatale a distanza di 6 mesi dalla diagnosi. Questa malattia è dunque potenzialmente assai grave, ma estremamente rara.

RISULTATI

Inizialmente le mammelle possono risultare di aumentata consistenza e apparire leggermente più alte del normale, in particolare quando le protesi vengono posizionate sotto i muscoli pettorali.

Il risultato definitivo dell'intervento non è valutabile prima di 6-9 mesi. Dopo l'inserimento delle protesi la consistenza della mammella dipende in parte da quella del gel di silicone, in parte dalla quantità e dalla consistenza dei tessuti mammari della Paziente.

È sempre auspicabile perseguire un risultato "naturale", cioè una giusta proporzione fra le dimensioni della mammella e la struttura fisica della Paziente. Tuttavia, non sempre ciò è possibile: in particolare, ma non solo, nelle donne magre, con ghiandole mammarie poco sviluppate, la protesi può risultare maggiormente apprezzabile visivamente e/o palpatoriamente lungo i suoi bordi.

La *palpabilità delle protesi* è più frequente subito al di sopra del solco sottomammario e in corrispondenza dei quadranti laterali e deve essere considerata una normale conseguenza dell'impianto. Talora possono rendersi evidenti ondulazioni superficiali della pelle (*"rippling"* - *"wrinkling"*). In alcuni casi la metodica del lipofilling può essere utile per correggere tali irregolarità, oltre alla possibile eccessiva distanza fra le mammelle.

Qualora le protesi siano state posizionate sotto al muscolo gran pettorale, la sua contrazione può provocare delle alterazioni della forma delle mammelle (*"deformità dinamica"*). Tale condizione viene in genere accettata dalle Pazienti. La sua eliminazione, non garantibile, richiede un intervento correttivo.

Una modesta asimmetria fra le due mammelle può essere possibile in caso di diversa distribuzione delle ghiandole mammarie in particolare in corrispondenza dei quadranti inferiori o laterali o in caso di diversa evoluzione della capsula cicatriziale che avvolge le

protesi. Deve essere considerata accettabile e non prevenibile se di modesta entità. Può richiedere un intervento correttivo secondario nei casi più evidenti. Il risultato ottenuto è suscettibile di variazioni nel tempo in relazione a possibili gravidanze, allattamento, variazioni ponderali ed invecchiamento. Col passare degli anni la parete delle protesi può subire delle alterazioni che rendono possibile la trasudazione del contenuto all'esterno ed è più facile la rottura a seguito di traumi diretti. Per tale motivo è consigliabile, a scopo precauzionale, una visita di controllo una volta all'anno, associata eventualmente ad esami radiologici di controllo (esecuzione di ecografia mammaria e, se indicato, di RMN).

L'impianto delle protesi è finalizzato all'aumento volumetrico delle mammelle, ma non modifica l'aspetto e la posizione dei CAC. Solo in alcuni casi l'impianto di protesi mammarie consente una limitata escursione verso l'alto dei CAC, nelle Pazienti che presentino una loro modesta discesa. Qualora ciò non si realizzasse potrà rendersi opportuno un intervento correttivo secondario con asportazione di un settore cutaneo in prossimità dell'areola mammaria.

Le correzioni della posizione dei CAC richiedono, nella maggior parte dei casi, l'intervento aggiuntivo di mastopessi (*vedi il prospetto informativo relativo a mastoplastica additiva e a mastopessi*).

In alcuni casi la metodica del lipofilling (*vedi il relativo prospetto informativo*) può essere utile per correggere irregolarità e visibilità del profilo mammario, *"rippling"*-*"wrinkling"* (*vedi sopra*), palpabilità delle protesi, avvallamenti e, ancora, l'eccessiva distanza fra le mammelle.

CICATRICI

L'intervento di mastoplastica additiva lascia inevitabilmente delle cicatrici che, come tutte le cicatrici chirurgiche, sono permanenti e non possono essere eliminate.

- *Sede*: le cicatrici sono generalmente poco visibili perché situate in pieghe naturali (solchi sottomammari, pieghe ascellari) o in corrispondenza di cute pigmentata (areole mammarie) (*Figura 3*).

È bene in particolare ricordare che:

- la cicatrice può non corrispondere precisamente al solco sottomammario nonostante la sede dell'incisione sia stata programmata correttamente;
- la cicatrice areolare può essere più o meno visibi-



le secondo le caratteristiche della cute areolare e le differenze cromatiche fra questa e la cute della regione mammaria.

- *Aspetto*: varia con il passare dei mesi e dipende anche dalla reattività cutanea individuale, condizionata da fattori genetici o di altra natura (influenze farmacologiche, nutrizionali, ormonali, comportamentali, ecc.). Generalmente la visibilità delle cicatrici diminuisce con il tempo fino a farle risultare sottili, piane e di colorito più chiaro rispetto a quello della cute indenne circostante.

Peraltro, talune Pazienti, a causa di una eccessiva reattività cutanea, possono sviluppare CICATRICI PATOLOGICHE:

- *cicatrici ipertrofiche*, che sono arrossate e rilevate e perciò facilmente visibili; durano diversi mesi o sono permanenti. In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici possono estendersi anche oltre i limiti dell'incisione chirurgica e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento (cicatrici "cheloidee");
- *cicatrici ipotrofiche*, che sono di colore biancastro ma "allargate" o addirittura avvallate (cicatrici "atrofiche");
- *cicatrici pigmentate*, che sono di colorito più scuro rispetto a quello della cute indenne circostante.

La qualità delle cicatrici non è dunque prevedibile. Cicatrici di scadente qualità possono conseguire anche a complicazioni post-operatorie (ematomi, infezioni, necrosi, retrazioni) ed essere corrette con trattamento medico o chirurgico dopo un congruo periodo di tempo (6-12 mesi o più) dall'intervento.

Indipendentemente dal loro aspetto, le cicatrici possono, talora per numerosi mesi, produrre sensazione di prurito, di fastidio, di tensione o dolore, specie alla pressione, e in seguito anche ridotta o assente sensibilità.

METODI ALTERNATIVI

Le mammelle possono essere aumentate di volume anche senza l'uso di protesi con metodiche alternative, quali l'inserimento di grasso prelevato dalla stessa Paziente, purché disponibile in quantità adeguate (LIPOFILLING, *vedi il relativo prospetto informativo*).

In tale caso, a fronte del vantaggio di non dover inserire dei corpi estranei - per quanto di norma ben tollerati - quali le protesi, vi è lo svantaggio di dover essere sottoposte a diversi interventi successivi (3-6, secondo i casi), distanziati di almeno 3 mesi l'uno dall'altro.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
PER L'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA**

(DOCUMENTO RECEPITO DALLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA-RIGENERATIVA ED ESTETICA)

Io sottoscritta nata il
 confermo l'intenzione di essere sottoposta ad intervento di
, per la correzione di

Dichiaro di essere stata visitata e informata verbalmente in data
 dalla/dal Dott.ssa/Dr.:

- sul tipo di intervento, che mi è stato descritto verbalmente ed in forma scritta con uno specifico opuscolo “prospetto informativo” consegnatomi in data, e che consiste in

;
- sugli obiettivi e sulle potenzialità concrete dell'intervento. In particolare.....

;
- sui limiti dell'intervento stesso, che potrebbe, sia pure in via di eccezione, non determinare il conseguimento del risultato auspicato in premessa (come specificato nel prospetto informativo consegnatomi);
- sulle modalità di esecuzione dell'intervento già spiegate nell'opuscolo informativo;
- sul fatto che l'intervento sarà eseguito in regime e richiederà un'anestesia
;
- sulle possibili complicanze che possono verificarsi anche dopo corretta esecuzione dell'intervento. Alcune possibili in ogni intervento chirurgico, come: sanguinamenti, ematomi, versamenti sierosi, infezioni, sofferenze o necrosi cutanee, tromboflebiti e/o tromboembolie, deiscenza della ferita, allergie locali; altre specifiche dell'intervento in oggetto, quali: sieroma precoce e tardivo, spostamento della protesi, “double-bubble”, rotazione o capovolgimento della protesi, esposizione della protesi, alterazioni o perdita della sensibilità della pelle, sindrome di Mondor, possibile inibizione dell'allattamento, pneumotorace;
- sui rischi specifici (contrattura della capsula periprotetica, rottura della protesi, malattie autoimmuni, linfoma anaplastico a grandi cellule associato a protesi mammarie o Breast Implant Associated - Anaplastic Large Cell Lymphoma: BIA-ALCL, e altre neoplasie);
- sulle sequele temporanee: ecchimosi, edemi e gonfiori, dolori, anestesi e ipoestesi;
- sulle sequele permanenti: cicatrici (normali e patologiche), asimmetrie, palpabilità e visibilità dei margini della protesi, ondulazioni cutanee, deformità dinamica, alterazioni o deficit della sensibilità cutanea;
- sull'eventuale possibilità di ulteriori interventi finalizzati alla correzione di risultati derivati da sopravvenute complicanze o sequele il cui onere economico sarà concordato con il Chirurgo e/o con la Struttura Sanitaria;
- sul fatto che, per quanto oggettivamente valido e frutto di un intervento correttamente eseguito, il risultato potrebbe non corrispondere alle mie aspettative essendo soggettiva la percezione dell'immagine corporea;



- sulle particolarità specifiche del mio caso
-
-

Autorizzo la/il Dott.ssa/Dott. e la sua Équipe ad eseguire l'intervento di cui sopra.

Con riferimento sia alle tecniche chirurgiche, sia alle pratiche anestesilogiche, acconsento ad ulteriori procedure che, anche in alternativa a quelle già oggetto di consenso sopra descritto, si dovessero - nel corso dell'intervento ed esclusivamente in relazione a fattori sopravvenuti - rendere indispensabili per la migliore riuscita della procedura nel senso in premessa indicato. Fra queste, anche l'utilizzo di sangue ed emoderivati se ritenuto necessario. Accetto, nell'ottica di una migliore risposta sanitaria, di eseguire le terapie mediche e fisiche che mi verranno suggerite, le medicazioni prescritte e di attenermi ai comportamenti ed alle indicazioni fissate.

Confermo, inoltre, di essere stata informata sulle conseguenze fisiche, psicologiche ed occupazionali che potranno o potrebbero presentarsi nel periodo post-operatorio (come descritto nel prospetto informativo consegnatomi).

Dichiaro di essere stata informata sulle metodiche alternative a quelle propostemi per il trattamento del mio problema (come da prospetto informativo consegnatomi). Sono consapevole che in caso di complicazioni o di effetti collaterali o di risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Chirurgo che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Chirurgo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

Dichiaro che le informazioni rese al Chirurgo sul mio stato di salute fisico e psichico in occasione della visita pre-operatoria sono complete e veritiere, con particolare riferimento ai farmaci che assumo.

Se fumatrice, dichiaro che alla data prevista dell'intervento avrò sospeso il fumo di sigarette da almeno 4 settimane e mi impegno a non fumare durante la convalescenza per almeno 2 settimane, al fine di ridurre i fattori aggiuntivi di rischio di complicità.

Per le Pazienti: confermo di non essere attualmente gravida e mi impegno ad informare tempestivamente il Chirurgo e/o i Suoi collaboratori di una mia eventuale gravidanza prima del trattamento.

Evidenzio che ho posto le seguenti domande a chiarimento:

.....

.....

e che ogni mio quesito ha ricevuto una risposta chiara e completa.

☐ Acconsento ☐ Non acconsento ad essere fotografata e/o filmata prima, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, edotta che il Chirurgo si impegna ad utilizzare le immagini solo in ambito scientifico e per informazione clinica o giudiziaria con assoluta garanzia di anonimato.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario. Del pari confermo che mi è stato lasciato tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute, così da assumere una decisione consapevole.

La Paziente Il Medico che compila
e raccoglie il consenso

li Il Medico che eseguirà
l'intervento

☐ Revoco il presente consenso La Paziente li



