

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**ASPETTI BIOETICI DELLA CHIRURGIA ESTETICA E
RICOSTRUTTIVA**

21 giugno 2012

INDICE

Presentazione.....	3
1. Premessa.....	5
2. La chirurgia estetica.....	5
2.1. Sulla richiesta al medico di modificare il proprio corpo.....	5
2.2. La responsabilità del medico e il consenso informato	8
2.3. La protezione del minore e della persona che non ha la capacità di dare il consenso	10
3. La chirurgia ricostruttiva.....	12
4. Raccomandazioni	15

Presentazione

Nella prima parte del documento, il CNB riflette sui limiti della legittimità di richieste di chirurgia estetica – in continuo aumento - in specie nel rapporto che intercorre tra il paziente e il medico, nel contesto della discussione sui molteplici fattori etici, sociali e culturali che influiscono sulla mutazione di atteggiamento nei confronti del corpo e di una dilatazione del concetto di salute in senso soggettivo.

Il CNB, trattandosi di un intervento non strettamente terapeutico, richiama i criteri deontologici che regolano la prassi medica, a volte trascurati - in questo ambito specifico - a favore di una accondiscendente esecuzione della richiesta espressa dagli individui, sottolineando la inaccettabilità di interventi sproporzionati, in quanto eccessivamente invasivi o inutilmente rischiosi e inadeguati rispetto ai possibili benefici richiesti dal paziente. Il Comitato ritiene, inoltre, che la liceità dell'intervento debba essere subordinata al bilanciamento dei rischi e benefici, commisurato alle condizioni psico-fisiche del paziente, alla funzionalità degli organi interessati e ad una completa informativa al paziente, con una adeguata consulenza anche psicologica.

Per quanto riguarda gli interventi sui minori e incapaci, il CNB ritiene che vi debbano essere limiti alla liceità, a meno che tali interventi non rispondano al loro esclusivo interesse oggettivo sotto il profilo della salute, tenuto in particolare conto dell'età adolescenziale. In modo particolare il CNB non ritiene lecita la chirurgia estetica su bambini con sindrome di Down, finalizzata alla conformazione a canoni sociali di 'normalità', specie se presenta un carattere invasivo e doloroso, considerato anche che con questi interventi difficilmente si realizza un beneficio per la persona e sia frequente la possibilità di accentuare, anziché diminuire, il suo disagio personale.

Il parere sollecita ad una adeguata informazione e formazione sociale sui rischi e benefici degli interventi estetici e auspica un maggiore rigore nella formazione e professionalità del chirurgo estetico, mirata anche alla comprensione degli aspetti psicologici ed etici connessi alla specifica attività medica.

Nella seconda parte del documento si affrontano i problemi bioetici emergenti nella chirurgia ricostruttiva. Si tratta di un settore in continua espansione e sviluppo e che esige una adeguata riflessione etica. Il CNB – con particolare riferimento al trapianto del viso e di arti – raccomanda, data la loro sperimentabilità e la non necessità per la sopravvivenza, una attenta valutazione dei rischi e dei benefici, rapportabili ad una considerazione generale del miglioramento della qualità della vita del paziente. E' ritenuta altresì necessaria una adeguata consulenza anticipata rispetto all'intervento e prolungata nel tempo (anche allargata alla famiglia), a causa delle complesse problematiche che coinvolgono rischi e benefici, accompagnata da un costante monitoraggio psicologico del ricevente. Il paziente deve essere informato accuratamente ed esaustivamente dei rischi e della gravosità delle terapie antirigetto per la sua salute e del fatto che in ogni caso si determinerà una situazione di dipendenza da questi farmaci (con possibili esiti negativi) che potrebbe durare anche tutta la vita.

E' auspicabile che la realizzazione di un adeguato consenso informato possa anche avvalersi delle nuove tecnologie informatiche, favorendo la raccolta d'informazioni e conoscenze attraverso l'accesso a siti accreditati da istituzioni pubbliche competenti, nonché ai registri nazionali e internazionali

dove siano stati pubblicati gli studi più recenti nel settore e dove siano reperibili pubblicazioni scientifiche generate dallo studio. Sono inoltre raccomandate campagne di sensibilizzazione per la donazione degli organi esterni e dei tessuti, così come in genere avviene per la donazione di quelli interni. Si auspica anche, in questo contesto, la possibilità di una integrazione normativa che preveda il consenso o dissenso “parziale” alla donazione degli organi esterni.

Il tema è stato proposto dal Prof. Umani Ronchi durante la plenaria del 27 gennaio 2011. Il Parere è stato redatto dai Proff. Lorenzo d’Avack, Laura Palazzani e Giancarlo Umani Ronchi, con contributi scritti dei Proff. Salvatore Amato, Antonio Da Re, Riccardo Di Segni, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Demetrio Neri, Andrea Nicolussi, Monica Toraldo di Francia.

Nell’ambito della stesura del Parere sono stati offerti apporti preziosi dalle audizioni in sede plenaria del Prof. Nicolò Scuderi (Direttore della Cattedra di Chirurgia Plastica dell’Università La Sapienza di Roma), della Dott.ssa Francesca Romana Grippaudo (Chirurgo plastico dell’Ospedale Sant’Andrea di Roma) e della Dott. Anna Contardi (Coordinatrice nazionale Associazione Italiana Persone Down) nell’ambito della chirurgia estetica e del Prof. Giorgio Iannetti (Ordinario di Chirurgia maxillo-facciale presso l’Università di Roma, “La Sapienza”) e del Prof. Marco Lanzetta (Direttore dell’Istituto Italiano di chirurgia della mano) nell’ambito della chirurgia ricostruttiva.

Il Parere è stato votato nella seduta plenaria del 21 giugno 2012 e pubblicato il 5 luglio 2012. Hanno espresso voto favorevole i Proff. S. Amato, L. Battaglia, F. D’Agostino, A. Da Re, L. d’Avack, E. Fattorini, A. Gensabella, A. Morresi, D. Neri, A. Nicolussi, L. Palazzani, V. Possenti, G. Umani Ronchi. Ha espresso voto contrario la Prof.ssa Claudia Mancina. Assenti alla plenaria, hanno espresso voto favorevole i Proff. A. Bompiani, S. Canestrari, B. Dallapiccola, R. Di Segni, M.L. Di Pietro, R. Proietti, L. Scaraffia, M. Toraldo di Francia.

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

1. Premessa

Nell'ambito della chirurgia plastica si distingue la chirurgia estetica dalla chirurgia ricostruttiva.

La *chirurgia estetica* comprende gli interventi che modificano, correggono o migliorano l'aspetto estetico e funzionale del corpo. È rivolta a coloro che richiedono al medico interventi per la modificazione di parti del proprio corpo per finalità non sempre direttamente terapeutiche e che, più di sovente, sono motivati da desideri ed esigenze soggettive di adeguamento ad un ideale corporeo.

La *chirurgia ricostruttiva* corregge malformazioni congenite o causate da traumi demolitivi. Si tratta di interventi che hanno l'obiettivo primario di restituire la funzione e migliorare l'immagine di pazienti gravemente menomati, vittime di traumi significativi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, morsi di animali, ustioni, traumi balistici, ecc.) o di patologie destruenti. Sugli esiti si possono effettuare auto-trapianti, ma quando ciò non è possibile vengono impiantati tessuti sani donati da cadaveri. Tecnicamente si tratta di un allotrapianto composito di tessuti, quali pelle, ossa, muscoli, vasi sanguigni, nervi. Nella chirurgia ricostruttiva l'esigenza estetica e terapeutica si sovrappongono.

In questa sede non verranno trattate la questione del transessualismo (che esige più ampi riferimenti a problematiche concernenti l'identità sessuale – questione regolata in Italia dalla L. 164/1982), le scarnificazioni e la richiesta di amputazione di arto (che rimanda ad una più complessa trattazione di problematiche psichiatriche), le attività di *piercing* e tatuaggio e quegli atti di autocreazione (*body art* o *carnal art*).

Dal punto di vista etico-giuridico, il tema della chirurgia estetica e ricostruttiva si interseca da un lato con la dibattuta questione dello statuto del corpo umano e dall'altro con la stessa attività del medico volta alla tutela della salute del paziente.

2. La chirurgia estetica

2.1. Sulla richiesta al medico di modificare il proprio corpo

Il corpo come soggettività, "corpo vissuto", è ciò che siamo e reca in sé i segni di ciò che siamo stati: è il corpo in cui sono scritti gli anni che passano, che porta le tracce delle nostre emozioni, che hanno segnato e segnano la nostra esistenza. In questo senso, la nostra identità è sempre identità di 'esseri incarnati'.

Come corpi-soggetti abitiamo il mondo e siamo relazione 'agli' altri. Il corpo che siamo ci proietta verso l'esterno e tale proiezione ha una duplice valenza. Ci pone in contatto con gli altri, in una dimensione inter-soggettiva/inter-corporea, che ci consente di costruire la nostra identità. Al tempo stesso è un veicolo di significati, che comunica ciò che vogliamo-vorremmo che il mondo percepisca di noi. E' soprattutto in questa seconda funzione, che il corpo può essere percepito differente nel suo manifestarsi all'esterno, allo sguardo degli altri, da ciò che è vissuto all'interno dalla nostra soggettività: non un'identità incarnata, ma una "maschera" che si sovrappone a

quell'identità, a volte alterandola, con ricadute sulla stessa esperienza che ciascuna/o fa di sé e della propria sessuata dimensione corporea, e al tempo stesso con ricadute negative nei rapporti intersoggettivi. In questi casi può subentrare il 'bisogno', più o meno indotto, di lavorare sull'aspetto esteriore del corpo, quel corpo 'oggetto' che 'appare' agli occhi degli altri: si avvia un processo di 'oggettivazione' del corpo stesso per renderlo controllabile, modificabile, plasmabile in funzione del desiderio di un'identità che il corpo dovrebbe rispecchiare, secondo modelli maturati all'interno delle relazioni intersoggettive, spesso sulla base di condizionamenti sociali.

Va tenuto conto che sono molteplici i fattori sociali che hanno influito sui nuovi immaginari che accompagnano il mutato atteggiamento verso il corpo e l'aumento di richieste di interventi di chirurgia estetica. Fra questi vanno ricordati: il tumultuoso sviluppo dell'innovazione bio-tecnologica che offre sempre nuove possibilità di manipolazione del corpo aprendo scenari futuri di 'cosmetica genetica'; le profonde modifiche intervenute nei rapporti interpersonali e professionali che spingono alla rappresentazione esteriore nella vita sociale e all'attenzione verso l'apparenza; la enfaticizzazione della bellezza che tende a divenire sempre più sinonimo di benessere, di giovinezza, di incremento del piacere sessuale e la conseguente necessità che questa perduri nel tempo¹.

Ad alimentare, poi, queste fantasie di libertà dai vincoli che il nostro essere incarnati ci impone è l'odierna cultura mediatica (pubblicità, programmi televisivi, film, articoli su quotidiani e rotocalchi, internet), alleata con un mercato della bellezza e della fitness sempre più pervasivo. Si rileva il moltiplicarsi di offerte sul web di interventi di chirurgia estetica, in grado di suscitare attese palesemente irrealizzabili. Questi messaggi, condizionando gusti e canoni estetici, veicolano l'idea che è sul corpo e sulla sua dimensione estetica che convergono interessi sociali ed economici. Gli operatori del settore dovrebbero essere responsabilizzati sui rischi che i loro messaggi possono trasmettere.

E' possibile allora ritenere che oggi donne e uomini si rivolgano al chirurgo estetico con sempre maggiore frequenza per esigenze fisiologiche e psichiche, anche inconsce, ma soprattutto per il desiderio di integrazione sociale secondo determinati stereotipi. E non si può disconoscere che il rapporto tra estetica e vita emotiva, sociale e familiare possa essere strettissimo, tant'è che dopo un intervento che abbia risolto seri problemi fisiognomici non si può escludere che il paziente rielabori la propria immagine interiore così da acquisire sicurezza nei rapporti con gli altri, oltre che con se stesso.

Ma l'attivazione di modelli di bellezza con i loro imperativi culturali e consumistici può anche creare effetti negativi soprattutto nei soggetti più vulnerabili: insicurezza crescente a fronte di processi di invecchiamento o più semplicemente di aspetti somatici che creano differenze individuali rispetto ai criteri estetici dominanti e omologanti.

L'aumento, dunque, di richieste di interventi di chirurgia estetica stimola e rende necessaria la discussione bioetica sui limiti della legittimità di detta richiesta in specie nel rapporto che intercorre tra il paziente e il medico.

¹ Si pensi alla 'chirurgia estetica delle parti intime' (vaginoplastica, imenoplastica, vaginal tightening cosmetic, fallo plastica), ampiamente pubblicizzata su molti siti internet (*female genital cosmetic surgery* or FGCS).

In questo ambito, inevitabilmente, il tema della bellezza si interseca con quello della salute in quanto la richiesta da parte del soggetto di modificazione del corpo rivolta al medico non può prescindere da un riferimento, diretto o indiretto, alla dimensione terapeutica. Si assiste, oggi, ad una tendenza verso la dilatazione del concetto di salute con l'accentuazione della dimensione soggettivistica, anche a seguito della definizione di salute della Organizzazione Mondiale della Sanità come stato di "completo benessere fisico, psichico e sociale"². In tale prospettiva l'intervento chirurgico estetico rientrerebbe nei trattamenti terapeutici, nella misura in cui una determinata condizione fisica - a prescindere dalla considerazione oggettiva patologica - sia percepita dal soggetto interessato, sul piano psico-sociale, come fonte di malessere e disagio. Pertanto coloro che chiedono al medico la trasformazioni del proprio corpo per abbellirlo (in funzione del proprio ideale di bellezza-salute) ritengono di esercitare un diritto di libertà e di autodeterminazione nell'attuazione e sviluppo della propria personalità, considerando la 'salute estetica' come un bene non solo da preservare e reintegrare ma, per certi versi, anche da promuovere quale elemento fondante l'identità dell'individuo, in funzione dei propri desideri soggettivi e delle relazioni sociali³.

Il CNB, pur nel rilevare che nel dibattito bioetico attuale si tende a mettere in discussione la nettezza della distinzione tra 'sano/normale' e 'patologico/anormale' e ad accogliere la compresenza nell'ambito della salute di dimensioni soggettive ed oggettive, intende mettere in evidenza nell'ambito specifico della chirurgia estetica i rischi di una relativizzazione e soggettivizzazione eccessive della nozione di salute.

In questo ambito non è possibile definire a priori in modo specifico, esaustivo e definitivo i limiti di liceità degli interventi (richiesti dal paziente ed eseguiti dal medico), delineando in modo rigido la distinzione tra sfere di accettabilità ed inaccettabilità: vanno tuttavia richiamati gli obblighi deontologici che regolano la prassi medica, a volte obliterati - in questo ambito specifico - a favore di una accondiscendente esecuzione della richiesta avanzata dagli individui. E, pertanto, il CNB ritiene che in via casistica sia il paziente che il medico debbano rispettare criteri di proporzionalità e accuratezza (accertamento delle condizioni fisiche e psichiche del paziente, informative esaustive, consenso informato, valutazione rischi/benefici-aspettative). E' attraverso questi criteri che è possibile giustificare la liceità della richiesta e del conseguente intervento chirurgico in quanto nella relazione paziente/medico si realizza una finalità terapeutica, intesa in senso estensivo. Ne debbono restare escluse altre richieste di intervento deformate da logiche di 'desiderio' che

² È la definizione del 1948, rielaborata successivamente nella Carta di Ottawa nel 1984 ("il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute). Anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000) ritiene che l'interesse alla "integrità fisica" debba confrontarsi, più in generale, in tutte le scelte che attengono alla modificazione del proprio corpo, con la più ampia integrità della persona (art. 3).

³ In Italia il diritto all'autodeterminazione sul proprio corpo nei limiti dell'art. 5 codice civile è stato rivendicato in base agli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione. La Corte di Cassazione già nel 1994 aveva riconosciuto alla chirurgia estetica una sua precisa collocazione, affermando che "la funzione tipica dell'arte medica, individuata nella cura del paziente al fine di vincere la malattia, di ridurne gli effetti pregiudizievoli o, quanto meno, di lenire le sofferenze che produce, salvaguardando e tutelando la vita, non esclude la legittimità della chirurgia estetica, che a prescindere dalle turbe psicologiche che potrebbero derivare da una dilatata considerazione degli aspetti sgradevoli del proprio corpo, tende a migliorare esclusivamente l'estetica" (Cass. civ. n. 10014/1994, in "Foro it.", 1995, I, 2913). Cfr. anche Cass. civ. n. 9705/1997.

possono ritorcersi contro gli stessi soggetti 'desideranti' e che si traducono in una sorta di 'accanimento estetico' o in mero sfruttamento del corpo o dettate da patologie psichiatriche (c.d. dismorfofobia).

La specificità di questi interventi fa sì che le istituzioni pubbliche sono in genere poco propense a contribuire economicamente all'esercizio del diritto del paziente di modificare il proprio aspetto fisico per fini estetici⁴. D'altronde non si può dimenticare che mentre il sistema privato risponde a una logica strettamente legata al rischio assicurato e al tipo di prestazione prevista (rapporto che determina il premio pagato, fatto salvo il margine di profitto), quello pubblico risponde ad una logica più ampia che deve tenere conto, mitigandole, delle diseguaglianze naturali, sociali ed economiche e della necessità di garantire i diritti fondamentali (diritto alla tutela della salute) anche se non può prescindere da valutazioni di tipo economico, dal momento che le risorse sono comunque limitate.

2.2. La responsabilità del medico e il consenso informato

La responsabilità del chirurgo sul piano giuridico nell'ambito della chirurgia estetica presenta delle peculiarità rispetto alla sua generale responsabilità professionale. Infatti nella misura in cui la finalità estetica si distingue dalle comuni finalità terapeutiche, può mutare il rilievo della responsabilità nel rapporto con il paziente e il senso della ripartizione dei rischi inerenti all'intervento e mutare - conseguentemente - anche l'entità e le modalità del consenso informato.

Nell'analisi dell'obbligazione che il sanitario assume nei confronti del paziente è consolidato il principio che questa, oltre a dover essere conforme alle norme deontologiche, ha per contenuto lo svolgimento dell'attività professionale necessaria ed utile al caso concreto, secondo criteri di appropriatezza e di perizia medica. Ne consegue che il risultato, da misurarsi secondo parametri oggettivi, non sempre e necessariamente coincide con la soddisfazione dell'interesse del paziente, posto che la soddisfazione dell'interesse - si pensi alla guarigione da una malattia - può non essere conseguibile solo e direttamente mediante il comportamento del professionista. Nell'attività medica in generale, poi, tale risultato deve essere valutato in maniera da non scoraggiare interventi di cui è socialmente avvertito il bisogno e che del resto mirano a realizzare la tutela di un valore fondamentale come la salute. Inoltre, la particolare rilevanza dell'attività svolta dal medico può suggerire di non aggravarne la sua responsabilità fino a renderlo garante riguardo a rischi estranei alla sua azione.

Fermo restando, ora, che anche quando il medico opera per finalità estetiche deve misurare il proprio comportamento in relazione a perizia e deontologia, si potrebbe valutare in modo diverso il risultato dovuto. Nel momento che l'intervento ha finalità meramente o prevalentemente estetiche l'esigenza di incoraggiare questi interventi potrebbe venire meno o essere socialmente meno apprezzabile. Di conseguenza un eventuale alleggerimento di responsabilità del medico, derivante dal considerare il comportamento

⁴ In Italia il Sistema Sanitario Nazionale ha introdotto, a partire dal 1 luglio 2002, i "Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)", definiti dal decreto (DPCM) del 29/11/2001 che fissa le prestazioni minime indispensabili da garantire in tutto il territorio nazionale. I LEA hanno annoverato fra le categorie di servizi/prestazioni escluse anche la chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite.

dovuto assorbente il risultato richiesto, oppure valutando in modo meno grave l'errore tecnico nei casi di speciale difficoltà, non dovrebbe essere esteso alle prestazioni con finalità meramente (o prevalentemente) estetiche, accollandone i rischi al paziente. In questi casi infatti, l'interesse del professionista a svolgere la sua attività – per ragioni direttamente economiche (nel caso di un vincolo contrattuale col paziente) o indirettamente economiche (nel caso in cui egli dipenda da una struttura ospedaliera) – non è controbilanciato da un bisogno oggettivo di tutela della salute del paziente/cliente.

La specificità della chirurgia estetica, che, come detto, non presenta carattere di intervento terapeutico indispensabile rende ancor più necessaria la richiesta informata (consenso informato) del paziente, che assorbe ogni profilo di giustificazione dell'intervento, unitamente all'autonomia professionale del medico e alla sua deontologia.

Ne deriva perciò la necessità di un particolare rigore e attenzione nell'informazione data dal sanitario. Il CNB ritiene necessario che - al fine di garantire il principio di non-maleficenza - l'informazione sia completa e piena, non solo per quanto riguarda le modalità dell'operazione, ma anche sulle conseguenze sullo stato di salute, sui possibili benefici e rischi, sui prevedibili risultati dell'atto medico in relazione alle aspettative soggettive del paziente, verificando in modo particolarmente scrupoloso quali e quante delle informazioni rese siano state pienamente recepite dal paziente⁵. In tale ambito potrebbero essere utili indicazioni al paziente per acquisire informazioni online su siti accreditati o l'uso di strumenti di verifica (anche con questionari) della comprensione delle informazioni finalizzate anche ad evidenziare le reali ragioni che conducono alla richiesta dell'intervento chirurgico.

Certo è che il medico non deve vestire solamente i panni di un tecnico che agisce sulle imperfezioni, migliorandole, ma deve avere anche sensibilità e preparazione psicologica per capire quando e se è indispensabile un intervento. Il chirurgo estetico non dovrà dunque trascurare, anche indicando al paziente la eventuale necessità di una consulenza allargata, la considerazione della personalità del richiedente, valutando, anche sotto questo aspetto, la fattibilità del trattamento.

Tanto più che la chirurgia estetica, pur attenuando sensibilmente la dismorfia, non sempre è in grado di eliminare la condizione di malessere che ne è alla base, tanto che il problema può riproporsi dopo un periodo anche breve con la pretesa di ulteriori, inutili correzioni. Si interrompe in questo modo,

⁵ Una raccomandazione fatta propria dalla Cassazione: "In tema di terapia chirurgica, affinché il paziente sia in grado di esercitare consapevolmente il diritto, che la Carta Costituzionale gli attribuisce, di scegliere se sottoporsi o meno all'intervento, incombe sul sanitario uno specifico dovere di informazione circa i benefici e le modalità dell'operazione, nonché circa i rischi prevedibili in sede post-operatoria; dovere questo che, nel campo della chirurgia estetica, ove si richiede che il paziente consegua un effettivo miglioramento del suo aspetto fisico globale, è particolarmente pregnante; con la conseguenza che l'omissione di tale dovere, al di là della riuscita dell'intervento previsto ed indipendentemente dalla natura di mezzi dell'obbligazione di prestazione d'opera professionale, non esonera il sanitario da responsabilità, sia contrattuale che extracontrattuale, qualora si verifichi - come esito dell'intervento stesso - un evento dannoso" (Cass. civ., n. 9705/1997). Vale sempre il principio (Cass. civ., n. 14638/2004.) che in ogni caso è necessario il consenso informato: "Nel contratto di prestazione d'opera intellettuale tra il chirurgo ed il paziente, il professionista, anche quando l'oggetto della sua prestazione sia solo di mezzi, e non di risultato, ha il dovere di informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla portata ed estensione dei suoi risultati e sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili".

o meglio si altera e si squilibra quel rapporto rischio/beneficio - nel contesto della alleanza terapeutica - che rappresenta il presupposto deontologico ed etico della liceità del trattamento; in questi casi il medico deve, per ragioni deontologiche ed etiche, manifestare la propria indisponibilità, senza con ciò abbandonare il paziente ma suggerendo eventuali altre soluzioni meno invasive.

Pertanto, è indispensabile una valutazione ponderata, caso per caso, essendo spesso difficile stabilire quali siano i limiti delle misure terapeutiche, in grado di aiutare chi richiede l'intervento a superare il proprio disagio.

In questo ambito il rischio del paziente di finire in mani poco esperte o nella bottega di un 'mercante di interventi' o di trasformarsi da "paziente" a mero "cliente" sono realtà sempre più attuali e preoccupanti. E' sottile la linea tra il lecito e il collusivo nel campo della chirurgia estetica ogni qualvolta da parte del medico con l'intervento non sufficientemente motivato si tendono ad alimentare le illusioni irrealistiche dell'individuo. Ne deriva perciò la necessità di un particolare rigore e attenzione nella informazione data dal sanitario anche sulla natura non terapeutica dell'atto. L'obiettivo dello specialista deve essere quello di offrire la sua competenza per aiutare a risolvere il problema del paziente, non di vendere una prestazione senza preoccuparsi se sia la più adeguata.

Preoccupa, inoltre, il fatto che in Italia - secondo una indagine effettuata dalla Società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica (Sicpre) - le persone che lavorano nel business del "ritocco" si calcolano in un numero ben maggiore degli iscritti alla Società, con il possibile rischio di molti professionisti "improvvisati". Come per molte altre specialità mediche ciò è dovuto alla normativa in materia di esercizio della professione, che nel nostro Paese è quanto mai permissiva, in quanto chiunque sia laureato in Medicina, abilitato alla professione e iscritto all'Ordine dei Medici, può intraprendere teoricamente attività che richiedono un'alta specializzazione. A questa possibilità teorica si deve contrapporre il controllo delle scuole di specializzazione e delle società professionali, e la corretta informazione al pubblico degli utenti. A tal fine il CNB raccomanda che la pubblicità sugli interventi e sui risultati ottenuti e ottenibili in questo campo abbiano luogo su siti internet accreditati e certificati da istituzioni pubbliche competenti.

2.3. La protezione del minore e della persona che non ha la capacità di dare il consenso

Le carte internazionali raccomandano in via generale che in qualsiasi pratica medica, che veda coinvolte persone che non hanno la capacità di dare un consenso, debba essere garantita una speciale protezione, fondata su parametri etici e legali adottati dagli Stati.

Nella fattispecie della chirurgia estetica, come già ricordato, non si tratta in generale di interventi medici necessari, ancor meno salva-vita, e pertanto nel caso di persona che non ha la capacità di dare il consenso questa mancanza non può in alcun modo essere sanata, dato che viene meno il collegamento tra l'autorizzazione di colui che esercita la potestà (in genere i genitori) ed una iniziativa che porti un beneficio diretto e reale per la salute dell'incapace. Atti di questo genere ricadono fra gli "atti personalissimi", che non possono essere compiuti da persona diversa dal diretto interessato, senza cioè che sia possibile farsi sostituire da alcuno né dai genitori né dal legale rappresentante.

Qualora si voglia tenere conto che l'incapacità di agire, ossia l'inidoneità a compiere atti giuridici fino al compimento del 18° anno, è riferibile essenzialmente agli atti della sfera patrimoniale, è possibile ampliare l'autonomia decisionale del minore, che abbia raggiunto la capacità sufficiente ad assumere una scelta consapevole (c.d. grande minore), in merito alla cura dei propri interessi "esistenziali". D'altra parte bisogna anche tenere in considerazione la particolare rilevanza psicologica che proprio in età adolescenziale possono assumere alcune situazioni estetiche, vissute come intollerabili e causa di sofferenza e disagio.

A garanzia della formazione e consapevolezza del consenso dovrebbero, tuttavia, prevedersi precise circostanze. Primaria l'autorizzazione dei genitori, i quali si configurerebbero come *medium* della volontà del figlio, attenti ad una corretta informazione da dare e sufficientemente certi che le motivazioni avanzate per l'intervento non siano del tutto slegate dal contesto terapeutico o condizionate da una aspettativa poco reale, dettata da una non obiettiva e proporzionata percezione del mondo e degli ideali sociali che circondano l'adolescente. Altre garanzie possono essere ottenute attraverso la predisposizione di una consulenza specifica, con la informazione al minore sui rischi e sui benefici dell'intervento da personale esperto commisurata alla sua capacità di comprensione.

La preoccupazione che si possano suscitare negli adolescenti forme di disagio ed ansia rispetto allo sviluppo del proprio corpo, possibile percezione distorta della propria apparenza corporea, porta il CNB a condividere la scelta fatta da alcune normative, come quella spagnola, di vietare nell'ambito dei programmi audio visivi in determinate fasce orarie forme di pubblicità che possano provocare il rifiuto della propria immagine e facilitino l'emarginazione sociale a causa di una condizione fisica determinata da fattori di peso o estetici. E' altresì apparso al CNB quanto mai opportuno il divieto normativo di impianto alle minorenni di protesi mammarie per ragioni meramente estetiche, disponendo obblighi informativi alle pazienti che intendono sottoporsi agli interventi o si avvicinano troppo presto alla chirurgia estetica in un'età in cui il fisico non ha ancora completato il proprio sviluppo⁶.

In questo ambito acquista rilevanza bioetica la questione della chirurgia estetica sul minore con sindrome di Down, sindrome che generalmente, oltre ad alterare l'aspetto fisico, determina un ritardo mentale, abitualmente di grado medio o moderato con compromissione di diverse aree cognitive. Per questa disabilità - si ripropone anzi, per certi versi, si amplifica - il problema dell'ottenimento di un valido consenso e dei molti limiti già sopra enunciati nei riguardi del minore o dell'adulto incapace. Va considerato che la decisione di intraprendere la via della chirurgia estetica anche con finalità terapeutiche (miglioramento della dinamica respiratoria, dell'alimentazione e del linguaggio), si basa non sulla volontà del minore o dell'incapace con sindrome di Down, ma solo su quella dei suoi genitori. Il CNB ritiene che l'intervento chirurgico che

⁶ Il 22 maggio 2012 il Parlamento ha approvato la legge che istituisce i Registri nazionale e regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di interventi di plastica mammaria alle persone minori (atto Camera n. 3703-B). Fanno eccezione i casi di malformazioni o patologie del seno, operazioni garantite dal servizio sanitario nazionale. Il registro delle protesi deve consentire la piena tracciabilità dei materiali utilizzati e del follow-up delle pazienti. I dati disponibili, garantendo una adeguata privacy, permetteranno il monitoraggio del paziente nel corso del tempo e potranno fornire informazioni utili per predisporre linee guida sull'utilizzo delle tecniche diagnostiche più sicure ed efficaci.

risponde ad esigenze di tipo funzionale deve ritenersi legittimo, come d'altronde avviene per qualsiasi intervento compiuto sul minore o sull'incapace che si renda necessario per acclamate ragioni fisiche. Tuttavia occorrerà molta prudenza nell'attuare questi interventi, considerate la loro complessità e dolorosità, il loro carattere non definitivo (esigendo ulteriori interventi durante la crescita) e che certi tratti e difetti fisici possano, di contro, attenuarsi con la crescita del bambino. Spetterà ai genitori con l'ausilio del medico accertare che tali operazioni chirurgiche si realizzino nell'interesse della persona con sindrome di Down e presentino un carattere di beneficalità.

Per quanto concerne gli interventi meramente estetici e non funzionali i familiari avanzano in genere due motivazioni. La prima è annullare o ridurre il più possibile la manifestazione della diversità iscritta nel suo corpo; la seconda di ridurre lo stigma sociale ed evitare eventuali reazioni di rifiuto, soprattutto in quei contesti sociali dove la cultura dell'integrazione è meno sviluppata.

Sono molteplici gli studi che hanno evidenziato come attraverso questi interventi difficilmente si realizzi un beneficio per la persona con sindrome di Down e come sia frequente la possibilità di causare un effetto contrario: il cambiamento somatico estetico può determinare nel minore un senso di alterità nei confronti della propria immagine (ostacolando il processo di auto-identificazione) e la percezione di essere rifiutato dall'ambiente sociale e in specie da coloro che si dovrebbero prendere cura di lui. Oltretutto si rischia di alimentare l'illusione, nei confronti dei familiari, che l'intervento estetico modifichi la condizione di disabilità.

Il Comitato ritiene che l'accettazione della disabilità non debba passare attraverso la modificazione esteriore del corpo, ma attraverso il riconoscimento della persona, che si esprime nella relazione e nell'accettazione della sua condizione esistenziale.

Il CNB non ravvisa pertanto ragioni etiche che possano giustificare nei confronti della persona con sindrome di Down un trattamento diverso da quanto previsto, nei confronti del minore o dell'incapace, che, in quanto inidoneo ad esercitare quei diritti personalissimi di cui è titolare non può essere sottoposto a trattamenti medici non necessari per la sua salute.

3. La chirurgia ricostruttiva

La chirurgia plastica ricostruttiva suscita problematiche bioetiche solo in parte sovrapponibili alla chirurgia estetica e ricade per quanto riguarda il recupero degli organi nell'ambito della donazione da cadavere.

I recenti sviluppi di tale settore della medicina in vari Paesi aprono la strada alla 'ricostruzione del corpo umano'. L'ostacolo principale alla espansione di questo tipo di trapianti è rappresentato dalle terapie anti-rigetto, e quindi immunosoppressive. In un prossimo futuro si dovesse approdare ad una cura efficace priva o quasi priva di effetti collaterali (quali, in specie, la insorgenza di tumori) che sia in grado di impedire il rigetto di tessuti che provengono da un altro essere umano, si aprirebbe la possibilità tecnica di ricostruire ogni parte del corpo. Attualmente, oltre a trapianti di tessuto osseo, muscoli, segmenti vascolari, cute, denti ecc., si effettuano trapianti di tessuti

composti⁷, di arti superiori e inferiori, dita, piede, viso, parete addominale, laringe, utero.

In tale ambito la componente estetica e terapeutica sono strettamente connesse, ma la seconda prevale sulla prima. La finalità primaria della chirurgia ricostruttiva è la riparazione di un danno funzionale causato da traumi, incidenti, malattie, ecc. o la correzione di una malformazione congenita. Si tratta di “trapianti non salva-vita”, che trovano il loro fondamento di legittimità nella tutela della integrità fisica e della salute del paziente, nella considerazione generale anche della sua qualità di vita (che include anche gli aspetti psico-sociali).

Alcuni interventi ricostruttivi stanno uscendo recentemente dalla sfera della sperimentazione e degli studi pilota o tentativi di cura. Altri presentano ancora un carattere sperimentale in quanto non sufficientemente collaudati dall'esperienza, con conseguente incertezza sui possibili effetti positivi o negativi. La dimensione sperimentale non consiste solo nella effettuazione tecnica dell'intervento, quanto anche nella considerazione degli effetti collaterali degli interventi. Non vi è ancora una sufficiente numerosità di interventi e un adeguato tempo di osservazione di follow-up (sono necessari almeno 10-15/20 anni) per avere dati percentuali attendibili sulla sopravvivenza dell'organo e sulle implicazioni sul paziente. Fra questi vanno ricompresi il trapianto effettuato sul viso, che può avere una estensione maggiore o minore (totale o parziale) e il trapianto di arti. E' pur vero che questo genere di interventi ricostruttivi, in molti casi dunque definibili come *trapianti terapeutico-sperimentali*, si svolgono in situazioni in cui la menomazione di cui soffre il paziente, non più sostenibile fisicamente e/o psicologicamente o in altro modo curabile⁸, è tale da implicare di fatto che l'intervento rappresenti l'unica valida e concreta speranza per la salute del paziente, intesa come possibilità di riacquisire la vita di relazione, affettiva, professionale.

Il CNB ritiene che tali interventi sebbene non indispensabili per la sopravvivenza del paziente, siano eticamente giustificabili, seppur subordinatamente ad una valutazione dei rapporti tra benefici e rischi, considerando anche la possibilità che i farmaci antirigetto e il loro uso prolungato (anche tutta la vita) possa comprometterne la salute o determinare la formazione di tumori.

Va detto che anche in questo ambito la ricerca scientifica ha fatto recentemente considerevoli progressi, consentendo di diagnosticare precocemente il rigetto per trattarlo e prevenirlo⁹, di controllare gli effetti

⁷ Trapianti che si effettuano ad oggi in Italia, Spagna, Francia, Austria, Belgio, Polonia, Stati Uniti, Canada, Malesia. Recentemente anche Australia, Brasile, Argentina, Libano, Turchia, Nuova Zelanda, Cina, Giappone. Il primo trapianto di mano in Italia è stato effettuato dal Prof. Marco Lanzetta nell'Ospedale San Gerardo di Monza nel 2000. A questo ne sono seguiti altri due, ed un trapianto bilaterale della mano eseguito nell'ottobre 2010 dall'equipe del primario Prof. Massimo Del Bene sempre presso l'Ospedale San Gerardo di Monza.

⁸ E' opportuno tenere presente che con tecniche sofisticate di autotrapianto si ottengono risultati importanti: si possono trasferire sul viso lembi di cute, sottocute e muscolo dall'addome o dal dorso e prendere da aree indenni, quella della schiena ad esempio, ampi innesti di tessuto senza che il paziente debba ricorrere alla terapia antirigetto. Il trapianto va scelto solo quando non ci sono alternative terapeutiche meno invasive e rischiose.

⁹ Per quanto riguarda, in particolare, il trapianto di mano, la visibilità dell'organo consente una diagnosi immediata (rispetto ad organi interni). Inoltre il contestuale trapianto di un lembo di cute posizionato al livello dell'anca consente di prevedere anticipatamente il rigetto per trattarlo prima che ancora che si manifesti.

collaterali nonché di ridurre se non addirittura di eliminare in taluni casi¹⁰, l'assunzione di farmaci immunosoppressivi. In particolare nei casi di trapianti di organi esterni, il ricevente è in genere una persona sana – nel senso fisico del termine - (a differenza di chi riceve un organo interno che vive una condizione di malattia), pertanto è maggiormente in grado di sostenere e reagire alle terapie e agli effetti collaterali.

Tuttavia rischi per la salute attualmente sono presenti e la scelta tra questi e il possibile vantaggio del trapianto va affidata al paziente. La delicatezza delle problematiche in gioco ancora una volta implica una particolare attenzione nei confronti del consenso, che presuppone che sia data al paziente una informazione completa per consentirgli una decisione personale, libera, consapevole ed obiettiva nel suo esclusivo interesse. Un consenso che nell'informativa da dare obbliga il medico, ancor più di quanto in genere avviene per gli interventi indiscutibilmente necessari, a richiamare l'attenzione sulla complessità e delicatezza dell'intervento e di conseguenza evidenziare le incertezze del risultato e i rischi connessi agli effetti collaterali delle terapie successive all'intervento, anche a fronte di una prestazione secondo *leges artis*. A tal fine è indispensabile una apposita consulenza, coinvolgendo medici, psicologi, psichiatri, fisioterapisti. Una consulenza anticipata rispetto all'intervento con ampi margini di tempo e che prosegua il più a lungo possibile anche dopo l'intervento. Una consulenza che coinvolga anche i familiari, che sono chiamati a partecipare e sostenere il soggetto nella decisione. Ma sarebbe altresì opportuno richiamare l'attenzione del paziente anche sulle conseguenze che l'intervento può comportare in altri ambiti, soprattutto lavorativi (la possibile cessazione o modificazione di una posizione di privilegio per disabili) e assicurativi (la modifica di contratti di assicurazioni per la salute a causa dei rischi delle terapie farmacologiche successive all'intervento). E' altresì auspicabile che la realizzazione di un adeguato consenso informato possa avvalersi delle nuove tecnologie informatiche, favorendo la raccolta di informazioni e conoscenze attraverso l'accesso a siti accreditati da istituzioni pubbliche competenti, nonché a registri nazionali e internazionali dove sono stati pubblicati gli studi più recenti nel settore e dove siano reperibili pubblicazioni generate dagli studi scientifici.

I trapianti ricostruttivi ricadono in via generale sotto l'aspetto normativo nell'ambito della regolamentazione di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti¹¹. E di fatti in diversi Paesi europei (ad es. in Francia, in Spagna e anche in Italia) il trapianto multitessuto (mano, arto superiore, arto inferiore, piede, volto) è considerato come equivalente ad un trapianto di organo. E ciò in considerazione di diversi elementi: il particolare impegno chirurgico; la difficoltà oggettiva nella ricerca del donatore; l'impossibilità di conservare il tessuto; la necessità oggettiva di utilizzare la rete trapianti d'organo per l'evento donazione trapianto; la necessità di seguire il follow-up del ricevente.

Tuttavia, diversamente dai trapianti più usuali (rene, fegato, cuore, ecc), emergono alcune specifiche difficoltà per il reperimento degli organi e dei tessuti. Il fatto che si tratti non di trapianti salva-vita ma di interventi terapeutici per diversi aspetti ancora oggi in parte sperimentali può alterare l'alleanza

¹⁰ È in via di sperimentazione il trapianto, insieme all'organo, di midollo osseo che, producendo cellule non in competizione con le cellule originarie, consente di evitare il rigetto.

¹¹ Nel nostro Paese la regolamentazione giuridica è data dalla L. n. 91/1999 (*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*).

terapeutica con i donatori. Questi e i loro familiari potrebbero essere meno disposti a una destinazione non decisiva per la vita del ricevente, anche in considerazione poi che il carattere terapeutico dell'intervento e dei suoi risultati non sono sempre certi. Inoltre non va sottovalutato che potrebbe verificarsi una scarsa disponibilità a donare parti del proprio viso e gli arti, sia perché alteranti l'aspetto del cadavere, sia per la valenza simbolica, identitaria e relazionale che questi rappresentano. In specie nel trapianto di viso può emergere anche il timore - oggetto di discussione sul piano scientifico - che il ricevente acquisisca somiglianza somatica e talune modalità espressive di chi ha donato. Questo fa sì che sul piano del consenso tali situazioni vengano considerate come "casi eccezionali" ed abbiano necessità di una richiesta selettiva e personalizzata alle famiglie dei donatori. E ciò sebbene, allo stato attuale, la legge sia silente sul punto: il "consenso /dissenso parziale" non è previsto e i donatori sono donatori multi-organo.

Aggiungasi che per questo genere di trapianti la difficoltà è di trovare donatori compatibili visto che il problema non riguarda solo la somiglianza genetica, ma anche l'aspetto esteriore (età del donatore, colore, struttura della pelle, grandezza). Così come un ulteriore ostacolo all'atto donativo da cadavere può essere visto nel divieto presente in alcune legislazioni, come la nostra, di destinazione a singoli beneficiari con cui il donatore poteva essere legato da rapporti familiari o affettivi. Presupposto questo ultimo previsto per la donazione degli organi tra viventi. E anche se non vi è qui la condizione di urgenza, l'analogia con tale donazione sembra offrire un appoggio a questa scelta, così come il principio di beneficenza, che non esclude la clausola di privilegio verso le persone che sono con noi in una relazione speciale e per le quali abbiamo una particolare responsabilità.

Alla scarsità di organi disponibili si aggiunge infine un ulteriore problema, connesso alla selezione dei riceventi. Essendo le risorse scarse, la selezione deve essere fatta su basi mediche, sia privilegiando i portatori di lesioni profonde e irrecuperabili con deficit funzionali importanti (come la mancanza di entrambe le mani o degli arti inferiori, la impossibilità di assumere cibo, la difficoltà di respirare, la deturpazione del viso, ecc.), sia valutando la capacità del paziente di sopportare e sostenere le possibili conseguenze, oltre che fisiche, anche psicologiche dell'intervento.

Tutte queste difficoltà - che hanno una ricaduta negativa sulla chirurgia ricostruttiva - richiederebbero maggiori campagne di sensibilizzazione per la donazione degli organi esterni e dei tessuti, così come in genere avviene per la donazione di quelli interni.

4. Raccomandazioni

A) Per quanto attiene all'intervento chirurgico estetico

1. Il CNB, trattandosi di un intervento non strettamente terapeutico, richiama i criteri deontologici che regolano la prassi medica, a volte trascurati - in questo ambito specifico - a favore di una accondiscendente esecuzione della richiesta espressa dagli individui, sottolineando la inaccettabilità di interventi sproporzionati, in quanto eccessivamente invasivi o inutilmente rischiosi e inadeguati rispetto ai possibili benefici richiesti dal paziente ovvero che si

traducono in una sorta di 'accanimento estetico' o in mero sfruttamento del corpo.

2. Il CNB ritiene, inoltre, che la liceità dell'intervento sia subordinata ad alcune condizioni e priorità, come di seguito indicate:

- il bilanciamento dei rischi e benefici deve essere commisurato alle condizioni psico-fisiche del paziente, con riferimento anche alla percezione che il paziente ha del proprio corpo e dei risultati che si attende dall'intervento;

- la funzionalità degli organi interessati deve avere la priorità sul risultato estetico;

- la informativa al paziente deve essere completa, con una adeguata consulenza anche psicologica, con riferimento chiaro ed esaustivo alle complicanze psico-fisiche, ai limiti di realizzabilità dell'intervento e all'eventualità che le sue aspettative non siano soddisfatte del tutto.

3. Il CNB ritiene che vi siano limiti generali alla liceità di quegli interventi meramente estetici sui minori e sulle persone incapaci di dare un consenso, a meno che tali interventi non rispondano al loro esclusivo interesse oggettivo sotto il profilo della salute e dell'equilibrio psicologico dell'età adolescenziale.

Va anche garantita una protezione dei minori vietando forme di pubblicità e di servizi televisivi che provochino il rifiuto della propria immagine.

Gli operatori del settore dovrebbero essere informati e responsabilizzati sui rischi che i loro messaggi possono trasmettere.

In modo particolare il CNB non ritiene lecita la chirurgia estetica su bambini o adulti incapaci con sindrome di Down, finalizzata alla conformazione a canoni sociali di 'normalità', specie se presenti un carattere invasivo e doloroso.

4. Il CNB ritiene che vada promossa una adeguata informazione e formazione sociale sui rischi e benefici degli interventi estetici. Sollecita una presa di coscienza critica della importanza che la scelta di sottoporsi a tali interventi sia autonoma e responsabile, tenendo conto di quanto vi possano influire pressioni esterne indebite, fra cui l'odierna cultura di consumo e mediatica alleata con un mercato della bellezza e del fitness sempre più pervasivo.

5. Il CNB auspica un maggiore rigore nella formazione e professionalità del chirurgo estetico, mirata anche alla comprensione degli aspetti psicologici ed etici connessi alla specifica attività medica.

In questo ambito andrebbero promosse anche *guidelines* professionali che richiamino a tale responsabilità specifica.

B) Per quanto attiene alla chirurgia ricostruttiva, con particolare riferimento ai trapianti più invasivi (es. arti e viso)

Il CNB raccomanda quanto segue.

1. Sebbene non indispensabili per la sopravvivenza del paziente e sebbene ancora - per alcuni aspetti ed in taluni ambiti - terapeutico - sperimentali, tali interventi sono eticamente giustificabili, subordinatamente ad una attenta valutazione dei rischi e dei benefici, rapportabili ad una considerazione generale del miglioramento della qualità della vita del paziente.

2. E' necessaria una adeguata consulenza anticipata rispetto all'intervento e prolungata nel tempo (anche allargata alla famiglia), a causa delle complesse problematiche che coinvolgono rischi e benefici, accompagnata da un costante

monitoraggio psicologico del ricevente. Il follow-up è indispensabile, non solo per il paziente, ma anche per acquisire dati utili per l'evoluzione delle tecnologie mediche future.

Il paziente deve essere informato accuratamente ed esaustivamente dei rischi e della gravosità delle terapie antirigetto per la sua salute e del fatto che in ogni caso si determinerà una situazione di dipendenza da questi farmaci (con possibili esiti negativi) che potrebbe durare anche tutta la vita.

3. E' auspicabile che la realizzazione di un adeguato consenso informato possa anche avvalersi delle nuove tecnologie informatiche, favorendo la raccolta d'informazioni e conoscenze attraverso l'accesso a siti accreditati da istituzioni pubbliche competenti, nonché ai registri nazionali e internazionali dove siano stati pubblicati gli studi più recenti nel settore e dove siano reperibili pubblicazioni scientifiche generate dallo studio.

4. Sono raccomandate campagne di sensibilizzazione per la donazione degli organi esterni e dei tessuti, così come in genere avviene per la donazione di quelli interni.

Si auspica anche, in questo contesto, la possibilità di una integrazione normativa che preveda il consenso o dissenso "parziale" alla donazione degli organi esterni.