

Questioni bioetiche nella chirurgia plastica per le modificazioni dei connotati somatici sindromici

Mattia Grassi

articolo

Nessuno ignora, né vuole farlo, le enormemente aumentate possibilità di intervento che la modernità, declinata nella medicina, e più specificatamente nella chirurgia plastica, estetica e ricostruttiva ha consentito, e che consentirà in futuro in maniera ancora più significativa¹.

La presente ricerca si propone in particolare di indagare in ordine alla liceità etica della chirurgia plastica, in quel morfospazio che inscrive, nei propri confini carnali, quel novero di persone che si avvicinano alla chirurgia plastica rivolgendole una domanda di rettifica di un connotato che è esso stesso già sindromico, cioè patognomonico di una patologia. È in premessa indubbio che le questioni di bioetica, per loro natura ontologica, non possano che presentare caratteri ambivalenti, rivolgendo al loro studioso un volto più gentile e uno più oscuro, ma conservando, per entrambi i profili, non pochi margini di problematicità e per ognuno dei due a titolo diverso; e anche per il quadro fattuale a noi pertinente non possiamo non osservare che vi siano alcuni lati che tendano a essere positivi (in senso assiologico) per la persona e altri lati che pongono parecchi dubbi². Non perdendo di vista tale ineliminabile ambivalenza, si proverà a dare qualche suggestione in merito a sette risvolti bioetici, che si ritengono essere, senza pretese di esaustività (non realisticamente accostabili alla fluidità della modernità), pur tuttavia ampiamente significanti per consentire un abbastanza solido quadro ermeneutico dal quale il lettore possa trarre una propria convinzione personale; in particolare dunque: 1) l'esserci di una patologia; 2) anomalia funzionale o anomalia estetica all'in-

terno di un approccio intersoggettivo; 3) problematica del soggetto o della società a cui appartiene; 4) l'ossessione terapeutica; 5) il principio di giustizia; 6) il principio di proporzionalità; 7) cenni in ordine alla tematica del consenso.

1) L'esserci (o il non esserci) di una patologia appare significante come punto di partenza proprio perché i connotati che si vorrebbero modificare si presentano come connotati sindromici, e quindi sono la manifestazione fisica, evidente, di una affezione patologica; sorge però in realtà la domanda se tali tratti siano essi stessi patologici, e quindi trattabili alla stessa stregua della patologia vera e propria, ovvero se siano essi solamente manifestazioni non patologiche di una sindrome, al contrario, essa sì patologica³. A uno sguardo accurato, in effetti, non sfuggirà il passaggio concettuale fondamentale secondo cui se il connotato somatico sia esso stesso propriamente sindrome *strictu sensu*, sarebbe ben possibile e finanche doveroso il tentativo di una sua rimozione, ma se al contrario tale connotato fosse in realtà legato sì, in qualche modo alla sindrome principale, ma da un rapporto che definirei di mera occasionalità, e quindi slegato da una logica causa-effettuale, tale intervento inizierebbe senza dubbio a porre delle questioni rilevanti sul piano dell'etica biomedica in ordine alla sua opportunità, alla sua, in ultima analisi, liceità. Valga un solo esempio sui molti possibili: il peculiare epicante del paziente affetto da sindrome di Down: tale segno morfologico sarebbe certamente legato alla sindrome da un rapporto statistico rilevante, pur tuttavia non sarebbe, in sé e per sé, né patognomonico della malat-



Avvocato,
editorialista.
Laureato in
giurisprudenza
all'Università
Cattolica del Sacro
Cuore di Milano.

tia, né in se stesso patologico o in qualche modo afflittivo per la persona che ne sia portatrice; inoltre, sarebbe presente, sebbene in maniera temporanea, in quasi il 30% dei neonati, ma ancor più significativamente, poiché permanente, in un intero ceppo razziale, quello mongolico: per il cui ceppo, stando a un'antica intuizione Darwiniana, parrebbe addirittura essersi sviluppato al fine di proteggere il bulbo oculare dai forti venti del Nord. Resta dunque un approccio estetico a questo genere di questione, approccio che si decide di non considerare in sé e per sé subordinato a quello terapeutico in senso medico (approccio definitorio di salute in senso ampio come da definizione OMS); pur tuttavia, riscontrando anche nel consesso sociale non affetto da patologia alcuna, tendenze precarie e ambivalenti alla definizione di un canone estetico in questo ambito, l'approccio per persone già oggettivamente afflitte da una patologia principale deve essere improntato a canoni di serietà e prudenza.

2) A tale riguardo s'inserisce puntualmente la seconda questione che si ritiene di esporre: ci si domanda, in vero, se tale anomalia (considerata nella sua accezione semantica originaria di divergenza "statistica" dalla norma) sia, in effetti, un'anomalia fisica effettivamente riscontrabile in un deficit di funzionamento di una struttura del corpo, oppure se tale anomalia resti in un ambito prettamente estetico. Qualora l'anomalia riguardi una funzionalità, e che in questi casi contempli anche un fattore estetico, appare abbastanza pacifico che il tentativo sia quello di eliminare, ridurre o attenuare la disfunzionalità che in quel determinato soggetto si sia a vario titolo presentata: la ratio di tale interventismo è ricavabile, senza grossi problemi concettuali, *in re ipsa*. È però da considerare che in taluni di questi casi il fattore estetico occasionalmente presente potrebbe rivelarsi parimenti afflittivo per il soggetto, se non anche maggiormente; a tale riguardo non si sosterrà quindi in questa

*La presente ricerca
si propone in particolare
di indagare in ordine alla
liceità etica della chirurgia
plastica*

sede un'aprioristica maggior gravità di un'anomalia anche funzionale rispetto ad una anomalia che abbracci solamente il fattore estetico. È importante capire la distinzione fra le due situazioni e trovare rimedi adatti, veramente umani nel senso più ampio del termine, volti a una risoluzione, o quanto meno a un alleggerimento, del problema. Appare non fuori luogo sottolineare in questa sede la dimensione sociale della vita umana: l'essere umano vive e prende coscienza di sé soltanto all'interno di un modello epistemologico relazionale⁴, non solo, sulla scorta della teoresi Kantiana, il corpo umano è concepibile come

una sorta di limen che consenta una separazione da ciò che siamo noi e da ciò che invece è altro da noi, permettendo in questo modo la "relazione" e quindi anche la scoperta di sé⁵. Una dissertazione sulla questione, che parta imprescindibilmente da

Sant'Agostino e che attraversi almeno Kant, Locke e Feuerbach, sebbene interessante, ci allontanerebbe dallo scopo che il presente lavoro intende perseguire⁶. In questa sede, stanti tali premesse, e con gli opportuni distinguo, non pare fuori luogo affermare che un'anomalia anche solo estetica possa essere "aggredita" anche con interventi chirurgici delicati, finanche pericolosi, per consentire alla persona in questione di approdare con una faccia nuova a una più piena relazionalità.

3) Proseguendo su questa linea di pensiero, è necessario evitare il rischio di ascrivere tali problematiche alla società anziché al soggetto portatore⁷; non si deve dimenticare, infatti, che gli sforzi debbano essere orientati al bene di quel determinato soggetto. Che la società tenda a ghettizzare (o peggio) ciò che appaia difforme è storia antica; tale amaro assunto è da tenere sullo sfondo⁸. Si ribadisce che l'approccio generale di questo lavoro si presenta come aderente all'antropocentrismo: nel senso che si ritiene che ogni intervento posto in essere, per avere una giustificazione etica (e bioetica) debba avere come condizione necessaria, anche se non sufficiente, la preordinazione a

quel soggetto⁹; in altre parole, deve essere finalizzato ai bisogni del soggetto in questione e ricercare l'utile per il medesimo. Non si ritiene, a questo punto, che possa essere eticamente accettabile un intervento volto all'attenuazione di un problema della società più che del soggetto malato; in quest'ottica di eugenetica tardiva, il rischio etico di trasformare un soggetto in uno strumento, per avere un assetto sociale ben uniforme e lubrificato, appare molto significativo e dai possibili risvolti molto gravi¹⁰. È peraltro del tutto ovvio, come si evince da nutrita casistica, ma finanche da un'osservazione della realtà che non dimentichi il buon senso, che la ricerca di un intervento di chirurgia plastica da parte di un soggetto che abbia un connotato somatico sindromico potrebbe essere nient'altro che una domanda d'inclusione sociale, un tentativo di adeguamento e uniformazione. A tale domanda vi sono in definitiva due risposte che rappresentano due modelli epistemologici ma anche due vie concretamente percorribili incontro alla suddetta domanda: da una parte vi è il modello di protezione sociale basato su modelli biologici e psico-sociali, incentrati sì al rispetto dei diritti umani e alle correlate politiche di servizi, ma ancora troppo prevalentemente orientato a scopi di interventi sanitario-riabilitativi, assistenziali, risarcitori o protettivi; dall'altra, quello dell'inclusione sociale che, al contrario, esige dalla società uno sforzo differente: in particolare, il passare dal modello precedente di mera tolleranza assistenzialistica alla ricerca applicata della rimozione di ostacoli e barriere, quindi ad un approccio tecnologico indirizzato all'autonomia e all'autodeterminazione, quindi alle politiche di sostegno della piena partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità, quale che sia il tipo di tali disabilità¹¹.

4) A questo livello del discorso si intende definire ciò che abbiamo denominato *ossessione terapeutica*¹²: al pari dell'accanimento terapeutico (in cui soggiace il medesimo apporto concettuale sebbene declinato ad altre situazioni) tale pratica viola ancora una volta, oltre che diversi principi cardine della bioetica (quali quello della proporzionalità che meglio si analizzerà in seguito), quell'antropocentrismo tecnico e

culturale che non dovrebbe mancare a nessuna pratica medica operata su un soggetto. Ciò che appare quanto mai inaccettabile non parrebbe dunque essere l'interventismo chirurgico in sé e per sé, bensì lo spostamento dell'obiettivo cardinale da quello del benessere di quel paziente, ad altri scopi, sebbene leciti altrove, inaccettabili in questo contesto, quali il progresso tecno-scientifico o la ricerca medica. Si è dapprima accennato al modello di inclusione sociale, soprattutto anglosassone, secondo cui ciò che sia auspicabile per le persone che presentino certi tipi di patologia sia un orizzonte di sforzo della società stessa che travalichi il mero e insufficiente rapporto di cure medicali. Ed è proprio alla luce di questa considerazione che appare stridente con tali lodevoli propositi una prassi che affermi, al contrario, un appiattimento sull'adeguamento del diverso a dei modelli tipizzati di normalità, quasi che sopra quel portato globale di cure, *latu sensu*, da prestare al soggetto malato, prevalgano criteri di efficientismo produttivo supportato da una malintesa pretesa di onnipotenza da parte della tecno-scienza, stimolato invece da una cultura sociale che basa gran parte delle sue risposdenze su preordinati ed eteroindotti modelli estetici predominanti. È chiaro che in quest'ottica non sia impossibile proporre a tale riguardo un'argomentazione contraria, che assolva quindi tale sfrenato ricorso all'intervento chirurgico plastico alla luce del fine di agevolare il soggetto malato stesso in un'ottica relazionale con le altre persone.

5) Il principio di giustizia "esige che si valutino le ricadute, le conseguenze sociali (ossia gli effetti positivi e negativi su terzi) di una decisione clinica presa nell'interesse di un malato e che si ripartiscano equamente, su scala sociale, i vantaggi e gli svantaggi, i benefici e gli oneri complessivi (attuali e futuri, immediati e a lunga scadenza) provenienti da un'azione inizialmente progettata e realizzata all'interno della coppia sanitario-paziente". Appare immediatamente evidente, in termini metodologici, quella logica dialogica che ci si aspetti debba divenire la prassi che informi ogni rapporto medico-paziente a tutti i livelli e quindi anche nelle materie a questo lavoro pertinenti.

Ma è sulla prima parte della definizione che occorre qualche delucidazione più approfondita: gli stessi Beauchamp e Childress, nel 1983, commentavano nella loro opera il principio da loro stesso positivizzato di giustizia in questi termini: «[principio di giustizia impone che] si debbano trattare gli eguali in modo uguale», e poi ancora: «nessuna persona dovrebbe essere trattata in modo diseguale, a dispetto della sua diversità dalle altre persone, finché non si sia dimostrato che c'è fra loro una differenza eticamente rilevante rispetto al trattamento in questione»¹³; non sfuggirà ai più una certa somiglianza di questo principio con quanto sancito dalla Costituzione italiana, all'art. 3, che si dovrebbe tradurre nella prassi giuridica e sociale del trattare situazioni eguali in maniera eguale e situazioni differenti in maniera differente¹⁴. Il principio bioetico di giustizia vede diverse traduzioni in ambito prasseologico: in termini di egualitarismo puro, il dare a ciascuno in parti uguali, il dare a ciascuno in ragione delle sue necessità o bisogni individuali, di stampo prettamente marxista, e anche approcci puramente economico-utilitaristici. Tutti questi approcci patiscono forti limiti non solo sul piano teorico, ma come appare evidente, anche dal punto di vista pratico. Il criterio corretto, dunque, appare essere un criterio che si riferisca al sostanziale maggior interesse del singolo malato; che prenda atto, d'altra parte, di certi fattori di correzione a questo approccio, che si debbano ricercare nel miglioramento della qualità di vita di quel singolo soggetto (e, occorrendo, anche al prolungamento che si spera di poter offrire a quella vita stessa, parametrato alla qualità), nelle *chance* di successo dell'intervento, e nella considerazione dei cosiddetti oneri: cioè dei disagi fisici e psichici che quel determinato intervento presumibilmente potrebbe arrecare.

6) È proprio con il prendere in considerazione i cosiddetti oneri, citati nel precedente paragrafo, che correttamente possiamo intraprendere qualche cenno in merito alla tematica della proporzionalità¹⁵. Tali oneri rappresenterebbero gli avvenimenti disagiati a cui un paziente che si sottoponesse a un intervento di chirurgia plastica andrebbe incontro, posto che è però pacifico che nessun

intervento sanitario possa dirsi esente da tali oneri; alla luce di ciò, dunque, essi – si anticipa – vengono comunemente accettati in quanto compensati abbondantemente dai benefici che l'intervento reca. Un autorevole autore risolverebbe questa questione del principio di proporzionalità attraverso una formula matematica, che per sua espressa dichiarazione, pur non assolvendo appieno al compito prefisso, in quanto non in grado di inserire al suo interno quel peculiare sguardo che attribuisce significato autenticamente morale alla soggettività del malato, è utile in chiave interpretativa a un percorso di avvicinamento alla risoluzione, che si avvicini a quella migliore della problematica in questione. Nei casi da noi esaminati, l'esigenza e la domanda di cura chirurgica del malato trova necessaria contemperazione nell'esigenza di tutela della quantità e qualità di vita residua di quel malato. Da tenere presente, però, che “contemperazione” non significhi assolutamente diniego: è certamente possibile correre qualche rischio, purché sia ragionevolmente e ampiamente compensato da benefici prevedibili. Dunque, è ora possibile affermare che l'intervento proporzionato sia quello i cui esiti benefici siano prevedibilmente notevolmente superiori dei succitati oneri, fermo restando che la valutazione debba essere effettuata avendo riguardo al caso specifico, e che una regola fissa non sia possibile né forse nemmeno auspicabile¹⁶. Non si è fatto riferimento alla prassi medica e alla *lex artis* poiché ancora una volta si conclude che non è su un piano puramente tecnico il livello in cui trovare risoluzioni a problematiche morali.

7) A conclusione di questa breve disamina si fa riferimento a qualche cenno in ordine alla tematica del consenso¹⁷: se è ben ovvio che non vi possa essere nessun trattamento sanitario lecito qualora sia mancante il consenso del destinatario di questo, appare quanto meno opportuno sottolineare che il consenso, per converso, non esaurisce in sé ogni condizione necessaria e sufficiente perché l'intervento stesso si qualifichi come lecito; in altre parole, non è possibile, né auspicabile, trasformare la raccolta del consenso del pa-

ziente nell'unico adempimento del sanitario; quasi che la volontà del paziente sia in un tempo regola unica per il medico (alla stregua, e forse ancor di più, di un contratto di appalto) e scudo per quest'ultimo, determinato a proteggersi da ogni eventuale rischio legale futuro¹⁸. Il rapporto medico-paziente, debitamente depurato dalle varie nomenclature giuridiche (prestazione d'opera professionale, contratto di ospitalità, etc.), costituisce molto di più di un riduttivo rapporto contrattuale, applicabile semmai, di per sé, solo ai profili dell'attività medica meno pregnanti, soccorre quindi «Il criterio della proporzionalità, dunque, [che] ha come ratio la salvaguardia della salute: per cui il medico, ordinariamente, tutelerà la salute del malato secondo tale criterio»¹⁹. Possiamo tentare, quindi, una risposta al quesito, a stretto raccordo con il paragrafo precedente, in ordine a come dunque considerare il caso di quel paziente che chieda un intervento sproporzionato e/o pericoloso per eliminare o attenuare un connotato sindromico patognomonico di una sua condizione patologica. In un certo qual senso un giudizio di proporzionalità è da fare anche per ipotizzare una risposta: infatti, la linea del ragionamento porterebbe a dire che con anche i consueti e applicabili correttivi volti a rendere effettivamente valenza al desiderio legittimo e individuale del paziente, non si potrebbe porre in essere nessun intervento chirurgico che sia censurabile di essere sproporzionato. In tutta verità, appare coerente con ciò di cui ci si sta occupando una posizione più mite che renda, anche correndo qualche rischio in più, la giusta importanza alla volontà individuale del paziente purché non sfoci in un palese contrasto con l'attività base della professione medica, che si è ribadito più volte, debba essere primariamente non operante contro la persona e la salute, ma sempre operante a favore²⁰.

NOTE

¹ M. ARAMINI *Bioetica*, Portalupi, Casale M. 2003.

² W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1978,

p. XIX. W.T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, MacMillan, New York 1995.

³ G. COSMACINI - C. RUGARLI, *Introduzione alla medicina*, Laterza, Bari 2007.

⁴ R. D. STOLOROW, G. E. ATWOOD, B. BRANDCHAFT, *La prospettiva intersoggettiva, nella versione italiana di Claudio G. Galliano, Marion Swaton*, Borla, Roma 1996, Introduzione. S. MONTEFOSCHI, *L'uno e l'altro. Interdipendenza ed intersoggettività nel rapporto psicoanalitico*, Feltrinelli, 1977. A. SCOLA, *Il Campo è il Mondo, vie da percorrere incontro all'umano*, capitolo terzo, 2013.

⁵ B. MONTANARI, *Potevo far meglio? Ovvero Kant e il lavavetri. L'etica discussa con i ventenni*, Cedam, 2008, capitolo I, paragrafo 3.

⁶ E. STEIN, *Introduzione alla filosofia*, Città Nuova, Roma 2001.

⁷ E. COLOMBETTI, *Incognita uomo, corpo, tecnica, identità*, Vita e Pensiero, Milano 2006. F. ADORNO - T. GREGORY - V. VERRA, *Storia della filosofia*, Vol. II, Laterza, Bari 1975.

⁸ C. REGALIA - E. MARTA (a cura di), *Identità in relazione, le sfide odierne dell'essere adulto*, McGraw Hill, 2011.

⁹ E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica, I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano 1996.

¹⁰ P. CATTORINI, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Elsevier, Milano 2011.

¹¹ A. D. MARRA, *Diritto e disability studies – materiali per una nuova ricerca multidisciplinare*, Falzea, 2010.

¹² A. CASSETTA, «La sfida del corpo», in *Comunicazioni Sociali*, Anno II, pubblicazioni periodiche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, 1980. L. FORTUNATI, «Mostro, universo del corpo. Il corpo mostruoso», in *Enciclopedia Treccani*, 2000.

¹³ T.L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, edizione italiana a cura di F. Demartis, traduzione dall'originale *Principles of Biomedical Ethics*, 1994. F. PASCUAL L.C., *Alcune riflessioni critiche sul primo capitolo di Principi di etica biomedica di T.L. Beauchamp e J.F. Childress*, Alfa Omega - Pontificia Università Regina Apostolorum, Roma 2003.

¹⁴ R. BIN - G. PITRUZZELLA, *Diritto Costituzionale*, Giapichelli, Torino 2013.

¹⁵ P. CATTORINI, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Elsevier, Milano 2011.

¹⁶ L. EUSEBI, «Consenso nell'attività medica e dichiarazioni anticipate di trattamento alla luce della Costituzione», in *Quaderni di Scienza & Vita*, 8 (2010), Roma, Atti del Convegno nazionale *Liberi per vivere. Amare la vita fino alla fine*, Roma, 19 dicembre 2009.

¹⁷ A. CAZZANIGA, *Programma di medicina legale*, Cremona 1946.

¹⁸ A. CAZZANIGA - C. M. CATTABENI - R. LUVONI - R. ZOJA, *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, Utet, Milanofiori Assago 2006.

¹⁹ L. EUSEBI, «I confini dell'intervento sanitario indebito: la nozione di "lex artis" e il consenso ad atti non proporzionati rilievi a margine di cass. pen. 7 aprile 2011, n. 13746», in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6 (2011).

²⁰ E. KANT, *Critica della Ragion Pratica*.