

LAVORO DI MATURITÀ

LA DONNA PERFETTA

LA COSTRUZIONE DELLA DONNA ATTRAVERSO I
CANONI DI BELLEZZA



LISA POMARI
LICEO CANTONALE DI LOCARNO 2009/2010

DOCENTE DI BIOLOGIA: VALERIO SALA

SOMMARIO

1	PREFAZIONE.....	4
1.1	LA SCELTA DEL TEMA.....	4
2	INTRODUZIONE.....	4
2.1	IL DISMORFISMO CORPOREO.....	4
2.2	I CANONI ESTETICI ODIERNI.....	4
2.3	LA DONNA « NATURALE ».....	7
3	ALIMENTAZIONE.....	9
3.1	INTRODUZIONE.....	9
3.1.1	<i>Alimentazione e Nutrizione.....</i>	9
3.1.2	<i>Dieta.....</i>	10
3.1.3	<i>La piramide alimentare.....</i>	10
3.2	LA MALNUTRIZIONE.....	12
3.2.1	<i>La Dieta ferrea.....</i>	12
3.2.2	<i>Il peso naturale.....</i>	13
3.2.3	<i>Il peso corporeo nei disturbi alimentari.....</i>	13
3.3	L'ANORESSIA NERVOSA.....	15
3.3.1	<i>Cenni storici.....</i>	15
3.3.2	<i>Chi colpisce.....</i>	15
3.3.3	<i>Come identificare chi è affetto da anoressia nervosa.....</i>	16
3.3.4	<i>Due sottotipi di anoressia nervosa.....</i>	17
3.4	LA BULIMIA NERVOSA.....	17
3.4.1	<i>Cenni storici.....</i>	17
3.4.2	<i>Chi colpisce.....</i>	17
3.4.4	<i>Come identificare chi è affetto da bulimia nervosa.....</i>	18
3.4.5	<i>Due sottotipi della bulimia nervosa.....</i>	20
3.4.6	<i>I comportamenti di compenso.....</i>	20
3.5	LE COMPLICAZIONI FISICHE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE.....	21
3.5.1	<i>Rischio di morte.....</i>	21
3.5.2	<i>Alterazioni elettrolitiche.....</i>	22
3.5.3	<i>Danni cardiopolmonari.....</i>	22
3.5.4	<i>Danni renali.....</i>	22
3.5.5	<i>Alterazioni metaboliche.....</i>	22
3.5.6	<i>Atrofia cerebrale e anomalie neurologiche.....</i>	23
3.5.7	<i>Rigonfiamento delle ghiandole salivari.....</i>	23
3.5.8	<i>Disturbi gastrointestinali.....</i>	23
3.5.9	<i>Danni ai denti.....</i>	23
3.5.10	<i>Danni alla pelle.....</i>	24
3.5.11	<i>Edema.....</i>	24
3.5.12	<i>Anomalie ossee.....</i>	24
3.5.13	<i>Alterazioni ematologiche.....</i>	24
3.5.14	<i>Amenorrea e fertilità.....</i>	24

3.5.15	<i>Immagini di ragazze che soffrono di disordini alimentari</i>	26
3.6	PARERE DELL'ESPERTO : INTERVISTA ALLA DIETISTA MAURA NESSI ZAPPELLA.....	27
4	CHIRURGIA ESTETICA.....	26
4.1	INTRODUZIONE.....	30
4.1.1	<i>La storia</i>	31
4.1.2	<i>Problemi estetici</i>	31
4.2	DIFETTI DEL NASO E RINOPLASTICA	32
4.2.1	<i>Rinoplastiche « chiuse »</i>	35
4.2.2	<i>Rinoplastiche « aperte » o « open »</i>	36
4.2.3	<i>Rinosettoplastica</i>	37
4.2.4	<i>L'intervento</i>	38
4.2.5	<i>Cosa aspettarsi dopo l'intervento</i>	39
4.2.6	<i>Immagini prima e dopo interventi di Rinoplastica</i>	39
4.3	MASTOPLASTICA ADDITIVA	40
4.3.1	<i>Materiale dell'involucro e riempitivo</i>	40
4.3.2	<i>La superficie</i>	40
4.3.3	<i>Contenuto</i>	41
4.3.4	<i>Forma</i>	42
4.3.5	<i>Dimensioni</i>	42
4.3.6	<i>L'intervento</i>	42
4.3.7	<i>A chi è adatto</i>	43
4.3.8	<i>Rischi e complicanze della mastoplastica additiva</i>	44
4.3.9	<i>Immagine prima e dopo un intervento di mastoplastica additiva</i>	48
4.4	LIPOSUZIONE	49
4.4.1	<i>L'intervento</i>	49
4.4.2	<i>A chi è adatto</i>	49
4.4.3	<i>Varianti tecniche</i>	49
4.4.4	<i>Stato post-operatorio</i>	50
4.4.5	<i>Possibili complicanze</i>	50
4.4.6	<i>Alternative di interventi</i>	51
4.4.7	<i>Immagine dopo un intervento di liposuzione</i>	52
4.5	IL BOTOX	52
4.5.1	<i>La tossina botulinica</i>	53
4.5.2	<i>Come funziona la tossina botulinica</i>	54
4.5.3	<i>Il botulismo</i>	54
4.5.4	<i>Effetti collaterali</i>	54
4.6	L'ACIDO IALURONICO	55
4.6.1	<i>Durata nel tempo</i>	55
4.6.2	<i>Immagini di donne che hanno fatto uso di botox</i>	55
4.7	IMMAGINI TRUCATE CON PHOTOSHOP	56
4.8	PARERE DELL'ESPERTO: INTERVISTA AL DOTT.MED. GIACOMO MARTINONI	57
5	CONCLUSIONE.....	60
6	BIBLIOGRAFIA.....	61
6.1	SITI INTERNET	61

1 PRAFAZIONE

1.1 LA SCELTA DEL TEMA

La bellezza è indefinibile, si può dire che è costituita essenzialmente da modelli derivati dalla società e dalla cultura di un popolo. Nel mondo globalizzato odierno, i modelli sono spesso delle irraggiungibili star che non appartengono alla vita quotidiana.

Venerate come dee, per la loro perfezione fisica, esse non negano però i sacrifici subiti per ottenere la linea ideale. La bellezza di oggi non è quindi innata ma acquisita. In questo modo la divinità inaccessibile, la perfezione corporea, diviene in realtà un oggetto raggiungibile.

Ho scelto un tema di denuncia, di allerta, perché si tratta di una realtà di luci e di ombre, che riguarda tutte le ragazze adolescenti, me compresa. Ma proprio per questo ho scelto di porre criticamente la domanda sui motivi profondi che inducono sempre più donne a mutare artificialmente la propria identità fisica. In un certo senso mi angosciano i modelli malsani e convenzionali imposti alla donna di oggi. Il corpo femminile non può ridursi a diventare uno scheletro con degli impianti al silicone, che crea delle forme artificialmente femminili. La bellezza dovrebbe essere il risultato di un processo evolutivo naturale, apprezzato in base al gusto e alle influenze culturali delle varie epoche, privilegiando quindi la diversità, l'originalità e l'armonia del fisico femminile.

La mia ricerca si è basata essenzialmente su questo, cioè volevo dimostrare come il modello offerto dai mass media oggi sia artificioso e non faccia che uccidere la femminilità e la naturalezza.

2 INTRODUZIONE

2.1 IL DISMORFISMO CORPOREO

Il disturbo di Dismorfismo corporeo, o dismorfobia è la preoccupazione per un difetto fisico, il quale può essere del tutto immaginario oppure, se è presente una reale anomalia fisica, la preoccupazione del soggetto risulta essere di gran lunga eccessiva.

Penso che questa definizione possa essere applicata anche per la società odierna, in quanto lei stessa impone dei canoni estetici che si devono rispettare se si vuole essere socialmente omologati nella collettività. L'ossessione per il corpo nasce quindi come esigenza per sopravvivere ed avere successo nel mondo di oggi.

2.2 I CANONI ESTETICI ODIERNI

I canoni estetici evolvono con l'evolvere della società, questo fatto è certo. Ad esempio nell'epoca feudale (X sec. d.C.) la donna bella è colei che fa capo al modello culturale-cortese, cioè la donna nordica : carnagione chiara, capelli biondi, labbra rosse e occhi azzurri, canoni di

bellezza imposti dalla letteratura. Basta pensare all'angelica figura di Beatrice, descritta da Dante nella Divina Commedia.

Oggi giorno non sono più i letterati a darci un'immagine simbolica, ma i mass media, vale a dire la pubblicità, la televisione e il cinema.

Analizziamo ora a partire da immagini questi canoni di bellezza.³



³ Immagini prese da www.jolie.de

Queste donne non solo sono considerate belle dalla maggior parte della gente, ma rispettano i modelli di bellezza. Cosa è bello oggi ?

- Un corpo magro
- Un seno prosperoso
- Un sedere tonico
- Capelli lunghi e lucenti
- Occhi chiari
- Denti dritti
- Pelle liscia
- Labbra carnose
- Pancia piatta
- Fianchi stretti
- ...

Attorno al 1930, la rivista *Marie Claire* afferma che « *le star non sono fatte di una natura diversa dagli altri, hanno soltanto una tenacia particolare* ». ¹

Le star fanno nascere l'idea del corpo malleabile, affinato da un lavoro accanito, impossibile. Nel primo dopoguerra si rafforza l'idea sempre più affinata, che la bellezza si costruisca. La bellezza inizia a diventare un'ossessione, che lentamente si insinua nella società con la chirurgia estetica, una scienza diventata speranza di metamorfosi: l'equivalente della bacchetta magica. La chirurgia estetica si va quindi ad aggiungere alla chirurgia riparatrice reinventata con la prima guerra mondiale. Rughe, guance, linee del naso, doppi menti, seni o anche addomi possono essere sottoposti al bisturi. La tecnica si è perfezionata: dissimulazione delle cicatrici, controllo dell'anestesia locale, suture praticate con sottilissimi fili di crine. Anche la pubblicità si è estesa: pubblicazioni sulla stampa medica, indiscrezioni sulla chirurgia delle star.

Lentamente si diffonde l'idea che il corpo si può cambiare per stare meglio con sé stessi, diviene un modello interiore e individualizzato. Pubblicità e televisione diffondono quindi il messaggio che « *essere bello o bella non significa più assomigliare a qualcosa o a qualcuno ma sentirsi bene nel proprio corpo* ». ²

Il benessere diviene il principale fattore del mercato della bellezza, l'accento è posto sulle scelte individuali, sulla propria realizzazione, sottoporsi a degli interventi di chirurgia estetica diventa un'operazione ancora più naturale.

La bellezza diviene quindi una componente del benessere, di quell'equilibrio individuale che permette a ciascuno di noi di accettarsi per ciò che VORREBBE essere, alterando quello che la natura ha disposto che siamo. Se non ci si sente belli, se non ci identifichiamo con le nostre fattezze fisiche, c'è sempre il « bisturi magico » della chirurgia estetica disposto ad aiutarci.

La bellezza diventa allora un simbolo di successo nella vita, coerente con i valori proclamati dalla società odierna.

La donna di successo è dinamica, possiede la « bellezza magrezza » che completa la fusione dell'estetica corporea con il gesto quotidiano. La vecchia bellezza viene quindi sostituita da una bellezza attiva. Non solo la linea e la forza latente dei tratti, ma anche il dinamismo che conferma la trasformazione femminile, valorizzando la motivazione professionale femminile, l'operatività.

¹ *Marie Claire*, 23.04.1937

² *Les nouvelles tendances de la beauté*, 2000, p. 9

Dimagrire è un obbligo rigoroso, generalizzato, fa parte della collettività. La nostra società sempre più libera, con sempre minori restrizioni, ci obbliga ad essere autori e responsabili, della nostra vita, come del nostro aspetto fisico, fin nei particolari delle nostre forme.

In una società occidentale dominata dal culto del lavoro, la magrezza è una garanzia di efficienza e di adattabilità. La trasformazione di sé è diventata una pratica obbligata, il benessere di ognuno è dato come premessa ultima e il cambiare dipende esclusivamente dalla responsabilità di ognuno, chiamando in causa, in maniera più profonda, una sfida d'identità.

L'essere conforme a una società comporta un cambiamento di tipo fisico, ma siamo davvero al corrente di che cosa comportano queste mutazioni all'interno del nostro corpo ?

2.3 LA DONNA « NATURALE »

Per prima cosa vorrei introdurre, con l'aiuto di alcune immagini, una visione naturale della donna. Cioè delle immagini di donne normali.⁴



Immagine presa dalla campagna pubblicitaria dei prodotti Dove del 2007, che mostra sei donne sorridenti che indossano biancheria intima. Nessuna di loro è una modella, e le loro taglie vanno dalla 40 alla 48.

Questa immagine sembra la rappresentazione della frase: « Nessuno è perfetto, ma ogni corpo è bello »

Proprio perché i mass media non usano delle immagini di donne comuni per rappresentare il sesso femminile, questo genera nella nostra mente la figura di una donna ideale, ma ben lontana dall'immagine di una donna reale. È solo la rappresentazione di quello che una donna vorrebbe essere, cioè perfetta, ma allo stesso tempo questa donna è considerata perfetta poiché segue determinati canoni estetici derivati dalla società dell'immagine, i quali sono costruiti sull'immagine esteriore e non sulla salute del corpo.

⁴ Immagine presa da www.dove.us

Bisogna considerare che il corpo femminile è caratteristico e può avere determinate costituzioni, tutte diverse tra loro. Ad esempio la classica divisione tra fisico a pera e fisico a mela⁵ :



Le donne con il fisico a pera, ovvero con accumulo di grasso localizzato intorno alla zona di fianchi e cosce e le donne con il fisico a mela, cioè con gli accumuli di grasso attorno al punto vita.

Ma esistono altri tipi di fisici femminili, ci sono donne con un fisico androgino, donne più slanciate e con una costituzione più esile, ecc.

⁵ Immagine presa da www.about.com

3 ALIMENTAZIONE

3.1 INTRODUZIONE

3.1.1 ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE

I termini nutrizione e alimentazione vanno riferiti a momenti e aspetti particolari e conseguenti nella catena dell'essenziale processo di scambio, materiale ed energetico, fra ambiente e organismi viventi.

L'alimentazione comprende tutto l'insieme dei momenti e dei processi che, tramite il procacciamento e l'uso di generi di origine animale e vegetale, forniscono agli organismi viventi l'energia e i costituenti chimici (nutrienti) necessari per il loro mantenimento e lo sviluppo.

Per ogni essere vivente il dilemma alimentare consiste, infatti nella difficoltà di soddisfare un bisogno permanente e imprescindibile di energia e di principi nutritivi semplici, mediante sostanze alimentari complesse.

Bisogna però distinguere questi due termini, alimentazione e nutrizione non indicano la stessa cosa. Alimentazione racchiude l'insieme dei fenomeni che hanno come fine il trasferimento dei componenti dall'ambiente all'uomo, riguarda la fonte di accesso ai nutrienti. La nutrizione studia invece i fenomeni che riguardano la funzione e lo scambio (metabolismo) di energia e nutrienti nell'organismo, l'essenzialità e i bisogni nelle varie condizioni di età e di vita e gli equilibri e i rapporti con la salute, soprattutto in funzione preventiva.

La nutrizione rappresenta il momento dell'assunzione e della successiva assimilazione; riguarda quindi lo studio e la valutazione del bisogno di nutrienti ed energia e degli effetti dell'accesso da parte del soggetto ricevente.

-Nutrizione e salute

Nei confronti dei vasti gruppi, come nazioni o comunità di esse, non è sufficiente l'indicazione degli effettivi bisogni nutrizionali individuali in rapporto alle diverse condizioni fisiologiche. È oppurtono, piuttosto, formulare raccomandazioni nutrizionali che coprano la variabilità dei bisogni e dei fattori biologici ed epidemiologici interessanti la popolazione. Nella realtà effettuale si prospettano due indirizzi: il primo, rappresentato dagli standard nutrizionali, si riferisce agli apporti di energia e nutrienti ritenuti adeguati in funzione della stima dei relativi bisogni a livello di sicurezza (tenendo conto di età, sesso, ecc.); il secondo, nella definizione delle linee guida alimentari, si propone di tutelare la salute: esso mira, in rapporto a eccessi, difetti o squilibri nei consumi alimentari e nello stile complessivo di vita, a ridurre le situazioni di rischio, indicando, di conseguenza, come comportarsi nella scelta dei vari alimenti, mediante il recupero o l'aumento di certuni e il controllo o la riduzioni di altri.

3.1.2 DIETA

Per dieta si può intendere sia l'insieme dei pasti giornalieri, sia un particolare regime alimentare, proposto dal medico o spontaneamente adottato, finalizzato a scopi salutistici mediante l'esclusione o l'inclusione di particolari alimenti o gruppi di nutrienti. Una dieta equilibrata si dovrebbe ripartire tra i sette gruppi alimentari fondamentali, in modo da assicurare all'organismo, oltre agli apporti energetici, anche la copertura dei fabbisogni « protettivi » (come vitamine, minerali e fibre), l'approvvigionamento di alcune molecole non sintetizzabili dall'organismo (come alcuni amminoacidi essenziali e acidi grassi essenziali) e quell'equilibrio percentuale ottimale per il nostro corpo fra carboidrati, proteine e grassi.

3.1.3 LA PIRAMIDE ALIMENTARE

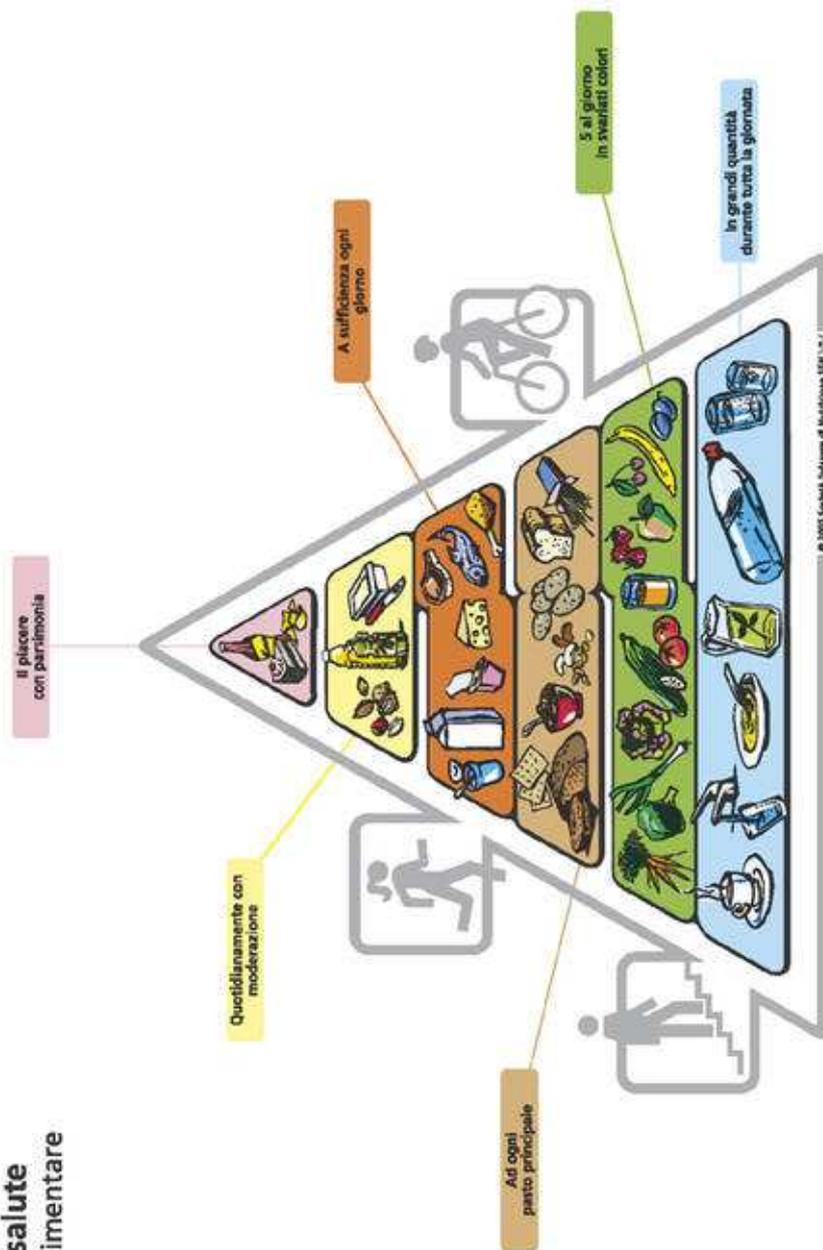
Una donna, che vuole perseguire una dieta sana, variata ed equilibrata, dovrebbe seguire le regole base dell'alimentazione date dalla piramide alimentare⁶. La dieta ideale è infatti quella in grado di garantire un apporto sufficiente d'energia e di sostanze nutritive indispensabili per il nostro organismo.

Gli alimenti situati nel livello inferiori sono quelli che dovrebbero essere consumati in maggior quantità rispetto a quelli che si trovano nella parte superiore, i quali andrebbero consumati con più parsimonia. Da notare è il fatto che tutti gli alimenti sono permessi e trovano il giusto spazio in una sana alimentazione. L'importante è la varietà degli alimenti, cercare di preferire gli alimenti di stagione e fare in modo che la preparazione degli alimenti preservi le loro proprietà nutrizionali.

Per mantenere la salute non basta seguire un regime alimentare sano, ma è anche necessario praticare un'attività fisica.

⁶ Immagine presa da www.sge-ssn.ch

**Raccomandazioni
alimentari per adulti,
che conciliano
piacere e salute**
Piramide alimentare



3.2 LA MALNUTRIZIONE

Il corpo umano può considerarsi schematicamente suddiviso in due parti : la massa grassa (di densità 0,9 g/ml) e la massa magra (di densità 1,1 g/ml). Quest'ultima è la risultante della sottrazione della massa grassa al peso corporeo totale ed è costituita dallo scheletro, dai muscoli e dai tessuti magri.

In una persona adulta sana la massa grassa rappresenta circa l'85% del peso corporeo totale, mentre il 15% circa è costituito dalla massa grassa.

Di norma, i rapporti tra massa magra e massa grassa e la stabilità del peso corporeo totale sono garantiti dall'equilibrio tra l'assunzione di nutrienti calorico-proteici e la spesa energetica sostenuta dall'organismo per i processi vitali.

Lo stato di nutrizione di un individuo, pertanto, è funzione del bilancio tra assunzione calorica e spesa energetica e qualsiasi situazione capace di alterarlo può creare uno stato di malnutrizione.

Malnutrizione è sinonimo di « iponutrizione », indicando un depauperamento delle riserve energetiche e proteiche dell'organismo, capace di pregiudicare la salute o di comportare, nelle forme più avanzate, un aumento di rischio di morbilità e mortalità.

3.2.1 LA DIETA FERREA

Le persone che soffrono di disordini alimentari, sono pure soggette a malnutrizione. Questi individui infatti non seguono un regime dietetico ordinario, finalizzato al mantenimento della loro salute, bensì seguono una dieta cosiddetta « ferrea », il nome deriva dalla sua rigidità e dal suo basso contenuto calorico.

Esistono tre modalità della dieta ferrea :

1. Saltare i pasti :

Può essere saltato uno o più pasti e in alcuni casi il cibo non viene assunto per giorni. Ad esempio nelle bulimiche è tipico saltare la colazione e il pranzo, e di abbuffarsi nel tardo pomeriggio o sera.

2. Ridurre le porzioni :

Consiste nel diminuire essenzialmente le porzioni dei cibi ad un più alto tasso calorico (ad es. pasta, carne, formaggio e così via). Invece vengono assunti in grande quantità cibi a basso contenuto calorico (ad es. verdura).

3. Eliminare certi cibi :

Le persone affette da disturbi dell'alimentazione dividono i cibi in due grandi categorie :

- cibi buoni sicuri e « non ingrassanti » (frutta, verdura e cibi *light*) che assumono regolarmente ;
- cibi cattivi, pericolosi e « ingrassanti » (tutti gli altri), che sono evitati o assunti solo durante le abbuffate

Le persone affette da bulimia e anoressia nervosa generalmente adottano tutte e tre le modalità di dieta sopra citate.

Si può notare che un' alimentazione simile implica un contenuto calorico non superiore alle 1000-1200 calorie al giorno, ben inferiore al fabbisogno calorico giornaliero di una giovane donna , che è superiore alle 1800 calorie.

Alcune anoressiche restrittive seguono diete talmente estreme con un contenuto calorico che si aggira intorno alle 400-500 calorie al giorno.

3.2.2 IL PESO NATURALE

In circolazione si trovano facilmente tabelle che indicano il « peso ideale », queste però riportano il peso medio della popolazione che garantisce la massima aspettativa di vita, ma non indicano il valore per il singolo individuo.

Il peso di una persona non può dipendere infatti da tabelle, poiché esso è sotto il controllo della genetica. Per confermare quanto detto, negli ultimi anni sono stati scoperti più di 250 geni deputati alla regolazione del peso e alla distribuzione del grasso corporeo.

Piuttosto, per stabilire l'esatta aspettativa riguardo al peso, secondo il **Dr. Riccardo della Grave**¹ è più corretto considerare il peso che un individuo raggiunge senza ricorrere a diete restrittive, senza ricorrere ad abbuffate, senza fare ricorso a mezzi di compenso (quali vomito auto-indotto, abuso di lassativi e/o diuretici e esercizio fisico eccessivo) e praticando una regolare attività fisica. Considerando questi punti sopra citati, viene definito il « peso naturale » di un individuo.

Questo concetto non è però semplice da accettare per ragazze che soffrono di disordini alimentari, poiché il peso naturale di una persona è spesso superiore al peso ideale proposto dai media. Modelle e attrici infatti presentano un peso corporeo inferiore del 10-15% inferiore alla media della popolazione, Star e modelle sono frequentemente soggetti a problemi alimentari severi, essendo sempre a dieta e preoccupate per il peso e le forme corporee, anche se questi personaggi vengono dipinti come belli, sani e felici.

I media diffondono quindi l'idea distorta che il nostro corpo è modellabile a nostro piacimento seguendo una dieta specifica e praticando dell'attività fisica. Ma la realtà è ben diversa, il nostro corpo possiede una grande quantità di meccanismi fisiologici che regolano il peso corporeo e lo riportano al suo livello naturale.

3.2.3 IL PESO CORPOREO NEI DISTURBI ALIMENTARI

Secondo il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana (DSM-IV) si distinguono due principali disturbi dell'alimentazione: l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.

Per identificare le persone soggette da anoressia nervosa, esse devono avere un peso al di sotto di quello minimo standard in rapporto alla loro età e altezza. Il limite è stato fissato dal DSM IV, il rapporto inferiore all'85% del peso standard. Oppure viene utilizzato il BMI², se esso è inferiore o uguale a 17,5 significa che la persona è sottopeso e potrebbe essere soggetta ad anoressia o bulimia. In particolare le persone affette da bulimia nervosa hanno un peso « normale » e raramente esso scende al di sotto di un BMI di 17,5.

Ma per essere certi della diagnosi devono essere eseguite altre analisi essenziali che elencheremo più avanti.

¹ Dr Riccardo della Grave, medico e psicoterapeuta, è specialista in Endocrinologia e in Scienza dell'Alimentazione. È direttore scientifico dell' AIDP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso) e dirige l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura "Villa Garda". È inoltre membro di numerose società scientifiche e autore di articoli e di libri nel campo dei disturbi dell'alimentazione.

² BMI è l'indice di massa corporea (IMC in italiano), cioè peso/altezza²

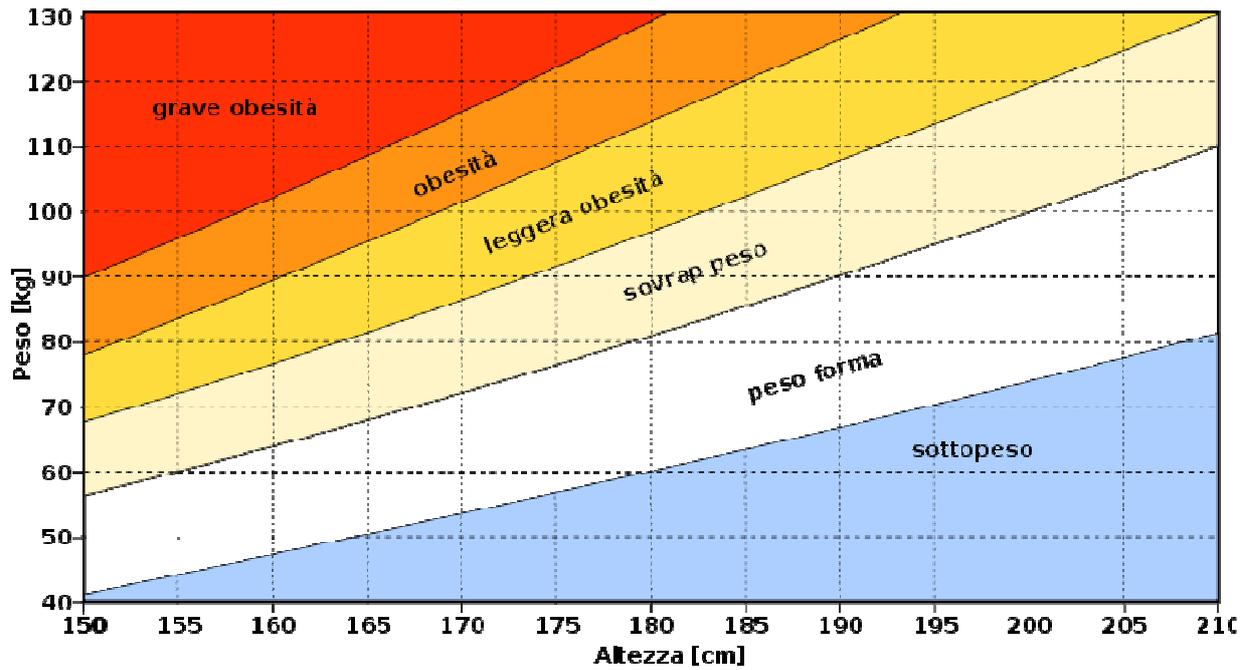


Tabella dell'indice di massa corporea (IMC o BMI)³

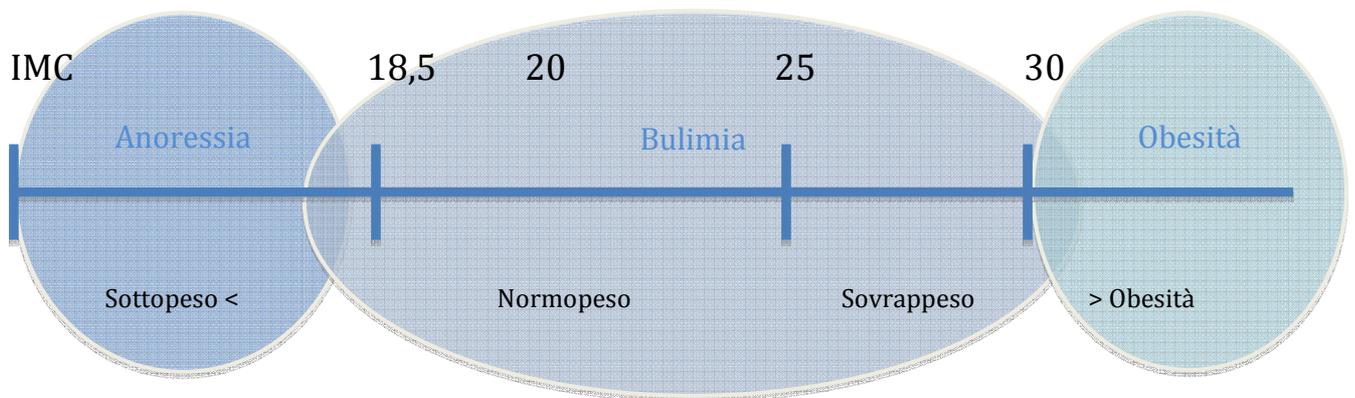


Tabella che indica i valori di IMC e la rispettiva distribuzione dei disturbi della condotta alimentare.

³ Immagine presa da http://it.wikipedia.org/wiki/File:BMI_grid_it.svg

3.3 L'ANORESSIA NERVOSA

3.3.1 CENNI STORICI

Descrizioni di comportamenti che richiamano la descrizione dell'anoressia nervosa sono presenti già dal Medioevo, ma le forme di digiuno attuate a quei tempi avevano fondamentalmente una giustificazione mistica. Ma solo alla fine dell' 1600 il medico inglese Morton descrisse per la prima volta l'anoressia nervosa come è attualmente intesa. Nel 1870 circa emerge dai testi una caratteristica diagnostica fondamentale dell'anoressia, cioè la morbosa paura d'ingrassare nonostante la magrezza estrema.

Ma solamente negli anni '30 si sarebbero descritte le caratteristiche cliniche chiare del quadro patologico.

3.3.2 CHI COLPISCE

Oggi la malattia non è più rara come un tempo e secondo i dati sembra colpire lo 0,28% delle adolescenti e delle giovani donne adulte dei paesi occidentali.

Il 90-95% delle persone colpite è di sesso femminile e i maschi costituiscono tuttora una minoranza. Solitamente il disturbo esordisce in soggetti con età compresa tra i 12 e i 25 anni, con un doppio picco di maggiore frequenza a 14 e 18 anni. Negli ultimi anni si sono riscontrati anche casi tardivi, nei quali la malattia si manifesta dopo i 20-30 anni.

Negli anni Sessanta l'anoressia nervosa colpiva principalmente le classi agiate, oggi è distribuita in modo molto più omogeneo all'interno delle varie classi sociali.

In alcune categorie professionali si riscontrano più frequentemente soggetti malati di anoressia, ad esempio nel campo della danza, della moda e più recentemente questo tipo di disturbo si è diffuso nei lavori che riguardano il modo dello spettacolo, della televisione e del cinema.

3.3.3 COME IDENTIFICARE CHI È AFFETTO DA ANORESSIA NERVOSA

Una persona per essere definita anoressica deve manifestare tutte e quattro le caratteristiche seguenti :

Tabella 1 : Anoressia nervosa (Criteri diagnostici secondo il DSM IV)

1	<p>Severa perdita di peso :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Rifiuto</u> di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (cioè pesare meno dell'85% del peso standard, BMI < 17. Oppure l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, di conseguenza questo porta a far sì che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto). ▪ Importante : Chi soffre di questo disturbo desidera essere sottopeso e si comporta in modo da evitare l'aumento ponderale (ad es. seguendo una dieta ferrea, facendo eccessivo esercizio fisico, inducendosi il vomito, ecc.).
2	<p>Paura d'ingrassare :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
3	<p>Preoccupazione estrema per il peso e le forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo (sono insoddisfatte del proprio peso e aspetto fisico, in particolare considerano troppo grosse alcune parti del proprio corpo), ▪ viene data al peso e alla forma del corpo un'influenza eccessiva sui livelli di autostima (un aumento di peso determina frustrazione e svalutazione di sé, un calo di peso determina invece un aumento del senso di autocontrollo, di fiducia personale e di autostima), ▪ o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso (comprendono razionalmente la necessità di un aumento di peso, ma non si comportano in modo da raggiungere tale obiettivo).

4	<p>Amenorrea :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nelle femmine dopo lo sviluppo puberale che soffrono di amenorrea, vale a dire assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli mestruali si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni).
---	--

3.3.4 DUE SOTTOTIPI DI ANORESSIA NERVOSA

1. Anoressia nervosa con restrizioni :

Il soggetto limita continuamente la propria alimentazione senza mai perdere il controllo, non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (ad es. uso inappropriato di lassativi, diuretici o vomito autoindotto, ecc.).

2. Anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione :

Il soggetto presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (ad es. uso inappropriato di lassativi, diuretici o vomito autoindotto, ecc.).

3.4 LA BULIMIA NERVOSA

3.4.1 CENNI STORICI

La bulimia nervosa è un disturbo scoperto recentemente, definita prima da Russel nel 1979 e successivamente nel 1980 dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) dell'Associazione Americana di Psichiatria. Il concetto di « fame morbosa » nasce però nella Grecia antica, secondo l'etimologia il termine bulimia infatti indica una « fame da bue ».

La forma attuale di bulimia nervosa presenta non solo il concetto di « fame morbosa », ma affiancata all'assunzione abnorme di cibo ci sarebbe anche la paura di ingrassare e il conseguimento di condotte per evitare l'aumento di peso.

3.4.2 CHI COLPISCE

Come per l'anoressia nervosa, il disturbo colpisce maggiormente le donne e l'età d'esordio è compresa tra i 12 e i 25 anni, con un picco di maggior frequenza situato tra i 17-18 anni. La bulimia è presente soprattutto nei paesi occidentali e raramente la riscontriamo nei paesi in via di sviluppo. Per quanto riguarda la classe sociale, come per l'anoressia nervosa, la bulimia sembra essere distribuita in modo omogeneo. In generale le persone colpite da questo disturbo sono di peso normale, si possono però riscontrare anche casi di bulimia nervosa in persone lievemente sottopeso o leggermente sovrappeso.

3.4.4 COME IDENTIFICARE CHI È AFFETTO DA BULIMIA NERVOSA

Per essere sicuri che si tratti di bulimia nervosa devono essere presenti tutte e cinque le seguenti caratteristiche.

Tabella 2 : Bulimia nervosa (Criteri diagnostici secondo il DSM IV)

1	<p>Abbuffate ricorrenti : Ricorrenza di episodi di abbuffata, traduzione dall'inglese <i>binge eating</i>. Un'abbuffata si definisce sulla base di due caratteristiche che devono essere entrambe presenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mangiare, in un periodo di tempo definito (ad es. entro due ore), una grande quantità di cibo, più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili. ▪ Sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire che non ci si può astenere dall'abbuffarsi, oppure non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).
2	<p>Comportamenti di compenso : Le abbuffate sono seguite da condotte compensatorie, finalizzate a prevenire l'aumento di peso, come :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vomito autoindotto ▪ Abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci ▪ Digiuno ▪ Esercizio fisico eccessivo
3	<p>Frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di compenso : Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi.</p>
4	<p>Preoccupazione estrema per il peso e le forme corporee : I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dal peso e dalla forma corporea. Si sentono sempre in dovere di seguire una dieta e sono terrorizzate dall'idea di aumentare di peso.</p>
5	<p>Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa : Ciò significa che ci sono due disturbi dell'alimentazione, se una persona si abbuffa e vomita ma ha un peso basso (inferiore all'85% del peso standard per età e altezza), verrà diagnosticata l'anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione, mentre se il peso è superiore all'85% di quello standard si avrà una diagnosi di bulimia nervosa.</p>

3.4.5 DUE SOTTOTIPI DELLA BULIMIA NERVOSA

1. Bulimia nervosa con condotte di eliminazione :

Il soggetto presenta regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Le persone che seguono condotte di eliminazione hanno, rispetto a quelle che non lo fanno :

- Un peso corporeo più basso.
- Un'alterazione più marcata dell'immagine corporea.
- Una maggior ansia nei confronti dell'alimentazione.
- Una più elevata frequenza di comportamenti autolesionisti e progetti di suicidio.
- Un'età più precoce d'insorgenza del disturbo.
- Un elevato tasso di comorbidità per depressione, disturbi d'ansia e di abuso d'alcol.
- Un'elevata incidenza di abusi fisici e sessuali subiti; maggiori problemi di disidratazione e di squilibrio elettrolitico (in particolare l'ipopotassiemia).

2. Bulimia nervosa senza condotte di eliminazione :

Il soggetto utilizza altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

3.4.6 I COMPORTAMENTI DI COMPENSO

Le abbuffate determinano nei malati di anoressia e bulimia un'intensa paura di ingrassare, la quale viene spesso ridotta utilizzando i cosiddetti metodi di compenso. Questi comportamenti non solo peggiorano lo stato di salute fisica nei soggetti affetti da disordini alimentari, ma contribuiscono al prolungarsi dei disturbi dell'alimentazione.

I principali metodi di compenso sono :

- *Il vomito autoindotto*

Viene usato da anoressiche e bulimiche per eliminare le calorie assunte in eccesso durante un'abbuffata. Anche se degli studi hanno confermato che nel vomito autoindotto subito dopo un'abbuffata sono presenti circa metà delle calorie assunte con l'abbuffata.

- *L'uso di lassativi e diuretici*

Vengono utilizzati sia occasionalmente per eliminare le calorie assunte in eccesso durante un'abbuffata (comportamento simile al vomito autoindotto). Oppure vengono usati regolarmente, indipendentemente dal verificarsi delle abbuffate (comportamento simile alla dieta ferrea). Delle ricerche hanno però portato alla luce il fatto che i lassativi agiscono soprattutto svuotando l'intestino crasso, che è un luogo nel quale non avviene l'assorbimento di cibo, le calorie assunte con l'abbuffata vengono quindi assorbite dal corpo.

- L'esercizio fisico eccessivo

Per modificare il proprio peso e aspetto fisico spesso, le persone affette da disturbi alimentari, fanno un esercizio fisico eccessivo. L'esercizio fisico è considerato eccessivo quando interferisce con attività giornaliere importanti, oppure se viene praticato in ore o posti impropri e protratto nonostante precarie condizioni mediche.

L'attività fisica può essere eseguita regolarmente per bruciare calorie (comportamento simile alla dieta ferrea, tipico delle anoressiche restrittive), o viene praticata occasionalmente per eliminare calorie assunte in eccesso durante le abbuffate (tipico delle bulimiche).

L'esercizio fisico viene praticato in solitudine e in modo compulsivo, generalmente viene portato avanti per molte ore in modo estenuante. La conseguenza più importante è che mano a mano che aumenta l'attività fisica, l'assunzione di cibo viene progressivamente ridotta, in questo modo il consumo di calorie è superiore alla quantità di calorie introdotte, mettendo a rischio la vita.

Alcune persone con bassa considerazione di sé stessi scelgono il peso come mezzo per aumentare la loro autostima. La nostra società giudica positivamente la magrezza e il controllo del peso risulta essere un ottimo mezzo di autovaleutazione: è osservabile, quantificabile ed è molto più controllabile in confronto ad altri aspetti della vita.

In questo modo inizia l'ossessione per il peso e le forme corporee, che porta al conseguimento di una dieta seguita in modo ferreo, spesso associata a esercizio fisico eccessivo e a altri comportamenti compensatori appena citati. Questa ossessione, avanzando, non solo ha delle ripercussioni psicologiche ma determina la fuoriuscita di complicanze fisiche.

3.5 LE COMPLICAZIONI FISICHE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Le determinate complicazioni fisiche che si verificano nell'anoressia nervosa con restrizioni sono la conseguenza della perdita di peso e di una dieta ferrea. Nell'anoressia nervosa e bulimia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione si aggiungono le conseguenze delle abbuffate, del vomito autoindotto e dell'uso inappropriato di lassativi o diuretici.

3.5.1 RISCHIO DI MORTE

Le cause di morte sono connesse ai problemi portati dalla denutrizione, in particolare a quelli cardiovascolari, metabolici e al suicidio. Studi scientifici sono stati eseguiti su pazienti affetti da anoressia nervosa, in conclusione a queste ricerche si è arrivati a capire che la situazione diventa particolarmente grave quando i soggetti presentano una o più delle seguenti complicanze :

- disidratazione ;
- ipopotassiemia ;
- aritmie cardiache ;
- vomito autoindotto ;
- abuso di lassativi e/o diuretici ;
- stato di denutrizione fortemente compromesso.

Nella maggior parte dei casi le morti (tranne i suicidi) sono attribuibili ad anomalie cardiovascolari conseguenti al digiuno, alla perdita di peso e alle complicanze elettrolitiche.

3.5.2 ALTERAZIONI ELETTROLITICHE

Gravi alterazioni elettrolitiche, come ad esempio l'ipopotassiemia o l'ipocloremia, possono essere la conseguenza di denutrizione associata all'uso di vomito autoindotto, lassativi e/o diuretici. Nei malati di anoressia e bulimia nervosa queste alterazioni, sommate allo stato di disidratazione, sono le principali responsabili delle severe complicanze metaboliche, renali e cardiovascolari (aritmie cardiache a volte fatali).

I sintomi di uno squilibrio idroelettrico sono sete, vertigini, ritenzione idrica, che causa gonfiore a gambe e braccia, debolezza e apatia, tic e spasmi nervosi.

Le alterazioni elettrolitiche sono reversibili e quando si smette di vomitare o di assumere lassativi e/o diuretici, esse scompaiono.

3.5.3 DANNI CARDIOPOLMONARI

Sono la principale causa di morte nelle anoressiche, poiché le complicanze cardiovascolari risultano essere molto gravi. Le più tipiche complicanze sono :

- bradicardia (battiti del cuore al minuto inferiori a 60) ;
- ipotensione arteriosa (causa di vertigini e raramente di vere e proprie sincope) ;
- atrofia e diminuzione della massa muscolare del cuore, delle camere cardiache e talora un prolasso della mitrale ;
- effusione pericardica (presenza di essudato nella sierosa che avvolge il cuore), essa indica una grave forma di denutrizione e un alto rischio di morte ;
- pneumotorace (aria nella cavità della pleura).

3.5.4 DANNI RENALI

In più del 70% dei soggetti affetti da anoressia nervosa sono presenti dei danni renali, essi sono una delle conseguenze della disidratazione e delle anomalie elettrolitiche, in particolare dell'ipopotassiemia. È comune la presenza di un'elevata azotemia, mentre la creatinemia è di solito normale. Con una maggiore frequenza si riscontrano danni renali come la nefropatia ipopotassiemica e la calcolosi renale. A volte si può verificare uno pseudodiabete insipido (incapacità del rene di concentrare le urine per deficit dell'ormone antidiuretico), che è generalmente presente quando la persona assume molti litri di acqua al giorno.

3.5.5 ALTERAZIONI METABOLICHE

In alcune anoressiche si sono registrati alcuni casi di ipoglicemia dopo prolungati periodi di digiuno. Come conseguenza della denutrizione si riscontrano spesso casi di aumento della colesterolemia. Si può verificare anche un'alterazione della percezione del gusto, dovuta alla riduzione di zinco plasmatico, anche una riduzione della calcemia è possibile. Mentre può avvenire un aumento della carotenemia, responsabile del colore giallo-arancio del palmo delle mani e dei piedi, ciò è una conseguenza di un'eccessiva assunzione di cibi ricchi di carotene oppure di una ridotta metabolizzazione della vitamina A.

Generalmente si riduce anche il metabolismo basale, che si normalizza soltanto con il recupero del peso corporeo.

3.5.6 ATROFIA CEREBRALE E ANOMALIE NEUROLOGICHE

In più della metà dei malati di anoressia nervosa e in alcuni malati di bulimia nervosa, degli esami hanno dimostrato la presenza di atrofia cerebrale, indicata dall'allargamento dei solchi cerebrali, dalle fessure intraemisferiche e dalla dilatazione dei ventricoli cerebrali. In soggetti affetti da bulimia nervosa, se sono presenti disturbi elettrolitici, sono più comuni anomalie elettroencefalografiche.

3.5.7 RIGONFIAMENTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI

Nelle persone che si autoinducono il vomito si possono gonfiare quelle ghiandole salivari, che si trovano attorno alla bocca. Riscontrato soprattutto nei soggetti a bulimia nervosa, questo disturbo non provoca dolore ma può causare un aumento della salivazione. Generalmente la ghiandola che si gonfia di più è la parotide, dando così al volto un aspetto tondo e paffuto. Il gonfiore delle ghiandole salivari è reversibile e scompare con il miglioramento delle abitudini alimentari.

3.5.8 DISTURBI GASTROINTESTINALI

La digestione, nelle persone anoressiche, è più lunga e difficile. Lo svuotamento gastrico è fortemente rallentato, sia dei liquidi che dei solidi, poiché il fenomeno è associato a una riduzione della secrezione del succo gastrico. Spesso i dolori e i gonfiori addominali vengono utilizzati, dalle anoressiche, come scusa per smettere di mangiare.

La situazione si riesce però a normalizzare una volta adottata un'alimentazione più salutare.

Le abbuffate possono essere la causa di grande disagio fisico, come dilatazione gastrica acuta, e raramente di rottura dello stomaco e morte.

In chi si autoinduce il vomito, può verificarsi occasionalmente un rigurgito spontaneo di cibo.

In più lo stimolo meccanico del conato causa spesso ferite superficiali nella parte posteriore della gola, le quali possono infettarsi. Casi di dolori alla gola e raucedine non sono infatti rari.

Si sono registrati dei casi in cui il vomito violento causava lacerazioni e emorragie nella parete dell'esofago, il tubo che va dalla bocca allo stomaco.

Un'ulteriore conseguenza dell'uso di lassativi e del digiuno è la stitichezza, che è un sintomo riscontrato frequentemente.

Nelle forme di denutrizione acuta si riscontrano talora un aumento degli enzimi epatici e delle anomalie pancreatiche.

3.5.9 DANNI AI DENTI

Il succo gastrico acido, che giunge in bocca in seguito al vomito autoindotto, può alla lunga danneggiare i denti. Soprattutto nella parte interna dei denti frontali si erode gradualmente lo smalto. Il colore da bianco passa ad essere marrone o grigio.

3.5.10 DANNI ALLA PELLE

Molti segni si manifestano a livello dermatologico :

- colore giallo-arancio dei palmi delle mani e dei piedi ;
- la lanugo (peluria diffusa) ;
- l'acrocianosi (estremità dei piedi e delle mani arrossate e fredde) ;
- l'alopecia (perdita di capelli) ;
- la cheratosi follicolare (pelle secca e squamosa) ;
- i calli sul dorso delle mani (nei soggetti in cui si inducono il vomito).

3.5.11 EDEMA

L'alternarsi di periodi di disidratazione e di successiva ritenzione eccessiva di liquidi (edema), è spesso determinato dalla dieta ferrea, il vomito autoindotto e l'uso inappropriato di lassativi o diuretici.

In molti soggetti la conseguenza dell'edema è il rigonfiamento di mani, caviglie e viso. Il bilancio idrico si ristabilisce gradualmente se si eliminano il vomito, i lassativi e i diuretici e si normalizza l'alimentazione.

3.5.12 ANOMALIE OSSEE

Le anomalie osse sono una delle più serie e irreversibili conseguenze dell'anoressia nervosa, come l'osteoporosi (rarefazione ossea dovuta a decalcificazione e mobilitazione dei sali di calcio) e le fratture spontanee. Ciò si verifica poiché lo stato di denutrizione determina una diminuzione dei livelli di estrogeni plasmatici e un aumento dei livelli di cortisolemia.

Le fratture più frequenti sono a carico delle ossa lunghe, come femore, vertebre, coste e sterno, e talvolta sono così gravi da creare una situazione di invalidità permanente.

3.5.13 ALTERAZIONI EMATOLOGICHE

Anemia e la riduzione del numero dei globuli bianchi e delle piastrine. La riduzione delle piastrine e le anomalie nel loro sistema di aggregazione sono responsabili, nei casi registrati in alcune ragazze, della maggior tendenza al sanguinamento e di piccole emorragie. Il midollo osseo presenta quindi spesso una marcata ipocellularità.

3.5.14 AMENORREA E FERTILITÀ

L'amenorrea si verifica in seguito a un'anomala secrezione di alcuni ormoni ipotalamici (LHRH), che a sua volta determinano una ridotta secrezione pulsatile dell'LH da parte dell'ipofisi e una bassa produzione di estrogeni da parte dell'ovaie. La secrezione pulsatile dell'LH è immatura e simile a quella delle ragazze prepuberi, con il caratteristico aumento durante la notte. La risposta dell'LH all'LHRH è ridotta, mentre quella dell'FSH è normale o esagerata. L'amenorrea smette di persistere con la normalizzazione del peso corporeo, e la diminuzione di stress e iperattività fisica. Con l'amenorrea è presente anche una riduzione dell'interesse sessuale.

La fertilità sembra essere a lungo termine lievemente compromessa, anche se casi di gravidanze dopo la remissione dell'anoressia sono numerosi.

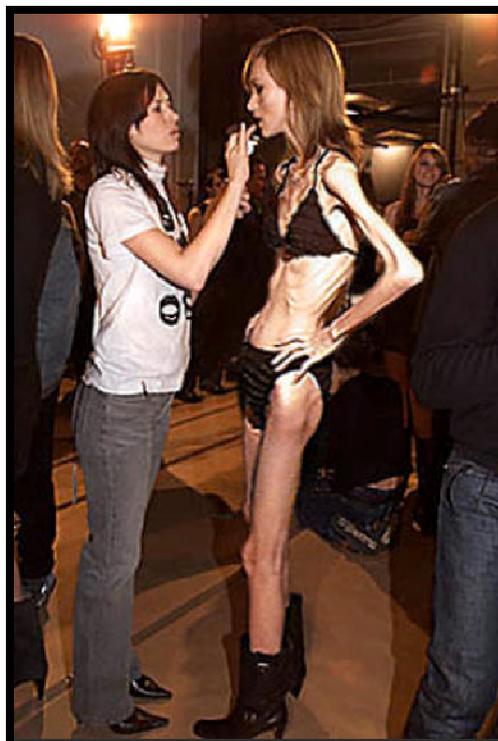
In quasi tutti i casi le complicazioni fisiche presenti nei disturbi dei disordini alimentari sono conseguenza della malnutrizione, della perdita di peso o dei mezzi di compenso e si correggono con il recupero ponderale e l'eliminazione di vomito, lassativi e diuretici. Tuttavia alcuni sintomi, ad esempio l'osteoporosi, sembrano essere meno reversibili e possono costituire una minaccia anche dopo la normalizzazione del peso.

Tabella 3: Segni e sintomi fisici nei disturbi dell'alimentazione :

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Sintomi	<ul style="list-style-type: none"> - Ansia. - Affaticamento. - Amenorrea. - Intolleranza al freddo. - Irritabilità. - Negazione della malattia. - Stipsi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debolezza. - Dolori e gonfiori addominali. - Irregolarità mestruali. - Mal di denti. - Stipsi.
Segni	<ul style="list-style-type: none"> - Bassa temperatura corporea. - Basso peso. - Bradicardia (diminuzione della frequenza cardiaca). - Edema. - Erosioni dentali. - Inanizione (indebolimento dell'organismo). - Ipotensione. - Lanugo. - Palmi delle mani e dei piedi color arancio. - Pelle secca. - Perdita di capelli. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema. - Erosioni dentali. - Rigonfiamento delle ghiandole salivari. - Calli o lesioni sul dorso delle mani.

3.5.15 IMMAGINI DI RAGAZZE CHE SOFFRONO DI DISORDINI ALIMENTARI ¹⁰

Modella visibilmente
Anoressica



Lindsay Lohan e
Nicole Richie

¹⁰ Immagini prese da www.jolie.de



3.6 PARERE DELL'ESPERTO : INTERVISTA ALLA DIETISTA MAURA NESSI ZAPPELLA

Un altro fattore importante per la ricerca, non è solo l'osservazione e la lettura ma anche ascoltare i pareri degli esperti che hanno direttamente a che fare con i disturbi dell'alimentazione.

La dietista cantonale Maura Nessi Zappella mi ha gentilmente concesso il piacere di porle qualche domanda, sull'alimentazione e sui disordini alimentari.

Volevo inizialmente chiederle qual'è l'alimentazione ideale per una donna giovane ?

Essendo adulta, la donna dovrebbe seguire un'alimentazione sana, ossia dettata dall'equilibrio alimentare. L'alimentazione equilibrata e sana segue le regole della piramide alimentare, valide per tutte le persone adulte escludendo le eccezioni (bambini, donne incinte, sportivo). Un'alimentazione sana indica anche la frequenza dei pasti e la quantità giornaliera necessaria di un determinato genere alimentare.

I canoni estetici odierni, impongono alla donna di essere esile. Questa magrezza estrema è anche bellezza secondo lei ?

Secondo me la donna magra, anoressica non è ritenuta più bella e penso che anche il parere maschile sia concorde. La magrezza estrema può piacere maggiormente agli occhi di una donna, ma bisogna anche considerare come vengono presentate queste modelle : ipertruccate e con vestiti alla moda, che mascherano la donna in sé. Il parere femminile dopo un attimo di riflessione però cambia, e realizza che le ragazze in questione sono troppo magre, e sicuramente non belle. Un bel fisico femminile lo identificherei piuttosto con un magro tonico, una ragazza con un bel corpo è magra per natura, fa sport, mangia bene. Infatti la tonicità e i muscoli derivanti da uno stile di vita sano delineano delle belle forme e danno tonicità. Differentemente una ragazza anoressica ha un fisico pelle e ossa, spigoloso e senza forme femminili e personalmente non lo ritengo un bel corpo, ma forse le ragazze adolescenti la pensano in modo opposto.

Il magro sano si contrappone quindi al magro della donna anoressica, ma all'interno del nostro corpo cosa avviene dopo che si è dimagrite così tanto ?

Il corpo umano si trova così ad affrontare un sacco di scompensi, ad esempio non hanno il ciclo mestruale, poiché non hanno abbastanza massa grassa per far funzionare il ciclo ormonale. Non avendo le mestruazioni è come se fossero in menopausa e c'è quindi il rischio di osteoporosi : le ossa si demineralizzano, perdono il calcio e diventano fragili.

Hanno poi un sacco di scompensi a livello di digestione, non mangiando non producono più un certo tipo di enzimi e si scompensa il tubo digerente. Ci possono essere dei problemi anche a livello cardiaco, perché perdendo massa muscolare, vomitando, prendendo dei lassativi per provocarsi la diarrea, perdono troppi sali minerali, in particolare il potassio e il sodio, essenziali per il corretto funzionamento del cuore.

Si susseguono tutta una serie di problematiche, insufficienze renali, ritenzioni idriche, perdita dei capelli, problemi ai denti, pallore e grigiore della pelle e a una certa gravità questi scompensi ormonali causano anche la formazione di una peluria sul viso. Spesso è quindi importante associare alla terapia alimentare anche l'assistenza medica, per tenere sotto controllo le analisi del sangue e gli scompensi.

Se una ragazza malata di anoressia volesse guarire, ciò sarebbe possibile ? Sono molti i casi registrati di guarigione ?

Purtroppo i dati a riguardo non sono molti, posso dire che si può guarire, anche se il processo richiede molto tempo. Con la guarigione passano tutti quei disagi di tipo fisico e l'umore migliora. Purtroppo si è però anche notato che nella mente di queste ragazze la fissazione per il magro resta anche dopo la terapia. Infatti bisogna ricordarsi che si tratta di una malattia psicologica, l'ossessione per il cibo resta per tutta la vita e la guarigione non avviene mai al 100%. Ci sono ragazze anoressiche che dopo essere guarite diventano bulimiche per la paura di ingrassare.

Come si differenzia una ragazza bulimica da una anoressica ?

Una ragazza che soffre di bulimia è una ragazza con un fisico normale, talvolta anche sovrappeso. Gli scompensi che si presentano sono simili a quelli dell'anoressia, ma avendo ancora massa grassa non corrono il rischio di soffrire di osteoporosi e di amenorrea, gli scompensi maggiori sono a livello della bocca. Nel complesso presentano meno complicanze fisiche, perché non sono così magre, infatti bisogna ricordarsi che sono due malattie totalmente diverse.

Lei ha parlato della perdita delle forme implicata dal dimagrimento estremo, le ragazze come intervengono a riguardo ?

Si tratta di un processo di continuo scontento per il proprio corpo, chiaramente dopo essere diventate così magre, un corpo piatto senza forme genera insoddisfazione e l'unica soluzione per recuperare la femminilità potrebbe essere la chirurgia estetica. Ma sinceramente penso che intervenire chirurgicamente non faccia altro che creare donne tutte uguali, tutte vogliono essere magre, avere un po' di seno, un po' di glutei, delle labbra carnose e un bel naso.

Ma se queste donne ricorrono agli interventi di chirurgia estetica, allora come si riconosce una ragazza anoressica dal vivo ?

Inizialmente bisogna prestare attenzione, poiché non tutte le ragazze magre sono anoressiche. L'anoressia è una malattia mentale, che può avere varie possibilità di partenza : uno fatto può essere anche il bombardamento di immagini da parte dei mass media. Il più delle volte non si può determinare se una ragazza anoressica solo guardandola, non dipende solo dall'estetica, ma bisogna compiere una diagnosi completa (tabella 1).

Importante è sapere che esistono anche dei disturbi non specifici del comportamento alimentare, una persona che soffre di questo disagio è ad esempio qualcuno a cui manca un punto della diagnosi (tabella 1) per essere definita anoressica, magari è fanatica del magro,

ma ha ancora il suo ciclo. Sono delle persone ossessionate dal cibo, ma non presentano scompensi nel fisico.

4 CHIRURGIA ESTETICA

4.1 INTRODUZIONE

Chirurgia plastica vuol dire chirurgia che modella (dal greco *plastein* = modellare) e il ricostruire ne è la caratteristica principale, essa corregge le malformazioni patologiche e le amputazioni chirurgiche o da trauma del corpo ridando forma e funzionalità.

Quando la chirurgia plastica si rivolge invece verso una malformazione « difetto » non patologico che altera la fisionomia del corpo si parla di chirurgia estetica, essa è quindi una delle branche della chirurgia plastica.

La chirurgia estetica si rivolge a soggetti sani che richiedono volontariamente il miglioramento di un difetto che altera la propria armonia corporea.

Un tempo guardata con diffidenza, è attualmente definibile come una delle branche in ascesa, poiché in grado di modificare parzialmente l'immagine corporea in una società in cui l'apparire è sempre più importante. Un' immagine « perfetta » è quello che oggi la società richiede ai singoli.

Questo perché siamo quotidianamente bombardati da immagini che rappresentano la perfezione del corpo umano.

« (...) Ma il nostro sommo narcisismo si estende a tutto il pianeta. Dalla Polonia a Pittsburgh, la maggior parte degli esseri umani sulla terra, che lo sappiano o meno, hanno visto fotografie di persone (stelle del cinema, modelle) che si sono modificate chirurgicamente per apparire più belle. Sui manifesti pubblicitari e sugli schermi cinematografici i seni sono esuberanti, alterati non più con meri reggiseni imbottiti, ma da sostegni di nylon, silicone e soluzione salina saturati chirurgicamente. Gli zigomi sono sporgenti grazie all'aiuto di strisce di Gore-Tex (il materiale con cui si fanno i giacconi invernali), impiantate sotto la pelle. In tutto il mondo le labbra sono gonfiate con collagene coltivato in California in capsule di Petri grandi quanto un pallone, ottenuto dalle cellule staminali estratte dal prepuzio di un bambino, o dai cadaveri di persone che hanno donato il corpo alla scienza, o da animali da allevamento monitorati dalla Food and Drug Administration . (...) »¹¹

Il nostro mondo è davvero un mondo nel quale le immagini hanno più potere delle parole ? Diamo davvero un senso al mondo avvicinandoci a ciò che è attraente e allontanandoci dal brutto ?

Nel XXI secolo la chirurgia estetica è l'incarnazione del sogno americano, la persona di successo ha gli occhi puntati su di sé e quindi deve autotrasformarsi, perché sottoporsi a un intervento per migliorare il proprio aspetto fisico fa parte del percorso verso il miglioramento : in definitiva la bellezza esteriore è riflesso di quella interiore.

La nostra società odierna è quindi ossessionata dalla bellezza (o da ciò che crediamo sia bello), la chirurgia estetica diffonde sempre di più canoni di bellezza derivati da dei modelli ideologici di perfezione.

¹¹ Alex Kuczynski, *La Bella e la Bestia*, 2006, p.12

4.1.1 LA STORIA

La chirurgia estetica, contrariamente a ciò che si potrebbe pensare, ha origini molto antiche. Eccone un breve riassunto :

- La chirurgia estetica è nata in India, dove già nel II millennio a.C. si facevano interventi di ricostruzione del naso agli amputati (le leggi prevedevano che per certi crimini questa parte del corpo fosse amputata). La tecnica, che prevedeva l'impiego di lembi di tessuto prelevati dalla fronte, fu perfezionata nel VI secolo a.C. dal medico ayurvedico Sushurta.
- In Occidente, i primi interventi risalgono al periodo egizio. Nel papiro di Ebers, datato 1500 a.C., si descrive una procedura per rendere la pelle più liscia ed eliminare le rughe, simile alla moderna dermoabrasione, fatta però con la pietra pomice.
- Gli antichi Romani avevano sviluppato tecniche di chirurgia estetica, cui si sottoponevano soprattutto i soldati di ritorno dal fronte. Nel trattato *De Medicina*, il medico Aulo Cornelio Celso (14 a.C. – 37 d.C.) descrive i metodi per ricostruire il naso, orecchie e labbra, usando lembi di pelle prelevati da altri distretti.
- Nel 1561, il barbiere di Amburgo Hans Schaller eseguì la prima operazione di riduzione del seno a una ragazza i cui seni « erano talmente grandi che lei non poteva sostenerli, neppure stando seduta ». I seni le furono completamente amputati. Non c'è da stupirsi che fosse un barbiere : in quel tempo i chirurghi erano loro.
- Ispirandosi alle tecniche indiane (giunte in Italia attraverso gli Arabi), attorno al 1400, Gustavo e Antonio Branca inventarono il « metodo italiano » per la ricostruzione del naso, che usava lembi di pelle prelevata dal braccio. Il metodo fu descritto nei dettagli nel 1597 da Gaspare Tagliacozzi, chirurgo bolognese, che lo usò anche per ricostruire labbra e orecchie consumate dal cancro o mutilate.
- Nel 1791, il chirurgo francese François Chopart eseguì la prima ricostruzione di un labbro inferiore con pelle prelevata dalla fronte. Con un metodo simile, nel 1814, l'inglese Joseph Carpue ricostruì il naso a un ufficiale. Nel 1827, l'americano John Mettauer eseguì il primo intervento per il labbro leporino usando strumenti progettati da lui stesso. Risalgono invece alla fine dell'800 i primi interventi di ricostruzione del seno su donne che avevano subito un'amputazione per via di un tumore..
- Nel 1906, il tedesco Erich Lexer effettuò il primo lifting ; pochi anni più tardi inventerà anche una tecnica per la riduzione del seno. La prima blefaroplastica, con rimozione delle borse sotto gli occhi, fu invece eseguita dal francese Julien Bourget nel 1919. Nel XX secolo la chirurgia plastica si sviluppò molto anche perché le due guerre mondiali furono l'occasione per mettere a punto numerose procedure per ricostruire varie parti del volto.
- Le prime protesi al seno in silicone furono impiantate nel 1962 dai due chirurghi americani Thomas Cronin e Frank Gerow. L'invenzione della liposuzione risale invece al 1982 : la tecnica è stata messa a punto dal francese Yves-Gérard Illouz. Più recente è l'uso della tossina botulinica per spianare le rughe : la Fda, ente che regola il mercato dei farmaci negli Usa, l'ha approvata nel 2002.

4.1.2 PROBLEMI ESTETICI

Rientrano in questo ambito tutta una serie di problemi che non possono essere inquadrati come una vera e propria patologia ma che si evidenziano come una deformità dell'individuo, avvertita soggettivamente o oggettivamente evidente come deviazione dei canoni normalmente accettati dalla società. Gli interventi di chirurgia estetica sono quindi svolti su pazienti sani.

In questo caso correggere un proprio « difetto » equivale a seguire una moda, intesa come prodotto di una determinata epoca e di un determinato ambiente culturale. Le cause che spingono un paziente a sottoporsi ad un intervento di chirurgia estetica possono essere o oggettivamente evidenziabili, in presenza di effettive deviazioni dei comuni canoni estetici, o, nel caso che queste deviazioni siano più sfumate, essere avvertite solo soggettivamente. In quest'ultimo caso la richiesta di correzione chirurgica potrebbe essere soltanto il frutto di nevrosi, innestate su un quadro di insicurezza, con conseguente focalizzazione delle ansie su una parte del corpo, considerata responsabile di problemi che in effetti hanno una motivazione psicologica.

In questi casi l'intervento estetico, per quanto risolutore possa essere, non potrà certamente portare giovamento sul piano psicologico. Pertanto la premessa a qualunque intervento di chirurgia estetica dovrebbe essere la valutazione dello stato psicologico del soggetto; l'indicazione verrà poi posta sulla base di una valutazione oggettiva, strettamente chirurgica, delle possibilità di miglioramento offerte dalla terapia.

La richiesta più frequente, nell'ambito delle possibilità attualmente offerte dalla chirurgia è quella della correzione di inestetismi del viso (naso, palpebre, orecchie ad ansa, rughe diffuse eccessivamente marcate), delle mammelle e dell'addome, delle cosce e dei glutei; più di rado viene richiesta la correzione di inestetismi degli arti superiori.

Ho deciso di trattare tre degli interventi di chirurgia estetica più diffusi, ossia la rinoplastica, la mastoplastica additiva e la liposuzione. Per finire darò qualche accenno sul botox e sull'acido ialuronico.

4.2 DIFETTI DEL NASO E RINOPLASTICA

La Rinoplastica è quell'intervento chirurgico che permette di rimodellare il naso intervenendo sullo scheletro osseo e/o cartilagineo.

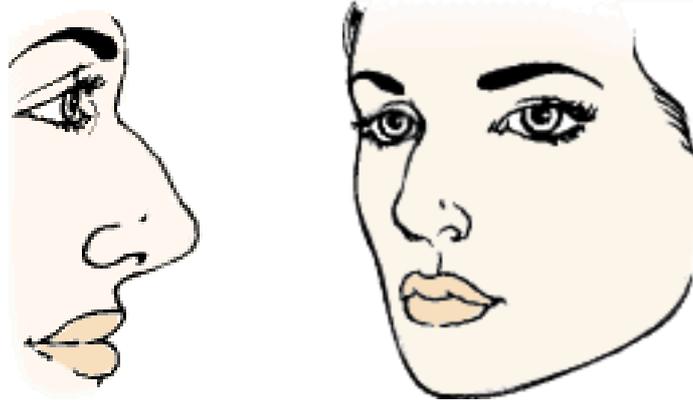
La **rinoplastica estetica** è uno degli interventi più richiesti in chirurgia estetica. Usualmente si pratica per ridurre le dimensioni del naso, rimodellare la punta, rimuovere un gibbo nasale e migliorare l'angolo tra la punta nasale e il labbro superiore. Spesso questi pazienti presentano problemi funzionali ossia difficoltà respiratoria per via nasale, in tal caso è possibile associare alla rinoplastica una **chirurgia funzionale** (settoplastica) al fine di migliorare la **funzionalità respiratoria**.

Il naso si presenta come un'irregolare immagine a tre facce, costituita da una impalcatura osteocartilaginea ricoperta da muscoli, tessuto sottocutaneo e cute ed internamente foderata da cute vestibolare e mucosa. I difetti in questa sede possono palesarsi in una qualsiasi o più delle componenti nasali.

Degli esempi di difetti nasali sono riportati qui di seguito¹² :

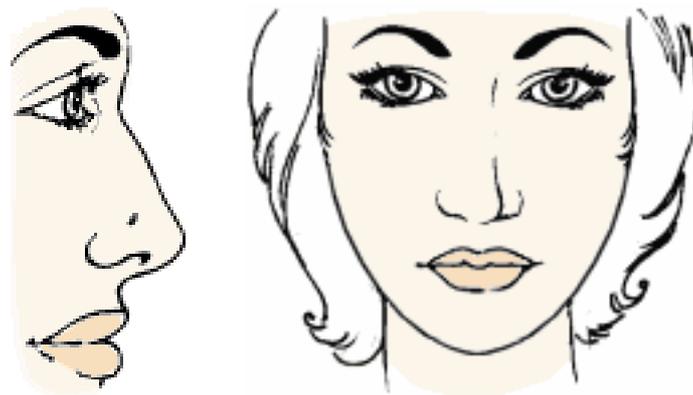
¹² Immagini prese da www.benessere.com

a) Naso aquilino :



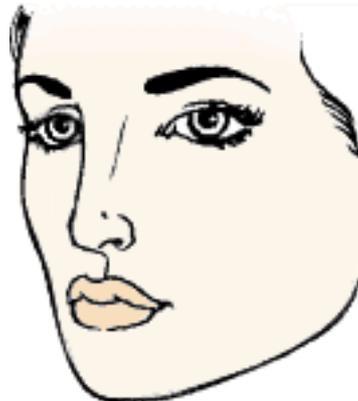
Con gibbo più o meno accentuato (esso è determinato dalla presenza di un gibbo, cioè una sporgenza eccessiva della parte ossea e cartilaginea, evidente di profilo. Le persone che hanno questa caratteristica in genere hanno il naso sottile).

b) Naso lungo :



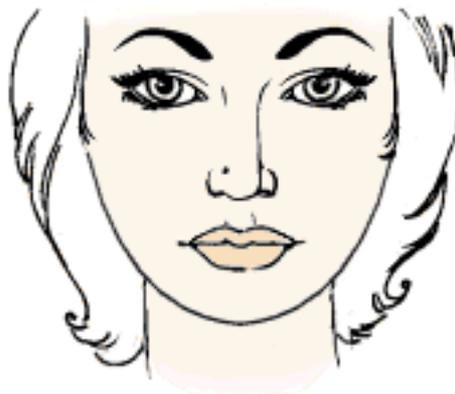
Tipico di un viso allungato, un naso si dice lungo quando le sue proporzioni eccedono le linee armoniche del viso.

c) Naso greco :



È il naso diritto, classico : l'incavo del naso non è sufficientemente pronunciato.

d) Naso schiacciato :

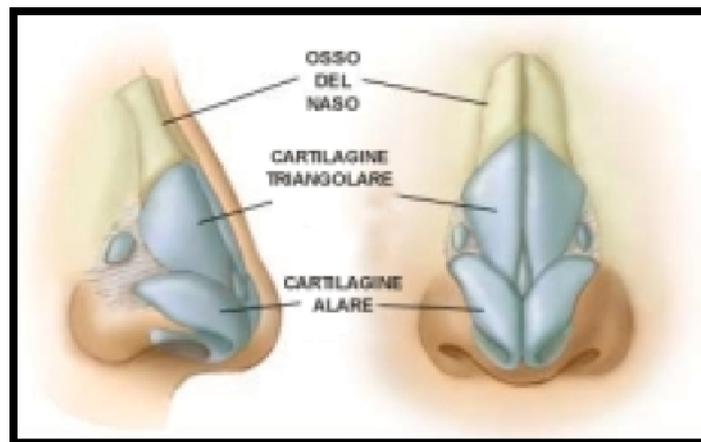


Il naso è schiacciato o piatto, quando il dorso è poco prominente.

Altri difetti congeniti del naso sono :

- naso a punta larga
- naso con narici troppo grandi
- naso con deviazione della piramide nasale
- ...

- *Struttura del naso*¹³ :



Queste deformità possono presentarsi singole o più frequentemente associate tra loro. Per sottoporsi a questo intervento bisogna essere maggiori dei 16-17 anni d'età, poiché è necessario che l'impalcatura osteocartilaginea sia completamente e definitivamente sviluppata.

Tutti i difetti sopraelencati vengono corretti mediante rimodellamenti ossei e cartilaginei ; le vie d'accesso utilizzabili, per raggiungere tali elementi, sono molteplici e possono essere schematizzate in due gruppi :

4.2.1 RINOPLASTICHE « CHIUSE »

Utilizzano come via d'accesso il vestibolo nasale e non permettono, il più delle volte, la visualizzazione diretta delle strutture nasali.

Questa tecnica operatoria viene effettuata attraverso delle piccole incisioni effettuate all'interno del naso, attraverso le quali, viene modificata la componente ossea e cartilaginea dello scheletro nasale. Spesso sono effettuate delle fratture alla base delle ossa nasali per rendere il naso più stretto, il dorso del naso è leggermente abbassato ed il setto nasale accorciato. Se invece alcune parti del naso devono essere aumentate di dimensioni, è utilizzata della cartilagine che è prelevata dal setto nasale stesso.

La punta del naso, viene trasformata tramite rimodellamento delle sue cartilagini in quanto è esclusivamente cartilaginea. Tale rimodellamento viene definito rimodellamento distruttivo se le cartilagini vengono incise o se vengono asportate delle porzioni, e viene definito rimodellamento non distruttivo se la forma della cartilagine viene cambiata mediante punti di sutura.

- *Postoperatorio*

Dopo l'intervento verrà applicata una medicazione costituita da cerotti e da uno splint plastico o gessato al fine di mantenere le ossa e le cartilagini nella nuova forma. Vengono inoltre posizionati dei piccoli tamponi nasali, per proteggere il setto, che vengono rimossi dopo 24 ore. La **rinoplastica chiusa** non è un intervento doloroso, l'unico inconveniente è che, fintanto che saranno presenti i tamponi, il paziente non potrà respirare con il naso. Si possono manifestare edema (gonfiore) e ecchimosi (macchie bluastre) che regrediscono nel giro di 4-10 giorni. Lo splint nasale viene rimosso dopo una settimana. Un certo gonfiore può

¹³ Immagine presa da www.novavitasrl.it

permanere per alcuni mesi poiché il processo di guarigione è un processo graduale che richiede sempre un periodo variabile di tempo prima di giungere a completamento. L'aspetto finale del naso si manifesterà solo dopo alcuni mesi dall'intervento. Al fine di permettere una guarigione ottimale è necessario evitare l'esposizione al sole e quelle attività che provocano un aumento della pressione sanguigna (attività sportiva in genere) almeno per le prime settimane.

- *Complicanze*

Come ogni intervento chirurgico, possono manifestarsi complicanze generiche o specifiche legate al tipo di intervento eseguito. In alcuni casi possono verificarsi delle piccole irregolarità del profilo (per eccesso di tessuto cicatriziale o di tessuto cartilagineo); in tali casi può essere necessario praticare un intervento correttivo minore il più delle volte in anestesia locale.

4.2.2 RINOPLASTICHE « APERTE » O « OPEN »

Per eseguire una rino-settoplastica l'accesso al setto nasale avviene per via dorsale ovvero sul dorso del naso, tramite un'incisione emicolumellare (cioè della cute della columella alla base del naso) e suo prolungamento endovestibolare consentono il parziale sollevamento dei tegumenti all'impalcatura.

Alcuni chirurghi prediligono questo approccio a quello convenzionale anche per casi "normali"; in casi particolari, come nei reinterventi, in caso di esiti di malformazioni, in caso di particolari deformità della punta nasale, e' necessario praticare una piccola incisione esterna in corrispondenza della columella (il ponte cutaneo che separa le narici). Tale incisione permette al chirurgo un accesso alle strutture che compongono il *naso*, cartilaginee e ossee. La **rinoplastica aperta** può essere *parziale* quando si interviene solo per rimodellare la punta, o totale quando è necessario rimodellare *tutto il naso*. Nella **rinoplastica parziale** si interviene solo sulle strutture cartilaginee (cartilagini alari), nella **rinoplastica totale** si interviene sia sulle strutture cartilaginee (cartilagini alari, triangolari, quadrangolare) sia su quelle ossee. Se viene rimosso un gibbo di grandi dimensioni, la radice del naso diviene sproporzionatamente larga per cui è necessario restringerla mediante delle fratture a carico delle ossa nasali. Il grande vantaggio della rinoplastica aperta e' che essa permette una *visione diretta dei difetti* e consente di praticare una serie di manovre in modo molto preciso oltre che di aggiungere dei tessuti (più frequentemente innesti cartilaginei) per migliorare e definire il profilo nasale. In altri si deve intervenire sulla base del naso per restringerla rimuovendo due piccoli cunei di cute dalle narici. La durata dell'intervento varia da 1 a 2 ore; nei casi più complessi (reinterventi o utilizzo di innesti) può durare più di due ore.

- *Postoperatorio*

Il postoperatorio è uguale a quello della rinoplastica chiusa.

- *Complicanze*

La rinoplastica aperta comporta la presenza di una piccola cicatrice a livello columellare che solitamente col tempo diviene pressoché invisibile ma che, come tutte le cicatrici, può andare incontro a processi patologici quali l'ipo o l'iperpigmentazione o l'ipertrofia cicatriziale. Un altro problema, che la differenzia dalla rinoplastica chiusa, e' la presenza in modi e tempi variabili di un certo maggior gonfiore postoperatorio. In alcuni casi possono verificarsi delle piccole irregolarità del profilo (per eccesso di tessuto cicatriziale o di tessuto cartilagineo); in

tali casi può essere necessario praticare un intervento correttivo minore il più delle volte in anestesia locale.

4.2.3 RINOSETTOPLASTICA

La **rinosettoplastica** è l'intervento chirurgico che consente di correggere quei difetti funzionali che compromettono una corretta respirazione per via nasale congiuntamente ai difetti estetici. Nella maggior parte dei casi di **rinosettoplastica** le incisioni vengono praticate all'interno delle narici senza lasciare segni all'esterno. In casi particolari (specie nei reinterventi) o nelle deviazioni particolarmente complesse, è necessario praticare una piccola incisione esterna in corrispondenza della columella (il ponte cutaneo che separa le narici). Tali incisioni permettono al chirurgo un accesso alle strutture che compongono il naso, cartilaginee e ossee. Nella **rinosettoplastica** si interviene sulle strutture cartilaginee (alari, triangolari, lamina quadrangolare) e ossee (vomere, etmoide, ossa nasali). A volte è sufficiente l'asportazione della porzione deviata del setto, in altri casi è necessario la rimozione in toto del setto e il suo reinnesto. Se viene rimosso un gibbo di grandi dimensioni, la radice del naso diviene sproporzionatamente larga per cui è necessario restringerla mediante delle fratture a carico delle ossa nasali. In alcuni casi è necessario aggiungere dei tessuti (più frequentemente innesti cartilaginei) per garantire la stabilità del setto e per correggere la valvola nasale eventualmente compromessa e per correggere le deviazioni più importanti. La durata dell'intervento varia da 1 a 2 ore; nei casi più complessi (reinterventi o utilizzo di innesti) può durare più di due ore.

- *Postoperatorio*

Dopo la **rinosettoplastica** vengono applicate due sottili lamine in silicone morbido ai lati del setto per mantenerlo in una corretta posizione e per ridurre la possibilità di formazione di ematomi tra i due foglietti della mucosa nasale. Verrà applicata una medicazione costituita da cerotti e da uno splint plastico o gessato al fine di mantenere le ossa e le cartilagini nella nuova forma. Vengono inoltre posizionati dei tamponi nasali, per proteggere il setto, che vengono rimossi dopo 24-48 ore. La rinosettoplastica non è un intervento doloroso, l'unico inconveniente è che, fintanto che saranno presenti i tamponi, il paziente non potrà respirare con il naso. Le placchette in silicone verranno rimosse dopo 15-20 giorni in regime ambulatoriale. Si possono manifestare edema (gonfiore) e ecchimosi (macchie bluastre) nella regione orbitaria che regrediscono nel giro di 4-10 giorni. L'aspetto finale del naso si manifesterà solo dopo alcuni mesi dall'intervento. Al fine di permettere una guarigione ottimale è necessario evitare l'esposizione al sole e quelle attività che provocano un aumento della pressione sanguigna (attività sportiva in genere) almeno per le prime settimane. La ripresa dell'attività lavorativa dipende dal grado individuale di discomfort; in genere sono sufficienti dai 7 ai 14 giorni di riposo.

- *Complicanze*

Quando la **rinosettoplastica** è eseguita da un chirurgo esperto e qualificato, le complicanze sono rare e minori. Ciononostante, come ogni intervento chirurgico, possono manifestarsi complicanze generiche o specifiche legate al tipo di intervento eseguito. In alcuni casi possono verificarsi delle piccole irregolarità del profilo (per eccesso di tessuto cicatriziale o di tessuto cartilagineo); in tali casi può essere necessario praticare un intervento correttivo minore il più delle volte in anestesia locale.

Ora ci concentreremo su una descrizione di una rinoplastica standard, questo intervento risulta essere uno dei più complessi. Infatti comporta un numero elevato di cicatrici in uno

spazio relativamente esiguo, il cui esito e la cui evoluzione nel tempo non sempre è controllabile se non in mani esperte.

4.2.4 L'INTERVENTO

Lo schema di solito impiegato per una rinoplastica prevede una sequenza di passaggi chirurgici "obbligati" che permettono una coerente progettazione preoperatoria e un costante controllo intraoperatorio.

Questi passaggi chirurgici possono essere così riassunti:

- a) Settoplastica (ove necessaria). Con il termine settoplastica si intende il riallineamento del setto nasale sia cartilagineo che osseo con una correzione di tipo chirurgico attraverso un'asportazione minima di tessuto.
- b) Esposizione e ricostruzione dell'angolo labio-columellare (eventuale rimodellamento della spina nasale o procedure di allungamento columellare)- columella è il ponte cutaneo che separa le narici-
- c) Accesso e rimodellamento delle cartilagini alari superiori
- d) Sollevamento della calotta nasale sottocutanea
- e) Riduzione del contorno cartilagineo (cartilagine quadrangolare e triangolari)
- f) Riduzione del contorno osseo (gibbotomia)
- g) Osteotomie oblique mediali
- h) Posizionamento di innesti cartilaginei della punta (ove richiesto)
- i) Riparazione delle continuità tegumentarie a mezzo di fili di sutura
- j) Riduzione della base rinale (se utile)

Bisogna prestare attenzione alle vie respiratorie a livello nasale che devono venire corrette in un unico tempo operatorio (rinoseptoplastica). Bisogna anche tener presente che la correzione, nel caso di narici troppo larghe, comporterà necessariamente resezioni cutanee con esiti cicatriziali esterni più o meno evidenti.

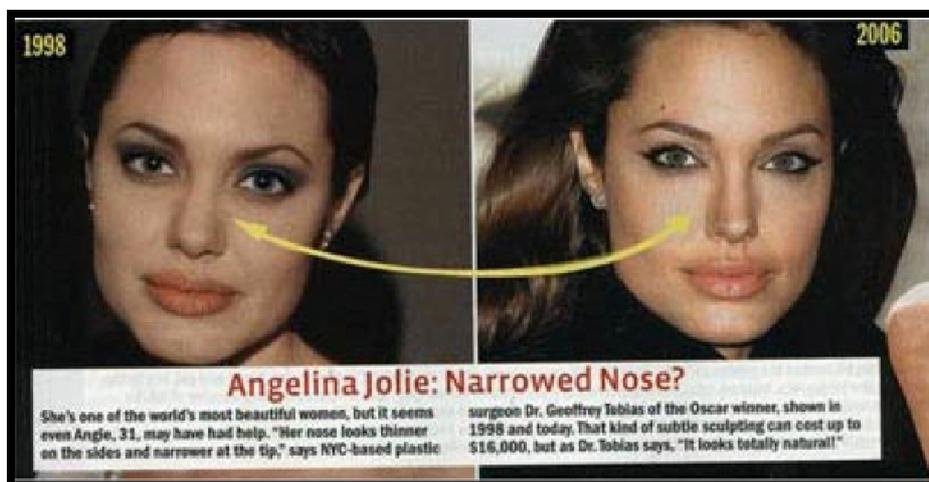
Anche la gestione postoperatoria è importante per una corretta gestione degli esiti cicatriziali. Per 3 o 5 giorni il paziente dovrà portare cerotti e internamente tamponi endonasali, L'impalcatura ossea, fragile a causa delle fratture eseguite, viene preservata con garze gessate materiali plastici a memoria termica o splint metallici per circa 10 giorni.

La rinoplastica estetica è un intervento che si esegue in sala operatoria e può essere eseguita in anestesia generale oppure in neuroleptoanalgesia che consiste nella somministrazione endovenosa di farmaci che inducono uno stato di rilassamento mentale e di calma. In aggiunta a questo si utilizza anche dell'anestetico locale quando l'ammalato è addormentato, in modo da eliminare anche il minimo fastidio dovuto all'iniezione. Non vi è dolore durante l'operazione. La scelta del tipo di anestesia potrà essere discussa con l'anestesista. Comunque vengono sempre attuati tutti i mezzi necessari per garantire la massima sicurezza. Le incisioni sono praticate all'interno del naso nel vestibolo. La cute viene mobilizzata dallo scheletro sottostante. La gobba, se presente, viene rimossa e le ossa nasali vengono fratturate alla base per poter essere avvicinate in modo da ricostruire il dorso del naso. Vengono poi isolate le cartilagini del setto e laterali e ridotte quanto necessario per ottenere il rimodellamento della punta. La medicazione si esegue con dei tamponi in entrambe le narici e con l'applicazione di un gesso sul dorso per immobilizzare le ossa. A volte può essere necessario associare all'intervento di rinoplastica estetica la correzione del setto nasale deviato. Questo intervento viene eseguito attraverso le stesse incisioni praticate per la correzione cosmetica del naso.

4.2.5 COSA ASPETTARSI DOPO L'INTERVENTO

Dopo l'intervento si ha un certo grado di edema (gonfiore) che potrà anche essere notevole specialmente se l'abrasione ha interessato il contorno degli occhi e delle labbra; tale edema raggiunge il suo massimo al secondo-terzo giorno dopo l'intervento per sparire poi lentamente nel giro di una settimana. Durante la prima notte dopo l'intervento il/la paziente potrà avvertire un lieve dolore pungente o pulsante facilmente dominabile con blandi analgesici. Le aree trattate, una volta guarite, appariranno di colorito roseo intenso e tale colorazione perdurerà per un periodo che va dalle 8 settimane ad alcuni mesi. Nei primi due mesi può essere osservata, sulla cute, la presenza di piccoli granuli biancastri che scompaiono, generalmente, senza alcun trattamento.

4.2.6 IMMAGINI PRIMA E DOPO INTERVENTI DI RINOPLASTICA¹⁴



Angelina Jolie



¹⁴ Immagini prese da www.laclinique.it

J.anet Jackson

4.3 MASTOPLASTICA ADDITIVA

Il seno è un simbolo dell'identità femminile e assolve un risalto sociale importante nella vita di una donna. Acquistando così tanta importanza, può anche comportare grossi problemi, per le donne il cui seno non assume un'immagine ideale.

Il seno è un organo bilaterale complesso, che oltre alla sua funzione secretoria nutrizionale, molto importante per la specie umana, risulta l'unico organo sessuale femminile esterno. Il seno presenta caratteristiche proprie e variabili.

La mastoplastica additiva consiste nell'inserimento di una protesi nel seno per aumentarne il volume.

4.3.1 MATERIALE DELL'INVOLUCRO E RIEMPITIVO

La protesi ideale non è stata ancora costruita. Le caratteristiche degli involucri, dei filler e della forma delle attuali protesi sono molto migliorate, ma i criteri ideali non sono ancora stati raggiunti. Le protesi mammarie più utilizzate si dividono in impianti contenenti silicone, una volta allo stato liquido, oggi allo stato di gel coesivo per evitare il riassorbimento in caso di rottura. Altri impianti contengono soluzione salina, molto in voga in Nord America.

4.3.2 LA SUPERFICIE

Le protesi sono involucri di elastomero di silicone racchiudente un contenuto di natura variabile. Gli involucri hanno subito un'evoluzione e oggi ne troviamo essenzialmente di tre tipi: liscia, testurizzata e al poliuretano. Anche se le protesi a superficie liscia sono sempre più rare.

Le protesi testurizzate possono agire tramite due tipi di testurizzazione:

testurizzazione positiva: provoca un effetto di tipo abrasivo. L'intensità della testurizzazione è variabile da un prodotto all'altro e dà luogo ad una raccolta di liquido infiammatorio periprotetico in quantità variabile. Una certa mobilità dell'impianto è possibile.

Testurizzazione negativa: provoca un effetto di ritenzione facendo aderire la capsula periprotetica all'involucro della protesi.

La protesi con involucro al poliuretano ebbe successo perché dimostrò la possibilità di ridurre la contrattura capsulare, cioè l'indurimento della capsula di tessuto, che l'organismo forma normalmente intorno alle protesi. In questi casi il seno diventa duro, a volte si formano retrazioni tali da modificare la forma e l'estetica della mammella.

La protesi al poliuretano veniva lentamente degradato e rilasciava la 2,4-toluendiamina, fu successivamente accusata di essere carcinogenica ma, dopo accertamenti e ricerche, si è giunti alla conclusione che il rischio di carcinogenicità è bassissimo e per questo il poliuretano continua ad essere utilizzato in Europa.

Le protesi al poliuretano offrono i seguenti vantaggi:

- controllo della contrattura capsulare in casi plurioperati
- bassa incidenza della contrattura capsulare nelle mastoplastiche additive primarie

-alta percentuale di buoni risultati estetici.

4.3.3 CONTENUTO

Le protesi più comuni in Europa sono le protesi contenenti il gel al silicone. Esso rende anche un risultato superiore.

Risultati buoni vengono forniti anche dalla soluzione fisiologica ma il rischio di irrigidimento della protesi è maggiore, rispetto a quelle al silicone.

Le protesi all'idrogel e al PVP hanno consistenza simile al gel di silicone, anche se il loro uso è poco diffuso.

La pianificazione e la probabilità dei risultati è aumentata negli anni grazie all'introduzione sul mercato di protesi anatomiche con gel coesivo in un'ampia gamma di dimensioni.

- I siliconi: l'involucro delle protesi e il gel silicone

I siliconi sono miscele di polimeri inorganici formati da una catena silicio-ossigeno e gruppi funzionali organici (R) legati agli atomi di silicio, la molecola base è il *dimetil-siloxano* $\text{Si}(\text{CH}_3)_2$. I siliconi o polisiloxani sono considerati derivati organici del silicio e possiedono almeno un legame silicio-carbonio.

Il silicio non è un elemento isolato presente in natura, esso è presente sottoforma di silice e silicati, gli organosilicati sono conosciuti come siliconi.

Proprietà dei siliconi:

-stabili ad alte temperature

-idrofobi, non adesivi e hanno un basso coefficiente di viscosità

-quando i polimeri sono corti e lineari il silicone è allo stato liquido (olio,gel)

-quando i polimeri sono lunghi e ramificati il silicone è allo stato solido (gomma)

Nella loro forma fluida vengono utilizzati sul piano industriale (lubrificanti, ingrassanti, liquidi per ammortizzatori, produzione di cere e componenti di alcuni prodotti di cosmetica)

I gel, le gomme ed altri tipi di polimeri hanno ampio utilizzo in campo biomedico. I siliconi utilizzati nella produzione di materiale biomedico sono precedentemente purificati. Il silicone non si disintegra nel corpo ed è inerte nella sua forma solida.

Le gomme di silicone sono utilizzate per la produzione dell'involucro esterno (silicone è una sostanza biocompatibile), sono relativamente fragili e permeabili. Per questa ragione gli impianti odierni hanno un sistema di antidiffusione, aumentandone la solidità.

Prima di mettere in commercio la protesi, involucro e gel vengono controllati e sottoposti a test tossicologici, farmacocinetici e di biocompatibilità. Il gel di silicone resta il materiale di riempimento più diffuso. Recentemente si è introdotto sul mercato un gel di silicone coesivo con caratteristiche nuove in termini di consistenza e di mantenimento della forma.

In medicina, viene largamente usato, poiché è una sostanza biocompatibile. Tuttavia la sua presenza nel nostro corpo può diventare problematica soprattutto quando fuoriesce dall'involucro in cui è contenuto e invade i tessuti circostanti. Nelle protesi mammarie, per diminuire il rischio di diffusione conseguente a un'eventuale rottura della protesi, si utilizza oggi un materiale con una consistenza maggiore di quello in uso negli anni '70. Dal 1985 viene utilizzata una gelatina con una fluidità notevolmente ridotta. Le protesi risultano quindi un po' meno elastiche ma più sicure.

Dal 1994, l'ufficio federale della sanità pubblica raccomanda insistentemente di rinunciare a qualsiasi iniezione di silicone liquido.

- Idrogel

L'idrogel è un polimero organico formato da una miscela di polisaccaridi e acqua. Esso porta il rischio di anafilassi e di ipertonicità dei liquidi interstiziali in caso di diffusione. La sua caratteristica è di trattenere l'acqua nella sua struttura senza dissolversi, andando incontro a imbibizione (il trattenere acqua provoca l'aumento di volume). Ci sono stati casi di edema della mammella in seguito a rottura di un impianto.

L'idrogel non è un prodotto chimico unico ma piuttosto una famiglia di prodotti chimici con le stesse caratteristiche, per questo motivo la composizione dell'idrogel degli impianti oggi in commercio è differente a seconda dei fabbricanti.

- *Soluzione salina*

All'interno dell'involucro in silicone, si trova una soluzione sterile salina, di tipologia molto simile alla soluzione fisiologica impiegata comunemente in chirurgia. Esistono diversi tipi di impianti, che si distinguono principalmente in protesi pre-riempite e quindi di volume determinato, oppure protesi che si possono riempire nel corso dell'intervento o infine protesi con volume di riempimento che può essere modulato nel tempo.

- *Polivinilpirrolidone*

Il PVP è un gel a basso peso molecolare, in equilibrio osmotico e rapidamente escreto dal rene in caso di diffusione al di fuori della capsula periprotetica. È più radiotrasparente del silicone e della soluzione fisiologica ma meno dei trigliceridi.

4.3.4 FORMA

La forma degli impianti si è evoluta in termini commerciali negli ultimi anni. Le principali forme che troviamo sono: tonda, ovale, anatomica, a semiluna.

Le protesi tonde sono state le prime ad essere state disponibili e sono ancora oggi le più utilizzate. Le protesi anatomiche sono più adatte alla ricostruzione del seno, perché danno un aspetto più naturale, il polo superiore è appiattito e degrada verso un polo inferiore pieno.

4.3.5 DIMENSIONI

Le dimensioni da considerare nella scelta di un impianto sono la base, l'altezza e il profilo. Questi parametri vanno valutati in armonia con le dimensioni della ghiandola presente e del torace. Nella mastoplastica additiva molto importante è il profilo. Le protesi hanno profili differenti: gli impianti ad alto profilo si presentano più stretti con maggiore proiezione e si prestano meglio per il torace stretto, riempiono anche di più. Le protesi a basso e moderato profilo, presentano maggiore diametro con minore proiezione. Sono utilizzate in pazienti con torace più ampio e mammelle a base maggiore.

4.3.6 L'INTERVENTO

- *Tipi di incisioni per inserire le protesi*

Le protesi mammarie possono essere collocate utilizzando vari tipi di incisioni:

- Mastoplastica additiva con incisione sottomammaria è tutt'oggi l'approccio più comune, si effettua in incisione di 3-4 cm adiacente al solco sottomammario, attraverso il quale si inserirà la protesi. Si possono riscontrare dei problemi quali una

maggior visibilità della cicatrice, poiché i problemi di visibilità sono legati specialmente alla difficoltà di far coincidere l'incisione con il nuovo solco sottomammario che si viene a creare con l'inserimento della protesi. Un altro problema è la palpabilità della protesi e la possibilità che la protesi venga spinta fuori in seguito alla pressione della protesi sulla zona di incisione.

- Mastoplastica additiva con incisione ascellare non pone cicatrici direttamente sul seno. Per il chirurgo questo metodo risulta essere più difficoltoso specialmente per posizionare correttamente l'altezza dei due solchi sottomammari. In caso di contrattura capsulare può essere necessario compiere un'incisione sottomammaria.
- Mastoplastica additiva con incisione periombelicale prevede il posizionamento della protesi passando attraverso una piccola incisione fatta sul bordo dell'ombelico. Lo svantaggio consiste nell'impossibilità di usare protesi al silicone (più morbide e compressibili al tatto), ma si utilizzano protesi riempite di soluzione salina. Con questo metodo le protesi vengono inserite sgonfie e secondariamente, una volta posizionate al livello del piano sottoghiandolare e sottomuscolare, riempite. Le probabilità di asimmetrie sono molto alte e in caso di ematoma o infezione è necessaria un'incisione tradizionale per rimuovere l'impianto. Questo metodo richiede impianti con valvole speciali la cui tenuta a lungo termine è ancora oggetto di controversie.

- Piano di inclusione delle protesi mammarie

La protesi può essere collocata sotto la ghiandola o sotto il muscolo. Per la scelta più adeguata bisogna tener conto di vari fattori.

- Mastoplastica sottoghiandolare: Se la mammella esistente è di volume adeguato a coprire sufficientemente la protesi, si adotta questa tecnica. La protesi viene collocata in un piano realizzato subito sotto la ghiandola mammaria e sopra il muscolo pettorale. I vantaggi sono che la ghiandola posizionata sopra il muscolo per conferire un aspetto più naturale al seno viene riempita la zona sopra il muscolo e non sotto. La percentuale di contrattura capsulare è leggermente più elevata ma in caso di ptosi (caduta del seno) questa tecnica è più efficace. Il dolore post-operatorio è anche significativamente ridotto con questa tecnica.
- Mastoplastica sottomuscolare: tecnica scelta in alternativa alla sottoghiandolare. La protesi viene collocata in un piano realizzato sotto il muscolo grande pettorale. I vantaggi sono che il muscolo che ricopre l'impianto minimizza la formazione di contrattura capsulare. Anche plissetture, ondulazioni e irregolarità (rippling) verranno minimizzate. La protesi risulta meno visibile e palpabile specie se la paziente presenta poco tessuto ghiandolare. Lo scollamento del piano sottomuscolare è più agevole rispetto a quello sottoghiandolare.

4.3.7 A CHI È ADATTO

Il seno rappresenta uno dei simboli del corpo femminile, e ha perciò una certa importanza. Le conseguenze di un incidente o di un intervento chirurgico per cancro al seno possono compromettere la forma femminile e l'intervento chirurgico è una soluzione.

La protesi al seno vengono utilizzate anche dalle donne che ritengono il loro seno soggettivamente insufficiente o mancante, quindi che presentano dei problemi estetico-psicologici.

4.3.8 RISCHI E COMPLICANZE DELLA MASTOPLASTICA ADDITIVA

Studi scientifici validi che dimostrassero la reale efficacia e sicurezza delle protesi sono stati fatti solo dopo che gli impianti erano già stati introdotti sul mercato. Tali studi sono iniziati solo dopo che le complicanze e gli effetti indesiderati si rendessero evidenti. Gli studi hanno però riscontrato delle difficoltà nel mettere in relazione le protesi mammarie con i rischi ad esse associati, data l'elevata eterogeneità degli impianti. Eterogeneità data dall'evoluzione nel tempo degli impianti ma anche dai diversi produttori. Un'altra problematica incontrata nel disegno di questi studi riguarda la dimensione dei campioni. I campioni utilizzati non sono abbastanza grandi per determinare l'eventuale incidenza di patologie.

I risultati di questi studi escludono per lo più gravi effetti sulla salute degli impianti mammari al silicone o con ogni altro tipo di riempimento. I rischi possono essere per esempio emorragie, infezioni, difficoltà di cicatrizzazione della ferita, spostamenti della protesi, disturbi della sensibilità cutanea del seno e del capezzolo o fastidiose cicatrici. Il principale problema è rappresentato dalle complicanze locali, quali la contrattura capsulare, la rottura degli impianti, la diffusione del silicone con i problemi infiammatori locali che comporta frequenza di reintervento.

- *La contrattura capsulare*

L'inserimento di una protesi provoca una reazione da corpo estraneo, che consiste nella formazione di una capsula di tessuto cicatriziale attorno alla protesi. Questa reazione del nostro corpo avviene sempre, ma in alcuni casi può capitare che il tessuto cicatriziale si contragga e si ispessisca eventualmente con formazione di calcificazione, in questo caso si parla di contrattura capsulare. Può anche essere grave e in questo caso comporta indurimenti dolorosi e deformazioni del seno. Ciò rende necessario degli interventi locali (rottura manuale della capsula) o generali per la sua totale o parziale asportazione (capsulectomia) o la sostituzione della protesi.

La gravità viene definita dalla scala di Baker:

- I. Il seno aumentato è morbido con un seno senza impianto.
- II. Impianto palpabile ma non visibile.
- III. Impianto palpabile e visibile, seno poco mobile.
- IV. Seno di consistenza dura, dolente e freddo. Distorsione marcata.

“Secondo l'ANDEM, il gruppo indipendente francese, la frequenza di contrattura capsulare è del 41-56% per gli impianti a superficie liscia e di circa il 10% per quelli a superficie testurizzata. Uno altro studio ha mostrato un'incidenza di contrattura di grado III-IV di Baker del 54% nelle ricostruzioni con protesi al silicone (Asplund, 1984). La contrattura capsulare è inoltre maggiore quando l'impianto è in posizione retroghiandolare, in caso di ricostruzione mammaria e quando si tratta di protesi al silicone (Gilbert, 1990; Asplund, 1996). Due studi recenti prospettici effettuati dalla McGhan e dalla Mentor sugli impianti con soluzione fisiologica hanno dato i seguenti risultati:

- *Mentor: su 1264 mastoplastiche additive, 9% contrattura III-IV a 3 anni*
- *Mentor: su 416 ricostruzioni, 30% contrattura III-IV a 3 anni*
- *McGhan: su 901 mastoplastiche additive, 9% contrattura III-IV a 3 anni*
- *McGhan: su 237 ricostruzioni, 25% contrattura III-IV a 3 anni”¹⁵*

¹⁵ www.sicpre.org, 13.9.2009

- Rottura e perdite

La popolazione su cui sono stati effettuati questi studi non è necessariamente eterogenea, poiché effettuati su pazienti sottoposte a intervento chirurgico di espianto delle protesi mammarie perché sintomatiche. Il termine corretto per la valutazione della reale frequenza di rottura degli impianti dovrebbe comprendere le pazienti con rottura asintomatiche, le pazienti con rottura sintomatiche e le pazienti in cui l'impianto sia ancora sano. Gli studi non sono inoltre in grado di stabilire la data effettiva della rottura dell'impianto ma solo la data dell'espianto della protesi. Infine si prendono in considerazione epoche diverse in cui è avvenuto l'intervento e impianti troppo eterogenei tra di loro.

Per queste ragioni non è possibile conoscere con precisione l'incidenza e la prevalenza della rottura degli impianti.

*"I dati disponibili sono comunque numerosi e permettono qualche ipotesi circa la durata degli impianti in silicone riempiti con gel di silicone o con soluzione fisiologica. I primi studi su protesi espantate hanno segnalato frequenze di rottura del 62.5% a 10 anni (Malata, 1994), del 71.2% a 14 anni e del 95.4% a 20 anni (Robinson, 1995). Uno studio ha cercato di correlare la generazione degli impianti alla frequenza di rottura riportando pochi casi per la prima generazione (1963-1972), il 95% per quelli di seconda (1972-metà anni '80) e del 3.2% per gli impianti a partire dal 1992 (Peters, 1996)."*¹⁶

Una Meta-analisi di 42 studi (Marotta et al. aggiornato al 2000) su 9774 impianti al gel di silicone ha rilevato i seguenti risultati:

Anni dell'impianto	Prevalenza di rottura degli impianti
5	30%
10	50%
17	70%

I dati degli espianti dimostrano una frequenza di rottura del 6% annuo per i primi cinque anni dalla data dell'impianto seguita da un graduale declino negli anni successivi. Secondo lo stesso studio il 30% delle donne trattate con impianti al silicone necessiterà di almeno un secondo intervento nei primi cinque anni dall'impianto delle protesi per complicazioni legate all'intervento.

*"Uno studio effettuato da Brown e colleghi ha studiato la prevalenza di rottura di impianti al gel di silicone rivelata mediante Risonanza Magnetica su 344 donne e 687 impianti. In questo studio è stata mostrata una prevalenza di rottura del 63% nel 77% delle donne e la vita media di un impianto è stata stimata in 10.8 anni. Lo stesso studio dimostra la migrazione del silicone oltre la capsula nel 21% dei casi e una maggior tendenza alla rottura per gli impianti collocati in posizione sottomuscolare. La perdita di liquido fino allo sgonfiamento dell'impianto è una prerogativa delle protesi riempite con soluzione fisiologica."*¹⁷

¹⁶ ibid. 13.9.2009

¹⁷ ibid. 14.9.2009

-Frequenza di chirurgia supplementare

“Le complicazioni a lungo termine finora descritte si traducono nella necessità molto frequente di ricorrere ad ulteriori interventi chirurgici. Uno studio retrospettivo pubblicato sul New England Journal of Medicine ha riportato un tasso di reintervento in pazienti sottoposte a ricostruzione e mastoplastica additiva con protesi saline e al gel di silicone del 24%. Secondo questo studio 1 donna su 3 sottoposta a ricostruzione e 1 donna su 8 sottoposta a mastoplastica additiva andranno incontro a complicanze che renderanno necessario un intervento entro 5 anni dall'intervento iniziale.”¹⁸

- Le complicanze comuni

Le complicanze più frequenti nella mastoplastica additiva sono l'infezione e l'ematoma, possibile è anche il dislocamento della protesi, specie per i posizionamenti sottomuscolari (per questo motivo a donne con impianti sottomuscolari viene sconsigliato l'uso esagerato della muscolatura pettorale).

Chi possiede impianti con soluzione fisiologica potrebbe verificarsi una perdita di volume.

Plissettature e ondulazioni sulle mammelle (rippling) sono possibili quando il volume della protesi eccede le capacità elastiche dei tessuti.

È inoltre possibile un'alterazione della sensibilità del seno e, in alcuni casi, si è verificata la perdita definitiva della sensibilità del seno.

La cattiva cicatrizzazione con visibilità della cicatrice sono esiti possibili, legati però alle caratteristiche di cicatrizzazione della paziente.

Alle pazienti con poco volume ghiandolare proprio si possono verificare asimmetrie, irregolarità del contorno del seno e l'eventuale visibilità della protesi sotto i tessuti.

La contrattura capsulare occorreva con frequenza maggiore quando erano utilizzate le protesi lisce, oggi con l'avvento delle nuove protesi testurizzate e l'uso dei massaggi postoperatori, per un periodo prolungato, si è ridotta estremamente.

Studi sono anche stati effettuati sull'allattamento postoperatorio:

“Gli studi principali tra cui quelli effettuati dallo IOM e dal IRG hanno escluso la possibilità di rischi legati all'allattamento al seno materno. L'FDA riporta uno studio (Hurts, 1996) in cui su 42 donne con impianti mammari il 64% è stato incapace di allattare rispetto al 7% di un gruppo di controllo. Nella sua nota informativa per le donne che desiderano operarsi al seno l'FDA riporta che l'intervento di mastoplastica additiva può significativamente alterare la capacità di allattamento.”¹⁹

A partire dal 1982 singoli casi facevano ipotizzare una correlazione tra protesi al silicone e diversi quadri clinici, in particolare nel campo delle forme reumatiche. La FDA, l'ente americano preposto al controllo sugli agenti terapeutici, eseguì delle ricerche. L'FDA riteneva comunque insufficienti i dati riguardanti la sicurezza delle protesi al silicone e, per questo motivo, nel 1992 decise di vietare provvisoriamente l'utilizzo di protesi riempite di silicone, tranne che nell'ambito di studi scientifici controllati. Questo fatto fece scatenare il caos tra donne che temevano una correlazione tra i loro disturbi e le protesi al silicone che le erano state impiantate. Anche in Svizzera suscitò nelle persone che avevano subito questo genere d'intervento, incertezze e molti interrogativi a riguardo.

¹⁸ ibid. 15.9.2009

¹⁹ ibid. 15.9.2009

Le protesi invecchiano e sono soggette a usura. Anche le protesi al seno hanno perciò una durata limitata che non è però prevedibile. L'involucro al silicone può lacerarsi (rottura) e il materiale riempitivo può di conseguenza disperdersi nei tessuti circostanti. Il materiale di riempimento può però anche filtrare da un involucro intatto, in questo caso parliamo di bleeding. Viceversa può capitare che del liquido presente nei tessuti attraversi l'involucro aumentando il volume della protesi. Questo ultimo fenomeno accade soprattutto nelle protesi riempite con idrogel. Per queste ragioni è necessario il controllo regolare delle protesi (ca ogni 2-3 anni) e si deve inoltre prevedere la sostituzione della protesi nel corso della vita della paziente.

Il silicone può inoltre avere delle reazioni con il nostro corpo. Il contatto diretto del silicone liquido o in forma di gel con i tessuti circostanti può essere la causa di reazioni infiammatorie. Anche il sistema immunitario collabora, sono state osservate reazioni con stati patologici simili a quelli riscontrabili nelle malattie reumatiche, che non sembrano però essere più frequenti di quelle riscontrabili nelle donne senza protesi.

Secondo degli studi eseguiti dall'ufficio federale della sanità pubblica i disturbi descritti da portatrici di protesi sono i seguenti:

- Dolori articolari e muscolari
- Insolita stanchezza, spossatezza
- Gonfiori a mani e piedi
- Arrossamenti e gonfiori della pelle
- Disturbi del sonno, irrequietezza
- Problemi di memoria e di orientamento
- Mal di testa
- Improvvisa debolezza muscolare, dolori muscolari (mialgia)
- Problemi respiratori, senso di oppressione nella regione cardiaca (sensazione di costrizione)
- Alterata percezione della sensibilità (sensazione di torpore)
- Predisposizione alle infezioni

- Mastopessi

Un seno rilassato e svuotato viene rimodellato e sollevato con questo intervento chirurgico. La perdita di consistenza può verificarsi in seguito a una dieta troppo veloce o dopo il periodo dell'allattamento, con la mastopessi si riduce la cute in eccesso che riveste il seno sollevandolo in questo modo senza intervenire sul suo volume. Intervenendo con un'incisione verticale che parte dall'areola fino al solco sottomammario. Con questa pratica il seno che risultava molle e abbassato viene rimodellato e sollevato.

Questo intervento può presentare degli svantaggi, rimangono le cicatrici e inoltre la cute potrebbe cedere riportando la paziente alla situazione iniziale, soprattutto se il seno è voluminoso e la pelle fragile e sottile. I seni potrebbero anche risultare asimmetrici.

4.3.9 IMMAGINE PRIMA E DOPO UN INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA²⁰



Victoria Beckham

²⁰ Immagine presa da www.laclinique.it

4.4 LIPOSUZIONE

4.4.1 L'INTERVENTO

La liposuzione è un intervento chirurgico che consente l'aspirazione, mediante apposite canule collegate ad un apparecchio aspirante, di accumuli adiposi in alcune aree del corpo, quali addome, anche, natiche, cosce, ginocchia, mento, guance e collo. Essa consente il rimodellamento del profilo corporeo con minimi esiti cicatriziali esterni, l'aspirazione del grasso avviene infatti effettuata servendosi di incisioni cutanee molto piccole (ca 2-3 mm), localizzate in corrispondenza di solchi o pieghe naturali, attraverso cui vengono introdotte particolari sonde, a punta smussa, di calibro e lunghezza variabile. Qui, con opportuni movimenti della canula, il grasso in eccesso viene frantumato e contemporaneamente aspirato. Insieme al grasso, si perde anche una quantità variabile di fluidi, è quindi importante che tali fluidi vengano rimpiazzati per via endovenosa durante e/o dopo la procedura.

Inoltre durante l'aspirazione si verifica anche la rottura di un certo numero di vasi sanguigni. Questi provocano la diffusione nei tessuti circostanti di una certa quantità di sangue che spiega le echimosi che possono verificarsi dopo l'intervento. Le echimosi si riassorbono dopo circa 15 giorni.

La durata dell'intervento è variabile, ma può protrarsi anche fino a 3-4 ore, a dipendenza della zona e della quantità di grasso rimossa, il tipo di anestesia e la tecnica usata.

Al termine dell'intervento, chiuse le suture, viene fatta indossare una guaina elastica alla paziente allo scopo di chiudere i vasi sanguigni e di limitare il gonfiore (edema) postoperatorio. Questa guaina dovrà essere portata per almeno un mese.

4.4.2 A CHI È ADATTO

La liposuzione permette di rimuovere permanentemente quelle zone congenite di grasso, che non rispondono ai metodi tradizionali di perdita di peso. Il miglior candidato è un uomo o una donna di peso relativamente normale e cute sufficientemente elastica. Chi si vuole sottoporre all'intervento è meglio se presenta "tasche" di grasso eccedente in determinate zone.

Il paziente deve trovarsi in buona salute, non deve soffrire di disturbi particolari quali diabete, cardiopatia, problemi polmonari o chi ha appena subito un intervento nella zona sagomata. Deve essere psicologicamente stabile, cioè realistico nelle aspettative. La liposuzione infatti migliora l'aspetto ma non necessariamente permette il raggiungimento della silhouette ideale desiderata.

Non c'è un limite d'età ma con l'avanzare degli anni la cute perde elasticità e questo può implicare che oltre alla liposuzione, per avere un risultato ottimale, si debba anche asportare della cute in eccesso.

4.4.3 VARIANTI TECNICHE

Negli ultimi anni la liposuzione è stata perfezionata e si sono introdotte nuove tecniche, come la tecnica "tumescente", la liposuzione ad "ultrasuoni" e la tecnica a "cannula reciprocante".

- La tecnica tumescente oggi è ampiamente usata. Comporta l'infiltrazione nelle aree da trattare, prima dell'aspirazione del grasso, di una cospicua quantità di fluido, composto di soluzione salina, anestetico locale (lidocaina), ed adrenalina (vasocostrittore). Il termine "tumescente" è riferito allo stato di turgore dei tessuti infiltrati di tale soluzione. La durata dell'intervento è maggiore, ma attuando questa tecnica la successiva aspirazione del grasso ne risulta facilitata, una riduzione della perdita di sangue e una riduzione delle echimosi post-operatorie.

- La tecnica a ultrasuoni utilizza cannule particolari che producono energia ad ultrasuoni. Attraversando i cumuli di grasso, l'energia prodotta fa "esplodere" la parete delle cellule grasse emulsionando (liquefacendo) il grasso. Il quale viene conseguentemente rimosso con liposuzione tradizionale. Questa tecnica sembra ideale per le zone fibrose del corpo, come il dorso, e viene utilizzata anche nel trattamento di adiposità particolarmente estese.

- La tecnica a cannula reciprocante fa uso di una cannula reciprocante o "vibrante", il movimento della cannula non è quindi manuale, cioè opera del chirurgo, ma generato da una fonte elettrica o di aria compressa. Questo metodo sembra essere vantaggioso per la velocità d'esecuzione e per la riduzione di edema ed echimosi post-operatorie.

4.4.4 STATO POST-OPERATORIO

Normale è un dolore diffuso, bruciore e gonfiore e inoltre una perdita di sensibilità per diversi giorni conseguenti all'intervento. Dopo 15 giorni il paziente dovrà effettuare dei massaggi sull'area operata in modo da eliminare eventuali lievi irregolarità dell'area trattata. Le cicatrici che si formano sono permanenti, anche se si rendono meno visibili con il tempo. Nelle prime settimane però le cicatrici sembrano peggiorare, divenendo più rosse ed evidenti. Solamente dopo 9-12 mesi le cicatrici si appiattiscono e diventano più biancastre.

4.4.5 POSSIBILI COMPLICANZE

Si possono verificare complicanze di due tipi, possono essere legate all'anestesia o legate all'intervento. In entrambi i casi le complicanze sono rare, le complicanze legate all'intervento possono essere: ematoma, infezione, sanguinamento prolungato, ed insufficienza cardio-circolatoria (fino allo shock) per perdita eccessiva di sangue e fluidi in caso di lipoaspirazioni massive.

Il rischio di complicanze aumenta con la maggior estensione o il maggior numero di aree da trattare, e nei pazienti che soffrono di diabete o con patologie cardiache o polmonari.

Un altro rischio conseguente all'intervento può essere la compromissione temporanea della circolazione linfatica nella zona operata che causa gonfiore. Questa situazione si risolve naturalmente o con massaggi di linfo-drenaggio nel giro di due-tre mesi.

Infine le cicatrici, benché di solito poco visibili, può persistere, dopo la guarigione, la presenza di piccole imperfezioni, asimmetrie, depigmentazioni ed infossamenti del profilo cutaneo nelle zone operate. Talvolta può quindi essere necessario un intervento di ritocco a distanza di alcuni mesi (nuova lipoaspirazione localizzata o innesto di grasso).

In ogni caso sono necessarie minimo una-due settimane prima che la paziente si senta bene, ma è necessario che il paziente cammini fin dalla prima giornata post-operatoria per evitare

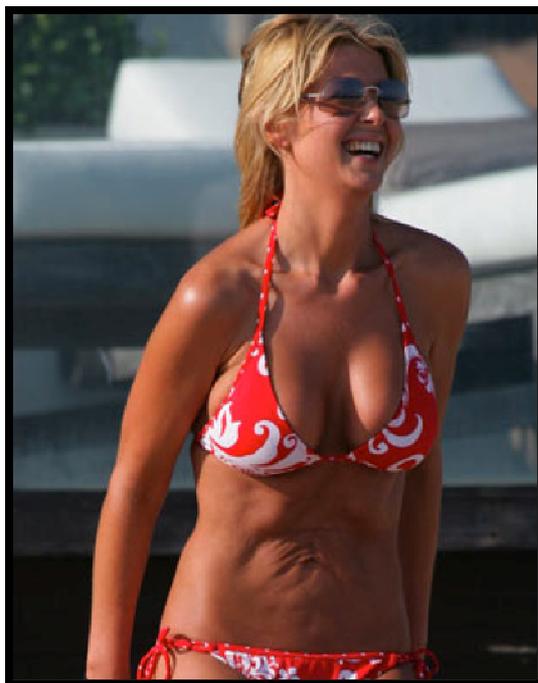
rischi di trombosi degli arti inferiori e per ridurre il gonfiore. Per circa dieci giorni però il paziente avrà dolore alla pressione (ad es. sedendosi) sulle aree operate.

La ripresa a tutti gli sport, compresi quelli più intensi (sci, tennis, basket, nuoto) avverrà per lo meno dopo quattro settimane. Echimosi e edema si risolvono normalmente per la maggior parte dopo tre settimane, anche se sono necessari tre-sei mesi perché scompaia del tutto ogni gonfiore residuo.

4.4.6 ALTERNATIVE DI INTERVENTI

- Laserlipolisi: interviene eliminando i cuscinetti e le zone adipose localizzate. Differentemente dalla liposuzione, il tessuto adiposo viene distrutto progressivamente per l'effetto termico dell'onda luminosa del laser ed eliminato spontaneamente dal sistema immunitario dell'ospite. I vantaggi presentati da questo intervento sono la guarigione rapida e i risultati. Infatti questo tipo di trattamento non solo agisce sull'eliminazione di cellulite e adipe ma anche sulla flaccidità della pelle, determinandone una ripresa di tono. Attenzione però, poiché la laserlipolisi non è indicata per la cellulite allo stadio avanzato e a seconda dei casi per ottenere dei risultati bisogna effettuare più sedute (da una fino a un massimo di tre).
- Liporistrutturazione: ha l'obiettivo di dare volume e armonia ai glutei. Agisce aspirando il grasso in eccesso nelle zone critiche (fianchi, addome, cosce) e viene reimpiantato sui glutei, dopo un lavaggio che ne elimina il sangue. I glutei dovrebbero apparire pieni e sodi.
- Lifting: usato per risollevarre i glutei che hanno perso proiezione. Si incide una "V" tra il solco dei glutei e si tira la cute verso l'altro, eliminandone l'eccesso e fissando il tutto nella nuova posizione. Potrebbe però risultare un problema con il tempo: la cicatrice può allargarsi a causa del peso dei glutei e della forza di gravità. Inoltre l'intervento comporta un post-operatorio delicato e doloroso, visto il tipo di intervento.

4.4.7 IMMAGINE DOPO UN INTERVENTO DI LIPOSUZIONE²¹



Tara Reid

4.5 IL BOTOX

Un'altra ossessione delle donne sono da sempre le rughe. Associate all'invecchiamento e alla perdita di elasticità della pelle vengono combattute con qualsiasi arma possibile. Le ultime scoperte entrate in voga negli ultimi anni sono le iniezioni di filler o tossina botulinica.

I filler possono avere effetti permanenti se usate sostanze a base di polialchilammide, ma sono fortemente sconsigliati dai medici poiché in seguito alle iniezioni, il nostro corpo può reagire con reazioni allergiche, noduli e infiammazioni. Esiste un altro tipo di filler, cioè i filler riassorbibili che riempiono le rughe come l'acido ialuronico e il collagene. Questi sono biocompatibili, ma le applicazioni vanno ripetute ogni 6-8 mesi.

Il più celebre nemico delle rughe è oggi il botox. Botox è il nome commerciale che denota un preparato per spianare le rughe che si basa sulla tossina botulinica di tipo A. Il suo compito è quello di paralizzare i muscoli e distendere la pelle. Con il botox si indeboliscono i muscoli del viso che "tirano" la pelle verso il basso, poiché viene bloccato il rilascio dell'acetilcolina a livello delle giunzioni tra nervi e muscoli striati.

Il botulino venne inizialmente preso in considerazione dall'esercito americano, che fece delle ricerche sul possibile uso del botulino come arma chimica durante la seconda guerra mondiale. Negli anni Ottanta e Novanta la tossina botulinica fu parte essenziale dell'arsenale di armi biologiche in Iraq.

L'uso estetico del botox si diffuse molto rapidamente, nonostante si conoscessero i pericoli insiti in questo trattamento. Già prima dell'approvazione della FDA (Food and Drug Administration) per uso cosmetico, era diventato il farmaco miracoloso più popolare degli Stati Uniti. Secondo gli analisti del settore nel 2000 più di un milione di persone avevano

²¹ Immagine presa da www.laclinique.it

assunto il botox. Nel 2004 le persone che facevano uso del botulino erano aumentate fino a circa otto milioni.

Il botox si stava diffondendo ad una velocità spaventosa e ben presto si diffuse anche in Europa e Brasile. La sua popolarità e il suo successo è stato riscontrato poiché è un investimento sicuro per i medici. Nel 2005 una sola fiala costava 488 dollari e poteva fruttarne fino a 3000. Inoltre è un trattamento cosmetico e i medici non hanno quindi problemi con l'assicurazione sanitaria. Per non parlare del risparmio di tempo, un paziente non richiede più di dieci minuti per delle iniezioni. Si tratta quindi senz'altro di un trattamento altamente redditizio per i medici.

4.5.1 LA TOSSINA BOTULINICA

Il botulismo venne notato per la prima volta nel 1793 dal poeta tedesco Justinius Kerner, il quale si diletta anche in medicina. Il poeta scoprì che una certa sostanza delle salsicce andate a male (denominata dunque: *Wurstgift*, cioè veleno di salsiccia) causava il botulismo.

Ma solamente nel 1895 venne isolato dal professore belga Emile van Ermengem, il batterio *Clostridium botulinum*, batterio anaerobo che produce la tossina che porta all'intossicazione alimentare botulismo (la parola deriva dal latino *botulus*, salsiccia). Nel 1977 risale il primo utilizzo della tossina per curare lo strabismo. I risultati, però fecero notare che i pazienti trattati presentavano un volto più rilassato. Di conseguenza si è subito pensato all'impiego con finalità estetiche. Il Botox fu quindi per lungo tempo approvato dalla FDA unicamente come cura per lo strabismo e il battito continuo, in seguito per la distonia cervicale (o torcicollo spasmodico), considerando l'utilizzo estetico della tossina come un'indicazione del tutto secondaria solo nel 2002 venne approvato come un trattamento cosmetico, utilizzabile però solo nei muscoli glabellari, tra le sopracciglia.

L'impiego principale è per il trattamento di rughe e solchi cutanei causati dalla ripetuta azione dei muscoli sottostanti. La tossina botulinica non è in grado di migliorare rughe e solchi causati dal fotoinvecchiamento cutaneo o dall'eccessivo rilassamento della pelle.

Il trattamento è efficace per le rughe e i solchi glabellari (tra le sopracciglia), per le rughe frontali d'espressione, per le rughe ai lati degli occhi ("zampe di gallina"), per l'iperidrosi (sudorazione eccessiva).

Nel 2003 si scoprirono ulteriori utilizzi del botox, esso poteva rivelarsi utile per i pazienti che avevano avuto un ictus e soffrivano di spasticità, rigidità grave e incontrollata dei muscoli. Ma il Botox funzionava anche per sindrome del tunnel carpale, emicrania, tic facciali, mal di schiena, balbuzie, ecc.

Negli ultimi anni l'uso sempre più frequente del botox (da noi diffuso con il nome di Vistabex), si è recentemente messo sul mercato un nuovo prodotto, il Neurobloc (Myobloc negli USA), il quale presenta però delle differenze.

4.5.2 COME FUNZIONA LA TOSSINA BOTULINICA

Sia il Vistabex, ossia la neurotossina botulinica di tipo A, che il NeuroBloc, cioè la neurotossina botulinica di tipo B, vengono prodotte in laboratorio da colture batteriche di *Clostridium Botulinum*. Le tossine rilasciate dai batteri, agiscono sul nostro corpo inibendo il rilascio di acetilcolina alla terminazione neuromuscolare, bloccando la trasmissione degli impulsi nervosi ai muscoli. Il risultato delle iniezioni è una paralisi flaccida dei muscoli interessati della durata di circa 4-5 mesi.

Essendo la tossina botulinica un veleno molto potente, essa viene dosata in laboratorio in Unità (per convenzione un' Unità è la dose che, somministrata ad una popolazione di topi da laboratorio, è letale nel 50% dei casi). Il Botox viene confezionato in dosi di 100 unità e la dose letale per l'uomo sarebbe pari a circa 3500 unità, o 35 flaconi. La dose impiegata nel trattamento del viso è compresa tra le 20 e le 40 unità, vale a dire meno di un flacone.

Ma le unità di NeuroBloc sono differenti da quelle di Botox, un'unità di Botox corrisponde infatti a circa 40-50 unità di NeuroBloc (confezionato in flaconi da 2500, 5000 o 10000 unità).

4.5.3 IL BOTULISMO

Morire per avvelenamento da botulismo è una vera e propria tortura. Si tratta di una tossinfezione alimentare acuta, sovente letale, causata dall'esotossina prodotta dal batterio *Clostridium botulinus* che si sviluppa in cibi mal sterilizzati o mal conservati.

I sintomi del botulismo sono inizialmente gastroenterici, quali nausea, vomito e crampi addominali, cui fanno seguito sintomi neurologici a carico dei nervi cranici (diplopia, perdita dell'acutezza visiva e del riflesso pupillare alla luce). Poiché la contrazione muscolare viene meno le funzioni corporee impazziscono. Le viscere, solitamente tenute sotto controllo da costante contrazione fisica, si aprono. Anche il sistema nervoso autonomo viene meno. Subentra la paralisi, a partire dai nervi cranici in giù, fino a che i polmoni cessano di funzionare. La vittima non riesce più a respirare e quindi soffoca, oppure muore di infarto letale, dovuto al panico di non riuscire più a respirare.

4.5.4 EFFETTI COLLATERALI

Alcuni effetti collaterali sono conosciuti, anche se dall'inizio dell'utilizzo del Botox non si sono verificate complicanze gravi.

Si può verificare conseguentemente a un'iniezione della tossina botulinica:

- Gonfiori e lividi nella zona d'iniezione.
- Effetto insufficiente (con necessità di ritocco a distanza di breve tempo).
- Ptosi (abbassamento) della palpebra superiore, di grado variabile e della durata di 3-4 settimane (frequenza statistica: 1 su 200 trattamenti della regione frontale).
- Riduzione della durata della correzione ottenuta con il trattamento (per la formazione di anticorpi contro la tossina).

Il botox può avere effetti collaterali, quali mal di testa, abbassamento delle palpebre, nausea, gonfiori del volto, disturbi della vista. Se usata con dosi maggiori la stessa sostanza è usata per

trattare spasticità, spasmi muscolari e altre condizioni. In questi casi sono segnalati effetti gravi, come crisi respiratorie e anche decessi, i quali ricordano i sintomi del botulismo.

4.6 L'ACIDO IALURONICO

L'acido ialuronico è naturalmente presente nel derma, più precisamente è l'elemento in cui sono immerse le fibre di collagene e di elastina che sostengono e rendono tonica la pelle. È costituito da grosse molecole che funzionano come spugne: assorbono l'acqua la trattengono e si gonfiano, in questo modo si garantisce una perfetta idratazione. Si tratta di un potente agente idratante che aiuta a mantenere la pelle soda, è grazie a questa sostanza infatti che le fibre di collagene e di elastina si rinnovano. La quantità prodotta dal nostro corpo diminuisce però gradualmente con l'età. la pelle si inaridisce e diventa fragile favorendo così la comparsa di rughe.

L'acido ialuronico è oggi la sostanza più diffusa tra i cosiddetti "dermal fillers", gli impianti iniettabili che si usano per il trattamento di rughe, solchi e per l'aumento temporaneo di volume di labbra, zigomi e altre zone del viso.

4.6.1 DURATA NEL TEMPO

I prodotti a base di acido ialuronico sono biocompatibili e vengono riassorbiti lentamente dall'organismo. La durata del riassorbimento varia da individuo a individuo, in certi casi è necessario fare dei ritocchi dopo tre mesi, in altri casi l'impianto dura fino a otto mesi. In generale si riassorbe dopo 4-10 mesi.

Non solo spiana e riempie le rughe ma viene addirittura utilizzato come sostituto del lifting. L'iniezione dona subito sostegno e volume ai tessuti del viso.

Le iniezioni di acido ialuronico permettono un risultato visibile abbastanza immediato. Il medico di solito consiglia di iniziare da una a tre sedute per ottenere l'effetto desiderato. Per mantenere il risultato saranno poi necessarie altre iniezioni, si chiamano sedute di mantenimento e necessitano di meno prodotto e necessitano da una a due sedute, dato che l'acido ialuronico ha un effetto cumulativo.

4.6.2 IMMAGINI DI DONNE CHE HANNO FATTO USO DI BOTOX²²

²² Immagini prese da www.jolie.de



Angelina Jolie



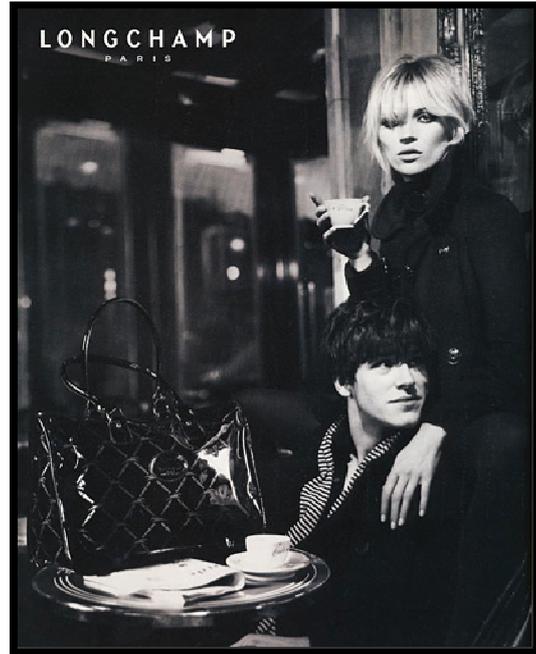
Hilary Clinton

4.7 IMMAGINI TRUCCATE CON PHOTOSHOP

Molte Star e celebrità non solo si sottopongono a svariati interventi di chirurgia estetica, ma vengono addirittura ulteriormente migliorate con l'aiuto del computer. Questo ci fa capire come l'immagine della donna data alla società sia un' immagine molto lontana dalla realtà e da ciò che è considerato naturale.

Ecco alcuni esempi²³

²³ Immagini prese da www.jolie.de



Kate Moss



Sharon Stone

4.8 PARERE DELL'ESPERTO: INTERVISTA AL DOTT.MED. GIACOMO MARTINONI

Dopo aver letto vari testi concernenti la chirurgia estetica, ho pensato che sarebbe stato interessante sapere come la pensa chi ha quotidianamente a che fare con la chirurgia estetica, ossia il chirurgo. A Locarno di chirurghi ricostruttivi ed estetici non ce ne sono molti, ma il Dottor Giacomo Martinoni mi ha gentilmente concesso un'intervista, in cui mi ha raccontato in che cosa concerne il suo lavoro e il rapporto che ha la chirurgia estetica con i canoni estetici odierni.

Per prima cosa vorrei iniziare con chiederle che cosa è per lei la bellezza?

Chiaramente la bellezza è qualcosa di soggettivo, credo però che esista una via di mezzo tra i gusti personali e dei canoni di bellezza che sono riferiti a dei principi validi universalmente. Per me la bellezza è semplicemente qualcosa che mi piace.

Passando ora direttamente al suo ambito lavorativo, quali sono gli interventi di chirurgia estetica che le vengono più richiesti?

Se ci riferiamo alle giovani donne nella fascia dai 18 ai 25 anni, l'intervento più richiesto è quello dell'aumento del seno. Più in generale, soprattutto dopo i 50 anni, il secondo intervento più richiesto è la plastica delle palpebre superiori, dove con l'età c'è un rilassamento della pelle che si produce. Un altro intervento molto frequente nelle donne giovani è la plastica del naso, per correggerlo dal punto di vista estetico. Infatti per molte donne un piccolo difetto del naso risulta essere penalizzante, benché spesso è un'imperfezione che si adatta bene al viso della persona e ritengo che non per forza un naso per essere bello deve essere quello alla francese. L'importante è che sia presente l'armonia nel viso.

Ma quindi un chirurgo estetico tende a dare importanza di più all'armonia nell'insieme, piuttosto che seguire questi canoni di bellezza.

Sì, esatto. Si cerca sempre di fare in modo che se si considera il viso o il corpo in generale, questo abbia un aspetto armonico. Prendiamo, ad esempio, il seno. Abbiamo precedentemente detto che la mastoplastica additiva è l'intervento più richiesto, però non si può dire che ci sia una forma ideale del seno. In generale viene utilizzata la forma del seno più naturale, ossia la forma a goccia: di sopra è leggermente incavato e di sotto ha una curvatura maggiore, però ci sono donne che ritengono più bello il seno rotondo: quello pieno di sopra e di sotto. Anche per questa ragione si sono introdotte nel commercio diverse forme di protesi, la scelta dipende sempre anche dai gusti della paziente.

Che cosa vuol dire affrontare un intervento di chirurgia estetica, quali sono i rischi che si possono incontrare, sia tecnici che pratici?

Dipende dal tipo di intervento che si esegue e dalla persona in sé. Ad esempio le persone con una pelle scura fanno spesso brutte cicatrici, rispetto a una persona di pelle chiara. Evidentemente bisogna considerare che si tratta di un intervento chirurgico, e anche un'operazione di tipo estetico può comportare dei rischi. Fondamentalmente una persona deve essere in buona salute se vuole subire un intervento di chirurgia plastica.

E per quanto riguarda i rischi postoperatori? Possono essere gravi oppure no?

Dipende dal tipo di operazione, un intervento che dà facilmente delle complicazioni, nel senso che il risultato ottenuto non è completamente soddisfacente esteticamente, è la rinoplastica. Se essa è di tipo completo, cioè si rompono le ossa e poi si rimodella il tutto dall'interno, senza lasciare cicatrici. L'imprevedibilità della rinoplastica sta nel fatto si rompono le ossa e, come ogni frattura, esse devono saldarsi. Quindi può darsi che si saldino in una buona posizione o in una peggiore. Se si fa un rimodellamento delle cartilagini ci sono delle cicatrici interne e, come ogni cicatrice, prima di stabilizzarsi ci mettono circa un anno. Durante questo anno le cicatrici lavorano e possono quindi produrre anche delle deformazioni interne, che se sono grosse possono vedersi anche esternamente.

Nelle altre operazioni prevale il problema delle cicatrici, ma per il resto è raro vedere delle grandi difficoltà postoperatorie. Per l'intervento al seno, dove si mettono delle protesi, il problema più grosso che può ricorre con il tempo è la fabbricazione della cicatrice attorno alla

protesi, benché essa sia di silicone e quindi biocompatibile, resta comunque un corpo estraneo. Se una persona ha tendenza a fare cicatrici grosse, anche questa intorno alla protesi può diventare spessa, e di conseguenza stringe la protesi, la indurisce e rende il seno duro e può addirittura sformarlo.

I pazienti che vengono da lei si riferiscono a dei modelli noti dei mass media?

Sì, qualche volta capita. Ma non è la maggioranza. Prevalentemente mi richiedono quello che si ritiene essere un'armonia. Riferendoci ancora all'intervento del seno, nella maggior parte dei casi mi chiedono un piccolo aumento, in proporzione alla loro corporatura. Ci sono poi anche dei casi dove la gente vuole dei seni da maggiorata, ma non sono la maggioranza.

Ma se una ragazza giovane venisse da lei e volesse ricorrere alla chirurgia estetica per rispettare i canoni di bellezza dettati dai mass media, che cosa pensa che le chiederebbe?

Ma devo dirle che non mi è quasi mai capitato, di solito le pazienti vengono con un'idea ben precisa. Al limite, dopo i 50 anni chiedono il mio parere per ringiovanire, ma una giovane donna normalmente non lo fa, il suo modello se lo costruisce già da sola a casa, guardando immagini di giornali, televisione. Da me arrivano dopo, quando sanno già cosa e come vogliono ritoccare.

Quali sono le reazioni dei suoi pazienti dopo gli interventi?

In generale devo dire che per le operazioni sono contente da subito. Anche per il naso, benché appena tolto il gesso sia ancora gonfio. Anche se il cambiamento non è mai così radicale, la persona si ritiene sempre molto cambiata.

Mi è già successo, dopo aver operato una donna con un naso con gibbo, che la paziente mi raccontasse che la sua amica non se n'era neanche accorta di quale cambiamento avesse fatto al viso. Spesso quindi la gente esterna questi cambiamenti non li nota, poiché non sono radicali.

I cambiamenti di un intervento quindi in una realtà come Locarno non sono sconvolgenti, ma esistono paesi in cui lo sono?

Ma in generale in Europa si tende sempre a ritoccare mantenendo un equilibrio, anche tra interno ed esterno del corpo. In America invece no, i difetti sono visti spesso con molta più gravità. Negli USA il culto dell'apparire è molto forte e spesso è causa di una disarmonia nei corpi ritoccati.

Però devo dire che tutto dipende sempre dall'equilibrio che una persona ha internamente, se una persona è equilibrata e sta bene con quello che è, questa persona non si vede difetti, che magari invece altri hanno notato.

Ma a lei è già capitato di doversi rifiutare di operare una persona?

Certamente, prima di tutto se si tratta di un intervento estetico, mai sotto i 18 anni. Poi se mi chiedono qualcosa di irrealizzabile mi rifiuto. Anche perché spesso le persone non si rendono conto di cosa comporta l'intervento. Ad esempio se una donna mi chiede un aumento del seno molto significativo, ciò implica mettere un chilo di protesi per seno e sarà un grande cambiamento per la donna. Spesso infatti la persona si aspetta qualcosa che non le si può dare, la chirurgia estetica arriva fino a un certo punto.

Mi rifiuto di operare anche quando mi chiedono interventi di cui non se ne ha bisogno, ad esempio se mi si chiede di aumentare delle labbra, ma la donna ha già delle labbra carnose, non ha senso intervenire. Anche se mi chiedono una garanzia, è sbagliato intervenire. Agendo su dei corpi vivi infatti non si può sapere con esattezza come sarà il risultato.

5 CONCLUSIONE

L'esigenza di una bellezza costruita.

Le donne occidentali sono attualmente bombardate da pressioni culturali che impongono loro di diventare delle « super donne » : devono avere un corpo perfetto, una carriera perfetta, un matrimonio perfetto e devono anche essere delle perfette madri. I modelli offerti dai mass media, dalla televisione e dalle riviste femminili sono quelli non realistici di donne magre, sexy, bellissime e di successo. È facile comprendere come, assorbendo continuamente tali messaggi, una donna arrivi a pensare di dover possedere tutte queste qualità per potersi considerare « moderna ».

La donna di oggi si trova nello strenuo tentativo di « avere tutto » , ma spesso ha la sensazione di perdere il controllo sulla propria vita e lo ricerca quindi nella dieta e nella forma del proprio corpo, cioè in un ambito in cui riesce ad esercitare il controllo in maniera assoluta e personale.

Per affermarsi la donna è illusa che deve attenersi alle norme estetiche per riuscire ad avere successo, ma molte donne non si rendono conto dei rischi che queste esigenze fisiche comportano. Rovinare la propria salute, perché schiacciate dalla società: ecco che cosa subiscono le donne oggi.

Ma come sopravvivere serenamente, accettando il proprio corpo, in questo mondo rivolto unicamente all'esteriorità ?

La chirurgia estetica non è la bacchetta magica per l'irraggiungibile e sottoporsi a un intervento per correggere o cambiare una parte del proprio corpo, vuol dire subire un intervento non necessario, per far parte di una collettività tutta uguale. Rispettare determinati canoni di bellezza significa essere parte integrante della società dell'immagine e dell'effimero in cui i segni del tempo e dell'individualità sono sacrificati in funzione di modelli omologati e globalizzati.

Questa società definisce una bellezza che assume un significato di potere. Essere belli vuol dire avere successo nella vita e stare bene con sé stessi.

Ma bisogna fare attenzione, perché spesso il concetto di equilibrio, interno ed esterno, con il proprio corpo si confonde con una sindrome d'identificazione con la collettività, ovvero una forma di mimetismo estetico, omologato e socialmente compatibile. L'immagine esteriore deve essere conforme all'identità che la società ci impone. Nella mitizzazione del sistema lavoro/successo, il modello fisico è quindi funzionale e rafforza un messaggio di partecipazione attiva a questi valori da parte della donna emancipata del 21° secolo. La magrezza estrema, sempre più diffusa, definita « dinamica » ed essenziale per integrarsi nella società e per riuscire ad affermarsi, ne è la testimonianza più sconvolgente che trova la sua esasperazione nella diffusione del fenomeno autopunitivo dell'anoressia.

In conclusione vorrei quindi allertare il mondo femminile di quanto sta succedendo e con questo mio lavoro spero di contribuire alla consapevolezza delle donne, affinché aprano gli occhi e realizzino che tutto ciò può essere sbagliato e malsano.

In fondo, essere felici è stare bene con ciò che si è.

« Che cosa desideriamo noi vedendo la bellezza ? Desideriamo di essere belli; crediamo che a ciò vada congiunta molta felicità. Ma questo è un errore. »

Friedrich Nietzsche

6 BIBLIOGRAFIA

- AAVV; *Dizionario enciclopedico della salute e della medicina. Volume 1/4/5/6/9/10*. Mondadori. Milano 2006
- R. DALLE GRAVE; *Alle mie pazienti dico....* Positive Press. Verona 2002
- N. GENTILE – M.CIBIN – D.SACCON – D.SANAVIO; *Patologie dell'alimentazione. Anoressia – Bulimia – Obesità. Guida pratica per il medico*. Piccin. Padova 1998
- A.KUCZYNSKI; *La bella & la bestia. Che cosa si nasconde dietro la promessa della bellezza eterna*. Elliot. Roma 2009
- P. LORENZETTI; *Intelligenza estetica*. Filo. Roma 2009
- N. SCUDERI – C.RUBINO; *Chirurgia Plastica*. Piccin. Padova 2004
- C. SIVIERI TAGLIABUE; *Appena ho 18 anni mi rifaccio. Storie di figli, genitori e plastiche*. Bompiani. Milano 2009
- G.VIGARELLO; *Storia della bellezza*. Donzelli. Roma 2007

6.1 SITI INTERNET

- <http://www.jdm.it>
- <http://www.sicpre.org>
- <http://www.mastoplasticaadditiva.org>
- <http://www.jolie.de>
- <http://www.botoxcosmetic.com>
- <http://www.allergan.com>
- <http://www.laclinique.it>

