

# Obesità: Epidemia del Terzo Millennio.

*A. Svegliati Baroni \**

\* *Primario Emerito Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Azienda Osp. Torrette (AN). Presidente A.D.I. Marche*

Tra le patologie di tipo metabolico che affliggono la nostra società cosiddetta del “benessere”, non vi è dubbio che l’obesità mantiene un ruolo preminente per motivazioni epidemiologiche, sociali, mediche e psicologiche. Si tratta di una patologia che sta raggiungendo, almeno nel mondo occidentale, **livelli epidemici**. Nello stesso tempo però si può affermare che è una delle patologie più difficili da affrontare.

Quali i motivi della scarsa possibilità di frenare questa evoluzione tanto dannosa? Uno è senz’altro che il Nutrizionista che affronta questo problema deve essere prima di tutto un nutrizionista in grado di spaziare dal diabete alla cardiopatia, dall’ipertensione alla insufficienza respiratoria. Inoltre la divulgazione continua di notizie, commenti, e consigli a basso costo, ha fatto sì che la maggior parte dei soggetti in sovrappeso intraprenda, nel tempo, più di un trattamento dietetico, spesso in modo incongruo. Assistiamo in realtà ad un dilagare di comportamenti scorretti, stranamente tollerati dai medici, dagli Ordini professionali e da quanti dovrebbero tutelare la salute pubblica, e negli ambulatori specialistici è sempre più difficile imbattersi in pazienti “vergini” da un punto di vista terapeutico.

Ecco che quando ci hanno invitato a partecipare al Convegno di Recanati, certamente gli argomenti da trattare potevano essere moltissimi, offrendo questo settore ampio spazio e possibilità.

Ma in quel momento, casualmente, avevo sotto mano un lavoro di 3 – 4 anni fa, e quindi nemmeno tanto recente, organizzato e sviluppato con Strata e Coll., volto ad evidenziare i pregiudizi e gli errori nutrizionali nel trattamento dell’obesità essenziale. Mi sono chiesto allora se quei consigli che avevamo diffuso in campo nazionale potevano essere stati in qualche modo recepiti nel tempo.

Purtroppo la risposta è stata decisamente negativa, tanto che oggi si può parlare con certezza di ulteriore diffusione e radicalizzazione di tali pregiudizi derivanti da un tipo di informazione che, lungi dall’essere basata su criteri desunti da strette nozioni scientifiche, è attualmente controllata e soggetta, molto spesso, a pure leggi di mercato.

Ed allora possiamo assistere al fenomeno di una conduttrice televisiva dotata di scarsi studi, senza laurea né specializzazione, che si trasforma, con l’acquiescenza fino a pochi mesi or sono della classe medica e dei veri esperti di Scienza dell’Alimentazione, nel massimo oracolo nazionale sull’argomento. E dai media, e in particolare dalla televisione, continuano ad essere propinati agli sprovveduti consigli e regole che solo nei momenti migliori sono imprecisi, ma spesso sono erronei e pericolosi. A questo dobbiamo aggiungere l’aggressione dei messaggi pubblicitari ossessivi e non controllati adeguatamente. Attraverso questi, la gran parte dei cittadini

è convinta dell'esistenza di oli di semi che fanno bene al cuore, di formaggi definiti magri con percentuali di grassi saturi che superano il 18%, di bevande alcoliche che fanno digerire ed altre simili amenità. E non possiamo infine tacere che tutto questo avviene perché fino a pochi anni or sono la Nutrizione Clinica non era argomento di insegnamento universitario per i medici e che a tutt'oggi molte carenze si registrano nel campo della preparazione dei futuri laureati.

L'evoluzione e la prosperità nei paesi economicamente sviluppati, con l'impetuosa modificazione delle abitudini alimentari ed in seguito, la diminuzione di lavoro a causa della meccanizzazione ed automazione, lo sviluppo dell'industria automobilistica ecc., hanno avuto nel corso degli ultimi anni una grande importanza nell'incidenza del sovrappeso e dell'obesità e questo non solo negli adulti o persone in età avanzata, ma anche nella gioventù, nei bambini, interessando in questi paesi il 50% almeno della popolazione, venendo sempre più ad assumere i connotati di **un problema sociale oltre che medico.**

In totale, in Italia, sono ben 4 milioni gli obesi, i soggetti in sovrappeso 15 milioni (Fig 1)

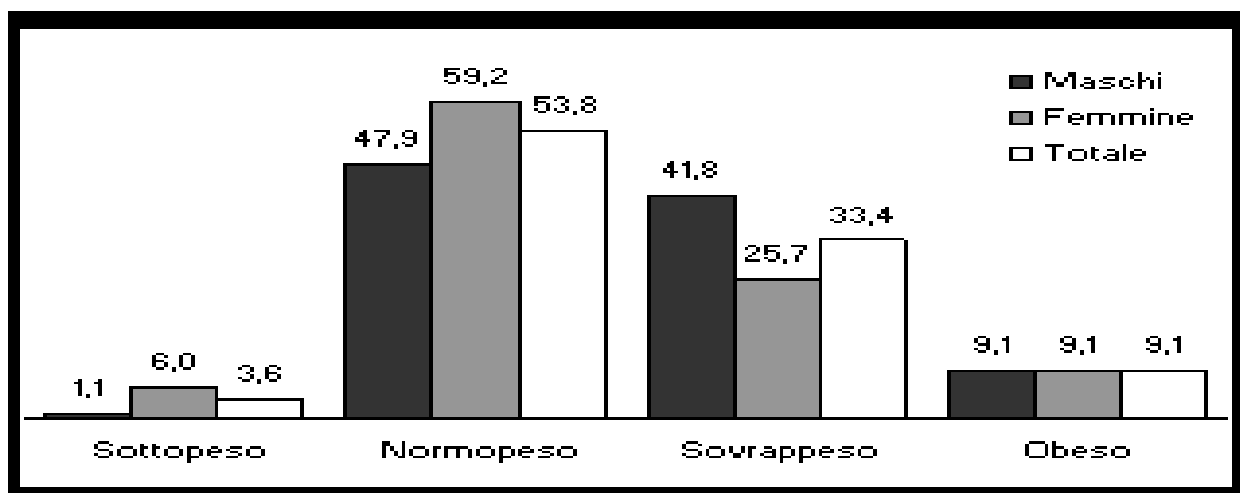


Fig.1 Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea. Dicembre 2002, composizioni percentuali.

Non c'è dubbio che in ogni soggetto obeso la causa dell'aumento dell'adipe è da ricercarsi nell'eccesso di calorie: è stato detto che nella genesi dell'obesità **“sono le calorie che contano!”** e ciò indipendentemente dai molteplici fattori psicogeni, socio-economici., ambientali, familiari o eredo-costituzionali che l'abbiano favorita o determinata. Il principale momento patogenetico dell'obesità è l'iperalimentazione, sia essa assoluta o relativa, correlata quest'ultima da un ridotto dispendio energetico.

E' ormai certo infatti che l'obesità non è direttamente imputabile ad un peculiare disordine ormonale; si è invece concordi nel ritenere che le eventuali alterazioni endocrine dell'obeso siano caratteristicamente secondarie all'eccesso ponderale. Tuttavia, seppur raramente, esistono casi nei quali lo stato di obesità è condizionato, almeno in parte, da una primitiva disendocrinopatia.

L'iperalimentazione è direttamente responsabile dell'ipersecrezione insulinica. L'iperalimentazione e l'iperinsulinismo ad esso secondario conducono ad un progressivo aumento del grasso corporeo. Se l'obesità si configura al momento della crescita è di solito caratterizzata

da "iperplasia" del tessuto adiposo, se invece l'aumento di peso compare in età adulta è perlopiù presente "ipertrofia" adipocitica.(Fig.2)

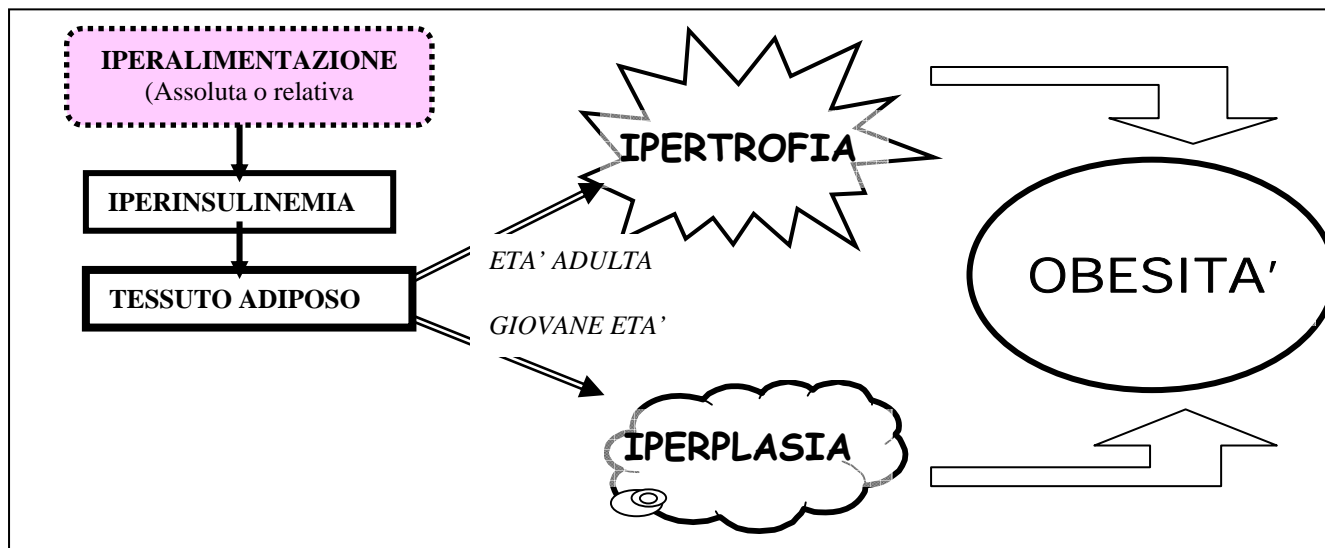


Fig. 2 Patogenesi dell'obesità.

Tenendo conto dei consumi e quantità raccomandate, si può arguire come facilmente possa instaurarsi l'obesità, attualmente in media consumando oltre 1000 calorie in più rispetto alle quantità richieste.(Fig.3)

	CALORIE	PROTIDI		LIPIDI		GLICIDI
		Animali	Vegetali	Animali	Vegetali	
	Kcal	Gr.	Gr.	Gr.	Gr.	Gr.
<b>1956</b>	2250	24,8	45,8	26,1	32,6	383,9
<b>1966</b>	2851	33,6	54,9	37,2	52,1	451,5
<b>1978</b>	3193	49,4	48,8	48,4	65,8	428,1
<b>1992</b>	3300	51,6	46,0	49,4	64,8	430,4
<b>QUANTITÀ MEDIE RACCOMANDATE</b>	<b>2400</b>	<b>70,2</b>		<b>71,2</b>		<b>357,1</b>

Fig 3. Evoluzione dei consumi alimentari medi italiani espressi in principi nutritivi dal 1956 al 1992. (Quantità per giorno e per abitante).

Se l'obesità vuol dire accumulo di grasso, è fuori dubbio che il fine primo di tutti gli interventi terapeutici deve essere quello di ottenere la perdita di questo accumulo e cioè, la normalizzazione del rapporto muscolo-adipe. Qualunque manovra terapeutica che, direttamente o indirettamente, non sia orientata in tal senso, non ha ragione di essere. Ne deriva che il cardine fondamentale per un corretto trattamento dell'eccesso di peso, è ancora oggi l'uso di un regime dietetico ipocalorico **appropriato**, che va misurato sulla base del dispendio energetico del singolo soggetto obeso.

Inoltre la dieta dovrà essere **equilibrata**, per poter essere perpetuata a lungo e, in particolare, **personalizzata**. Molto spesso queste regole non sono seguite. L'obeso è a volte

sottoposto a periodi di digiuno più o meno prolungati, addirittura fino a parecchi mesi, non tenendo conto o sottovalutando i fenomeni metabolici e clinici che questo può provocare.

Si è ormai dimostrata la quasi completa inutilità di un simile drastico trattamento, perché la ripresa di una normale alimentazione, anche ridotta, comporta sempre il rapido guadagno dei chili tanto faticosamente perduti.

E' una pratica quindi che appartiene alla storia della medicina.

Purtroppo la fantasia dei medici e dei nutrizionisti, ma ancor peggio dei profani, si è sbizzarrita nella elaborazione di schemi dietetici che poi vengono abilmente propagandati nei rotocalchi e riviste femminili o di moda.

Si tratta di schemi del tutto empirici, non fondati sul più elementare calcolo del fabbisogno calorico del singolo individuo, inattuabili, non realizzabili nel tempo.

Oltretutto gli obesi non vengono minimamente educati secondo una corretta impostazione nutrizionale, nelle loro abitudini dietetiche, generalmente errate sia in senso qualitativo che quantitativo.

Molto spesso questi errori trovano i loro presupposti anche in errate campagne pubblicitarie, condotte soprattutto per aumentare i consumi, qualunque sia il modo con cui ciò avviene, benché esista un ben preciso codice di lealtà pubblicitaria. (Fig.4).

## **Confederazione Generale Italiana della Pubblicità**

### **CODICE DI LEALTA' PUBBLICITARIA**

#### **Art. 3 PUBBLICITA' INGANNEVOLE**

Deve essere evitata la pubblicità che, in qualsiasi modo, direttamente od implicitamente, possa trarre in inganno il pubblico sul prodotto ovvero sul risultato o sugli effetti promessi.

#### **Art 4. AFFERMAZIONI NON DIMOSTRABILI**

La pubblicità non deve contenere riferimenti tendenti a far credere che il prodotto (od un suo componente), un servizio, un metodo, un trattamento e così via, abbiano qualche speciale qualità, proprietà o efficacia, pregi o riconoscimenti che non sia possibile dimostrare o che siano di valore assoluto.

#### **Art. 5 DIMOSTRAZIONE DELLA VERITA' DEI MESSAGGI**

Chiunque si vale della pubblicità deve essere in grado di dimostrare la veridicità dei dati, delle descrizioni, affermazioni, illustrazioni e la consistenza delle testimonianze usate.

Spesso vengono presentate metodiche dimagranti, le più irrazionali, incredibili, con reclamizzazione di bevande, infusi, tavolette, non affrontando minimamente il problema alimentare, concedendo anzi ampie libertà in questo senso.

Ecco che riteniamo che solo con una vasta campagna di notizie **controllate scientificamente**, con una corretta educazione nutrizionale capillarmente diffusa, **scevro da interessi più o meno commerciali**, si possano ottenere in questo campo quei risultati che fino ad oggi non si sono ancora raggiunti.

## BIBLIOGRAFIA

- Bray G.A.: "The obese patient". W.B. Saunders Pub., Filadelfia, 1996
- Brunch H.: "Patologia del comportamento alimentare". Feltrinelli Ed., Milano, 1987
- Carruba M.O., Mantegazza P.: "Trattamento farmacologico dell'obesità", da *Obesità analisi e terapia*, Ed. Minerva Medica, 1983
- Silverstone T.,: "Farmaci ad azione centrale nella terapia dell'obesità", da *Obesità, Parte III*, SEU, 1980.
- Sjöström L., Smith U., Krotkiewski M., Björntorp P.: "Cellularity in different regions of adipose tissue in young men and women". *Metabolism*, 21, 1143, 1992.
- Sterne J.S., Johnson P.R.: "Size and number of adipocytes and their implications". In: "Advances in modern nutrition", vol.2 parte 1°, pag.303, Hemisphere Pub. Corp., Washington, 2000.
- Strata A., Zuliani V.: "L'obesità essenziale", Giornate Mediche Internazionali di Alimentazione e Dietetica, Saint Vincent, 1978.
- Svegliati Baroni A.: "Obesità e Dislipidemia", Minerva Medica, 1980
- Zuliani V. e Coll.: "L'Ateneo Parmense", 40, 549, 1999.