



OBESITÀ, ALIMENTAZIONE E STILI DI VITA

OBESITÀ: EPIDEMIOLOGIA

Ha ormai raggiunto le dimensioni di una vera epidemia e per i Paesi occidentali rappresenta un nuovo, grave allarme sanitario: è il fenomeno obesità, in drammatico aumento sia nei Paesi industrializzati (Nord America ed Europa) sia in quelli in via di sviluppo (Cina, India, Sud America).

PAG 3

IMPORTANZA DEGLI STILI DI VITA

I cambiamenti dello stile di vita degli ultimi trenta anni hanno contribuito in modo determinante alla diffusione dell'obesità nel mondo. In Italia, in particolare, la progressiva perdita delle tradizioni alimentari di tipo mediterraneo, ricche in prodotti dell'agricoltura tra l'altro con buon potere saziante, e la contemporanea introduzione nella nostra dieta di cibo di rapido consumo ad alta densità energetica

PAG 7

LE NUOVE FRONTIERE DELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Nell'ultimo decennio l'utilizzo di tecniche laparoscopiche e mini-invasive, associato a notevoli vantaggi per il paziente (assenza di cicatrici, degenza breve, riduzione drastica di eventuali ernie ed aderenze postoperatorie) ed ad un ridotto rischio di mortalità, ha determinato una notevole diffusione della chirurgia della obesità.

PAG 9

CHIRURGIA DELL'OBESITÀ UN LAVORO DI SQUADRA

L'obesità è una condizione fisica patologica che genera grandi difficoltà e malessere alla persona che ne è affetta. La genesi è certamente multifattoriale ed il risultato è una condizione di disagio fisico, legato al sovrappeso ed alle patologie associate, e psicologico nel rapporto con sé stessi e con gli altri.

PAG 10



EDITORIALE

L'obesità è stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002: vera e propria epidemia estesa a tutta la Regione Europea. Il problema è relativamente recente e questo spiega la scarsa conoscenza dei fenomeni biologici che sono alla base di questa condizione morbosa. La percezione generale del problema è ancora quella di un problema estetico, mentre la ricerca bio-medica ha evidenziato numerose implicazioni che riguardano da vicino la salute dell'Uomo.

L'organo adiposo si ammala - Innanzi tutto si è scoperto che esiste un vero e proprio organo che si ammala nei soggetti obesi: l'organo adiposo. E' diffuso nell'organismo e risulta composto da due grandi depositi: sottocutaneo e viscerale (prevalentemente addominale). In generale la distribuzione nei due depositi appare diversa: nelle donne tende a prevalere il deposito sottocutaneo (specie nella regione gluteo-femorale), mentre negli uomini il viscerale (specie addominale). Questa diversa distribuzione ha conseguenze rilevanti, in quanto le complicanze metaboliche (diabete) e cardiovascolari (ipertensione, infarto) sono associate prevalentemente all'eccesso di grasso viscerale.

Il grasso addominale è il più pericoloso - Si è recentemente evidenziato come la diversa propensione alla morbigenicità del grasso viscerale sia legata al fatto che le cellule adipose viscerali ingrassate muoiono più facilmente rispetto a quelle del grasso sottocutaneo. La loro morte richiama cellule speciali dal sangue (macrofagi) che infiltrano il grasso e producono uno stato di lieve infiammazione cronica responsabile dei danni metabolici e cardiovascolari associati all'obesità.

I due tipi di grasso - L'organo adiposo è costituito da due tipi di grasso: bianco e bruno. Quest'ultimo si pensava fosse presente solo nei piccoli mammiferi e nei neonati. Dati recenti, invece, suggeriscono che l'uomo adulto abbia significative quantità di grasso bruno metabolicamente attivo. Esso possiede proprietà anti-obesogene perché utilizza i grassi per produrre calore. Abbassare la temperatura del riscaldamento potrebbe essere uno stile di vita virtuoso da affiancare alla corretta alimentazione e all'esercizio fisico, solitamente più propagandati.

La genetica non ci favorisce - Non si dimentichi, infine, che il grasso bianco ha avuto un ruolo determinante nella conservazione della specie umana. Infatti se si immagina che la vita dell'uomo data circa sei milioni di anni, dobbiamo pensare che per 5.999.900 circa il problema fondamentale è stato la ricerca del cibo, e se non avessimo avuto il grasso bianco che accumula energia al pasto per restituirla all'organismo negli intervalli tra un pasto e l'altro, la specie sarebbe estinta da milioni di anni. Naturalmente la positiva selezione genetica ora gioca un ruolo avverso.

Il grasso influenza il comportamento umano - L'uomo è condizionato nei suoi comportamenti dal sistema limbico (parte del cervello), che agisce per il mantenimento dell'omeostasi corporea. Ciò ci induce ad assumere comportamenti atti alla sopravvivenza della specie. Il sistema limbico risponde a stimoli interni ed esterni all'organismo più o meno potenti nell'indurli. Uno degli stimoli più potenti è rappresentato da un ormone prodotto dalle cellule del grasso bianco: la leptina. Essa agendo sul sistema limbico, informa il cervello sullo stato di riserve energetiche dell'organismo e la sua assenza induce una spinta istintuale per la ricerca del cibo. Dunque il grasso è in grado di influenzare uno dei comportamenti istintuali più forti e questo la dice lunga sugli errori di semplificazione che si sentono quotidianamente: l'assunzione di cibo non è una semplice scelta della nostra volontà.

La genetica ha un'importanza notevole, sarebbero implicati circa 200 geni e secondo recenti studi molti di essi sarebbero coinvolti nella maggior parte dei casi. Il 4-5% di tutti gli obesi essenziali avrebbero un difetto di ricezione del segnale della sazietà (cioè uno dei circa duecento geni implicati).

Da tutto ciò risulta evidente la complessità della materia e la assoluta necessità di implementare la ricerca bio-medica in questo delicato e diffuso problema socio-sanitario.

Prof. Saverio Cinti, Professore di Anatomia, Facoltà di Medicina, Università Politecnica delle Marche
Presidente Società Italiana dell'Obesità



QUESTO SUPPLEMENTO È STATO REALIZZATO DA MEDIAPLANET. IL SOLE 24 ORE NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO.

SOMMARIO

Obesità: problema sanitario, educativo e sociale **3**

Obesità: epidemiologia **3**

L'epidemia dell'obesità e delle sue complicanze **3**

Associazione Italiana Obesità: al servizio delle persone obese **4**

La chirurgia mininvasiva per la cura dell'obesità **6**

Obesità e bellezza **6**

Importanza degli stili di vita: alimentazione e attività fisica **7**

Perdere peso con la terapia cognitivo comportamentale: dati della ricerca italiana **9**

L'EXPO 2015 e le problematiche nutrizionali **11**

MEDIA PLANET

Mediaplanet with reach and focus
www.mediaplanet.com

Mediaplanet è una casa editrice leader in Europa per la pubblicazione di supplementi tematici allegati a quotidiani e portali online di economia, politica e finanza. Per ulteriori informazioni: Mattias Rentner Country Manager, +39 02 36269436 mattias.rentner@mediaplanet.com

OBESITÀ - UNA PUBBLICAZIONE DI MEDIAPLANET

Project Manager: Giulia Navarra, Mediaplanet 02-36269429

Production Manager: Gianluca Cò, Mediaplanet 02-36269441

Produzione/Layout: Daniela Borraccino, Mediaplanet daniela.borraccino@mediaplanet.com

Testi: Henry Borzi

Distribuzione: Il Sole 24 Ore

Foto: istockphoto.com

Obesità: problema sanitario, educativo e sociale

Sottosegretario Martini sottolinea l'importanza di un approccio intersettoriale. Fondamentali corretta alimentazione ed attività fisica



On.le Francesca Martini

Sottosegretario di Stato del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con delega alla Salute

Onorevole Martini, anche nel nostro Paese esiste un'emergenza obesità?

Assolutamente sì. Gli ultimi dati Istat evidenziano che quasi un italiano su due è in sovrappeso o obeso. E per quanto riguarda i bambini la situazione non è meno inquietante. Più di un bambino su tre, da una nostra indagine, risulta infatti obeso o in sovrappeso. In Italia su ogni 100 bambini della terza classe elementare, 24 sono in sovrappeso e 12 obesi. Complessivamente si stimano in 1.115.000 i bambini tra i 6 e gli 11 anni con problemi di obesità e sovrappeso.

Sono dati allarmanti che mostrano come il problema obesità sia non solo un problema sanitario, ma anche educativo e sociale. Occorre quindi un approccio intersettoriale che, a partire dalla tutela della salute futura, coinvolga tutti gli attori, in primis la famiglia, poi la scuola, le istituzioni fino alle aziende produttrici. Insomma bisogna cominciare a pensare e trattare l'obesità e il sovrappeso come una patologia che produce malattie invalidanti nell'età adulta.

E' auspicabile quindi una maggiore attenzione all'alimentazione anche nelle mense scolastiche?

Occorre soprattutto controllare che nell'alimentazione quotidiana dei bambini a scuola siano presenti sani prodotti del territorio e, in particolare, frutta e verdura. Bisogna rivedere la piramide alimentare. Mangiamo infatti troppi carboidrati in forma di pasta e pane a scapito di frutta e verdura. Occorre riscoprire un modo di nutrirsi sano, legato al territorio e alla tradizione, una scoperta che i bambini possono fare anche fra i banchi. Credo che l'educazione alimentare debba diventare materia di insegnamento scolastico a tutte le età. Solo così si potranno difendere i piccoli italiani dall'epidemia dei chili di troppo.

Oltre attraverso una corretta alimentazione in che altro modo si può contrastare l'obesità?

Ritengo sia fondamentale anche rivalutare l'attività fisica oggi carente nella scuola italiana, non solo nella primaria ma anche nella secondaria. L'attività fisica, infatti, come emerge dagli ultimi studi scientifici, oggi più che mai si è rivelata alla stregua di un farmaco per la salute. E' importante quindi anche la collaborazione delle associazioni sportive e della scuola stessa, affinché lo sport ritorni ad essere protagonista e le palestre restino aperte più a lungo nel corso della giornata. Lo sport, inoltre, è importante perché non è solo alleato del benessere ma insegna anche la disciplina,

aiuta i ragazzi, specie se adolescenti, a tenersi lontani da cattive abitudini che diventano stili di vita pericolosi. Purtroppo solo un bambino su dieci fa attività fisica in modo adeguato. Ed invece è proprio l'attività fisica, anche attraverso il gioco all'aperto, che è determinante per mantenere e migliorare la salute del bambino. Nel favorire l'obesità, oltre alla carenza di attività fisica, non meno significativa è la scarsa consapevolezza che i genitori hanno del problema. Tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, infatti, ben quattro su dieci ritengono che il proprio figlio non abbia un peso eccessivo rispetto alla propria altezza. Molti genitori, poi, sembrano sottovalutare la quantità di cibo assunta dai propri figli. Ovviamente questi atteggiamenti delle famiglie costituiscono una criticità importante. Occorre quindi promuovere lo sviluppo di una corretta educazione alimentare e di comportamento e stili di vita sani proprio a partire dalla famiglia e dalla scuola.

L'obesità è un problema solo italiano o un'emergenza globale?

Un'emergenza globale: le stime dell'OMS indicano che nel mondo un miliardo di persone sono in sovrappeso. In Europa "l'epidemia" colpisce dal 30 all'80 per cento della popolazione, a seconda del paese. In assenza di interventi efficaci, l'OMS prevede che in Europa l'obesità colpirà entro il 2010 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini.

Obesità: epidemiologia

Ha ormai raggiunto le dimensioni di una vera epidemia e per i Paesi occidentali rappresenta un nuovo, grave allarme sanitario: è il fenomeno obesità, in drammatico aumento sia nei Paesi industrializzati (Nord America ed Europa) sia in quelli in via di sviluppo (Cina, India, Sud America). Le stime più recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità descrivono una situazione allarmante: nel mondo circa un miliardo di persone sono in sovrappeso e circa 300 milioni sono obese. In Europa le stime parlano di circa 400 milioni di soggetti in sovrappeso e di circa 130 milioni di obesi. A partire dagli anni Ottanta, la prevalenza dell'obesità è triplicata in diversi Paesi europei e continua drammaticamente ad aumentare. La tendenza risulta allarmante soprattutto tra bambini ed adolescenti: attualmente la prevalenza di obesità infantile è dieci volte più alta di quella osservata negli anni Settanta. Si stima che nel mondo circa 22 milioni di ragazzi di età inferiore a 15 anni siano obe-



si, con un trend in continuo aumento. In Europa risulta in sovrappeso circa il 20% dei bambini arrivando ad interessare un bambino su tre se consideriamo la fascia di età compresa tra 6 e 9 anni: di questi, un terzo risulta obeso. La percentuale di persone obese aumenta con l'aumentare dell'età, raggiungendo un valore massimo tra i 55 ed i 75 anni. E' allarme anche in Italia: gli obesi (i soggetti con BMI > 30 kg/m²) secondo l'Istat sono circa 4.7 milioni. Il problema obesità si concentra prevalentemente al Sud e tra le fasce di popolazione con basso status socioeconomico e bassi livelli di istruzione. Nel nostro Paese non esiste un sistema di sorveglianza su obesità e sovrappeso; i risultati epidemiologici riportati dall'Istat si basano su dati riferiti dagli stessi pazienti. Il Progetto Cuore, che al contrario dell'Istat riporta dati misurati, descrive una situazione ancora più allarmante. Infatti analizzando un campione di circa 10.000 italiani tra il 1998 ed il 2002 sono risultati in sovrappeso circa il 50% degli uomini (di cui il 18% è obeso) ed il 34% delle donne (obese il 22%). L'epidemia obesità, aumentando significativamente il rischio di rilevanti malattie croniche quali diabete mellito e patologie cardiovascolari, costituisce dopo il fumo il più importante fattore di rischio modificabile per la nostra salute con importanti conseguenze in termini di aspettativa di vita e di costi

sanitari. Secondo il rapporto sulla salute europea del 2005, l'obesità è responsabile del decesso di 57.000 persone ogni anno (pari al 10% delle morti complessive). L'obesità costituisce un "paradosso alimentare": mentre nelle nazioni più povere si combatte la denutrizione, nei paesi ad elevato tenore economico o in via di sviluppo è presente un'alimentazione qualitativamente e quantitativamente sbagliata che favorisce l'accumulo di tessuto adiposo. Il trasferimento delle abitudini alimentari occidentali dai paesi ricchi a quelli poveri determina un aumento della prevalenza dell'obesità in questi ultimi ma con un'importante differenza: mentre nei paesi in via di sviluppo le classi a rischio di obesità sono quelle economicamente privilegiate, in cui ricchezza e prestigio si traducono in maggiori disponibilità alimentari, nei paesi ricchi e con diffusa abbondanza di cibo le classi sociali più esposte sono quelle a ridotto tenore economico e culturale, meno consapevoli delle problematiche derivanti dall'obesità.

Prof. Carlo Maria Rotella
Professore Ordinario di Endocrinologia,
Università degli Studi di Firenze
Past President Società Italiana dell'Obesità

L'epidemia dell'obesità e delle sue complicanze: è venuto il tempo di agire

I nuovi casi di diabete tipo 2 sono quasi raddoppiati negli Stati Uniti negli ultimi dieci anni, di pari passo con l'aumento del tasso di obesità, la causa più importante di diabete tipo 2. Questo fenomeno, pur su scala ridotta, è presente anche in Italia. E' assolutamente chiaro pertanto che dominare l'epidemia di obesità è la chiave per ridurre la crescita del diabete tipo 2. Un aspetto inquietante è che negli Stati Uniti come in Europa obesità e povertà sono fortemente associati. Ciò non stupisce, poiché la qualità e il costo del cibo spesso sono inversamente proporzionali. In un periodo in cui la crisi economica riverserà i suoi effetti sulle fasce più povere è possibile immaginare un'ulteriore accelerazione di quest'epidemia. Ciò avrebbe ricadute impressionanti in termini di costi per la gestione della salute. È oggi più che mai urgente, quindi, riconoscere l'obesità come malattia che conduce non solo al diabete tipo 2, ma anche a molte altre complicanze metaboliche e cardiovascolari e proporre dei nuovi percorsi clinici e di organizzazione socio-sanitaria in termini di cura, ma soprattutto di prevenzione e contenimento di questa grave e crescente epidemia. Sebbene il rischio per la salute dell'obesità sia un dato consolidato, gli obesi non hanno tutti lo stesso rischio di sviluppare diabete tipo 2 e ciò riflette l'eterogeneità di questa condizione patologica. La distribuzione dell'eccesso di adipe gioca un ruolo rilevante nel condizionare l'evoluzione delle compli-

canze metaboliche e cardiovascolari dell'obesità. È chiaro dai risultati di numerosi studi epidemiologici che l'obesità addominale, l'accumulo viscerale del tessuto adiposo, si associa a insulino-resistenza, iperinsulinemia, ipertrigliceridemia, riduzione dei livelli di colesterolo HDL e aumento del colesterolo LDL. L'insulino-resistenza è caratterizzata dall'incapacità dell'insulina di agire a livello dei tessuti promuovendo un efficace utilizzo del glucosio e precludendo allo sviluppo di IGT (alterata tolleranza al glucosio) e di diabete tipo 2. L'insulino-resistenza è perciò considerata come uno stato di prediabete. L'obesità, pertanto, si associa a insulino-resistenza, la quale rappresenta il primum movens della progressione a diabete tipo 2 e alle sue complicanze cardiovascolari. Quest'ultime, però, non sono solo dovute alle già citate alterazioni connesse all'espansione dell'adiposità intra-addominale, ma anche allo sviluppo di ipertensione arteriosa, all'iperproduzione di fattori coinvolti nel processo trombotico e allo sviluppo di uno stato flogistico cronico di basso grado. L'obesità non è solo temibile per le sue complicanze metaboliche e cardiovascolari, ma per molte altre comorbilità coinvolgenti l'apparato scheletrico e articolare o quello respiratorio, come è il caso della sindrome delle apnee ostruttive notturne: il russio di una persona obesa, in particolare se intervallato da apnee, può alle volte tradire un problema molto più importante di una

semplice molestia per il sonno altrui.

Infine, spesso dimenticata è un'associazione assai preoccupante tra obesità e tumori che

al momento non ha supporti conoscitivi scientifici causali adeguati, ma che è stata ulteriormente sottolineata da un recente rapporto dell'American Institute for Cancer Research e dal World Cancer Research Fund. Penso, in conclusione, sia giunto il tempo in cui la conoscenza debba tradursi in azione. Non è più plausibile che siano considerate malattie con dignità di trattamento specifico, sostenuto dal Sistema sanitario nazionale, solo le complicanze di una condizione patologica come l'obesità, che se prevenuta o trattata adeguatamente avrebbe importanti e positivi risvolti per la salute individuale e pubblica.



Prof Roberto Vettor

Clinica Medica 3, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche,
Università di Padova
Presidente eletto della Società Italiana dell'Obesità

AIIPA: cereali per la prima colazione, una sana abitudine alimentare

Sull'importanza di un'alimentazione variata ed equilibrata e sulla necessità di associarla a una sana attività fisica esiste consenso unanime. Come anche esiste accordo sul ruolo che il mondo scientifico, le istituzioni e l'industria possono giocare nel promuovere nuovi modelli di stile di vita, in linea con il bisogno di arrestare la vera e propria epidemia di sovrappeso e obesità che interessa un numero sempre maggiore di persone, anche nel nostro Paese. In Italia, le aziende del settore "Cereali pronti per la prima colazione" che aderiscono ad AIIPA (Associazione Italiana Industrie Prodotti alimentari), si sono da tempo impegnate a collaborare con il mondo scientifico per fornire un contributo alla strategia di lotta all'obesità e alle malattie ad essa correlate, con particolare attenzione al mondo infantile.

Al centro di questa azione il tema della "prima colazione". Il favorire l'abitudine a consumare regolarmente il primo pasto della giornata si associa ad un migliore stato di salute e di benessere a tutte le età: lo dimostra un numero crescente di evidenze scientifiche, raccolte in differenti Paesi del mondo e nell'ambito di stili alimentari molto differenti tra loro. Educare i cittadini e le famiglie sui benefici dei cereali pronti per la prima colazione nell'ambito di una dieta equilibrata e informare sul loro ruolo quale utile strumento per promuovere stili di vita salutari, nei quali anche il movimento fisico abbia un ruolo di primo piano, è una delle missioni di questo comparto di AIIPA.

A supporto dell'impegno in questa direzione, l'Associazione ha negli ultimi anni sviluppato molteplici iniziative tra cui:

- l'organizzazione di un simposio scientifico sui benefici della prima colazione e il ruolo dei cereali pronti, in occasione del congresso della Società Italiana dell'Obesità (SIO) 2006;
- l'elaborazione di un "Vademecum sulla prima colazione" destinato ai consumatori, realizzato dal Comitato scientifico di AIIPA - Divisione cereali pronti per la prima colazione (2006);
- la promozione di un Documento di consenso scientifico sul ruolo della prima colazione e dei cereali pronti in una corretta alimentazione, a cura di 10 Società scienti-

fiche nazionali, attualmente in via di definizione.

I messaggi che vengono veicolati da AIIPA e dalle aziende associate sono soprattutto i seguenti:

- "fare prima colazione": chi consuma regolarmente e in modo adeguato la prima colazione ha un più basso indice di massa corporea e un miglior bilancio nutrizionale, oltre ad essere meno soggetto ad obesità e ad avere migliori capacità cognitive e di apprendimento, e migliori prestazioni fisiche;
- "fare una prima colazione completa", a base di fonti di carboidrati complessi, come ad esempio i cereali pronti, latte/yogurt e frutta, che fornisca quindi tutti i nutrienti necessari per affrontare la giornata;
- "fare la prima colazione con i cereali pronti", che costituiscono un valido contributo, pratico e apprezzato anche dai bambini, per favorire un'alimentazione quotidiana bilanciata. I cereali pronti sono disponibili in un'ampia varietà di gusti e ingredienti, così da rendere la prima colazione variata e meno monotona, favoriscono l'assunzione di vitamine, fibre e minerali e aiutano i bambini a consumare latte, e quindi calcio, importante per ossa e denti. Rappresentano quindi un elemento nutrizionale importante nel contesto di una dieta equilibrata.

Infine è importante ricordare che sul piano dell'informazione e dell'educazione del consumatore, le aziende associate ad AIIPA assicurano la trasparenza e la corretta informazione sui propri prodotti, indicando sulle confezioni l'etichettatura nutrizionale ad 8 elementi per 100 grammi di prodotto e per porzione, comprendendo anche il latte. Alcune aziende associate, inoltre, hanno introdotto nuove informazioni nutrizionali volontarie per porzione sui pacchi dei propri prodotti. Forniscono in modo immediato la percentuale che una porzione di prodotto fornisce in termini di energia/nutrienti rispetto alle quantità giornaliere raccomandate (GDA).



Associazione Italiana Obesità (AIO-ONLUS) al servizio delle persone obese

Intervista al Presidente, Dr. Marcello Lucchese

Dr. Lucchese perché un'associazione al servizio delle persone obese?

Quando, ormai molti anni fa, ho iniziato da chirurgo ad occuparmi del problema obesità mi sono trovato a contatto con una realtà non immaginabile. Ho dovuto imparare a considerare i problemi in un'ottica diversa, capire le difficoltà oggettive e soggettive in cui vivono queste persone ed affrontare problematiche non soltanto mediche ma anche umane, psicologiche e sociali. E' socialmente diffusa, medici compresi, l'immagine che le persone obese siano poche e che in fondo non siano altro che golosi che mangiano troppo! E' proprio a causa di questo tipo di considerazioni, che insieme ad amici e Colleghi, diversi anni fa nel 1997 abbiamo sentito la necessità di costituire l'AIO-ONLUS, un'Associazione di



volontariato finalizzata ad informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema obesità. L'AIO-ONLUS si configura come un movimento culturale proponendosi di fornire un reale supporto agli associati per favorirne l'integrazione sociale ed indirizzarli ai centri di terapia qualificati più vicini alla sede di residenza senza cadere in mani poco sicure di chi promette miracoli per scopi di lucro. Infatti pochi sono a conoscenza delle difficoltà che incontrano queste persone ad essere accettate dagli altri e pochi sanno che l'obesità, nelle forme avanzate, diventa una malattia cronica grave molto difficile da curare

che rende spesso questi soggetti veri e propri invalidi fino a rischiare di morire precocemente.

Quali sono le terapie consigliate dall'AIO-ONLUS?

Allo stato attuale purtroppo non esistono terapie che possano portare un risultato definitivo, se non dopo un lungo e difficile approccio comportamentale modificando radicalmente lo stile di vita del paziente. L'unica valida soluzione che fino ad ora ha dato i migliori risultati è senza dubbio l'intervento chirurgico per le forme più avanzate che nella gran parte dei casi restituisce il paziente alla vita normale.

Perché iscriversi all'A.I.O.-ONLUS?

Perché a mio parere non abbiamo altro mezzo in una società come la nostra dove pochi, se non gli addetti ai lavori, si occu-

pano di questa malattia, che riguarda invece milioni di persone in tutto il mondo occidentale, per prendere coscienza del problema e far parlare di esso. Purtroppo solo da pochi anni se ne parla sempre di più ed è soltanto con l'unione di tutti coloro che vivono il problema e degli esperti che potremo costruire qualcosa di importante.

É per questo che abbiamo da tempo un numero verde (800114077) a disposizione di tutti per facilitare i contatti e un sito web per gli associati:

www.associazioneitalianaobesita.it



Dietologia Progeo:

L'High Tech della nutrizione umana a Centobuchi di Montepreandone



La Progeo dal 1992 sviluppa software per l'elaborazione di piani alimentari altamente personalizzati basati sui principi fondamentali della **Dieta Mediterranea**. I suoi utenti sono principalmente università, ospedali, cliniche, centri specialistici per il dimagrimento, squadre di calcio di serie A, centri medici che seguono l'automobilismo, il ciclismo, lo sport da immersione, lo sci, il body building e quindi medici, biologi, nutrizionisti, medici dello sport. Gli attuali risultati sono il frutto di intensi studi e ricerche sulle varie realtà etniche, sullo stile di vita delle grosse metropoli occidentali nonché sul continuo collegamento con le università e i maggiori centri di ricerca europei e americani.

Ci si rende subito conto che per portare avanti un progetto del genere ci vogliono professionalità, tenacia, passione ed una conoscenza nel settore della nutrizione di altissimo livello.

- Scopo primario della Progeo è quello di realizzare prodotti di qualità in grado di soddisfare appieno le esigenze di ogni singolo nutrizionista
- offrire agli utenti una assistenza costante per mezzo di un personale altamente professionale.

Viviamo in una realtà multi-etnica e per questo motivo i software della Progeo possono elaborare e stampare piani alimentari sia in lingua italiana che in lingua inglese, inoltre nei vasti data base ci sono sia alimenti tipici della dieta mediterranea, sia alimenti tipici continentali che del mondo orientale. Il team è composto da medici, biologi ricercatori, ingegneri elettronici e informatici e personale di diversa nazionalità che copre mansioni di

marketing, ma le due figure principali della Progeo sono:

- **Maurizio Marozzi**, www.mauriziomarozzi.it
Medico nutrizionista di grande esperienza, è il responsabile del reparto ricerca della Progeo e assicura, assieme ai suoi collaboratori un costante sviluppo scientifico.
E' inoltre consulente scientifico per lo sviluppo e l'innovazione tecnologia della Casa di Cura Villa Anna di San Benedetto del Tronto una delle maggiori cliniche private delle Marche.



- **Marialuce Rocchi**, marialuceroocchi@progeo.it
Amministratore Unico. Lavora nel settore del amministrativo da circa 25 anni e si occupa da 15 dello sviluppo marketing della PROGEO. Si impegna costantemente e con grande entusiasmo perché la Progeo diventi una tra le aziende leader non solo in Italia ma anche all'estero.



Progeo Srl
Ricerca e Tecnologia per la
Nutrizione
I nostri siti:
www.progeo.it
www.mediterraneananddiets.net
www.nutrizione.com

L.go XXIV Maggio 14
63033 Centobuchi di Montepreandone
(AP) ITALIA
TEL. +39 (0)735/704786
FAX +39 (0)735/705285
e-mail : progeo@progeo.it

“L’educazione comincia a tavola: “Prima la colazione! 10 minuti mangiando sano”. Un anno di iniziative Kellogg’s



Kellogg's, leader italiana nella produzione dei cereali pronti per la prima colazione, ha una mission nel suo dna, dettata oltre cento anni fa dal suo fondatore, Will Keith Kellogg, ovvero “un’azienda impegnata a realizzare prodotti di qualità per un mondo più sano”. Kellogg's continua ancora oggi a svolgere un ruolo attivo nella promozione di una sana alimentazione attraverso la costante educazione alla nutrizione, a programmi dedicati alla comunità, a un’ampia scelta di prodotti e a partnership finalizzate a sostenere l’importanza di una dieta bilanciata unita a una costante attività fisica. Proprio per questo motivo, in linea con le indicazioni che il Ministero della Salute ha rilasciato, Kellogg's ha ideato e sviluppato la campagna di educazione “Prima la Colazione! 10 minuti mangiando sano”, strutturata su una doppia anima: sociale, per valorizzare gli aspetti relazionali legati al momento della colazione, e nutrizionale, tramite un solido avallo scientifico. In termini relazionali, la prima colazione è uno dei pasti fondamentali della giornata e rappresenta il primo momento di educazione alimentare da parte dei genitori verso i figli. Bisogna dedicare estrema cura alla prima colazione: il tempo ideale sarebbe di mezz’ora, ma sono comunque sufficienti 10 minuti per avere il giusto carburante per iniziare la giornata. Questo tempo investito non è perso, ma anzi è un momento indispensabile per la famiglia per stare insieme, facendo provvista di affetti utili ad affrontare e vivere bene tutta la giornata. In termini scientifici, la co-

lazione deve apportare tutti i macro e micro nutrienti necessari a fornire l’energia essenziale per affrontare gli impegni quotidiani senza cali di attenzione o attacchi di fame improvvisi, sia a scuola che sul lavoro. Dedicare tempo alla prima colazione significa infatti permettere un’assimilazione più lenta ed efficace di tutti i nutrienti (carboidrati, calcio, ferro, vitamine...). I cereali Kellogg's sono infatti ricchi di carboidrati, la primaria fonte di energia, e poveri di grassi, per non appesantire la digestione e cominciare così la giornata con la giusta carica. Inoltre, evidenze scientifiche dimostrano che chi fa colazione con i cereali pronti ha un miglioramento in termini di peso e di parametri metabolici. Per sostenere la propria campagna, Kellogg's ha pensato di coinvolgere una società scientifica, SIO – Società Italiana Obesità – che ha aderito con entusiasmo all’iniziativa “Prima la colazione! 10 minuti mangiando sano”.

Tramite una ricerca effettuata su un campione rappresentativo abitanti della Penisola, realizzata con il supporto dell’istituto di ricerca Eurisko, Kellogg's ha indagato non solo gli aspetti quantitativi della colazione, ma anche quelli qualitativi, analizzando i comportamenti degli italiani durante la colazione e il loro modo di percepire il tempo trascorso la mattina con la propria famiglia. Kellogg's ha, inoltre, realizzato una guida informativa dedicata ai genitori e ai bambini: un modo divertente per insegnare a grandi e piccoli a far colazione e a rendere questi momenti davvero di socialità fa-

miliare. L’educazione alla colazione è un momento di grande valore per Kellogg's, e come tale va spiegato, raccontato, fatto vivere. Per questo motivo Kellogg's ha scelto di portare il progetto “Prima la Colazione! 10 minuti mangiando sano” sul territorio italiano, nei principali Musei dei bambini: Roma, Milano, Napoli e Torino hanno potuto far vivere un’incredibile avventura ai loro piccoli visitatori e ai loro accompagnatori. Tra notti passate al museo e visite guidate all’interno delle molecole, tra un torneo di scherma all’aperto e una visita tutta da vivere, i bambini hanno sperimentato la corretta colazione insieme ai loro genitori, per rifornirsi del carburante giusto per affrontare giochi e attività fisiche. E d’estate? Tutti sulle spiagge della Toscana per un tour all’insegna del sole e della compagnia di animatori pronti a rendere ancora più divertente la prima colazione! Ogni iniziativa si è svolta sempre alla presenza di esperti scientifici che hanno supportato i genitori, rispondendo alle loro domande e chiarendo i loro dubbi su questa delicata e importante tematica. Parallelamente, Kellogg's ha portato avanti l’informazione nutrizionale e scientifica spingendo sull’acceleratore dei congressi medici: i partecipanti ai principali eventi di formazione sul territorio nazionale, quali SIO a Firenze, MilanoPediatría a Milano, Alimentazione e Salute a Roma, hanno potuto ascoltare direttamente dalle parole di Emeriti Professori l’impegno di Kellogg's nell’ambito della diffusione della cultura della corretta colazione.

Le 5 regole per una colazione furba (per mamma, papà e bambini):

Abituare i bambini a dare il giusto valore e il giusto tempo alla prima colazione è compito dei genitori, ma in questo possono trovare un valido strumento nelle semplici regole consigliate dagli esperti SIO e dai nutrizionisti Kellogg's:

1. Non fare domani... Per guadagnare tempo, meglio portarsi avanti prima di andare a dormire; fate assieme l’elenco delle cose da preparare: lo zaino con i libri e i quaderni, i vestiti da mettere, la borsa della palestra...
2. Qual è il programma? A colazione, tra latte e cereali, si può fare insieme il punto di tutti gli appuntamenti della giornata.
3. La notte porta serenità. Approfittare della colazione per confrontarsi e risolvere le questioni della sera prima. Rimandare una discussione aiuta a prendere distanza dal problema e ad affrontarlo costruttivamente con i propri figli.
4. Godiamocela con calma. È il momento giusto per insegnare ai bambini il piacere di assaporare e sgranocchiare bene quello che stanno mangiando. Questo migliorerà la masticazione, la digestione e l’assorbimento dei nutrienti.
5. La noia non abita qui. Provare composizioni diverse della colazione e giocare con il cibo: così il tempo della colazione diventa un piacere, non un obbligo!

La resistenza all’obesità

Il moderno stile di vita, tipico dei paesi tecnologicamente più avanzati, ma oramai diffuso anche nei paesi in via di sviluppo, favorisce lo sviluppo dell’obesità: indiscutibile crescita economica, grande disponibilità di alimenti, specie di cibi già preparati ad elevato contenuto di grassi e molto appetibili, vasta possibilità di scelta, innovazioni tecnologiche che portano alla sedentarietà. Ciononostante, moltissimi sono gli individui che mantengono un peso normale. Se circa metà della popolazione di molti paesi, sviluppati o in via di sviluppo, è in eccesso di peso, questo significa che vi è un altro 50% di soggetti che, nelle stesse condizioni ambientali, mantengono un peso normale.

Allora, la domanda da porsi è la seguente: quali sono le caratteristiche di questa metà della popolazione che riesce a mantenere il peso corporeo normale, pur in condizioni ambientali così avverse e verosimilmente con un carico genetico non profondamente dissimile da quello dei soggetti obesi? Si tratta di differente patrimonio genetico o si tratta di abitudini di vita significativamente diverse? O che altro? La ricerca di una spiegazione è grande interesse speculativo e pratico.

Di fronte a queste domande, si è ancora disarmati. Si deve ricorrere al concetto di “costituzionale” per cercare di spiegare un fenomeno molto complesso che ha sicure radici nella genetica. Un aspetto che merita attenzione è il concetto di stabilità: si è osservato che nessun ragazzo significativamente magro è poi divenuto obeso durante lunghi periodi d’osservazione. Questi dati sembrano suggerire che vi possono essere geni che conferiscono “resistenza” allo sviluppo dell’obesità, nonostante la sfida ambientale.

La magrezza sembra consistere in un trait stabile ed ereditabile quanto l’obesità.

Una volta raggiunta la certezza che esiste una componente genetica per la resistenza all’obesità, è importante capire se esistono indicatori di mantenimento del peso, cioè persone che hanno mantenuto con successo

il peso stabile per un lungo periodo di tempo, particolarmente all’interno di gruppi di popolazioni, identificate a rischio elevato. Uno dei pochissimi indicatori significativi, emersi in alcuni studi, è rappresentato dall’attività fisica.

I soggetti cosiddetti “resistenti” non sono mai sedentari e non consumano cibi *fast food*. Il concetto di consumi di cibi *fast food*, definito come numero di pasti a settimana mangiati in ristoranti o “*fast food*” ritorna particolarmente in molti studi.

Sulla base del concetto che la sedentarietà è fattore più importante dell’attività fisica nel condizionare la resistenza all’obesità, si è potuto dimostrare l’esistenza di una attività “termogenetica”, cioè capace di disperdere energia, non legata all’esercizio fisico nella resistenza al guadagno di peso nei soggetti umani. Per attività non legate all’esercizio fisico si intendono quelle attività della vita quotidiana non correlate ad esercizi sportivi o di *fitness* ed includono il tempo in cui si è seduti, in cui



Prof. Ottavio Bosello

Ordinario di Geriatria e Gerontologia
Center for the Study of Clinical Nutrition and Obesity
Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche
Università di Verona

si sta in piedi, in cui si cammina e, in particolare, il così detto “*fidgiting*” o irrequietezza, gesticolazione.

Si è sorprendentemente scoperto che due terzi dell’aumento della spesa energetica osservata durante periodi di iperalimentazione forzata sono attribuibili all’aumento del “*fidgiting*”, al mantenimento della postura e ad altre attività della vita quotidiana, che gli studiosi chiamano attività termogenetica indipendente dall’esercizio fisico. Le modifiche in questa particolare attività termogenetica, che è legata al dispendio energetico ma non al lavoro fisico, è responsabile della maggior parte della variabilità nella resistenza all’aumento di peso.

Si è osservato che i movimenti ad intensità fisica molto bassa, di tipo “*fidgiting*”, sono associati con aumento della capacità di dispendio energetico. Queste osservazioni aiutano a spiegare come mai alcuni individui sono capaci di spendere fino a 800 calorie al giorno in attività spontanee, pur senza svolgere significativa attività fisica. Infine, la significativa capacità termogenetica dell’attività di “*fidgiting*” può contribuire a spiegare i meccanismi attraverso i quali si può sviluppare una resistenza all’obesità.

Queste osservazioni sembrano condurre alla suggestiva ipotesi che si potrebbe far fronte, prevenire oppure combattere l’epidemia dell’obesità anche mediante lo svolgimento di un’attività fisica molto modesta. Esse sostengono altre ipotesi di lavoro che hanno indicato in una modesta attività fisica le maggiori possibilità di ridurre i rischi cardiovascolari della sedentarietà.

Stile di vita, abitudini comportamentali, il cosiddetto “fidgiting” risultano anch’essi aspetti connaturali: solo chi li possiede risulta al riparo, almeno momentaneo, dall’eccesso di peso. Sembra necessario, quindi, un cospicuo impegno cognitivo per riuscire a mantenere corretto il peso corporeo e, soprattutto, per ottenerlo attraverso programmi terapeutici.

La chirurgia mininvasiva per la cura dell'obesità: una prospettiva reale

L'obesità è oggi una malattia endemica nel mondo industrializzato (8-10% della popolazione) con un costo sociale elevatissimo (10% della spesa sanitaria nazionale) ed una diffusione crescente tra i bambini e gli adolescenti. La Chirurgia è attualmente l'unica arma in grado di cambiare la storia naturale della malattia e migliorare la qualità di vita di coloro che ne sono affetti. Come per i tumori anche per l'Obesità è oggi necessario per ciascun paziente stabilire lo stadio della malattia. Il metodo più semplice è il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI) basato su misure antropometriche semplicemente il peso in Kg diviso l'altezza in m². Si parla di Obesità quando il BMI è uguale o superiore a 30. Il rischio di morire per un paziente obeso è direttamente proporzionale al suo grado di obesità. Tale rischio aumenta in presenza di malattie associate quali patologie cardiovascolari, polmonari, metaboliche (diabete, dislipidemie), articolari e tumori. Calcolosi della colecisti, ernia iatale e reflusso gastro-esofageo, ernia ombelicale ed ernie di ferite operatorie esiti di pregressi interventi chirurgici (laparocoele) sono spesso presenti nei pazienti obesi. La chirurgia, tranne pochissime eccezioni, si può impiegare in pazienti con BMI uguale o superiore a 35, di età compresa tra 16 e 70 anni, che possono sottoporsi all'anestesia generale. Il rischio operatorio è circa l'1%, ed aumenta proporzionalmente: allo stadio della malattia, alla presenza di una o più malattie associate, al grado di complessità tecnica dell'intervento, all'età (soprattutto se superiore a 60 anni).

La mortalità è inferiore in casistiche operatorie con elevato volume di lavoro. La Chirurgia per il trattamento dell'obesità si serve oggi quasi esclusivamente delle tecniche laparoscopiche e mini-invasive che evitano la tradizionale apertura dell'addome utilizzando telecamere ad alta definizione che proiettano le immagini sul video e strumenti chirurgici miniaturizzati. Il Palloncino Intra-gastrico è la metodica chirurgica meno invasiva per ottenere una temporanea perdita di peso. Consiste nel posizionare all'interno dello stomaco un palloncino

siliconato che viene inserito sgonfio nello stomaco attraverso la bocca sotto la visione di un gastroscopio. Una volta riempito con circa 500cc di soluzione fisiologica la protesi riduce il volume residuo dello stomaco ed induce un senso di ripienezza precoce limitando l'assunzione del cibo. Il tempo di permanenza del palloncino nello stomaco è di circa sei mesi. Generalmente il palloncino viene impiegato prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico, per ridurre i rischi operatori e post-operatori. L'efficacia del palloncino sulla riduzione del peso corporeo è proporzionale al grado di collaborazione del paziente. Il Bypass Gastrico è l'intervento chirurgico più frequentemente eseguito negli USA per il trattamento dell'obesità. Pur essendo un intervento ad elevata complessità tecnica è abitualmente eseguito in alcuni centri in Italia per via laparoscopica. Consiste nella divisione dello stomaco in due parti mediante strumenti miniaturizzati in grado di tagliare e cucire simultaneamente la parete gastrica. La piccola parte neoformata dello stomaco viene collegata ad un tratto del piccolo intestino. Il transito del cibo pertanto salta qua-



Luigi Angrisani

Direttore - Unità Operativa Complessa di Chirurgia Laparoscopica e Mini-Invasiva Presidio Ospedaliero "S. Giovanni Bosco" ASL NA1
Docente - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Presidente "Società Italiana Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche" SICOB
Secretary Treasurer "International Federation for Surgery of Obesity and metabolic disorder" IFSO

si completamente lo stomaco (di qui il nome: Bypass). Lo stomaco residuo pur non ricevendo il cibo, rimane normalmente funzionante producendo i succhi gastrici e ormoni. Il rapido passaggio del cibo non digerito dallo stomaco nell'intestino procura mancanza di appetito ed immediato senso di ripienezza con minime quantità di alimenti. La quantità di calo ponderale con questo intervento (nel breve periodo) è indipendente dal grado di collaborazione del paziente che quasi obbligatoriamente è costretto a cambiare le sue abitudini alimentari ed il suo stile di vita. Questo intervento non modifica le abitudini intestinali del paziente. Il Bendaggio Gastrico Regolabile è attualmente l'intervento più frequentemente eseguito in Europa.

Consiste nel posizionare un anello di silicone intorno alla bocca dello stomaco. Il diametro interno dell'anello può essere calibrato in rapporto alla necessità dei pazienti durante controlli ambulatoriali. La diminuzione del diametro del bendaggio procura un immediato senso di sazietà anche con l'introduzione di minime quantità di cibo. I risultati del bendaggio gastrico, in termini di perdita di peso corporeo, sono proporzionali alla capacità del paziente di eseguire controlli periodici e cambiare lo stile di vita. La Gastrectomia Verticale (asportazione longitudinale di 3/4 di stomaco) è tra i più recenti interventi ideati e proposti in nord-America per la cura dell'obesità. Limita l'assunzione del cibo per la drastica riduzione del volume gastrico ed ha trovato larga accettazione tra i chirurghi italiani. La Diversione Bilio-Pancreatica, ideata a Genova dal Prof. Nicola Scopinaro è il più potente intervento chirurgico contro l'obesità ed è l'unico in grado di far dimagrire mangiando. Il numero di procedure anti-obesità effettuate in Italia è di circa 5000/anno, largamente inferiore alle esigenze ed al numero di ammalati nelle liste d'attesa.

Per ottenere informazioni approfondite sulla distribuzione geografica dei centri è consigliabile visitare il sito della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB) www.sicob.org.

Obesità e bellezza

PROGETTO XXL: la soluzione globale per piacersi di nuovo

Quali soluzioni possono essere adottate per risolvere il problema dell'obesità?

Il nostro progetto XXL è rivolto ad una clientela che non si sente malata ma psicologicamente non si accetta nella sua condizione di sovrappeso.

Si affronta quindi un problema di carattere prettamente sociale e psicologico consistente molto spesso nel provare vergogna a stare in gruppo, manifestandosi inoltre nella minor volontà di uscire e quindi in una forte limitazione nella vita sociale e di conseguenza nei rapporti interpersonali. La soluzione che noi proponiamo si propone di sviluppare insieme al paziente un percorso in cui si ottiene il dimagrimento senza fatica attraverso varie tappe consistenti nel iniziale posizionamento di un palloncino intra-gastrico ed un'equipe che pianifica le tappe per diventare magri ed ottenere il corpo che si ha sempre desiderato. L'equipe è composta da un gastroenterologo endoscopista, un psicologo esperto di comportamento alimentare e un nutrizionista; tutti seguono il paziente durante la fase del dimagrimento. Una volta superata la prima fase di posizionamento del palloncino intra-gastrico dopo circa 6 mesi si effettuerà un primo controllo a check-up con un chirurgo plastico che certificherà l'aspetto del profilo corporeo da andare a correggere. Infatti con l'effetto del dimagrimento rimangono

delle aree adipose che pur dimagrendo non è possibile eliminare se non con l'intervento chirurgico attraverso la liposuzione (le aree circoscritte di grasso che non si

riducono con il dimagrimento) il lifting di braccia e gambe (per recuperare il cedimento cutaneo dopo il dimagrimento) e l'addominoplastica in grado di ridurre definitivamente questo eccesso cutaneo.

Quanto può durare la terapia?

Il risultato finale lo si otterrà nell'arco di circa un anno in cui i primi 6 mesi saranno dedicati alla terapia con l'impianto intra-gastrico eppoi i successivi 6 mesi

saranno dedicati agli interventi del profilo corporeo. E' un metodo multidisciplinare perché è essenziale essere seguiti da spe-



cialisti nel campo della nutrizione in modo costante e soprattutto, in alcuni casi, da psicologi del comportamento alimentare.

Per quanto riguarda l'aspetto comportamentale esiste una forma di riduzione in questo senso?

Certamente l'obiettivo del trattamento è focalizzato al dimagrimento ponderale e il posizionamento del palloncino intra-gastrico è impostato a modificare il comportamento alimentare. In questo senso il risultato finale che ci si prefigge è quello di aiutare in questi 6 mesi a seguire una dieta corretta ed equilibrata quotidianamente.

Quali sono le fasi che portano al posizionamento del palloncino intra-gastrico?

Innanzitutto il palloncino intra-

gastrico è un dispositivo che permette di allentare gli stimoli della fame, dando il raggiungimento del senso di sazietà ad ogni pasto molto più facilmente.

Il percorso inizia sempre con un check-up dello stato fisico con particolare attenzione su quelle che sono l'aspetto fisiologico e l'aspetto dei profili ematici che possono essere deficitari (nel caso del diabete), valutandone lo stato di salute. La procedura chirurgica prevede l'utilizzo di una sedoanalgesia e per via endoscopica viene posizionato attraverso la bocca lungo l'esofago fino allo stomaco con una semplice procedura della durata di 15-20 minuti.

Il paziente potrà essere dimesso il giorno seguente e non accusa alcun fastidio nell'immediato post operatorio.

E' tuttavia possibile che nei primi giorni successivi possano insorgere senso di nausea e piccoli rigurgiti dati dalla presenza di un corpo estraneo, che verranno prontamente curati con una terapia ad hoc. Già nella prima settimana si incomincerà ad affrontare una prima dieta da 800 Klc per poi passare a quella definitiva di 1200 Klc, mantenuta per i sei mesi successivi al termine del quale verrà tolto il palloncino.

per info
Numero verde 800-650233
www.lazzarospallanzani.it

Importanza degli stili di vita: alimentazione e attività fisica

I cambiamenti dello stile di vita degli ultimi trenta anni hanno contribuito in modo determinante alla diffusione dell'obesità nel mondo. In Italia, in particolare, la progressiva perdita delle tradizioni alimentari di tipo mediterraneo, ricche in prodotti dell'agricoltura tra l'altro con buon potere saziante, e la contemporanea introduzione nella nostra dieta di cibo di rapido consumo ad alta densità energetica, accompagnato da bevande caloriche, zuccherate o alcoliche, ha contribuito all'aumento di peso praticamente in tutte le età della vita. Parallelamente si è determinata, per effetto dell'evoluzione tecnologica, con l'abuso di mezzi di trasporto privati e di strumenti come cellulari, televisione, computer, una progressiva riduzione dell'attività fisica, anche la più semplice. Queste due componenti, definite aumentato introito calorico e ridotto dispendio energetico, sono i presupposti essenziali del progressivo accumulo del tessuto adiposo che porta al sovrappeso, inizialmente osservabile con un aumento del girovita, e può progredire facilmente verso l'obesità. L'obesità è una malattia cronica, e pertanto richiede un trattamento a lungo termine, praticamente a vita. Attualmente sono disponibili pochissimi farmaci effi-

caci per ridurre l'eccesso di peso ed il trattamento chirurgico è consigliabile solo in casi selezionati e quando l'obesità è particolarmente grave e complicata. In concreto, quindi, cosa si può fare se non prevenire? La prevenzione può essere messa in atto in tutte le età della vita, cominciando dalla gravidanza con un'attenta alimentazione e seguendo uno stile di vita sano e attivo. I bambini è fondamentale che si abituino a fare colazione al mattino con latte e cereali, a mangiare frutta e verdura ai pasti principali, a giocare quotidianamente all'aria aperta. Per gli adulti la dieta dovrebbe sempre comprendere quattro o cinque porzioni giornaliere di vegetali (verdura, frutta e legumi) utili, tra l'altro, per la prevenzione dalle malattie cardiovascolari e del cancro. Per correggere l'obesità, una riduzione di 500 kcal al giorno, in pratica meno grassi di condimento, formaggi, bevande zuccherate o alcoliche, consente ai più di ottenere una riduzione di peso di 500 grammi a settimana. Tutto ciò si può realizzare con una dieta equilibrata con 30% di lipidi, 15% di proteine e 55% di carboidrati. Una riduzione del peso corporeo pari al 5-10% si accompagna anche ad effetti metabolici favorevoli. Diete ipocaloriche più drasti-

che richiedono un'attenta supervisione specialistica. Qualsiasi strategia terapeutica, dietetica e farmacologica, deve essere accompagnata da un programma personalizzato di incremento dell'attività fisica quotidiana. Per una persona adulta, molto sedentaria, può essere sufficiente riprendere a camminare a piedi di buon passo per almeno mezz'ora al giorno o in alternativa usare la cyclette o il tappeto mobile, ma se sussistono malattie concomitanti o problemi articolari il programma va valutato caso per caso. L'attività fisica di per sé non fa dimagrire molto, riduce il grasso addominale e quindi il girovita, fornisce una sensazione di benessere, consente così un più facile e duraturo mantenimento del calo di peso ottenuto con la dieta, e potenzia l'effetto dimagrante di alcuni farmaci. Inoltre, migliora il metabolismo lipidico e glucidico ed il tono muscolare. Infine, per raggiungere l'obiettivo nel programma terapeutico, è fondamentale un buon rapporto medico - paziente, e talvolta può essere necessario un supporto psicologico.

Prof. Fabrizio Pasanisi

Medicina Interna, Università Federico II, Napoli

Per Coca-Cola responsabilità sociale significa essere consapevoli del complesso rapporto tra alimentazione, stili di vita e salute

Per un'impresa che opera nel settore alimentare, responsabilità sociale significa non soltanto qualità dei prodotti, rispetto dell'ambiente e delle comunità nelle quali opera: significa essere consapevoli del complesso rapporto tra alimentazione, stili di vita e salute e dell'influenza delle strategie di marketing sui comportamenti dei consumatori. Coca-Cola ritiene che l'obesità rappresenti un problema complesso ed articolato che va affrontato attraverso una stretta collaborazione tra aziende ed istituzioni, educatori e genitori in un'ottica di collaborazione e trasparenza. Il nostro impegno si basa su quattro pilastri: ampliamento dell'offerta, introduzione di informazioni nutrizionali volontarie che consentano scelte consapevoli, marketing responsabile, promozione di stili di vita attivi. La nostra missione è offrire bevande piacevoli e rinfrescanti. In Italia abbiamo oltre 40 prodotti diversi per mettere i consumatori nella condizione di scegliere in base ai propri gusti e alle proprie esigenze. Investiamo costantemente in innovazione per ampliare l'offerta ma anche per ridurre il contenuto calorico medio dei nostri prodotti, vista la crescente richiesta di bevande light: nel 2001 le bibite gassate zuccherate costituivano il 95% delle nostre vendite in Italia, nel 2007 la percentuale è scesa al 65%. Per compiere scelte consapevoli, i consumatori devono avere a disposizione informazioni adeguate che consentano loro di valutare l'apporto nutrizionale della bevanda. Coca-Cola Italia dal 2007, ha introdotto nuove informazioni nutrizionali volontarie sulle

confezioni dei propri prodotti basate sul concetto delle GDA (Guideline Daily Amounts, ovvero Quantità Indicative Giornaliere) e che grazie alla loro facile comprensione costituiscono una guida efficace per valutare l'apporto nutrizionale della bevanda. Da più di 50 anni The Coca-Cola Company è impegnata ad assicurare che le proprie attività di marketing non siano indirizzate ai minori di 12 anni. I nostri prodotti non sono pubblicizzati nelle riviste o nelle fasce TV dedicate ai bambini e, nelle scuole elementari, abbiamo deciso di non vendere le nostre bevande nei distributori automatici né di effettuare attività promozionali. Lavoriamo in cooperazione con le altre aziende produttrici di bevande, per rafforzare i codici di autoregolamentazione delle attività di marketing.

Nel 2006 ASSOBIBE, l'associazione nazionale di categoria, accogliendo le indicazioni dell'analoga associazione europea - UNESDA - ha adottato un codice che disciplina tali attività. L'attività fisica è fondamentale per prevenire l'obesità per questo abbiamo scelto di sostenere programmi per i più giovani promuovendo stili di vita sani. Fuoriclasse Cup è un progetto unico partito nel 2002 e rivolto ai giovani e le loro famiglie (ha visto la partecipazione di oltre 770,000 studenti in tutta Italia). Alla sua base due elementi: stili di vita attivi e educazione ai valori dello sport.




Il nostro impegno
per un comportamento
responsabile

MEDIA PLANET



Great resources for important issues

UNO SPAZIO DI COMUNICAZIONE SUI MEDIA PER I VOSTRI CLIENTI

Il fatto che una pubblicità rivolta a un lettore già interessato induca maggiormente all'acquisto può sembrare ovvio, ma è proprio su questo principio che si fonda tutta l'attività di Mediaplanet.

Qualunque sia il vostro prodotto, il nostro lavoro è concentrarci su quello che implica per il vostro annuncio il mezzo di comunicazione in cui è inserito. In che modo può essere usato per rafforzare il vostro messaggio? In che modo può farvi guadagnare la fiducia del consumatore?

Mediaplanet produce supplementi tematici creati su misura, dedicati ad esempio a un particolare evento o settore, e vi offriamo la possibilità di pubblicare la vostra pubblicità sui nostri magazine tematici. Le nostre pubblicazioni sono distribuite da partner di alto livello come The Times o Il Sole 24 Ore, oppure E24.no se si tratta di Web-TV. In questo modo otteniamo due risultati: massima efficacia e massima diffusione.

Ma vi sono altri aspetti non facilmente quantificabili da tenere in considerazione. Senza un'approfondita base informativa e un formato accattivante, nessuno aprirebbe mai un supplemento o il browser TV. Il contenuto non va dimenticato. È per questo che ci avvaliamo dei migliori redattori ed esperti di settore per realizzare servizi appassionanti e stimolanti, in grado di catturare l'interesse del lettore.

"I supplementi hanno la capacità di completare le notizie sintetiche del quotidiano con servizi di approfondimento su un argomento che interessa i lettori", ha affermato Claes Lundbohm di DI in risposta a una domanda diretta sul valore dei prodotti Mediaplanet.

È su questo che abbiamo basato la nostra idea commerciale, e a giudicare dai risultati abbiamo svolto un buon lavoro. Mediaplanet opera attualmente in 17 paesi, sia in Europa sia negli USA che in Asia. Dal 2002 i nostri clienti possono pubblicare le loro campagne pubblicitarie su oltre 1500 supplementi sviluppati internamente, di cui circa 40 solo in Italia.



Mediaplanet with reach and focus
www.mediaplanet.com

Mediaplanet è la casa editrice leader in Europa per la pubblicazione di supplementi allegati a quotidiani e portali online di economia, politica e finanza.
Per ulteriori informazioni rivolgersi al dott. Gioiello Filippo, Country Manager
tel. +39 02 36269426 - email: filippo.gioiello@mediaplanet.com



Stockholm - Oslo - Copenhagen - Helsinki - London - Zurich - Madrid - Amsterdam - Berlin - Milan - Dublin - Brussels - Tallinn - New York
Warsaw - Hong Kong - Malmo - Geneva - Riga

Perdere peso con la terapia cognitivo comportamentale: dati dalla ricerca italiana

Cos'è l'AIDAP e che ruoli svolge?

Il fine di AIDAP è rivolto all'introduzione in Italia di nuovi modelli di cura per l'obesità e i disturbi dell'alimentazione. In particolare siamo focalizzati sull'introduzione della terapia cognitivo comportamentale raccomandata dalle più importanti linee guida internazionali per la terapia dell'obesità e per la bulimia nervosa. Purtroppo sovente, nel nostro paese, si scambia la terapia cognitivo comportamentale con la prescrizione dietetica.

Cosa si intende, quindi per metodo di terapia cognitivo comportamentale dell'obesità?

La terapia cognitivo comportamentale in sostanza insegna al paziente delle strategie per modificare il proprio stile di vita.

Ha quindi un'importante componente educativa atta ad insegnare il modo di alimentarsi, e di svolgere attività fisica per poter perdere e mantenere

il peso. Questa terapia ha un approccio decisamente diverso dalla comune prescrizione dietologica, basata su un modello medico prescrittivo che raramente riesce ad intaccare le abitudini comportamentali quotidiane delle persone affette da obesità perché insegna al paziente a diventare un terapeuta del suo problema di peso.

Il modello comportamentale, nato negli Stati Uniti e diffuso in tutto il mondo, viene anche adottato nelle scuole per la prevenzione dell'obesità. AIDAP a tal fine ha introdotto un innovativo programma di prevenzione caratterizzato da un intervento che si svolge sia a livello scolastico, con interventi interattivi che coinvolgono direttamente i giovani, i genitori e gli insegnanti e non solo, sia a livello extrascolastico sull'ambiente in cui vivono gli studenti.

A questo proposito segnaliamo che molte ricerche evidenziano l'inefficacia dell'approccio basato esclusivamente sul-

la responsabilità individuale e l'educazione. Per tale motivo AIDAP pensa sia necessario implementare un intervento più ecologico, per questo lavoriamo già da anni con i vari ministeri della salute e dell'educazione per cercare di modificare l'ambiente "tossico" che favorisce lo sviluppo dell'obesità. Siamo convinti a tal proposito che sia necessario che i politici emanino delle leggi anche con il coinvolgimento attivo dell'industria alimentare per eliminare i fattori di rischio ambientali che favoriscono lo sviluppo dell'obesità.

L'idea che basti fornire informazioni nutrizionali alle persone perché sviluppino comportamenti alimentari salutari senza un approccio che modifichi l'ambiente, è semplicistica ed errata.

Quali le ultime ricerche effettuate?

AIDAP si è occupata soprattutto dei processi cognitivi psicologici implicati nel fallimento del trattamento dell'obesità.

Le ultime ricerche nel campo riguardano innanzitutto le aspettative di perdita di peso. Abbiamo a tal proposito partecipato ad uno studio osservazionale importante chiamato "Quovadis study" dove è emerso che le aspettative dei pazienti che si rivolgono ai centri pubblici italiani per l'obesità, si aggirano mediamente ad una perdita di peso del 32%. Se consideriamo che la terapia comportamentale dell'obesità determina mediamente un calo di peso del 10%, mentre la terapia chirurgica dell'obesità con il bendaggio gastrico ottiene un calo medio del 15% e il by-pass gastrico dal 20 al 25%, possiamo comprendere come i pazienti italiani abbiano mediamente delle aspettative non realistiche riguardo alla perdita del proprio peso corporeo.

In uno studio seguente abbiamo rilevato che i pazienti con elevate aspettative di perdita di peso interrompono la terapia precocemente. D'altro canto è emerso che se all'ini-

zio della cura si comunica al paziente che la perdita di peso che otterrà non corrisponderà alle sue aspettative, si ottiene un minor calo ponderale perché diminuisce la sua motivazione a perdere peso.

Si stanno studiando quindi degli approcci diversificati che focalizzano il paziente sul calo di peso settimanale e non a lungo termine e che lo incoraggiano, dopo 24 settimane di calo di peso, ad accettare il peso raggiunto e a fare pratica per almeno nove mesi nel mantenimento del peso perduto, il vero problema del trattamento dell'obesità. Dopo nove mesi di mantenimento il paziente potrà valutare l'opportunità di un nuovo calo di peso che dovrà anch'esso essere seguito da una nuova fase di mantenimento.

dr. Riccardo Dalle Grave

Medico - Psicoterapeuta
Specialista in Scienza dell'Alimentazione
Presidente AIDAP
(Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso)

Le nuove frontiere della chirurgia laparoscopica ed endoscopica dell'obesità

Nell'ultimo decennio l'utilizzo di tecniche laparoscopiche e mini-invasive, associato a notevoli vantaggi per il paziente (assenza di cicatrici, degenza breve, riduzione drastica di eventuali ernie ed aderenze postoperatorie) ed ad un ridotto rischio di mortalità (inferiore a 1%), ha determinato una notevole diffusione della chirurgia della obesità.

Per la prima volta al mondo, è stato effettuato in Italia presso il Dipartimento di Chirurgia della Seconda Università di Napoli, il Bypass laparoscopico con ga-

strectomia verticale. "Si tratta di una evoluzione del bypass gastrico laparoscopico standard. La nuova tecnica consiste infatti - dice il Prof. Gianmattia del Genio autore della procedura - in una gastrectomia verticale (sleeve gastrectomy) associata al bypass standard. Il vantaggio - continua - è nell'avere lo stomaco residuo completamente esplorabile con la normale gastroscopia, l'assenza di protesi, il rispetto del normale passaggio del cibo nello stomaco e la possibilità di rifare la resezione dello stomaco dopo alcuni anni in caso di ripresa di una parte del peso.

Ho messo appunto la tecnica sull'uomo dopo anni di ricerche preliminari presso l'Università Mount Sinai di New York (Obesity Surgery 2008;18:1263-7). Stiamo avendo risultati molto positivi con perdita di peso superiore al bypass standard, inoltre l'intervento è potenzialmente ideale nel trattamento del diabete, che spesso è associato alla obesità. Ovviamente, tale tecnica è riservata solo ad alcuni pazienti e si affianca alle altre tecniche laparoscopiche che eseguiamo quotidianamente: Palloncino gastrico endoscopico, Sleeve gastrectomy (Gastrectomia Verticale), Bypass Gastrico, Bendaggio Gastrico Regolabile, Deviazione Biliopancreatica.

Il trattamento è preceduto infatti da una attenta valutazione multidisciplinare di un team composto da nutrizionisti, psichiatri, endocrinologi, endoscopisti, chirurghi laparoscopici allo scopo di scegliere insieme al paziente l'intervento al lui più idoneo.

Novità importante è il palloncino endoscopico ad aria che si posiziona endoscopicamente in sedazione, senza anestesia generale. Ha il vantaggio per la sua leggerezza di una ottima tollerabilità. Si posiziona, a differenza di quello ad acqua, nella parte alta dello stomaco (fondo gastrico), così non impedisce al cibo di passare, riducendo vomito e fastidi. E' di grande aiuto prima dell'intervento, durante il percorso di selezione della tecnica e per ridurre il rischio operatorio nei pazienti con indice di massa corporea (BMI) mol-



to elevato, e nei pazienti in cui non è indicato l'intervento chirurgico (giovani, pazienti ad elevato rischio, etc.). Infine, la gastrectomia verticale o sleeve gastrectomy che può essere effettuata anche singolarmente come intervento unico senza bypass. Fa ottenere ottimi risultati in termini di peso, permette la esplorabilità dello stomaco, non altera il passaggio del cibo, regola alcuni ormoni che sembrano essere responsabili degli eccessi di appetito, è autoreversibile, si può ripetere a distanza in caso di recupero del peso e può essere associata in un secondo intervento al bypass. La chirurgia bariatrica ha l'obiettivo di prevenire e curare le complicanze associate alla obesità, e non ha fini cosmetici.

Nessun intervento è esente da possibili complicanze chirurgiche e mediche, che possono anche essere gravi. Complessivamente però numerosi studi scientifici hanno dimostrato che il rischio di non operarsi è 6-12 volte superiore in termini di mortalità legata alle patologie associate. Senza considerare i benefici in termini di qualità e durata di vita che scaturiscono dalla stabile riduzione del peso.



Dott. Gianmattia del Genio

Prima Divisione di Chirurgia Generale e Gastroenterologica
Dipartimento di Chirurgia
Università degli Studi di Napoli
Membro Società Italiana di Chirurgia Obesità e delle malattie metaboliche
(www.sicob.org)

Obesità: chirurgia efficiente oltre che efficace

I costi globali dell'obesità e del sovrappeso sono più elevati di quelli derivanti dall'abitudine al fumo, alcoolismo e povertà in quanto lo stato di obesità spesso si complica con severe patologie quali il diabete di tipo II, l'ipertensione arteriosa, le apnee notturne e la dislipidemia e, di conseguenza, le malattie cardiovascolari e gli accidenti cerebrovascolari che notoriamente riducono l'aspettativa di vita mediamente di 9 anni per le donne e 12 per gli uomini. È stimato che la condizione di obesità determini costi sanitari e farmaceutici più elevati rispettivamente del 36% e del 77% rispetto alla condizione di normopeso. In Italia i costi sanitari complessivi annui sono stati valutati intorno ai 23 miliardi di euro, di cui 11 a carico del SSN. Vi sono poi i costi indiretti (morti premature, assenze dal lavoro, perdita di produttività, sussidi pensionistici e di disoccupazione) stimati in circa 65 miliardi di euro annui, senza considerare i costi legati al minore rendimento scolastico, discriminazione sociale e lavorativa, problemi psico-sociali e qualità della vita.



Su questo sfondo, la chirurgia bariatrica rappresenta una modalità di trattamento dell'obesità cosiddetta costo-efficace se confrontata con il trattamento convenzionale (dieta, farmaci ed esercizio fisico). Infatti nel medio termine (3-5 anni) il costo cumulativo di un paziente obeso non trattato con la chirurgia supera il costo totale cumulativo di quello che ha optato per il trattamento chirurgico.

Cio' è possibile perché oltre a determinare un calo di peso significativo e duraturo nel tempo, la chirurgia bariatrica migliora ed in molti casi risolve molte delle patologie associate. È ben noto infatti come il diabete di tipo 2 si risolva definitivamente nel 83,7% dopo by-pass gastrico e nel 99% dei casi dopo diversione bilio-pancreatica e come entrambi questi interventi determinino una risoluzione in quasi il 100% dei casi di ipertrigliceridemia.

Un recente studio comparativo tra by-pass gastrico e trattamento medico dell'obesità, effettuato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, ha evi-



Dott. Marco Anselmino

Direttore Chirurgia dell'Obesità
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Pisa

denziato come il recupero dei costi del paziente trattato chirurgicamente rispetto a quello non trattato chirurgicamente avvenga già nel secondo anno di follow-up, con un risparmio medio per paziente pari a circa 5000 euro al termine di un periodo di osservazione di 5 anni. Per tanto il trattare chirurgicamente 1000 pazienti porterebbe in 5 anni ad un risparmio di risorse pari a 5 milioni di euro.

Ciononostante il ricorso alla Chirurgia bariatrica viene poco incoraggiato nelle varie realtà aziendali ospedaliere italiane in quanto considerata chirurgia ad alto costo diretto. Tale situazione si verifica sia per la mancanza di una accurata e precisa analisi dei costi delle varie procedure chirurgiche, sia per la mancanza di uniformità nel sistema di rimborso DRG regionale. A Pisa, dove la voce di ricavo aziendale, rappresentata dal DRG Regione Toscana relativo agli interventi chirurgici per l'obesità (288), è particolarmente vantaggioso, abbiamo recentemente eseguito un'analisi di micro-costing che ha permesso di verificare l'impatto economico immediato di questi interventi sul budget aziendale. Tale studio, confrontando il valore del DRG con le voci di costo delle procedure chirurgiche date dai consumi reali ospedalieri rilevati per ciascuna procedura, ha sorprendentemente evidenziato come vi sia in realtà un utile lordo pari a 908 euro per il by-pass gastrico laparoscopico e di 1429 euro per il bendaggio gastrico regolabile laparoscopico, contribuendo così ad un profitto aziendale. Per potere quindi incrementare in Italia la chirurgia bariatrica ed i vantaggi ad essa legati, come primo passo, sarebbe a mio giudizio auspicabile che ogni regione si adeguasse al DRG già adottato dalla Regione Toscana.

Chirurgia dell'obesità Un lavoro di squadra

L'obesità è una condizione fisica patologica che genera grandi difficoltà e malessere alla persona che ne è affetta. La genesi è certamente multifattoriale ed il risultato è una condizione di disagio fisico, legato al sovrappeso ed alle patologie associate, e psicologico nel rapporto con sé stessi e con gli altri. L'intervento chirurgico, nel trattamento dell'obesità grave rappresenta soltanto un passaggio, certamente il più appariscente, in un percorso che, per essere di successo, deve partire dall'inquadramento generale di un Paziente che presenta caratteristiche complesse. Di fondamentale importanza è, a tale scopo, il lavoro di un team multidiscipli-

nare (psicologo, endocrinologo nutrizionista, dietista, anestesista, chirurgo) che costruisca un percorso terapeutico personalizzato diverso per ogni Paziente, articolato in tre fasi fondamentali: Fase diagnostica, nei diversi aspetti (psicologico, dietologico, clinico). La valutazione psicologica, in particolare, comporta lo studio della personalità e del comportamento alimentare e la valutazione della motivazione al cambiamento. L'inquadramento clinico deve ovviamente essere particolarmente attento nella considerazione che la sindrome metabolica, di cui gli obesi gravi sono generalmente affetti, comporta il coinvolgimento di tutti

gli organi vitali. Particolare attenzione deve essere posta nella valutazione preoperatoria delle co-morbidità spesso presenti (ipertensione, diabete, insufficienza cardio-respiratoria).

Fase chirurgica laddove, per i pazienti nei quali è indicato il trattamento chirurgico, si esaminano le diverse alternative possibili e attuate presso il Centro (pallone intragastrico, bendaggio gastrico, sleeve gastrectomy, bypass gastrico, diversione bilio-pancreatica), partendo dalla considerazione che, come non esiste una obesità uguale per tutti, non può esserci un intervento chirurgico valido per tutti. La scelta deve essere concordata dal team in stretta condivisione con il Paziente, possibilmente coinvolgendone l'ambiente familiare, al quale vengono comunque prospettati i diversi interventi nelle loro caratteristiche, i benefici ed i potenziali rischi. Il coinvolgimento informato è fondamentale per una chirurgia che viene comunque "scelta" dal Paziente

Fase di follow up, che inizia dall'immediato periodo postoperatorio, già durante la degenza, con la presa in carico del dietista e dello psicologo oltre che del chirurgo.

Il monitoraggio stretto dell'andamento del calo di peso, con particolare attenzione alla tutela dei parametri clinici metabolici, dietetici e psicologici costituiscono la premessa indispensabile per il mantenimento di uno stato di benessere generale.

La presa in carico psicologica continua anche a distanza dall'intervento, prima con colloqui individuali e poi con la costituzione di gruppi di incontro nel corso dei quali, i pazienti possono confrontarsi tra loro, scambiandosi le rispettive esperienze ed aiutandosi nell'affrontare problematiche comuni, oltre a far crescere, in una sorta di "studio di appropriatezza" continuo, l'equipe psicologica.

Questa metodologia di lavoro consente, nel corso degli anni, di acquisire esperienza, non solo dal punto di vista chirurgico, in modo da eseguire gli interventi con tecnica laparoscopica e con tempi di degenza ridotti entro la settimana, ma anche dal punto di vista delle indicazioni stesse all'intervento. La percentuale di risultati non soddisfacenti si riduce col crescere della consapevolezza che l'insuccesso di un trattamento nasce soprattutto da una non corretta indicazione.

Per un paziente gravemente obeso poter riassaporare quelle piccole cose, che sembrano di poco conto a chi le può ottenere senza fatica, come allacciarsi le scarpe, rincorrere i propri bambini o fare una partita di pallone, è una soddisfazione che, come tanti pazienti raccontano, non ha prezzo.

Dott. Vincenzo Bruni

Centro chirurgia dell'obesità,
Ospedale Belcolle, Viterbo
Info: chirobesi@asl.vt.it



L'EXPO 2015

e le problematiche nutrizionali



Come dovrebbe cambiare il concetto di nutrizione?

Con il tema "Nutrire il pianeta energia per la vita", l'EXPO 2015 affronterà una tematica universale, che riguarda tutti gli esseri viventi. Esistono circa 900 milioni di esseri umani che muoiono di fame soprattutto in una certa zona del globo terrestre e paradossalmente vi sono 1 miliardo di persone che muoiono per eccesso di cibo. La fame nel mondo indubbiamente, tocca tutti da un punto di vista emotivo, poiché i più colpiti sono i bambini che non riescono ad alimentarsi in maniera corretta. Ma la malnutrizione per eccesso ci coinvolge poco poiché nel retaggio del nostro passato, con le guerre e carestie subite, le persone grasse non vengono considerate "malate".

Oggi sappiamo dalla scienza che la persona obesa ha una aspettativa di vita inferiore e va incontro a tutta una serie di malattie che non solo accorciano l'aspettativa di vita ma rendono il vivere quotidiano molto difficoltoso, poiché l'obesità comporta una maggior incidenza di malattia quali tumori, malattie cardiovascolari, il diabete, malattie renali, malattie osteoarticolari. In sostanza è necessario che in qualche modo si possano razionalizzare i nostri comportamenti perché è in gioco la salute del nostro pianeta e dipende molto dai nostri comportamenti compreso quello alimentare. Se ad esempio analizziamo il tutto da un punto di vista prettamente termodinamico, possiamo notare come sia assolutamente necessario poter organizzare il pianeta in modo che tutti possano disporre dell'energia sufficiente alla vita, in giusta quantità, ne troppa ne troppo poca e che sia qualitativamente

adatta alla vita quotidiana. Dando uno sguardo al passato storico, nel dopoguerra proprio perché il mondo industrializzato usciva da un periodo di forte carestia con sostanziali problemi di fame, si è organizzato il sistema agroalimentare puntando soprattutto su proteine provenienti dal mondo animale. Questo ha portato alle conseguenze che conosciamo tutti legate alla deforestazione dovuta al bisogno di procurare terreno per i pascoli e produrre tutte quelle coltivazioni per il foraggio degli animali che ha portato ad uno spreco enorme di energia e soprattutto di acqua. Infatti se mangiassimo solo proteine di origine vegetale riusciremmo a risparmiare molto più territorio e questo comporterebbe anche una maggior razionalizzazione del territorio per coltivazioni dirette a sfamare l'uomo e soprattutto un forte risparmio nell'utilizzo delle risorse idriche. Non è mia intenzione fare un discorso di tipo vegetariano ma è questione di equilibrio nell'alimentazione. Le statistiche parlano chiaro, negli ultimi 50 anni è aumentato moltissimo il consumo delle carni e diminuito quello dei vegetali, frutta e verdura. Inoltre gli allevamenti intensivi sono fonte di inquinamento in termini di emissioni di Co2.

E' necessario quindi un radicale cambiamento in un'ottica più sostenibile?

Queste tematiche sono importanti e si inseriscono in ambito di sviluppo sostenibile improntato cioè allo sfruttare le risorse del nostro pianeta in maniera intelligente e razionale in modo di consegnare alla futura generazione il pianeta nelle stesse condizioni in cui lo abbiamo trovato. In definitiva è necessario

il poter razionalizzare tutta una serie di comportamenti dei singoli individui. In questo senso l'EXPO 2015 vuole essere un momento di riflessione e la sua prospettiva generale è volta a coinvolgere tutte le autorità competenti a livello globale oltre che locale per poter arrivare a formulare dei programmi volti a far collaborare tutti i cittadini per un futuro migliore.

Che implicazioni comporta il problema della fame nel mondo?

Il problema della fame nel mondo non è un problema da considerare lontano da noi. La fame e l'obesità nel mondo sembrano problemi agli antipodi, in realtà sono molto vicini poiché le popolazioni che hanno passato periodi di forti carestie e denutrizioni sono oggi proprio quelle più sensibili a diventare obese appena raggiungono un livello di benessere. Preoccuparsi della malnutrizione in definitiva significa anche preoccuparsi di quei paesi in via di sviluppo che una volta usciti da una situazione di carenza alimentare sono più soggetti ad entrare in una fase di errata sovralimentazione. L'obesità in questo senso affonda le sue radici in una forte carenza culturale. In questo senso l'obiettivo che l'Expo 2015 si prefigge di realizzare è basato su un'operazione culturale educativa di approccio verso una migliore e sana nutrizione.

Intervista dott. Michele Carruba

Direttore Centro Studi e Ricerche sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano, membro del Comitato scientifico per la candidatura di Milano EXPO 2015

Telemedicina ed alimentazione

Oggi l'obesità è considerata il disturbo metabolico più diffuso nei paesi industrializzati occidentali, mentre il sovrappeso è ormai un problema globale sia negli adulti, che nei giovani.

La lista delle cause è lunga ma tra queste se ne possono individuare alcune sulle quali c'è accordo generale.

- Il bombardamento mediatico / commerciale sulla alimentazione
- L'insuccesso sostanziale della prescrizione dietetica classica

In altre parole l'aumento del peso è legato a cambiamenti comportamentali indotti dai mass media ed il tentativo di contrastare questa cattiva informazione si è basato, fino ad oggi essenzialmente sulle prescrizioni dietetiche. Lo sbilanciamento delle forze in campo è evidente; da una parte la pubblicità alimentare che raggiunge tutti, finalizzata solo a vendere, e dall'altra la scienza dell'alimentazione che rimane prerogativa di pochi. I forti investimenti in pubblicità alimentare non fanno prevedere a breve un cambiamento della informazione mass mediatica e dunque bisogna sperimentare qualche altro sistema che, pur raggiungendo tutti non sia ancora gestito dagli stessi interessi.

Il telefono cellulare potrebbe rappresentare un mezzo elettronico idoneo essendo già nelle tasche di ciascuno di noi e soprattutto dei giovani, essendo quindi in grado di competere per diffusione con la televisione.

Ma cosa deve offrire questo mezzo per essere veramente utile allo scopo di divulgare la corretta alimentazione alla popolazione?

Cosa chiede una persona che VUOLE fare un'alimentazione bilanciata?

1. Imparare, ed essere aiutato con informazioni corrette nel momento adatto (al pasto)
2. Saper correggere situazioni alimentari reali che ci hanno costretto a sbagliare alimentazione nel cor-

so della giornata

3. Essere "controllato" ed aiutato da persone esperte
4. Avere un sistema semplice ed economico da usare

Nel tentativo di rispondere a tutte queste domande si sta svolgendo nelle Marche uno studio (STAR) su un sistema telematico alimentare (Diario Alimentare Interattivo "DAI") basato sul telefono cellulare. Sono coinvolte 150 persone che hanno un indice di massa corporea al di sopra della norma e che vengono seguite a distanza tramite il loro telefonino. Il sistema parte con le correnti abitudini alimentari del soggetto, e si modifica automaticamente al confronto con la reale alimentazione quotidiana. I cambiamenti di quantità vengono compensati con gli alimenti rimanenti nella giornata. Si possono aggiungere alimenti diversi da quelli abituali concordati con la dietista e, per semplificarne la quantizzazione, gli alimenti proposti vengono presentati sul video del cellulare con specifiche fotografie. Partendo quindi da una base alimentare concordata con lo specialista, il sistema si corregge in funzione della reale assunzione di alimenti, cercando di riportare l'alimentazione reale alle calorie, proteine, lipidi e glucidi concordati all'inizio con il dietologo. Da questo studio, che finirà a Maggio 2009, si capirà se un sistema semplice applicabile su tutti i cellulari possa realmente aiutare chi VUOLE migliorare la sua alimentazione, ma potrebbe essere utile come gioco educativo per i ragazzi. Non più una prescrizione dietetica, ma una indagine alimentare in tempo reale che modificandosi con le situazioni della vita quotidiana si auto-corregge in base alla prescrizione specialisti-

ca, e, essendo controllata dal sanitario stesso a distanza, si trasforma in dieta dinamica.

Dr. Giacomo Vespasiani

Primario di Diabetologia e Malattie del Ricambio San Benedetto del Tronto giacvesp@tiscali.it

MètaDieta
la dieta che ti segue

METEDA
medical software
www.meteda.it metadieta@meteda.it

Prima Colazione all'italiana



MULINO BIANCO - Intervista a Emanuela Rovere, Marketing Manager

Quali sono gli effetti benefici di una prima colazione equilibrata?

Indubbiamente i benefici sono molteplici e di natura diversa. Innanzitutto possiamo considerare quelli di carattere nutrizionale poiché la colazione favorisce la corretta distribuzione del fabbisogno calorico giornaliero, aiutando a controllare meglio il peso corporeo e garantendo una dieta equilibrata. In secondo luogo esistono benefici legati alla sfera relazionale, considerando che circa il 50% degli italiani, specialmente i giovani, dedica meno di 10 minuti alla prima colazione. Per molti, però, la prima colazione può rappresentare un momento di condivisione da trascorrere con tutta la famiglia, coltivando le relazioni in particolare con i propri figli. Infine, esiste un terzo beneficio che è di carattere personale e psicologico. Si identifica la prima colazione come un rito, un momento per sé, uno dei pochi e rari momenti in cui ci si può dedicare un po' di tempo e garantire la giusta carica psicologica per iniziare bene la giornata.

Come la prima colazione può prevenire il rischio di obesità sui bambini e la riduzione del peso corporeo negli adulti?

Erroneamente molti pensano che saltare la colazione sia un modo per non ingrassare, mentre in realtà è esattamente il contrario. I nutrizionisti infatti raccomandano che la prima colazione copra all'incirca il 20-25% del fabbisogno energetico giornaliero. Questo perché aiuta a distribuire correttamente il carico energetico ed evita che nel corso della giornata si avverta fuori orario lo stimolo della fame, dovuto a rapidi abbassamenti del livello di glucosio nel sangue e, di conseguenza, evita il ricorso al consumo di pasti ipercalorici che rialzano il livello degli zuccheri nel sangue ma in maniera non equilibrata. D'altra parte si

dice sempre che le calorie assunte la mattina sono quelle che sicuramente saranno smaltite e quindi è uno dei momenti nei quali ci si può concedere un po' più di gusto e di piacere.

Qual è la colazione più indicata che dovremmo trovare sulle nostre tavole?

Sempre di più i nutrizionisti si stanno esprimendo a favore del modello di colazione all'italiana, che deriva direttamente dalle indicazioni della nostra dieta mediterranea e normalmente è composto da una bevanda (spesso caffè, latte o caffelatte), accompagnata da un prodotto da forno e dalla frutta. Questo modello è premiato perché oltre al giusto apporto calorico garantisce un'equilibrata distribuzione dei nutrienti, fornendo attraverso la frutta il contributo necessario di vitamine e sali minerali, attraverso la bevanda base latte un contributo di proteine e grazie ai prodotti da forno l'apporto corretto di carboidrati e zuccheri. Il modello di colazione all'italiana quindi preserva dall'eccessivo apporto calorico e proteico come invece avviene nel modello continental-breakfast. Da non sottovalutare anche l'importanza di iniziare con qualcosa di buono e che piaccia per affrontare al meglio e con il giusto umore gli impegni della giornata.

In cosa consiste l'evento Breakfast?

L'evento Breakfast, che si terrà dal 19 al 22 marzo prossimo a Perugia e, vede Mulino Bianco in qualità di main sponsor, vuole essere una celebrazione dell'importanza di fare la colazione, ribadendo così il concetto che una buona colazione non ingrassa anzi permette un migliore controllo del peso corporeo, ma anche un'occasione per riscoprire l'aspetto più tradizionale ed emotivo che la colazione riveste nel nostro Paese.

PRIMA COLAZIONE? SÌ, GRAZIE. Ecco tutti i perché

- 1 Ti fa ripartire con il giusto sprint dopo il digiuno notturno.
- 2 Ti permette di suddividere meglio le calorie nell'arco della giornata.
- 3 Dal punto di vista relazionale, è un prezioso momento di incontro con i tuoi cari.
- 4 Migliora il rendimento a scuola, sul lavoro e nello sport.
- 5 Secondo recenti ricerche, ti aiuta anche a migliorare la memoria.
- 6 Ti consente di aumentare la resistenza alla fatica.
- 7 Se la consumi con calma, è una "coccola" che fa bene al morale.
- 8 È ricca di sostanze anti-stress, contenute nelle bevande calde (latte, cioccolata) e nei carboidrati.
- 9 Quella all'italiana (una bevanda calda, un prodotto da forno e un frutto) fornisce un apporto bilanciato di carboidrati, proteine, calcio e vitamine.
- 10 Grazie alla frutta e agli alimenti integrali, ti fa fare il pieno di fibre, preziose per il benessere.

Per iniziare la giornata con un vero gesto d'amore

