

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



trentunesimo modulo

© 2004 Pillole.org

ASPETTI PRATICI DEL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ

Bolognesi:

Negli anni '80, l'obiettivo principale di paziente e medico, per ciò che riguarda la perdita di peso, era quella di raggiungere un peso corporeo ideale, come definito dal grafico altezza-peso ^[1].

Oggi, i più efficaci interventi comportamentali e farmacologici portano una riduzione del peso corporeo che va in media dal 7 al 10% ^[3-5]. Sebbene modeste, queste perdite sono associate a risultati positivi per la salute, come il miglioramento della pressione sanguigna, del livello dei lipidi, l'aumento energetico, la diminuzione del dolore articolare ^[5,6].

Ne consegue che i grandi obiettivi ai quali si aspirava negli anni '80, sono stati ridimensionati e portati ad una riduzione dal 5 al 10% del peso iniziale. Uno degli sforzi maggiori nel trattamento dei pazienti obesi e in sovrappeso, è quello di portarli a confrontarsi con questi più realistici traguardi ^[7-11].

Ressa:

Sono convinto che i pazienti non si accontentino di arrivare a risultati così parziali anche se questi sono già sufficienti a migliorare il loro stato di salute.

Bolognesi:

E' proprio così:

Foster e altri suoi colleghi ^[8] hanno condotto uno studio per determinare se i pazienti definiscono il loro dimagrimento 'ragionevole' 'ideale' o 'insoddisfacente'. I risultati sottolineano una grande differenza tra la perdita di peso che i pazienti si aspettavano di ottenere e quella realmente ottenuta. Alla fine delle 48 settimane del programma di trattamento, i pazienti raggiungono in media il 16,4% di riduzione del peso iniziale che rappresenta solo la metà della perdita totale ambita, cioè il 32% del peso corporeo iniziale. In oltre, il 20% dei pazienti raggiunge un peso che, prima del trattamento, aveva definito come 'insoddisfacente' e il 47% delle sessanta pazienti donne, non raggiunge neanche questo 'traguardo'.

Nonostante la perdita media di peso rilevata, 16.3 kg, fosse più che sufficiente per migliorare la loro salute, questi pazienti lasciarono il programma sentendosi delusi.

Ressa:

Quali conseguenze cliniche possono derivare da queste scoperte?

Bolognesi:

- I medici devono porre l'accento sui benefici del ragionevole peso corporeo, come migliori risultati di laboratorio, migliore pressione sanguigna, migliore stima di sé.
- I medici devono essere chiari su ciò che i trattamenti di dimagrimento possono fare e su ciò che non possono fare. Assodato che i pazienti tendono a voler perdere più del 10%, il medico dovrebbe incoraggiare il paziente a porsi come obiettivo principale, il calo del 10%; una volta raggiunto questo obiettivo, se ne può prefiggere un altro più ambizioso.
- Il medico deve ribadire questi concetti durante il trattamento e testare le aspettative di dimagrimento del paziente ogni tre mesi

Ressa:

Proprio per questa insoddisfazione i pazienti, ahime', i **PRODOTTI DIMAGRANTI E PROGRAMMI COMMERCIALI**

Bolognesi:

Nel tentativo di raggiungere importanti perdite di peso (poco realistiche), i pazienti cadono spesso nella trappola delle false promesse elargite dai prodotti dimagranti e da programmi commerciali

vari. Nel 1989, sono stati spesi ben 32 milioni di dollari in questo tipo di prodotti e servizi, ^[13] e le industrie fornitrici di articoli dimagranti si sono estese sempre più. Esse, infatti, sono state controllate ben poco fino agli anni '90, quando, poi, il senatore Ron Wyden dell'Oregon avviò delle indagini sulle loro campagne pubblicitarie ingannevoli ed illusorie. Queste indagini rivelarono l'esistenza di pochissimi dati in grado di supportare le affermazioni delle aziende circa il raggiungimento e il mantenimento, da parte dei clienti, del loro peso ideale.

Ressa:

Altro punto cardinale è INCORAGGIARE LA COSTANZA NEL PAZIENZE

Bolognesi:

Quando i pazienti falliscono nel raggiungere il dimagrimento che si aspettavano, subentra un forte senso di delusione e di frustrazione. Allora tendono a ritornare ai programmi commerciali per ottenere un aiuto. In altri casi, i pazienti smettono di seguire il giusto stile di vita diminuendo così le possibilità di perdere peso o di mantenere il peso raggiunto.

Ressa:

MANTENERE IL PESO PUÒ ESSERE PIÙ IMPEGNATIVO CHE PERDERE PESO

Bolognesi:

Nonostante perdere peso sia un processo laborioso, mantenere il peso raggiunto può essere anche più faticoso. Perché avviene questo? Prima di tutto, perché dimagrire è un processo finito che dura generalmente 15-25 settimane, mentre mantenere il peso raggiunto è un processo continuo che dura per tutta la vita.

In secondo luogo, durante il dimagrimento, il paziente riceve spesso degli stimoli positivi da parte della famiglia e degli amici. Questi stimoli vengono meno nella fase di mantenimento. Terzo motivo, perdere peso è, di per sé, gratificante: vestire qualche taglia in meno ed avvertire benefici sulla salute è sicuramente piacevole. Al contrario, ci sono pochi stimoli positivi associati al mantenimento del peso perché questa fase implica uno sforzo notevole e porta a meno gratificazioni rispetto al processo di dimagrimento.

Per cui, è di fondamentale importanza che lo specialista ponga l'accento sulla costanza che il paziente deve avere nella fase di mantenimento.

Ma come può il medico incoraggiare la costanza nel paziente?

- Aiutandolo ad individuare i comportamenti da modificare. Ad esempio, praticare più attività fisica.
- Affrontando col paziente i motivi per cui è importante adottare un determinato comportamento. Si può, ad esempio, far notargli notare che alcuni studi hanno dimostrato che chi pratica un po' di sport riesce a mantenere meglio il peso raggiunto ^[14].
- Determinando l'abilità del paziente a seguire il comportamento prescelto. Gli si chiede, quindi, quanti minuti a settimana dedica all'esercizio fisico.
- Facendo in modo che il paziente si ponga degli obiettivi realistici, tenendo sempre presente che ci sono tre passi importanti nello stabilire dei traguardi:
 1. **L'obiettivo deve essere specificato.** Il paziente può, ad esempio, stabilire che andrà a fare una passeggiata la settimana prossima.
 2. **L'obiettivo deve essere fattibile.** Il paziente dovrebbe poter riuscire a camminare 10 minuti in più rispetto a quanto faceva prima.
 3. **L'obiettivo deve essere flessibile.** La flessibilità è, naturalmente, consentita nei casi di malattia o nelle giornate piovose. In questo caso, il paziente può programmare di muoversi 30-40 minuti in più la settimana successiva.
- Incoraggiando il paziente ad annotare tutti i cambiamenti comportamentali.

- Inoltre, è necessario che il medico annoti nel suo diario, le mete che il paziente si è prefisso di raggiungere. In questo modo, quando il paziente ritorna per le visite di controllo, il medico è in grado di chiedergli se ha mantenuto fede agli obiettivi postisi negli incontri precedenti. Da questa domanda, il paziente si rende conto dell'importanza che assume modificare il proprio comportamento; al contrario, evitando la domanda, il medico induce il paziente a pensare che cambiare atteggiamento sia poco importante.

Ressa:

Ci possono essere MOMENTI DI INCOSTANZA, parlati delle POSSIBILITA' PER MOTIVARE IL PAZIENTE

Bolognesi:

Nelle visite di controllo spesso il medico viene a sapere che il paziente ha mancato i suoi obiettivi. Questa può essere una situazione frustrante. Usando i seguenti principi, si può trasformare l'incostanza in opportunità per motivare ed aiutare il paziente.

- **Supponiamo che l'incostanza sia dovuta ad una mancanza di capacità piuttosto che ad una mancanza di motivazione.** Il medico deve tener presente che sta cercando di insegnare al suo paziente a mangiare nello stesso modo con cui un istruttore di guida insegna al ragazzo a guidare l'auto. Ad entrambi, paziente e ragazzo, mancano le capacità necessarie per portare avanti il proprio compito.
- **Invece di chiedere al paziente "perché" non è riuscito a seguire quel determinato comportamento, è meglio chiedere "che cosa" sia successo.** Chiedere "che cosa" al posto di "perché" è senz'altro meno deleterio ed induce il paziente ad una migliore risposta.
- **Determinare l'ostacolo che ha impedito quel determinato comportamento.** Ad esempio, se il paziente perde la passeggiata settimanale, ciò può essere attribuito al cattivo tempo.
- **Sviluppare un piano per il futuro.** Ad esempio, se il tempo è cattivo, il paziente può andare a fare una passeggiata al centro commerciale.
- **Essere tollerante.** Spesso i pazienti lottano per perdere peso e hanno bisogno di sapere che il medico non li abbandonerà. Lo specialista deve essere consapevole della difficoltà del compito e deve cercare di dare speranza al paziente. Il medico può condividere con i colleghi la propria eventuale frustrazione in modo tale da non doverla scaricare nel rapporto con i suoi pazienti.

Ressa:

Parliamo del ruolo della dieta:

Bolognesi:

Negli anni passati, il trattamento contro l'obesità consisteva principalmente in una dieta ipocalorica. Quindi, si poneva molta attenzione sulla quantità e sulla qualità del cibo assunto e veniva sottolineata più l'importanza della gestione del peso corporeo che non i rischi sulla salute.

Oggi si sa che la distribuzione del grasso e il peso, giocano un ruolo centrale nello sviluppo delle malattie legate all'obesità. Si sa anche che quanto più abbondante è il deposito di grasso intra-addominale, misurato dal rapporto vita-anca, tanto maggiore sarà l'incidenza di un'ampia varietà di condizioni patologiche legate all'obesità: ipertensione, diminuzione della tolleranza al glucosio, ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia. ^[1] Quest'insieme di sintomi, che costituisce la sindrome metabolica, è anche implicato nello sviluppo di tumori sia nell'uomo che nella donna. ^[2]

Ora, come risultato di una maggiore comprensione degli effetti negativi dell'obesità sulla salute, l'attenzione nel trattamento dell'obesità è stata spostata dalla mera gestione del peso ad un completo programma di modificazione dello stile di vita per diminuire i rischi di malattie ed aumentare la qualità della vita. Le modificazioni dello stile di vita comportano cambiamenti nell'

apporto alimentare, nell'attività fisica, e nel comportamento. Idealmente, un buon trattamento contro l'obesità, coinvolge tutti questi componenti assieme all'eventuale uso di farmaci.

MODIFICAZIONE DELLO STILE DI VITA

Grazie ai recenti studi su uomini e donne che hanno perso peso e che hanno mantenuto il peso raggiunto per un significativo arco di tempo, risulta chiaro che le modificazioni dello stile di vita rappresentano il punto fondamentale di un trattamento i cui risultati durino nel tempo. Oggi, dobbiamo essere consapevoli che, per raggiungere un peso ottimale e per controllare le malattie peso-dipendenti, è necessario considerare sia l'apporto alimentare che l'esercizio fisico, affiancati da una terapia comportamentale e da un eventuale intervento farmacologico.

APPORTO ALIMENTARE

Un'appropriata strategia di gestione della dieta dovrebbe iniziare dalla conoscenza dell'interrelazione tra le calorie introdotte e quelle bruciate. Il bilancio tra l'energia introdotta e l'energia spesa costituisce il peso corporeo (figura 1). Il punto fondamentale è quello rifinire lo stile di vita, attraverso l'alimentazione e l'attività fisica, in modo tale che il bilancio energetico del paziente obeso sia negativo oltre le 24 ore. Questo significa che l'individuo brucia più calorie di quante ne introduca.

Questo si può raggiungere (1) diminuendo il cibo introdotto e mantenendo l'attività fisica costante; (2) mantenendo costante la quantità di cibo introdotta e aumentando l'esercizio fisico; oppure (3) diminuendo l'apporto alimentare e aumentando contemporaneamente l'attività fisica.

CALCOLO DEL BILANCIO ENERGETICO

Energia giornaliera totale =
calorie introdotte - calorie bruciate

Figura 1

DIETE A BASSO CONTENUTO CALORICO

Negli anni passati, si era interessati perlopiù all'opzione (1) che dava molta importanza alle calorie ingerite: l'opzione prevedeva il digiuno quasi totale (meno di 200 calorie nelle 24 ore) per ottenere una rapida perdita di peso. Questo tipo di programma, però, è pericoloso perché l'organismo, per mantenersi in vita, consuma non solo il grasso ma anche la massa magra ^[6].

Le diete a basso contenuto calorico (VLCDs)ⁱ apportano tra le 200 e le 800 calorie al giorno, spesso sottoforma di preparati liquidi; sono caratterizzate da poca adesione da parte del paziente, da complicazioni cliniche, e soprattutto nel momento in cui l'individuo ritorna ad alimentarsi normalmente, si trova a riacquistare, in breve tempo, tutti i chili persi. ^[7]

LE DIETE "MIRACOLOSE"ⁱⁱ SONO NUTRIZIONALMENTE SBILANCIATE

Oggi, invece, una dieta bilanciata povera di grassi assieme ad una regolare attività fisica è la combinazione raccomandata dagli specialisti della nutrizione in quanto rappresenta l'approccio ideale per perdere peso e per mantenersi in forma. La tabella 1 riassume le principali caratteristiche di una sana alimentazione.

TABELLA 1: COMPONENTI ESSENZIALI DI UN SANO PROGRAMMA DIETETICO

calorie totali	Donne: non meno di 1200 calorie al giorno Uomini: non meno di 1500 calorie al giorno
grassi	30% di calorie o meno riducendo i livelli acidi grassi saturi e trans
proteine	Da 20 al 25% di calorie in media non meno del 75g al giorno
Carboidrati	50% di calorie non meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ridurre al minimo l'assunzione di zuccheri semplici (zucchero da tavola) e di zuccheri complessi (amidi)
Fibre alimentari	20-30g al giorno dagli alimenti
Acqua	Non meno di un litro al giorno
alcol	Limitato o assente

Le diete definite “miracolose”, generalmente, non seguono queste prescrizioni. Questo tipo di diete è caratterizzato, infatti, da un rilevante sbilancio dei macronutrienti che porta ad una diminuzione dei micronutrienti totali essenziali per gli importanti processi cellulari biochimici.

Il punto centrale di questo tipo di diete è la necessità di trattare gruppi specifici di alimenti. Da questa nozione si sono sviluppate diete ricche di proteine, povere di carboidrati, e ricche di grassi (diete chetogeniche). La chetosi che ne risulta, si presumeva causasse perdita d'appetito e dimagrimento efficace nel tempo. Questo, però, non è stato provato.

Inoltre, vi sono evidenze scientifiche sostanziali che dimostrano che, a lungo andare, queste diete “miracolose” sono pericolose per la salute. Infatti, negli individui che seguono questo tipo di diete, sono state evidenziate: nausea, affaticamento, spossatezza, alitosi, alti livelli di colesterolo, di acido urico, decalcificazione.^[8]

Le diete chetogeniche attraggono un vasto pubblico perché possono essere facilmente seguite e, soprattutto, per la rapidità con cui esse inducono il calo di peso. Il dimagrimento può essere raggiunto attraverso due meccanismi. Primo, la chetosi provoca diuresi che porta ad un calo di peso conseguente alla perdita di liquidi. Per ogni grammo di proteine o di glicogeno metabolizzato durante il dimagrimento, vengono eliminati dall'organismo 3 grammi di acqua.^[9] Quindi non è la gestione dei macronutrienti che porta alla perdita di peso ma è il deficit delle calorie totali che lo determina. E' stato calcolato che in molte diete chetogeniche, il numero delle calorie totali introdotte non supera le 1400 calorie al giorno. Per cui non c'è da meravigliarsi se vi è perdita di peso, anche se il prezzo che paga l'organismo umano è salato.

Ressa:

Parliamo, finalmente dell' **ATTIVITA' FISICA**

Bolognesi:

“La Nutrizione e la Tua Salute: linee-guida per l'alimentazione degli Americani”, ha fornito per la prima volta, dei suggerimenti specifici per l'attività fisica^[15]. E' un punto di estrema importanza, in quanto l'esercizio fisico non giova solo al mantenimento del peso, ma ha anche benefici effetti su tutto il corpo.

Gli scienziati hanno dimostrato che l'esercizio fisico è efficace nel ridurre i rischi di condizioni patologiche come: malattie cardiache, diabete, ipertensione ed infarto. Tutte queste malattie sono caratteristiche della sindrome metabolica, associata ad un aumento dell'obesità.

Però, prima di prescrivere dell'attività fisica, i medici dovrebbero sapere come l'organismo usa l'energia per il fabbisogno quotidiano.

DISPENDIO ENERGETICO TOTALE

Il dispendio energetico totale è costituito da tre elementi: il metabolismo basale (BMR)ⁱⁱⁱ, termogenesi (TEF)^{iv} e attività fisica. La figura 2 rappresenta in dettaglio questi componenti e il loro contributo al dispendio energetico totale. BMR è l'energia richiesta per mantenere le funzioni cellulari e la temperatura corporea. La tabella 2 offre anche un modo semplice, basato sulle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per calcolare una stima approssimata del BMR di un individuo. Il TEF è il calore che l'organismo perde attraverso il metabolismo di sostanze intermedie in seguito all'ingestione di cibo. Infine, per attività fisica si intende sia il movimento involontario (respirazione, funzione cardiaca) sia il movimento volontario (camminare, correre) ^[16] . E' evidente che, indifferentemente dalla tendenza genetica individuale verso un particolare BMR o TEF, per il dispendio energetico, l'attività fisica funge da potente agente bilanciante, permettendo agli individui che hanno un metabolismo inferiore alla media, di migliorare il proprio consumo energetico quotidiano e di conseguenza, di perdere peso.

ELEMENTI DEL DISPENDIO ENERGETICO	
Attività fisica:	15% +
termogenesi:	10-15% =
metabolismo basale:	60-70%

Figura 2

TAVOLA 2. EQUAZIONI PER STABILIRE IL TASSO DEL METABOLISMO BASALE PARTENDO DAL PESO CORPOREO.

FASCIA DI ETA' (y)	Kcal/al giorno
uomini	
18-30	15.3 x peso in Kg + 679
30-60	11.6 x peso in Kg + 879
>60	13.5 x peso in Kg + 487
donne	
18-31	14.7 x peso in Kg + 496
30-61	8.7 x peso in Kg + 829
>60	10.5 x peso in Kg + 596

Fonte: OMS Energia e fabbisogno proteico. Rapporto da una Consultazione congiunta di esperti FAO/OMS/UNU. Rapporto tecnico serie 724. Ginevra, Svizzera: Organizzazione mondiale della sanità, 1985.

BENEFICI DELL'ESERCIZIO FISICO ANCHE DOPO IL DIMAGRIMENTO

Numerosi studi hanno dimostrato i benefici effetti dell'attività fisica non solo nella fase di dimagrimento, ma anche nella prevenzione delle malattie associate all'obesità. Blair e Brodney ^[17] hanno condotto un'analisi su 24 casi esaminando l'effetto dell'attività fisica sui rischi per la salute

delle malattie legate all'obesità. Nello studio sono state considerate tutte le cause di mortalità, mortalità per malattie cardiache, ipertensione, diabete del 2° tipo.

Uomini e donne sportivi, o semplicemente, attivi, sembravano essere protetti contro la minaccia del sovrappeso e dell'obesità. Inoltre, i risultati mostravano che, individui obesi attivi erano meno affetti da stati patologici e avevano un tasso di mortalità inferiore rispetto ad individui normo-peso ma sedentari.

Le conclusioni di molti altri studi, infine, avvalorano le teorie secondo cui l'inattività fisica e le cattive condizioni cardiorespiratorie sono, al pari dell'obesità, estremamente rischiose in quanto aumentano il tasso di mortalità.

EFFETTI SULL'IPERTENSIONE

La regolare attività fisica influisce sull'esito di molte condizioni patologiche legate all'obesità. Studi epidemiologici mostrano una correlazione inversa tra l'attività fisica e l'ipertensione. Camminare, per 30 minuti, a ritmo moderato almeno 3-4 volte nell'arco di una settimana porta ad una riduzione graduale della pressione sanguigna. I benefici, comunque, non sono correlati all'iniziale indice di massa corporea dell'individuo.^[18] Un gruppo di 133 uomini e donne, sedentari e in sovrappeso, con una leggera ipertensione non curata, ha riscontrato una diminuzione media di 7 mm Hg nella pressione sistolica e 5 mm Hg in quella diastolica dopo aver effettuato regolare attività aerobica. Questi individui, inoltre, mostravano una diminuita resistenza periferica, un aumento della gittata cardiaca bassi livelli di glucosio postprandiale e a digiuno e bassi livelli di insulina.^[19]

EFFETTI SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiache rappresentano la principale causa di morte negli Stati Uniti, sia per uomini che per donne. E' stato dimostrato che sia l'attività fisica sia il benessere dell'organismo sono correlate inversamente con l'incidenza dei fattori di rischio delle malattie coronariche e cardiovascolari. L'*American Heart Association* ha riconosciuto la sedentarietà come un fattore di rischio indipendente nelle malattie cardiache.

EFFETTI SUL DIABETE MELLITO

Individui affetti dal diabete del 2° tipo, possono trarre grande beneficio dall'attività fisica. Il muscolo scheletrico gioca un ruolo fondamentale nella sensibilità all'insulina e nel mantenimento di un normale profilo dei lipidi nel sangue. Questa capacità metabolica è il risultato del livello di attività motoria dell'individuo. L'attività fisica regolare modifica il contenuto della fibra muscolare e l'innervazione vascolare del muscolo, aumentando la capacità di ossidazione dei lipidi, per controllare il livello dei lipidi e la sensibilità all'insulina.^[20]

In pazienti diabetici che praticano sport regolarmente per tre mesi, si nota un aumento del colesterolo HDL^v che porta ad una diminuzione dell'insieme dei rischi cardiovascolari.

Ressa:

Quanta e di che tipo deve essere l'attività fisica necessaria ad ottenere una diminuzione dei fattori di rischio legati all'obesità?

Bolognesi:

I "Centers for Disease Control and Prevention", l' "American Heart Association", e l' "American College of Sports Medicine", raccomandano un regolare programma di attività aerobica ad intensità moderata o sostenuta per almeno 30 minuti al giorno.^[22]

Inoltre, è fortemente raccomandato, soprattutto nelle donne, praticare esercizi di resistenza per 20-30 minuti due volte alla settimana, in quanto questo tipo di esercizio gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione e nel trattamento dell'osteoporosi. Anche esercizi di sollevamento pesi sono estremamente importanti in quanto aiutano a mantenere una costituzione fisica ottimale e, in particolare, contribuiscono ad aumentare la massa magra, portando ad ottimizzare il metabolismo

basale man mano che avanzano gli anni.

La tabella 3 mostra il numero di calorie bruciate per le varie attività aerobiche. Questi dati possono essere utilizzati per calcolare il dispendio energetico necessario per perdere peso.

TABELLA 3. CALORIE BRUCIATE PER MINUTO DI ATTIVITÀ

Attività	Kcal/min/Kg	55 KG	75Kg	95g
Camminare a passo normale	0.080	4.4	6.0	7.6
Posizione seduta	0.021	1.2	1.5	2.0
Pedalarare				
▪ 5.5 mph (miglia all'ora) ^{vi}	0.064	3.5	4.8	6.0
▪ 9.4 mph (miglia all'ora)	0.100	5.5	7.5	9.5
Correre				
▪ 11.5 min/miglia	0.135	7.4	10.1	12.8
▪ 8.0 min/miglia	0.208	11.4	15.6	19.8

Adattato da: McArdle WD, Katch FI, Katch VL. *Fisiologia dell'esercizio fisico: energia, nutrizione e performance umana*. Filadelfia, Pa: Lee e Febiger; 1981.

CONCLUSIONI

La modificazione dello stile di vita dovrebbe essere il punto centrale in ogni dieta dimagrante e nel programma di controllo del peso. Adottando un piano nel quale sia presente un apporto alimentare ragionevole affiancato da un'attività fisica giornaliera, significa ottimizzare il trattamento dimagrante e ridurre i rischi di malattie.

25 MODI DI PENSARE “MAGRO”

1. Ponetevi mete ragionevoli: la riduzione di peso dovrebbe essere lenta. Durante tutta la vita avete acquisito abitudini sbagliate, perciò non vi aspettate di poterle cambiare di colpo. Se commettete un errore, e mangiate ciò che non dovrete, non affogate il dispiacere ingozzandovi.
2. Recatevi presso un ristorante e osservate gli altri mangiare. Confrontate come mangia un “magro” e come mangia un “grasso”.
3. Non vi pesate troppo spesso. È facile scoraggiarsi se non si vedono risultati ogni giorno.
4. Fatevi una foto di come eravate “prima”. Sarete in grado di vedere la differenza dopo aver perso il peso desiderato. Questa è già una bella ricompensa.
5. Cercatevi un hobby che vi distolga dal pensiero di mangiare. Se vi date al cucito o al fai da te, ad esempio, scoprite di avere le mani e la mente occupate. Non avrete più il tempo di pensare al cibo.
6. evitate di servire il cibo in “stile famiglia” (passando con la pentola attorno al tavolo). Meglio servire la pietanza riempiendo i piatti dai fornelli. In questo modo essendo il cibo lontano dagli occhi, i commensali eviteranno di servirsi ancora.
7. Non datevi una scadenza entro cui perdere il peso desiderato. Le mete raggiunte devono essere controllate a lungo termine. Non va bene perdere 5 chili e abbandonare la dieta.
8. Non proibitevi molti cibi. Quasi tutti gli alimenti devono essere inseriti nella dieta. Nessun cibo vi tenterà di più di quelli proibiti.

9. Non guardate la TV o non ascoltate la radio mentre state mangiando. Senza distrazioni, vi accorgerete di finire prima il vostro boccone.
10. Cercate di essere più coinvolti nei progetti di famiglia o in varie attività. Molta gente mangia semplicemente perché annoiata e scopre che altre attività sono più appaganti.
11. Tenete sempre il cibo lontano dagli occhi. “Lontano dagli occhi, lontano dal cuore”, e dalla mente. Ciò significa che non si pensa al cibo se non lo si vede.
12. Tenete un diario: vi aiuterà ad essere più consapevoli di come e perché mangiate. Segnate l’ora e cosa è successo in quel momento. Stavate guardando qualcuno mangiare o uno show televisivo? Segnate anche cosa provavate in quel momento. Eravate annoiati, arrabbiati o tristi? Controllate se emergono tutti i motivi del perché vi ingozzate.
13. Masticate il cibo almeno 20 volte prima di ingoiare. Questo aumenterà la concentrazione su ciò che state mangiando e aumenterà il tempo dedicato all’alimentazione.
14. Non saltate mai un pasto. Potrebbe essere pericoloso se fate uso di insulina. Inoltre, molte persone affermano che quando saltano un pasto, mangiano molto di più al pasto successivo.
15. Consumate il pasto sempre in una stanza. Non mangiate, ad esempio, nella stanza da letto e nello studio. Questo ridurrà il numero delle stanze alle quali voi associate il cibo.
16. Mettete uno specchio sul tavolo e osservatevi mentre mangiate. Vi piace che corriate contro il tempo per finire il cibo? Vi piace il modo in mangiate?
17. Lavatevi bene i denti dopo ogni pasto. Una volta eliminato il sapore del cibo, non ci penserete più.
18. Regalatevi qualcosa per gratificarvi, invece di mangiare. Il regalo non dovrebbe avere niente a che fare con il cibo, ma potrebbe essere qualcosa che si indossa o qualche altra cosa di piacevole.
19. Mangiare prima di prendere parte a qualsiasi situazione nella quale sia protagonista il cibo. Non sarete tentati di mangiare qualcosa che non dovrete.
20. Fate una lista della spesa prima di andare al supermercato. Attenetevi alla lista e non comprate alimenti extra.
21. Evitate situazioni nelle quali potreste avere a che fare con il cibo, soprattutto se sentite di non poter resistere alle tentazioni.
22. Ritoccate le ricette. Preparare solo la quantità di cui avete bisogno per un pasto oppure mettete subito in frigo ciò che avanza. Eviterete di consumarne una seconda porzione.
23. Non vi recate al supermercato se avete fame. Potereste essere tentati di comprare alimenti di cui vi pentireste una volta a casa.
24. Prima della dieta fate una lista dei motivi per i quali volete perdere peso. Durante la dieta, date uno sguardo a questa lista: vi aiuterà a mantenere la salda volontà di proseguire.
25. Invece di starvene lì a mangiare, fatevi una passeggiata o fate un po’ di attività fisica. L’esercizio fisico ha il duplice vantaggio di bruciare le calorie e diminuire l’insulina. Inoltre, l’insulina vi farà sentire meglio, la sovralimentazione No.

ⁱ Dall’inglese *Very-Low-Caloric-Diets*.

ⁱ Sono le diete che si trovano facilmente sulle riviste o sui giornali, o che si nutrono del passaparola promettendo un dimagrimento strabiliante in pochissimo tempo e che non hanno nessun fondamento scientifico. Queste diete sono ‘di moda’ (fad diets) nel periodo in cui esplodono, e cadono nell’oblio non appena se ne inventi un’altra.

ⁱ Dall’inglese *Basal Metabolic Rate*.

ⁱ Dall’inglese *Thermic Effect of Food*.

ⁱ HDL = lipoproteine ad alta densità

ⁱ 1 miglio terrestre = 1609.344 metri

QUEL FALSO PECCATO DI GOLA

Paziente maschio, quarantenne, obeso, viene in visita privata da Falchetto perché da dieci anni gli è stata rilevata ecograficamente una “steatosi epatica”.

Reca con sé le analisi con i markers epatitici negativi e le transaminasi aumentate di una volta e mezza il normale, il resto negativo.

Falchetto pensa, tra sé e sé, che diavolo è venuto a fare il paziente a visita da lui, dato che il caso è di una banalità infinita.

Per giustificare la parcella redige, con molta sufficienza, la cartella partendo come al solito dall’anamnesi familiare che rileva il decesso del padre a 50 anni per cirrosi epatica (“ma je giuro che nun beveva una goccia de’ vino, dotto’, e nun era grosso come a me”), il resto dell’anamnesi familiare è negativo, salvo un diabete nel padre “che però era venuto solo all’ultimo”.

Il paziente non beve e non fuma, afferma che da dieci anni gli è stato detto che c’è questa steatosi, ha tentato di seguire delle diete ma le analisi non sono migliorate anche calando di 5 o 6 chili per cui ha smesso di stare a vitto ipocalorico, ultimamente si sente anche “molto fiacco e nun ci ho vojia de’ fa’ gnente”.

Chiede se c’è da prendere qualche medicina per aiutarlo a dimagrire; fino a quel momento ha fatto, a cicli, solo degli epatoprotettori in compresse e in fiale i.m., senza giovamento, per cui il curante si è spazientito invitandolo a ripresentarsi in studio SOLO dopo un calo ponderale di almeno 10 chili.

Falchetto risponde che essendoci una sofferenza epatica non è opportuno assumere farmaci anoressizzanti, lo visita e rileva un fegato un po’ ingrossato e di consistenza aumentata, non dolente, il restante esame obiettivo è negativo.

Prende il solito foglietto dell’ennesima dieta ipocalorica e lo dà al paziente rimarcando, con voce sussiegosa, il fatto che il suo medico curante ha pienamente RAGIONE e che se non perde i 10 kg di troppo, nel tempo potrebbe fare la fine del padre con una bella cirrosi epatica.

Detto questo, fa per congedarlo (continuando a pensare all’inutilità di quel consulto) ma, all’improvviso, gli si ACCENDE UNA LAMPADINA; una SCORCIATOIA DIAGNOSTICA gli si spalanca nella mente, la sintesi dei dati in suo possesso gli fa balenare un’ipotesi che lì per lì gli sembra assurda; torna dietro la scrivania e prescrive alcune analisi che invece confermano il sospetto.

Epilogo: Falchetto pensa quanto sia facile, anche in casi così apparentemente ovvi, fare la figura di Cretinetti.

*

Soluzione: Falchetto si è chiesto perché il padre del paziente era morto di cirrosi a 50 anni con una iperglicemia finale, ove è noto che questi pazienti sono semmai ipoglicemici, e poi l’anamnesi familiare era negativa per diabete (come specificato nel caso).

Ha chiesto sideremia, transferrina e ferritina; applicando la FORMULA di Saturazione la ha trovato RIPETUTAMENTE maggiore di 50, la ferritina oltre 700.

Il paziente è stato avviato ad uno studio genetico che però non è riuscito a rilevare le alterazioni più comuni dell’emocromatosi, in calce al foglio i genetisti hanno però specificato che questo non vuol dire nulla; si è pensato, concordemente con l’epatologo consulente, di evitare la biopsia e procedere senza indugio ai periodici salassi: le cose sono migliorate sia dal punto di vista sierologico che sintomatologico.

Ricordo che l’emocromatosi ha la più ALTA percentuale, tra le epatopatie croniche, di degenerazione in carcinoma SE non si sospetta PRIMA del punto di non ritorno, quindi la DIAGNOSI salva letteralmente la pelle al paziente.

Un caso che per 10 anni ha atteso pazientemente; il colpo d’ala diagnostico è stato come sempre la sintesi delle informazioni che, se ben ponderate, hanno aperto la SCORCIATOIA DIAGNOSTICA.
